С. С. Корсаков

Общая психопатология

СОДЕРЖАНИЕ

Введение в «Курс психиатрии» 6
Общая психопатология 15
Течение душевных расстройств и исходы их 199
К вопросу об острых формах умопомешательства 217
Изменения психики у микроцефалов 233
Расстройство психической деятельности при алкогольном параличе и отношение его к расстройству психической сферы при множественных невритах неалкогольного происхождения 238
Общая терапия душевных болезней 329
Судебно-психиатрическая экспертиза 378
Психиатрические экспертизы 397

Предметный указатель 457

ВВЕДЕНИЕ В «КУРС ПСИХИАТРИИ»

В психиатрии изучаются те болезненные расстройства, которые выражаются главным образом в области явлений душевной деятельности человека, т. е. *в мыслях, чувствованиях, желаниях и поступках.*

Если человек под влиянием болезненного состояния станет считать, что он патриарх, что он может в одну минуту переселиться из Москвы в Петербург и т. п., мы говорим, что у него психическая болезнь. Точно так же, если у человека является тоска, отчаяние, без всякого внешнего повода или даже при таких условиях, которые в здоровом состоянии вызывают радостное настроение, то это тоже будет душевная болезнь. Если у человека будет совершенно извращенное влечение, если его поступки будут отличаться в очень резкой степени от обычной нормы, то в большинстве случаев и это будет проявлением душевной болезни.

Проявления душевных болезней в отдельных случаях разнообразны, но общее в них то, что при них изменяется «личность» человека.

Личностью человека мы называем совокупность его душевных качеств: совокупность свойственных ему чувствований, его способ мышления, характер его поступков. Личность для каждого человека имеет по отношению к определению его индивидуальности значение, сходное с тем, какое для телесных свойств имеет его физический облик. Личность у каждого человека имеет такие же определенные признаки, как форма его тела, черты его лица. По проявлениям личности мы узнаем человека. Если нам говорят о чьих-нибудь мыслях или поступках, то мы, хорошо зная человека, можем сказать, мог ли он так думать или делать: один род мыслей и поступков свойствен одного рода личностям, другой — личностям другого рода.

Личность, как я сказал, есть совокупность душевных свойств человека. Но этого мало: личность не есть *простая* совокупность душевных свойств, а организованное их сочетание. Подобно тому как ткани нашего тела слагаются в телесный организм, так и душевные свойства, сочетаясь по законам жизни, образуют личность. Поэтому личность человека есть также *организм или самостоятельная часть организма.*

Подобно всякому организму личность не есть нечто неизменное: она должна *подвергаться изменениям*. Изменения ее могут быть *физиологические и патологические*. Физиологические изменения личности бывают под влиянием разных условий и особенно под влиянием возраста.

Подобно тому как тело человеческое с возрастом развивается и меняется, так и душевный облик становится с возрастом иным. Общепризнанная истина, что человек в старости отличается по совокупности своих свойств от того, чем он был в детстве и юности. Однако такое изменение личности, связанное с возрастом, проходит медленно, изо дня в день, так что преемственность душевных свойств непрерывно продолжается: с возрастом лишь очень понемногу изменяются отдельные проявления личности, причем в каждую данную эпоху остается по-прежнему та гармоничность в сочетании душевных свойств, которыми обусловливается «единство» личности. Но бывают изменения личности и другого характера. Личность изменяется иногда чрезвычайно резко и быстро. Человек становится совершенно не тот, каким был прежде, теряет свои наиболее характерные душевные черты: из скромного делается хвастливым, из кроткого и мирного — драчливым, из вдумчивого и глубокомысленного — крайне поверхностным, непоследовательным в своих выводах. Присматриваясь к такого рода изменениям, мы замечаем, что у человека при этом нарушена *гармоничность* сочетания душевных свойств, ослабляется, а часто и совсем теряется объединение их в стройную совокупность, утрачивается единство личности.

Такого рода изменения бывают чаще всего под влиянием *патологических* условий. Что болезнь вызывает изменение психических свойств, в этом мы убеждаемся на каждом шагу. После травматических повреждений головы психическая деятельность часто резко меняется, а иногда и совсем приостанавливается, если человек впадает в бессознательное состояние. Органические болезни головного мозга сплошь и рядом сопровождаются расстройством душевной деятельности. Общие инфекционные болезни, как тиф, септицемия, сопровождаются резкими явлениями со стороны душевной сферы. Точно так же введение в организм таких ядов, как алкоголь, хлороформ, опий, гашиш, атропин, белена, вызывает глубокое расстройство сообразительности, памяти и сознания. Все это с несомненностью убеждает нас, что болезнь телесного организма может вызвать и изменения в личности; поэтому изменения эти и носят название патологических.

Все такого рода изменения, т. е. все патологические расстройства душевной деятельности, и составляют предмет психиатрии. Некоторые из них являются лишь второстепенными признаками при других болезнях, как тиф, ушибы головы, отравления. В других же случаях симптомы со стороны душевной жизни выступают на

первый план. Именно такого рода расстройства и составляют главный предмет психиатрии. Они-то по преимуществу и называются «*душевными болезнями*».

Итак, к *душевным болезням в тесном смысле слова причисляются такие патологические расстройства душевной деятельности, при которых психические симптомы выступают на первый план.*

Эти болезни могут быть приобретенными и врожденными. Приобретенными душевными болезнями называются такие, при которых происходят *изменения* личности под влиянием патологических условий. Но не одни только *изменения* личности составляют душевные болезни. Сплошь и рядом приходится наблюдать людей, у которых душевные свойства *никогда* не были в гармоническом сочетании; у таких людей никогда, от самого рождения их, не было правильного строя душевной жизни... Это — так называемые *врожденные расстройства душевной деятельности.* В сущности и врожденные расстройства душевной деятельности принадлежат к болезненным проявлениям, только при них болезнетворные влияния действуют не после рождения человека, а тогда еще, когда только что нарождается жизнь: иной раз патологические влияния действуют еще на элементы родителей, иной раз во время зачатия, иной раз в период утробной жизни.

Итак, предмет психиатрии составляют *душевные болезни*, или *патологические изменения личности.* Что лежит в основе их? — Бесспорно, телесные изменения. Ведь каково бы ни было происхождение знакомых нам психических явлений человека, они составляют одну из сторон жизни его организма, правда, в высшей степени важную. Мы видели уже, что, несомненно, психические расстройства вызываются телесными болезнями. Точно так же опыт показывает, что при душевных болезнях в тесном смысле слова мы почти всегда находим, наряду с симптомами психическими, и признаки расстройства в физических отправлениях организма. Ввиду этого мы имеем полное основание высказать предположение, что патологические изменения личности обусловливаются всегда изменениями телесными и что душевные болезни суть такие же телесные болезни, как и все другие. В частности, они суть болезни нервной системы; и только потому, что симптомы, которыми проявляются душевные расстройства, с *практической* точки зрения требуют особенных условий для лечения и наблюдения, этот отдел нервной патологии выделяется в особую специальность. *Итак, душевные болезни составляют часть болезней нервной системы.*

Это положение подтверждается и подробным изучением проявлений душевных болезней; почти всегда рядом с расстройствами психическими мы встречаем у душевнобольных множество проявлений расстройства других отправлений нервной системы — движений, чувствительности, также вазомоторной, секреторной и трофической

деятельности. Мало того, при тех формах душевных болезней, которые сопровождаются особенно резкими изменениями в психических проявлениях, мы при вскрытии находим весьма определенные изменения в строении головного мозга, именно в его полушариях. Изменения эти иногда бывают настолько резки, что сразу бросаются в глаза: на поверхности мозга умерших от тяжелой душевной болезни лиц мы часто находим глубокие впадины как результат убыли мозгового вещества в коре полушарий мозга. В других случаях эти изменения не так резки: они обнаруживаются лишь при очень тщательном микроскопическом исследовании мозга. Правда, такие изменения найдены не при всех душевных болезнях. Но чуть не с каждым годом при улучшении способов посмертного исследования нервной системы все более и более расширяется круг душевных расстройств, при которых констатируются изменения в головном мозгу; с другой стороны, и ежедневные физиологические опыты подтверждают, что именно при влияниях, действующих на головной мозг, обнаруживаются те явления, которые служат главными признаками душевных болезней. Это дает основание считать, что душевные болезни, составляя часть нервной патологии, суть болезни головного мозга и именно того отдела его, который носит название переднего мозга.

Итак, из сказанного мы можем сделать такой вывод: *душевные болезни по своим проявлениям суть болезненные расстройства личности, а по локализации — суть болезни переднего мозга.*

Анатомические изменения, которые лежат в основе душевных заболеваний, иной раз бывают, как я сказал, грубы, заметны на простой глаз; иной же раз они незаметны при самом тщательном исследовании, но и тогда нужно предполагать, что в нервных элементах существуют очень тонкие, может быть, молекулярные изменения. Грубые нарушения в строении мозга обыкновенно остаются навсегда, тонкие же изменения очень часто проходят, исчезают бесследно, а соответственно этому проходят и душевные болезни, служащие их проявлением.

Таким образом, мы приходим к важному выводу, что *многие из душевных болезней могут проходить, могут излечиваться.*

Признание факта, что душевные болезни суть болезни головного мозга, совершилось лишь в очень недавнее время. Хотя и в древние времена были люди, которые, подобно великому Гиппократу, видели в душевных расстройствах такие же телесные болезни, как и другие заболевания, тем не менее громадное большинство очень долгое время смотрело на душевные заболевания неправильно, как на проявления действия мистических сил; иногда в больных видели святых, а чаще — *бесноватых и преступников.* С особенной силой господствовало это воззрение в средние века и влекло за собою поразительно жестокое обращение с душевнобольными: их не только держали прикованными к стенам мрачных и смрадных тюрем, но мучили всеми пытками инквизиции, сжигали на кострах...

Только в последние столетия стала все более проникать в сознание мысль, что душевнобольные суть такие же больные, как все остальные, и требуют не мучения, а лечения: и едва-едва минуло сто лет с того времени, когда принципы гуманного обращения стали применяться к душевнобольным. Но и теперь еще остатки прежнего воззрения очень распространены; до сих пор еще в массе народа на многих душевнобольных смотрят как на одержимых бесом. Их не помещают в больницы, а держат на цепи; их не лечат, а отчитывают и подвергают заключениям. Постоянно попадаются в печати сообщения о жестоком обращении с больными: там убили душевнобольную как колдунью, там били больного до полусмерти, чтобы выгнать беса, там десятки лет держат его на цепи, там уморили окуриванием. Не очень давно описана была ужасная драма, происшедшая в Жиздринском уезде; душевнобольную женщину, которую считали за одержимую бесом, подвергли страшным пыткам: задохнувшаяся в чаду от окуривания, она найдена со следами множества ожогов, произведенных родной ее матерью и сестрой, думавших таким путем изгнать бесов, владеющих больной... И больная умерла, да и сестра ее, глубоко потрясенная (а может быть, и отравленная угаром), также заболела острым психическим расстройством и в несколько дней скончалась, а мать впала в длительное помешательство... И это произошло не из жестокости, а из сильной привязанности, из страстного желания помочь...

Таковы последствия глубоко укоренившегося неправильного воззрения, поддерживаемого невежеством и суеверием. Медленно проникающее в глубь народных масс просвещение борется с этими остатками мрака, и оно одно только может их окончательно победить. Поэтому-то в значительной степени справедлив афоризм, что по тому, как устраивает своих душевнобольных данное общество, можно судить о степени распространения цивилизации в нем. И это так и должно быть; ведь цивилизация должна заключаться в распространении истинного взаимного понимания душевных особенностей между членами общества и в устройстве жизни сообразно с душевными потребностями.

В развитии этого понимания и лежит, между прочим, *культурная задача психиатрии.* Занимаясь изучением душевных болезней, научая понимать разнообразные проявления душевной жизни, она указывает, как при помощи гуманных мер можно сделать весьма многое для людей, к которым прежде применяли лишь жестокость, как при помощи разумного обращения и лечения можно восстановить расстроенную и угасающую душевную деятельность.

Последнее столетие с убедительностью показало, что душевные болезни, так же как и болезни других категорий, *должны быть лечимы и что они излечиваются.* В этом отношении между ними и другими болезнями нет разницы. Как во всех телесных болезнях есть случаи излечимые и неизлечимые, так есть они в числе душевных

расстройств. И излечимых, доступных лечению, случаев вовсе не мало.

Я считаю нужным отметить в самом начале курса, чтобы опровергнуть господствующее в обществе убеждение, что сумасшествие почти никогда не излечивается. Это убеждение совершенно не верное. Оно держится как остаток старого времени, когда больницы для душевнобольных были тюрьмами, а не лечебницами. В течение истекшего столетия психиатры представили убедительные доказательства того, что из лечебниц для душевнобольных выходят выздоровевшими так же, как и из других больниц; особенно много выздоравливает, и что важно, из числа тех, которые сразу, в первый месяц заболевания начали правильно лечиться, именно — 80%, тогда как из числа тех, кто поступил в лечебницу поздно, не ранее чем через полгода от начала заболевания, выздоравливает лишь около 10%. Отсюда ясно, какое громадное значение имеет правильное лечение душевных болезней.

Уже из этого очевидно, как неправилен тот взгляд, который довольно распространен и между врачами и который удерживает многих от занятия психиатрией, именно — взгляд, что врачу душевных болезней меньше, чем врачу других специальностей, приходится врачевать больных, т. е. прилагать свой труд и знание к делу лечения. Этот взгляд — большое заблуждение. Правда, при лечении душевных болезней мы редко имеем такой быстрый и резкий результат благодетельного действия врача, как, например, в случаях хирургических операций, тяжелых родов, лечения острых инфекционных болезней; душевные болезни текут медленно, и в большинстве случаев нужно методически вести лечение в течение месяцев и даже лет, чтобы достигнуть выздоровления. Правда, нужен известный склад характера, нужно много терпения и твердой уверенности, чтобы в течение долгого времени выжидать едва заметные изменения в направлении болезни; но зато окончательный успех за все вознаграждает. Врачу-психиатру, преданному своему делу и своим больным, знакомы такие высокие минуты удовлетворения, такие признаки глубокого доверия со стороны выздоровевших больных, что он не может не сознавать, что в качестве целителя он делает не меньше врача всякой другой специальности. Не могу, однако, не сказать, что много случаев душевных заболеваний остается неизлеченными. Но ведь и они нуждаются в правильном призрении, а устроить правильное призрение душевнобольных можно, только руководясь указаниями знающего врача. Не нужно забывать, что душевнобольных количество не малое. В одной России, по приблизительному расчету, есть около 250 тысяч душевнобольных, и большинство их находится в чрезвычайно тяжелых условиях, причем страдают не они только, а и их семья. Человеку гуманному, со стремлением к общественной деятельности есть над чем поработать в этой области.

Давая удовлетворение присущей человеку живой потребности приносить людям пользу и облегчить их страдания, психиатрия дает тем, кто посвятил себя ей, еще и другое. Среди медицинских наук психиатрия есть одна из молодых наук. Много в ней еще неисследованного, и можно быть уверенным, что человек с живым пытливым умом, устойчивый в пользовании научными методами исследования, вооруженный современными знаниями, может открыть многое и в высокой степени интересное и важное.

Кроме того, психиатрия изо всех медицинских наук наиболее близко ставит нас к вопросам философским. Познание самого себя, познание высших душевных свойств человека было всегда одним из самых глубоких стремлений мыслящих людей, а психиатрия дает больше других отраслей медицины материала для этого. Изучение душевных проявлений, столь удобное для психиатра, сообщает такое множество сведений первостепенной важности, что многие психологи считают необходимым для себя подробное ознакомление с нашей наукой; множеству фактов она дает новое толкование, проливает свет на неясные стороны душевной жизни. Кроме близости к психологии, психиатрия близка также и к другой важной науке — к науке о человеке, антропологии. Явления вырождения, многие стороны науки о преступлениях не могут быть изучаемы без знакомства с психиатрией.

Это сочетание, с одной стороны, — удовлетворение потребности предупреждать и облегчать страдания людей, а с другой — потребность высшего познания, делает нашу науку одной из таких наук, которым мыслящие люди охотно посвящают всю жизнь, несмотря на тягость труда. Человек, сознательно вступивший на служение этой науке, почти никогда не покидает ее; наоборот, он часто завещает служение ей своим детям и другим членам семьи. В списках психиатров за последнее столетие мы встречаем часто повторение одних и тех же фамилий; так, мы знаем в числе их семью Пинелей, семью Тьюков, отца и сына Фальре, двух Гудденов, двух Вестфалей и много других, наследовавших увлечение этой наукой от своих ближайших родных.

Но не одним только тем врачам, которые посвятят себя ей вполне, психиатрия освещает путь. Она может дать многое и врачам всякой другой специальности. При всякого рода болезнях наблюдаются в качестве сопутствующих явлений симптомы со стороны психической сферы, и уменье отличать их и распознавать весьма важно для правильного уяснения всего болезненного процесса. Затем психиатрия, давая больше, чем какая-нибудь другая из медицинских наук, знания, касающиеся проявления душевной жизни, научает врача оценивать вообще значение факторов, влияющих на психическую сферу, что в высшей степени важно при всякого рода отношениях к больному; в деле лечения всяких болезней психическое влияние врача играет в высшей степени важную роль, и способность пользовать-

ся психическими факторами в деле лечения составляла всегда одно из выдающихся свойств знаменитых врачей всех времен.

Наконец, психиатрия своею близостью к психологии и философским наукам чрезвычайно способствует повышению общего миросозерцания врача, дает более правильное понимание важнейших проявлений индивидуальной и общественной жизни, повышает просветительное влияние врача на окружающую среду. Ведь общественное значение врачей, особенно русских, не ограничивается только тем, что они являются целителями болезней и охранителями здоровья. Получив не только специальное, но и общее образование в высших просветительных учреждениях государства, они сами являются распространителями просвещения во множестве уголков нашего обширного отечества, отдавая этим хоть часть долга тем, кому не выпало счастья получить образования, и которые тем не менее снабжали государство средствами, на которые учатся более счастливые и на которые содержатся университеты, академии и клиники. Если справедливо определяющее высокое призвание врача сравнение медика со свечой, «которая светит, сама сгорая», то знание душевных проявлений, даваемое психиатрией, сообщает этому светочу большую яркость и устойчивость и необходимую мягкость.

Итак, предмет психиатрии составляют болезненные расстройства в психической деятельности человека вообще и «душевные болезни» в частности.

В обществе наиболее часто под именем душевной болезни разумеется или *помешательство* в тесном смысле слова (т. е. состояние, при котором человек совершенно превратно представляет свое отношение к внешнему миру и отношение различных вещей между собою), или более или менее полное *бессмыслие*, сопровождающееся расстройством сознания своего болезненного состояния. Но психиатрия изучает не одни только эти формы душевного расстройства, а целый ряд болезненных уклонений в психической деятельности, уклонений, проявляющихся то в виде ложного понимания окружающих больного явлений, то в виде каких-нибудь ненормальных, неправильных влечений, то в виде немотивированного изменения настроения, например чрезмерной радости или тоски, не соответствующей внешнему поводу. Нужно к этому прибавить, что иногда эти уклонения в психической деятельности действительно не сознаются самим больным, но иногда они им сознаются довольно хорошо.

Изучая проявление различных болезненных уклонений в психической сфере, психиатрия успела выделить из целого ряда этих уклонений отдельные *клинические формы*. Подобно тому как при соматических болезнях известная, постоянно повторяющаяся совокупность симптомов, их последовательная смена и анатомические изменения, лежащие в основе болезни, дают возможность выделить

отдельные болезненные формы, точно так и при душевных заболеваниях по тому, какие наблюдаются симптомы и в каком порядке они выступают, мы определяем отдельные клинические формы душевных болезней. Так, например, в той форме, которую называют меланхолией, мы видим сочетание таких признаков, как: мрачное душевное настроение, тоска, затрудненный ход мышления, большей частью малоподвижность, обвинение самого себя в разных преступлениях; в другой клинической форме — в мании — мы чаще видим совершенно обратные признаки: веселое настроение, возвышенное представление о себе, чрезмерную подвижность, чрезмерный разговор и т. п.

Таких клинических форм в психиатрии довольно много. Какие они именно, как они проявляются, каково их течение и как их нужно лечить — это изучается в том отделе психиатрии, который называется *частной патологией и терапией душевных болезней* (частной психиатрией). Но для того чтобы понимать, в чем заключается особенность каждой отдельной формы, нужно знать, в чем *вообще* могут проявляться душевные болезни, какова их симптоматология вообще.

Для того чтобы сделать определение, какой формой болезни страдает данный душевнобольной, нужно знать прежде всего, какое проявление душевной жизни есть здоровое явление и какое — болезненное. Изучением этих общих признаков душевного расстройства и условий появлений болезненных симптомов со стороны душевной деятельности вообще занимается *общая психиатрия,* или *общая психопатология.*

С нее мы и начнем. Тут нам придется говорить об уклонениях в проявлении психической деятельности. Но так как психическая деятельность проявляется в явлениях совершенно особого рода, которые резко отличаются от чисто физиологических явлений, то нужно предварительно, хотя вкратце, познакомиться с общими законами нормальной психической деятельности человека и с теми терминами, которые употребляются в науке о душевной жизни, т. е. в психологии.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Как всякий другой организм, так и организм, проявляющий свою жизнь в психических отправлениях, может подвергаться болезни. Эти болезни и составляют предмет психиатрии.

Так как мы знаем, что организм, проявляющий свою жизнь в психической деятельности, представляет собою анатомо-физиологический субстрат того, что мы называем личностью, то отсюда следует, что болезненные расстройства психической деятельности составляют болезненные расстройства личности, *болезни личности*. С другой стороны, так как орган, имеющий наиболее тесное отношение к психической деятельности, есть головной мозг, не подлежит сомнению, что *психические болезни суть* в то же время *болезни головного мозга*.

Разбирая разнообразные случаи, в которых приходится наблюдать психические расстройства, можно убедиться, что иногда болезненные расстройства психической деятельности представляют собой только один и даже не самый важный симптом общей болезни организма, как, например, бред при тифе и т. п. В таком случае эти расстройства и лежащие в основе их изменения мозговой деятельности имеют значение только побочных явлений, не составляя *особой* болезни. Но иногда *вся* болезнь выражается в расстройстве психических отправлений, и изменения, определяющие болезнь, локализируются именно в нервных аппаратах, служащих центрами психической деятельности. В таком случае мы будем иметь душевную, или психическую, болезнь в тесном смысле слова.

О проявлениях отдельных форм душевных болезней мы будем говорить в частной психиатрии, теперь же должны говорить об общих признаках, которыми выражаются душевные заболевания вообще, об общих условиях их развития и об общих мерах к их определению и разумному отношению к ним. Прежде всего нам придется остановиться на тех симптомах, которыми выражаются душевные болезни, и на попытках их группировки; затем мы перейдем к патологической анатомии душевных болезней, их этиологии, к изложению общих правил для диагностики, прогно-

стики и лечения их и закончим рассмотрением отношения к душевнобольным законодательства.

ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ

Типические психопатические состояния

Симптомы, которыми проявляются болезни, составляющие предмет психиатрии, могут быть или психические, или чисто физические. То обстоятельство, что душевные болезни выражаются не только расстройством психической деятельности, но также и признаками соматическими, нужно всегда помнить, чтобы не упускать из виду исследовать подробно весь организм, а не ограничиваться только констатированием расстройств со стороны одной только психики. Соотношение между психическими функциями и физическими отправлениями организма настолько тесное, что, как показывают наблюдения, чрезвычайно часто под влиянием чисто психических причин являются резкие расстройства в телесной жизни, и почти нет ни одного душевнобольного, у которого не было бы в большей или меньшей степени расстройств чисто телесных.

Симптомы душевных заболеваний очень разнообразны — в зависимости частью от формы болезни, частью от индивидуальных свойств больного. В громадном большинстве случаев у одного и того же больного мы наблюдаем не один какой-нибудь симптом душевного заболевания, а целую совокупность симптомов, находящихся в более или менее тесной связи между собой и слагающихся в более или менее определенную картину *психопатического состояния*, различную в различных случаях. Таких психопатических состояний, в которых представляются нашему наблюдению душевнобольные, довольно много; но некоторые из них имеют настолько определенные черты, настолько резко отличаются друг от друга, что заслуживают название типичных и носят определенное название; таковы, например, состояния меланхолическое, маниакальное.

Приступая к описанию проявления душевных болезней, мы прежде всего и должны познакомиться с этими *типическими состояниями*, потому что, какова бы ни была форма душевной болезни, все-таки клиническое проявление существующих при ней психических уклонений по большей части укладывается в рамки того или другого из этих типичных состояний или представляет собою их сочетание.

Названия описываемых типов психопатических состояний соответствуют тем формам душевных болезней, в которых они

наблюдаются в наиболее чистом виде: так, например, меланхолическое состояние наблюдается чаще всего и в наиболее чистой картине в той форме болезни, которая называется меланхолией, маниакальное состояние — в той форме болезни, которая называется манией, и т. д. Но из этого не следует, что эти состояния бывают *только* в этих формах болезни; они бывают и при других формах болезни, самых разнообразных. Так, например, меланхолическое состояние бывает не только при меланхолии, но и при очень многих других болезненных формах; например, при прогрессивном параличе помешанных, при старческом слабоумии. Точно то же можно сказать и о состоянии маниакальном, ступорозном и других.

Само собою разумеется, что, познакомившись в частной психиатрии с меланхолией, можно будет иметь более определенное представление о том, что такое меланхолическое состояние; познакомившись с манией, можно иметь более точное представление о том, что такое маниакальное состояние; словом, для того чтобы составить себе *точное* представление о состояниях, в которых нам приходится наблюдать душевнобольных, нужно знать те болезненные формы, от которых эти состояния получили свое название. Тем не менее и в начале знакомства с проявлениями психических болезней следует составить себе хотя бы довольно общее представление о главных типических состояниях, с которыми мы будем иметь дело в клинике; вот почему я и начинаю изложение симптоматологии душевных расстройств с краткого описания наиболее часто встречающихся состояний у душевнобольных.

Вот эти состояния:

1. **Меланхолическое состояние (Status melancholicus)**. При этом состоянии наиболее бросается в глаза мрачное настроение больного, господство над всем душевным содержанием печального, неприятного чувства. Больные или испытывают страшную тоску, отчаяние, или мучаются от чувства страха, ужаса. Обыкновенно при этом существует подавление энергии, связанность мысли, заторможение процессов мышления, душевной жизни, иногда полная неподвижность (*пассивное* меланхолическое состояние) или, наоборот, бурное двигательное проявление как результат накопившегося и разразившегося душевного страдания (*активное* меланхолическое состояние). Иногда это бурное двигательное проявление наступает неожиданно, вдруг и тогда носит название меланхолического порыва — *raptus melancholicus*.

Само собою разумеется, что *степени* меланхолического состояния могут быть очень различны. Иногда мы имеем только

слабое печальное настроение, небольшую тоскливость, уменьшение обычного чувства довольства в соединении с вялостью, апатией, отсутствием интенсивных влечений; в других же случаях мы имеем чрезвычайно резкую картину невыносимого душевного страдания, в сравнении с которым все испытываемые нормальным человеком страдания — ничто.

В чистой форме это состояние бывает при меланхолии, но оно наблюдается в более или менее резкой степени и при других душевных болезнях.

2. **Маниакальное состояние (Status maniacalis)**. Оно до некоторой степени противоположно предыдущему. При этом состоянии преобладает возвышенное самочувствие и веселое или по крайней мере смешанное (гневливое, капризное) настроение. Больные в маниакальном состоянии обыкновенно очень подвижны. Они постоянно суетятся, имеют очень много желаний, постоянно чего-нибудь требуют, к чему-нибудь стремятся; влечения их, однако, нестойки, неглубоки, быстро сменяют одно другое. Мысли также бегут у них быстро; они почти не могут останавливать своего внимания, поддаваясь напору быстро сменяющихся идей. В связи с этим разговор у них поспешный, часто непоследовательный, вследствие быстроты смены одной мысли другою. Сдержанности у таких больных очень мало; чего больной пожелал, сейчас он и требует, и при неудовлетворении своего требования раздражается, выражает нетерпение, недовольство или гнев.

И здесь также мы имеем самые разнообразные степени: так, в некоторых случаях маниакальное состояние проявляется только в несколько усиленной предприимчивости, суетливости, говорливости, в поверхностности мышления и в не совсем сдержанных, легкомысленных поступках; в этой степени маниакальное состояние называется *маниакальной экзальтацией (exaltatio maniacalis)*. В других случаях мы имеем картину чрезвычайно резкого возбуждения, при котором поток мыслей так быстр, что речь больного совершенно бессвязна, и душевное содержание выражается в массе беспорядочных и разнузданных движений, в неумолкаемых криках, в самых разнообразных проявлениях буйства. Маниакальное состояние в такой степени носит название *неистовства (furor)*.

Маниакальное состояние в наиболее чистой форме встречается при мании; но оно бывает и при остром галлюцинаторном помешательстве, при прогрессивном параличе, при старческом слабоумии и других душевных болезнях.

3. **Состояние спутанности (Verwirrtheit, Confusio mentalis, Amentia)**. При этом состоянии у больных на первом плане является

более или менее резко выраженная неясность сознания, неспособность правильно отдавать отчет в восприятиях, неспособность ориентироваться и расстройство в сочетании идей. Больные находятся как бы во сне. Впечатления, которые действуют на них, вызывают в них большею частью ощущение недостаточной определенности, неясности восприятия, иногда же воспринимаются совершенно неверно, иллюзорно. Часто больные в таком состоянии совершенно не понимают, где они находятся, кто их окружает, а живут в мире грез, подобных сонным грезам. То им кажется, что они уже умерли и находятся на том свете; то кажется, что их окружают нечистые духи или небесные силы. Многие принимают окружающих людей за лиц, давно умерших, за ангелов, святых; не узнают окружающих лиц, принимают незнакомых за знакомых, за близких родственников. Во всех случаях этого рода замечается чрезвычайно резкое расстройство сочетания идей, замечается выпадение целых звеньев в ассоциационной цепи, вследствие чего делается возможным существование в сознании самых абсурдных, противоречащих друг другу выводов, являющихся без всякой логической последовательности. Так, больной в одно время может назвать себя и своим именем, и именем какой-нибудь исторической личности, одновременно считать себя и на Кавказе, и на Севере, живым и мертвым и т. п. Очень часто при этом бывает, кроме того, много так называемых обманов чувств (галлюцинаций), причем человек видит и слышит и вообще воспринимает то, чего на самом деле нет; в таком случае спутанность называется *галлюцинаторной*. Под влиянием спутанного состояния сознания, конечно, и внешнее проявление душевной жизни будет совершенно неправильное. Больной то прячется от всех, чувствуя необъяснимый страх как результат растерянности, то, напротив, буйствует, кричит, исступленно борется с окружающими (...,), то, наконец, находится в полной неподвижности, оцепенелости. Смотря по внешнему проявлению, состояние спутанности подразделяется на несколько видов. Так различают:

а) *Состояние сумеречное (Dämmerzustand)*. При этом состоянии больной находится как бы в полусне; он воспринимает окружающее частью довольно правильно, частью же обманчиво; некоторые же впечатления из окружающего как будто вовсе не доходят до его сознания. Вследствие этого поведение больного поражает странным сочетанием некоторых как бы целесообразных актов с совершенно бессмысленной реакцией на многое, действующее на него извне.

Очень близко стоит к этому состояние так называемого психического *автоматизма*, или *транса*, во время которого действия

больного хотя целесообразны, но неотчетливы, несознательны. Примеры таких состояний будут представлены в дальнейшем изложении.

b) *Состояние общего бреда (Delirium commune).* При этом состоянии вместе с глубокою спутанностью заметно более или менее сильное возбуждение всех сфер душевной жизни: больной неправильно воспринимает окружающее; то, что он видит и слышит, вызывает у него представления и воспоминания, не соответствующие действительности, вследствие чего сознание его заполонено массой фантастических образов, иллюзий и галлюцинаций. Воспоминания и фантастические образы сменяют друг друга быстро, беспорядочно; больной не имеет возможности остановить наплыва образов, возникающих в его сознании вследствие чрезмерного возбуждения мозговой коры, и пассивно подчиняется самым противоречивым, странным, бессмысленным представлениям, овладевающим его вниманием. Рядом с этим — постоянная смена аффектов: больной то становится дико весел, то гневлив, буен, то испытывает крайний ужас, страх. Соответственно этому являются более или менее сильные побуждения, влекущие те или другие действия, большею частью дикие, бурные, в форме разнузданных движений с разрушительным и враждебным по отношению к окружающим характером.

Это состояние общего бреда имеет иногда внешнее сходство с маниакальным состоянием, но отличается от него тем, что при маниакальном состоянии на первом плане стоит простое увеличение влечений и ускорение хода представлений, здесь же на первом плане — спутанность сознания, глубокие дефекты в сочетании идей.

Состояние общего бреда может обусловливаться очень разнообразными расстройствами головного мозга и встречается не только при чисто душевных болезнях, но и при других страданиях, как, например, при тифе и других инфекционных формах, при отравлениях, менингитах, остром энцефалите.

По степени двигательного проявления общего бреда различают буйную форму его (*Delirium furibundum*) и тихую (*Delirium placidum*). При тихой форме иногда хаотическое состояние сознания и бессвязная смена представлений сочетаются не с резким двигательным возбуждением, а с едва слышным бормотанием бессвязных фраз, с беспрерывным перебиранием руками белья и других предметов, хватанием себя за половые органы. Тогда бред носит также название *Delirium mussitans.* Его нередко приходится наблюдать в тяжелых формах тифа, менингита и тому подобных болезнях.

c) *Ступор (Stupor).* По внешнему проявлению это состояние представляет противоположность общему бреду. При общем бреде всегда есть большая или меньшая степень возбуждения, а при ступоре заметна вялость, задержка психических процессов. В развитых случаях этого состояния больной поражает своею неподвижностью, как бы оцепенением (слово stupor происходит от глагола stupere — оцепенеть, остолбенеть). Лицо его неосмысленно, тупо, черты лица расслаблены, нижняя губа оттопырена, рот раскрыт, из него течет слюна. Больной сидит или стоит неподвижно, иногда по целым часам, ие переменяя позы, мочится и испражняется под себя. Если его не кормить, он не будет есть, не поить — не будет пить. Больной точно не видит и не слышит того, что происходит вокруг него, и не реагирует на самые сильные впечатления. По-видимому, жизнь представлений еле-еле теплится в его психике, что выражается тем, что иногда он что-то бормочет про себя, шепчет отрывочные слова или произносит какие-то непонятные звуки, точно собираясь что-то сказать. Больной часто не отдает отчета — ни где он, ни даже кто он.

Конечно, не всегда ступорозное состояние бывает в такой резкой степени. Чаще приходится встречаться с более слабыми степенями его, составляющими целый ряд переходных градаций от тяжелых форм оцепенелости к сумеречному состоянию.

Некоторыми психиатрами отождествляется со ступором состояние, действительно близко стоящее к нему, это именно — *состояние оглушения* (*status attonitus*, от attono — оглушаю громом). При этом больной по большей части тоже неподвижен и также по внешности мало реагирует на окружающее; но во многих случаях этого состояния можно заметить, что сознание больного не так глубоко подавлено, как при настоящем ступоре: при ступоре в большинстве случаев мы имеем в сознании бледные образы, сменяющие друг друга в полном хаотическом беспорядке. При состоянии же оглушения мы видим нередко, что сознание всецело поглощено какою-нибудь одной идеей, например представлением какого-нибудь ужасного события. Внимание точно *приковано* к этой идее, не может оторваться от него, вследствие чего другие впечатления не находят доступа к сознанию. Эта скованность мысли, поглощение сознания чем-нибудь одним и делает больного точно глухим и слепым по отношению к окружающему. Скованности сознания нередко соответствует и своеобразное состояние мускулатуры: мышцы лица у таких больных напряжены; в конечностях и туловище часто тоже замечается напряжение как бы *тоническое*, а иногда и то явление, которое описывается как *восковая гибкость* (*flexibilitas cerea*) и

которое выражается в том, что конечность сохраняет на более или менее долгое время всякое приданное ей положение (поднять руку — она так и останется; раздвинуть пальцы — они так и останутся), как будто конечности, да и все туловище сделаны из мягкого воска. Нужно заметить, что переходы между этим состоянием и состоянием настоящего ступора очень постепенны, так что во многих случаях решительно нельзя сказать, имеем ли мы дело с настоящим ступором или с чистою атоничностью.

Различные виды спутанности, как мы увидим, чаще всего и в наиболее резкой форме являются в тех болезнях, которые носят название первично развивающегося бессмыслия (Amentia Мейнерта, Dyspnoia, Stupiditas) и острого бреда (Delirium acutum); но спутанность бывает и при различных других болезненных формах, как, например, при прогрессивном параличе, эпилептическом, истерическом помешательстве и пр.

4. **Состояние помешательства (Status paranoicus, Verrücktheit).** Это состояние в наиболее чистом виде бывает при так называемом *первичном помешательстве* (*Paranoia primaria*), но оно бывает и в других болезнях. При нем у больных на первом плане существуют ложные, болезненно неправильные идеи *о некоторой части* предметов и явлений. Так, в одних случаях больной, например, считает, что его преследуют шпионы или какие-нибудь мошенники: он считает, что люди, встречающиеся с ним, переодеваются и гримируются нарочно, чтобы он, больной, их не узнал; они всячески желают ему вредить, они подкладывают яд в его пищу, они распускают про него сплетни, делают его предметом насмешек или мишенью оскорблений всего города и т. п. Некоторые больные считают себя принадлежащими к какому-нибудь знатному роду, один — наследником престола, другой — главою государства. Некоторые считают, что какие-нибудь части тела их сделались не те, что были прежде; так, один больной утверждает, что у него уже нет желудка, высох спинной мозг, другой — очень дельный торговец, продолжающий свои занятия вполне правильно, — несколько лет твердит, что у него в животе змеи, и умоляет хирургов сделать ему операцию, чтобы удалить их. Часто, наряду с этими ложными, иногда совершенно нелепыми идеями по отношению к одному кругу представлений, существует довольно правильное отношение к очень многим явлениям, с которыми приходится сталкиваться больным. Многие из больных, имея нелепые идеи, могут правильно исполнять свои обязанности, например, вести торговлю, занимать какую-нибудь служебную должность. Люди, недостаточно опытные в психиатрии, часто решительно не могут у таких больных подметить какие-нибудь другие уклонения от нормы, кроме

ложных идей в одной области представлений, так называемых профанами «пунктов помешательства», вследствие чего такие больные и считались долгое время страдающими *односторонним помешательством* (*monomania*). Теперь это название отброшено, потому что доказано, что и у этих больных страдает не одна только сторона душевной жизни, а *вся* психика их ненормальна, и эта-то ненормальность психики и выражается в первично существующей наклонности к образованию ложных, болезненно неправильных идей при достаточной степени сохранения ясности сознания и способности владеть своим вниманием.

В чистом виде это состояние бывает, как я сказал, при параноийе, но оно бывает и при других болезнях, например, в сочетании с меланхолическим состоянием и со слабоумием.

5. **Состояние слабоумия (Dementia, Blödsinn)**. При этом состоянии больные представляют большую или меньшую степень того, что в общежитии называется глупостью, умственною тупостью. Больные в этом состоянии соображают плохо или даже совсем не соображают. Если иногда и заметно сносное соображение, то большею частью его хватает только на какую-нибудь небольшую умственную работу; чуть представится больному на разрешение какая-нибудь задача посложнее, — сообразительность оказывается недостаточной. Даже в относительно слабых формах слабоумия способность осмысления и плодотворной деятельности резко уменьшается, критика становится очень недостаточна, односторонняя, мышление неглубоко, способность приспособлять окружающее к своим потребностям пропадает. Вместо процессов умственного творчества замечается наклонность к шаблону; мышление заменяется почти автоматической сменой привычных, давно заученных сочетаний. Большей частью при этом душевная энергия вообще резко уменьшается; особенно падают умственные интересы, вследствие чего круг жизни больного чрезвычайно суживается. Часто при этом память тоже слабеет, и больным становится трудно усвоить какие-нибудь новые знания, научиться чему-нибудь новому, хотя бы легкому.

Само собою разумеется, что в состоянии слабоумия может быть очень значительная разница, смотря по степени болезни. При слабых формах слабоумия мы имеем налицо только узковзглядость, некоторую недостаточность в способности воспринять что-нибудь новое, тупость, сужение умственных интересов, недомыслие, бестолковость, тогда как при самых сильных степенях слабоумия дело доходит до полной невозможности осмысления, полной потери прежнего запаса знаний, — словом, почти полного прекращения интеллектуальной деятельности.

Нужно заметить, что очень часто слабоумие сочетается с состоянием спутанности, так что является картина *слабоумия со ступором или со спутанностью*, от которого нужно отличать *слабоумие без ступора*, т. е. чистую форму слабоумия; при этой чистой форме сознание бывает иногда довольно ясно, хотя очень не широко и не объемисто; при этом резко заметны уменьшение запаса сведений и знаний, свойственных нормальному человеку, и недостаточность той силы, при помощи которой у человека образуются общие выводы и общие понятия.

Слабоумие в наиболее чистой форме встречается или в случаях врожденного недоразвития умственных способностей, или в так называемом вторичном слабоумии, которое является исходом многих других психических заболеваний, когда дело не кончается полным выздоровлением.

6. **Состояние психической неуравновешенности (Inequilibrietas psychica)**. Так называется такое состояние, при котором проявления душевной деятельности не представляют той гармонии, которая должна быть в нормальном состоянии, но и не представляют той сильной степени дисгармонии, которая наблюдается при состояниях, описанных в предыдущих параграфах. Это состояние — как бы промежуточное между нормальным психическим состоянием и тем, что в общежитии называется сумасшествием (alienatio). При этом личность человека сохраняет в большинстве случаев черты, свойственные личности в состоянии здоровья, но отдельные элементы ее соединены не так гармонично, — нет того равновесия, которое свойственно норме. Вследствие этого при этом состоянии мы видим часто чересчур резкое развитие одной какой-нибудь стороны душевной сферы в ущерб другой, несоответствие между мыслями и чувствами, мыслями и поступками и т. п. Проявления этой недостаточной уравновешенности до крайности разнообразны: то, например, она проявляется в том, что одни какие-нибудь идеи неотвязно преследуют человека, — он не может от них отделаться, несмотря на все усилия; то является необъяснимая тревога по поводу ничтожного обстоятельства; то оказывается, что у человека существует ряд самых оригинальных привычек, побуждающих его к поступкам почти абсурдным, а между тем он — человек, в остальном достаточно рассудительный; то это — чрезмерная конфузливость, мизантропия, вследствие чего человек дичится людей, не выносит их присутствия; то это, наоборот, чрезмерное влечение к чему-нибудь, например, к злоупотреблению спиртными напитками, морфием или даже к таким поступкам, как членовредительство, убийство, воровство, поджог; то это неспо-

собность приспособиться к окружающим условиям вследствие отсутствия чувства меры и такта; то это почти полное отсутствие нравственного чувства и т. п.

О разных проявлениях недостаточной уравновешенности в психической сфере мы еще будем говорить; здесь же я должен только указать, что психиатру очень часто приходится иметь дело с этим состоянием. Оно очень нередко наблюдается у людей *в продромальном периоде* многих душевных болезней, как, например, меланхолии, мании, острого бессмыслия, помешательства и прогрессивного паралича. При этом оно большею частью выражается в явлениях *раздражительной слабости* в психической сфере. Но, кроме того, оно составляет характерное состояние для тех больных, которые причисляются к категории *вырождающихся, или дегенерантов*. Здесь я ограничусь только небольшим замечанием, что дегенератами называются чаще всего такие люди, у которых, благодаря (в большинстве случаев) наследственным влияниям (пьянство родителей или предков, психические и нервные болезни у них, чрезмерное утомление и слабость их), нервная система развивается неправильно, и соответственно этому и психическая сфера представляет уклонения от правильного развития. Эти уклонения могут быть иногда настолько велики, что душевная жизнь почти совсем не развивается: это — так называемые идиоты, или слабоумные от рождения. В других же случаях развитие душевной деятельности совершается приблизительно до нормального уровня, иногда даже переходит выше среднего уровня, но все-таки замечается большее или меньшее количество неправильностей в развитии ее, большее или меньшее количество «недостаточностей». Личность у таких людей развивается, но элементы ее часто недостаточно уравновешены, или равновесие их весьма неустойчиво. Вот такие-то люди чаще всего и называются дегенератами.

Состояние психической неуравновешенности, которое наблюдается у различных лиц, относящихся к этой категории, бывает различной степени в отдельных случаях. Иногда оно с первого раза бросается в глаза, иногда же оно настолько невелико, что едва заметно даже врачу и почти не мешает больному вести жизнь, совершенно подходящую к нормальным условиям. Это объясняется тем, что между нормальным состоянием человека и резкой степенью вырождения — градаций, переходных ступеней очень много, и резких границ положить нет никакой возможности.

Этим я закончу изложение наиболее типичных состояний, с которыми приходится сталкиваться психиатру. Знакомство с ни-

ми будет, конечно, полнее, когда мы перейдем к изучению *отдельных форм* психических болезней и, с другой стороны, когда мы более подробно познакомимся с теми *элементарными расстройствами* душевной деятельности, из комбинации которых слагаются эти состояния. Знакомство с этими элементарными расстройствами необходимо, чтобы при наблюдении различных состояний у душевнобольных иметь возможность произвести так сказать *анализ* наблюдаемого состояния, без чего невозможна диагностика психических болезней. К рассмотрению этих элементарных расстройств мы и должны теперь перейти.

Элементарные расстройства душевной деятельности

Болезненные расстройства в душевной деятельности захватывают обыкновенно все ее сферы; редко бывает, чтобы при душевной болезни была поражена одна сфера интеллекта или одна сфера чувства, одна сфера воли; большею частью наряду с расстройствами в сфере интеллекта находятся и расстройства душевного чувства, и расстройства в сфере воли. Однако для удобства изучения, а главное для того, чтобы при постановке клинической диагностики иметь известный план для исследования и анализа, различные симптомы, наблюдаемые при душевных болезнях, разделяются на отдельные группы, смотря по тому, к расстройству какой сферы они относятся. Таким образом являются болезненные расстройства в сфере интеллекта, в сфере душевного чувства, в сфере воли и расстройства сознания. Мы начнем с обозрения элементарных болезненных расстройств в интеллектуальной сфере.

1. Расстройства в интеллектуальной сфере

Мы знаем, что богатство нашего интеллекта заключается в запасе представлений и понятий. Представления образуются из ощущений; представления запоминаются, т. е. следы их хранятся в скрытом состоянии, по временам восстановляются, *репродуцируются*, являются в форме идей, вступают между собою в сочетания, *ассоциируются*, образуют новые категории представлений, образуют понятия. Благодаря законам ассоциаций сочетания представлений происходят в известной последовательности. При известной правильности сочетания получаются правильные суждения, умозаключения и выводы, являются правильные логические операции в форме акта мышления. Благодаря всему этому мы и познаем мир правильно — в тех границах, в которых это доступно человеку.

Но умственная деятельность человека может подвергнуться расстройству, и тогда способность познавания расстраивается. В какой форме появится это расстройство, это будет различно, смотря по тому, что именно будет расстроено в механизме интеллектуальной деятельности, иногда эти расстройства можно назвать только *количественными*, например, когда умственная деятельность будет совершаться лишь более или менее *недостаточно*, когда она будет ограничена вообще или в какой-нибудь отдельной части своей; но чаще эти расстройства бывают и *качественные*, так как благодаря расстройству механизма умственной деятельности *содержание* интеллектуальной деятельности бывает неправильно, а иногда и совершенно *извращено*; в последнем случае человек имеет нередко превратное представление об явлениях внешнего мира и о самом себе, например, называет себя именем Александра Македонского, а окружающих считает за придворных или считает себя за человека, обреченного на казнь, а окружающих за палачей; или совершенно не узнает своего помещения, своих близких и т. п.

Хотя очень часто у душевнобольных количественные расстройства соединяются в большей или меньшей степени с качественными, но все-таки это не всегда. Иногда (и притом вовсе нередко) бывают случаи, когда никаких признаков качественных расстройств в интеллектуальной деятельности, т. е. извращенного понимания, мы не можем заметить у больного, а замечаем только уклонения количественные, бедность или чрезмерное обилие идей, ускорение или замедление мышления, слабость или особую силу памяти или изменения, касающиеся лишь *формы* сочетания идей между собою (так называемые *формальные* расстройства), не вызывающие извращенного понимания. Эти случаи дают часто повод к недоразумениям между врачом-психиатром и не врачами. Врач, видя, что человек стал умственно вял, что мышление его резко ограничено, память слаба, указывает, что он психически болен, а ему возражают, что, так как этот человек не говорит никакой вопиющей нелепости, он, следовательно, не может быть причислен к «помешанным» и не может быть третируем как душевнобольной. Такого рода недоразумения, основанные на различных точках зрения (врач привык обращать внимание не только на то, что нового развилось у человека вследствие болезни, но и на то, чего в нем *недостает* из прежних его свойств, а не врачи часто совсем не замечают последней стороны или не придают ей патологического значения), являются существенным препятствием для своевременного помещения душевнобольных в лечебницу и для наложения на них опеки.

Болезненные расстройства, которые наблюдаются в интеллектуальной сфере, таковы:

А) Количественные расстройства в интеллектуальной деятельности

Прежде всего следует отметить, что при душевных болезнях замечается очень большая разница *в общей напряженности процессов, лежащих в основе интеллектуальной деятельности.* Так, в одних случаях мы видим чрезмерное возбуждение этих процессов, в других, наоборот, угнетение их почти до полного прекращения.

Как мы увидим из частной психиатрии, *интеллектуальное возбуждение* бывает при таких формах, как мания, при которой бывает большею частью наплыв мыслей, быстрая смена их, большое двигательное возбуждение, и при формах, в которых до известной степени заметно маниакальное состояние, как, например, при остром бреде, остро развивающемся бессмыслии и прогрессивном параличе помешанных. При этом иногда интеллектуальное возбуждение бывает так велико, что уже нет никакой возможности говорить о сколько-нибудь правильной интеллектуальной деятельности. Мышления и осмысления при этой степени совсем незаметно, а существует беспорядочный *наплыв идей*, которые толпятся в сознании и вытесняют друг друга, не давая возможности сосредоточиться. В сознании всплывает масса воспоминаний, но большею частью малосвязных, отрывочных. Сочетание идей совершенно случайное; иногда идеи взаимно противоречивы. В большинстве случаев возникающие мысли быстро переходят в слова и акты, вследствие чего интеллектуальное возбуждение часто сопровождается и двигательным возбуждением и возбуждением речи.

В других случаях мы находим, наоборот, *подавление интеллектуальной деятельности.* Иногда оно бывает не в большой степени и тогда выражается в вялом ходе идей, в слабом напряжении возникающих в сознании представлений, в сужении круга идей; иногда же оно достигает очень большой степени, и тогда мы видим крайнее угнетение умственной деятельности, доходящее иногда до полной остановки ее. Это бывает часто при том состоянии, которое носит название ступора: при этом обыкновенно в сознании бывает ничтожное количество представлений, притом очень бледных; сочетание представлений совершается крайне вяло, при полном отсутствии направляющей силы ума.

Переходя к более детальному анализу симптомов, которые относятся к количественным расстройствам в интеллектуальной

деятельности, мы должны различать следующие элементарные расстройства:

1) расстройства в количестве идей,
2) расстройства в напряженности идей,
3) расстройства в сочетании идей, распадающиеся на:
   а) расстройства в быстроте смены идей,
   б) расстройства в связности идей,
   в) расстройства, выражающиеся в недостаточности (дефектности) умственных (логических) операций,
4) расстройства памяти,
5) расстройства воображения.

1. **Расстройства в количестве идей**. Количество идей, которое существует у вполне здоровых людей, различно. Это прежде всего зависит от интеллектуального развития человека. У развитых людей запас представлений и понятий больше, чем у неразвитых. У диких народов количество понятий гораздо меньше, чем у народов культурных. До некоторой степени указанием на количество понятий, находящихся в запасе у человека, служит количество слов, им употребляемых[1]: так, по исследованиям Макса Мюллера[2], оказывается, что лексикон простого английского рабочего ограничивается какими-нибудь 300 словами, а количество слов, употребляемых людьми интеллигентными, великими писателями, далеко переходит за десяток тысяч: в сочинении Шекспира число слов доходит до 15 000.

В зависимости от *болезни* количество представлений и понятий тоже изменяется.

С этой стороны можно наблюдать различные явления.

Так, например, может быть очень резко *уменьшен* в сравнении со средней нормой *запас идей*, которые могут быть у человека. Это бывает при *идиотизме*, т. е. при врожденном недоразвитии умственных способностей, и при *вторичном слабоумии*, т. е. при ослаблении умственных способностей, развившемся последовательно за какою-нибудь другою душевною болезнью или за каким-нибудь органическим заболеванием головного мозга. При первой из этих форм, т. е. при *врожденном слабоумии*, запас представлений и понятий мал, потому что иногда совсем не развита способность образовать понятия, а иногда хотя способность образовать представления и понятия и есть, но она крайне недостаточна.

---

[1] Конечно, это только до известной степени: очень часто попадаются люди, у которых понятий гораздо меньше, чем повторяемых ими понаслышке слов.

[2] М. Мюллер, профессор Оксфордского университета, исследователь вопросов соотношения речи и мышления. (*Прим. ред*).

Как мы увидим впоследствии, при рассмотрении различных форм *прирожденного слабоумия* иной раз бывают индивидуумы, у которых совсем не могут развиваться никакие представления вследствие крайнего недоразвития мозга; у других прирожденно слабоумных хотя и могут образоваться конкретные представления, но не развивается вовсе или почти не развивается общих понятий. Так, у находящейся в Московской психиатрической клинике описанной мною малоголовой идиотки (микроцефалки)[1] представлений довольно много, но общих понятий очень мало, и потому процесс умозаключения и суждения почти отсутствует. У более развитых идиотов существует и более развитая способность к образованию понятий, вследствие чего возможны и процессы умозаключения, возможно мышление, но все-таки запас идей очень мал в сравнении с нормой, что и обнаруживается в бедности содержания умственной жизни таких лиц.

При другой форме, *при приобретенном слабоумии*, умственный запас уменьшается, по всей вероятности, вследствие уничтожения нервных элементов мозговой коры, являющегося или вследствие долговременно бывшей душевной болезни, или вследствие прямого поражения мозговой коры болезненным процессом (процессы воспалительные, сдавление мозга, атрофия коры и пр.). Под влиянием всех этих процессов уничтожаются элементы, хранящие следы представлений и понятий в мозгу, и соответственно этому не только утрачивается способность к образованию новых понятий (уменьшение этой способности очень часто составляет признак развивающегося слабоумия), но теряется и запас прежде образованных. Так, больные, страдающие прогрессивным параличом в последнем периоде болезни, совсем не имеют никакого представления не только о том, что они когда-то заучивали, но даже и об отношениях к ним самых близких людей.

В подобных случаях утрачивается — и большей частью навсегда, — как было сказано, запас прежде бывших идей. Но бывают состояния душевного расстройства, при которых недостаточное количество идей обнаруживается и тогда, когда запас их сам по себе и достаточен, и даже остается такой же, как был раньше до заболевания: в этих случаях хотя сам по себе запас идей достаточен, но из него по тем или другим причинам *вступают в сознание лишь немногие*, так что из разговора и из отношений больного видно, что количество представлений и по-

---

[1] *Корсаков С. С.* К психологии микроцефалов//Вопросы психологии и философии. 1894. № 21 (1), январь, спец. Отд. С. 67—114; № 22 (2), март. С. 185—198. (*Прим. ред.*).

нятий, которыми он оперирует, ничтожно. Это бывает при различных формах душевных болезней, характеризующихся *подавлением душевной деятельности*: при ступоре, при первичном излечимом слабоумии и при некоторых формах меланхолии. При ступоре это бывает потому, что энергия душевной деятельности вообще слабеет при этом состоянии; при первичном слабоумии — потому, что при этой болезни развивается расстройство нервных элементов, делающее невозможным на более или менее долгое время репродукцию представлений в нормальном объеме; при меланхолии — потому, что при ней вследствие крайне односторонней восприимчивости возникают в сознании почти исключительно лишь мрачные мысли.

При всех этих состояниях мы имеем, таким образом, *сужение круга возникающих в сознании идей.*

В других случаях мы видим, *что количество идей, являющихся в сознании из запаса, более, чем обыкновенно*, является *наплыв идей*, наплыв представлений. Это бывает при психических расстройствах, характеризующихся возбуждением психической сферы. С особенною резкостью это заметно в маниакальных формах, в остром бреде и в остром галлюцинаторном помешательстве.

При разборе количества представлений следует отличать еще, уменьшено или увеличено *количество восприятий*, т. е. таких представлений, которые обусловливаются непосредственным, т. е. имеющим место в данный момент, воздействием впечатлений на органы чувств человека. При некоторых болезнях, особенно при тех, при которых существует гиперестезия органов чувств, количество восприятий *увеличено.* Так, оно бывает увеличено при *лихорадочном состоянии*, аффекте ожидания, состояниях *гипноза* и особенно при *истерии*; благодаря этому истеричные иногда приводят в изумление окружающих, сообщая им такие сведения, которые нельзя иметь при обычной восприимчивости органов чувств и которые кажутся легковерным людям проявлением почти сверхъестественным. Этим (если только исключена возможность обмана) объясняются многие явления так называемого ясновиденья.

Относиться отрицательно ко *всем* явлениям такого рода научный исследователь никоим образом не должен. Несомненно, наблюдаются случаи, в которых способность узнавания настолько поразительна, что увлекающийся человек может видеть в этом «несомненное» доказательство влияния мистической силы (а наоборот, односторонние скептики — «несомненный» обман). Внимательное же и обстоятельное исследование таких случаев доказывает, что в большинстве случаев эта способность узнавания объясняется необыкновенной восприимчиво-

стью органов чувств и тем, что впечатления одного чувства, так сказать, по иррадиации вызывают впечатления в области другого. Такого рода наблюдения сделаны были, между прочим, французским ученым Рише; очень недавно д-ром Ховриным из Тамбова опубликовано относящееся сюда наблюдение[1], крайне интересное. Дело шло об истеричной девице, которая обладала способностью читать написанное на бумаге, спрятанной в запечатанный конверт. Само собою разумеется, что было принято во внимание все, чтобы не оставалось сомнения, чтобы больная не могла вынуть бумагу из конверта (вкладывалась даже светочувствительная пластинка, на которой сейчас бы остался след, если бы конверт был раскрыт при свете). Для определения содержания написанного испытуемая должна была по большей части много раз ощупывать и даже мять письмо. Тогда (правда, не всегда, а в периоды, когда испытуемая чувствовала особое предрасположение к производству опыта) у нее являлось зрительное представление, мало-помалу (иногда в несколько сеансов) слагавшееся в картину, соответствующую тому, что было написано; иногда эта особа узнавала написанное с необыкновенной точностью, определяя и характер почерка и цвет чернил. Тщательное исследование состояния ее чувствительности указало на то, что восприимчивость ее чрезвычайно велика; она могла узнавать осязанием написанные цифры сквозь несколько слоев бумаги, могла определять даже цвет осязаемых предметов по какому-то особому термическому ощущению и ощущению общего чувства; мало того, она могла определять без помощи зрения цвет предметов, заключенных в стеклянные пробирные трубки, — опять-таки по каким-то смутным ощущениям, вызывавшим, как бы по иррадиации, соответствующие зрительные ощущения. Также очень повышена была восприимчивость ее и к зрительным и слуховым впечатлениям. И слуховые образы возникали у нее легко через посредство впечатлений осязательных и общего чувства.

Количество восприятий бывает увеличено также при общем *повышении энергии душевной деятельности*, наблюдаемой, например, при *мании* и других аналогичных болезнях: маниакальные больные очень легко усваивают самые незначительные впечатления из окружающей их обстановки и иногда поражают своею восприимчивостью.

Наоборот, при *понижении энергии душевной деятельности*, которое бывает при формах депрессивных (меланхолических) и при слабоумии, а особенно при ступоре, оно резко уменьшено. Оно может быть уменьшено также при *односторонности внимания*, являющейся при гипнозе и сомнамбулизме и, само собою разумеется, при *ослаблении телесной чувствительности*, т. е. при различных формах анестезии, при отсутствии способности зрения и слуха.

---

[1] *Ховрин А. И.*, Редкая форма гиперестезии высших органов чувств//Вопросы нервно-психической медицины. 1898. 3, 2. С. 247—260.

Не следует, однако, полагать, что если количество восприятий мало, то соответственно этому всегда будет и малое *количество понятий.* Хотя действительно материалом для развития понятий служат впечатления, действующие на органы чувств, и образование понятий при недостаточности восприятий крайне затрудняется, но тем не менее способность развивать понятия может быть хорошо сохранена, несмотря на то, что пути для восприятий до крайности ограничены. В доказательство этого можно привести известный случай Лауры Бриджмэн, американки, лишенной с самого раннего детства зрения и слуха, почти лишенной обоняния и потому в детстве походившей на идиотку, вследствие недостатка представлений и отвлеченных понятий. Однако она вовсе не была идиоткой, и как только старание наблюдавшего ее д-ра Гоу было обращено на то, чтобы сообщить ей по возможности больше восприятий через *общее чувство и осязание* и дать им нормальное направление для образования надлежащих сочетаний, она поражала своим быстрым умственным развитием и способностью выражать свои мысли, она очень скоро научилась читать печатные книги, записывала свои мысли и впечатления и затем в течение своей жизни вела обширную переписку.

В последнее время описывался также очень большой успех, сделанный воспитательницей одной американки Эллен Келлер, тоже слепой и глухонемой с $1^1/_2$ годового возраста. Опытная воспитательница, действуя исключительно через осязание (и, конечно, через общее и мышечное чувство), мало-помалу научила девочку различать предметы и соединять с представлением о них символические сочетания осязательных образов и движений пальцев и мышц, участвующих в акте письма, т. е. научила читать (по выпуклому шрифту) и писать с такой орфографией, что редкая 7-летняя девочка (а Эллен было в это время 7 лет) могла бы похвалиться таким правописанием. На 10-м году Эллен научилась говорить, руководствуясь осязательными, общими и мускульными ощущениями, сопровождающими произнесение слов, так что через несколько лет изучила латинский, французский и немецкий языки, историю, математику и, по последним известиям, готова была держать университетский экзамен.

Из этого и других аналогичных примеров видно, что хотя, конечно, содержание нашего ума в очень большой степени зависит от количества знаний, которые мы получаем при помощи высших органов чувств — зрения и слуха, но тем не менее невозможность доступа зрительных и слуховых восприятий и, следовательно, полное отсутствие соответствующих представлений не останавливает развития умственной жизни и личности, если только сущест-

вует возможность правильных внутримозговых сочетаний, если остается доступ к ощущениям осязательным и ощущениям общего чувства. Если же от рождения нарушается возможность иметь восприятия последнего рода, то развитие личности делается невозможным.

2. **Расстройства, касающиеся напряженности идей**. Большое значение при оценке патологических признаков в интеллектуальной области имеет определение степени *напряженности идей и представлений*. Мы часто можем наблюдать, что иногда напряженность идей и представлений очень велика; они постоянно всплывают из бессознательной сферы в сознательную и пассивно подчиняют себе внимание, подчиняют себе чувства больного, мотивируют и его поступки. При этом в некоторых болезнях это касается лишь одной какой-нибудь идеи или однородной группы идей, а в других касается самых разнородных.

Так, например, иногда при *меланхолии* какое-нибудь воспоминание о своем проступке является в сознании с таким напряжением, что больной решительно о нем одном только и думает, крайне преувеличивает его значение, мучается упреками совести и иногда, чтобы избавиться от мучения, кончает жизнь самоубийством.

При болезни, известной под названием *ипохондрии* и характеризующейся чрезмерным страхом за свое здоровье, мысль о том, что больной страдает какой-нибудь неизлечимой болезнью, например пороком сердца, настолько ясно выступает в сознании больного, что сопровождается даже болевыми ощущениями в стороне сердца; при болезни, известной под именем «*навязчивых идей*», какая-нибудь идея, например опасение покраснеть во время разговора и тем обнаружить свое смущение, которое «истолкуется» в дурную сторону, настолько сильно внедряется в сознание, что больные готовы совсем отказаться от общества.

Во всех этих случаях особой напряженностью обладают идеи какого-нибудь *одного рода*. Но есть болезни, в которых чрезмерной напряженностью обладают *разнородные идеи*. Это бывает в болезнях, при которых существует патологическое *возбуждение мозговой деятельности*, при мании, маниакальной форме острого бессмыслия, остром бреде и вообще при маниакальных состояниях, являющихся в течение разнообразных душевных болезней. При этом существует наплыв самых разнообразных, иногда быстро сменяющих друг друга идей, которые при своем появлении в сознании отличаются чрезвычайной яркостью и резко влияют как на чувства, так и на действия больных, чрезвычайно волнуя их и вызывая на самые энергические поступки.

В других случаях, наоборот, *напряженность идей бывает невелика*, они являются в сознании бледными, без значительного влияния на чувства и поступки. Это бывает большею частью при психических расстройствах, характеризующихся упадком энергии душевной деятельности вообще, например, при знакомом нам состоянии *слабоумия*, а особенно при тяжелых формах *ступора.*

3. **Расстройства в сочетании идей**. Эти расстройства, как сказано, распадаются на:

а) расстройства в быстроте смены идей,

б) расстройства в изменении правильности смены идей,

в) расстройства, выражающиеся в недостаточности (дефектности) умственных (логических) операций.

а. **Расстройства быстроты смены идей**. Кроме изменения в количестве идей, может быть изменение *в быстроте смены идей.* При нормальных условиях душевной деятельности идеи и мысли сменяются через более или менее определенный промежуток; только тогда наше мышление может быть правильно, когда быстрота этой смены держится в пределах нормы. Если же она даже у здорового человека будет несколько больше обычной нормы, то мышление будет очень поверхностно; с другой стороны, при очень медленной смене идей продуктивность интеллекта будет очень бедна.

При болезненных условиях быстрота смены идей может чрезвычайно резко уклоняться от нормы.

Так, течение мысли может быть *очень замедлено*, как бы *заторможено.* Мысли чрезвычайно туго сменяются одна другою, и разговор с больными, у которых наблюдается это явление, представляет большое затруднение: приходится много раз повторять один и тот же вопрос, чтобы получить односложный ответ. С часами в руках можно заметить, что больные отвечают на вопрос лишь через 1—2 минуты после того, как он им был предложен. Больные сами сознают, что мысли их двигаются вяло, медленно и иногда по целым часам сидят над простым письмом или над страницей книги, стараясь усвоить читанное. Это бывает при *меланхолии*, особенно же при той ее форме, которая носит название melancholia atonita. При этой разновидности меланхолии больные сидят неподвижно, как бы оглушенные громом (atono — оглушаю), а мысли их представляются как бы совершенно остановившимися на какой-нибудь одной, большею частью поражающей ужасом идее.

Это же бывает при состояниях *экстаза*, т. е. при таких состояниях, при которых одна какая-нибудь мысль, большею частью

религиозного или другого возвышенного содержания, захватывает сознание и не дает места другим.

Нужно заметить, что вообще мрачное настроение духа, печаль, тоска влекут за собою задержку в смене идей; оттого-то при меланхолии и происходит обыкновенно медленное течение мыслей. Но оно бывает не только при меланхолии, но и вообще при меланхолических состояниях, встречающихся как постоянное или временное явление в разнообразных болезнях, например при меланхолическом умопомешательстве, при меланхолических формах дизнойи, при кататоническом помешательстве и в меланхолическом состоянии прогрессивного паралича.

С другой стороны, при некоторых других формах душевного расстройства *течение идей бывает резко ускорено.* Мысли сменяют друг друга быстро, вследствие этого интеллектуальная деятельность ускоряется. Это бывает при болезнях, соединенных с веселым настроением и повышенным самочувствием, чаще всего при мании и вообще при *маниакальных состояниях*, бывающих как симптом различных болезненных форм. При этом смена и сочетание идей происходят легко, свободно; то, что в здравом состоянии потребовало бы со стороны больного усилий, теперь говорится совершенно легко и свободно: больной, например, сыплет рифмами, остроумными замечаниями. Речь богата образами, меткими сопоставлениями. Многие больные, никогда не писавшие стихов, сочиняют экспромты. У нас в клинике лежала одна простая деревенская крестьянка, по развитию совсем не превосходившая других крестьянок; у нее было маниакальное состояние, она много и быстро говорила и очень часто стихами. Вот, между прочим, письмо ее к мужу:

«Милый Ваня
На вас обида моя есть
Вы мне не шлете долго весть
От вас я вести все ждала
И по ночам я не спала.
Вы знать забыли про меня.
Шлю отрадну к вам я весть,
Хорошо мне очень здесь.
Остаюсь довольна вами
Господами докторами и слугами.
Затем прощайте уведомляю вас, что Я жива и здорова.
Вы письмо мое прочтите
И ответ ко мне пришлите.
Я ответа буду ждать
По ночам не буду спать».

Иногда при поверхностном взгляде кажется, что умственная деятельность больных с ускоренной и облегченной сменой идей

даже богаче и продуктивнее, чем она была в здоровом состоянии. Однако при внимательном взгляде оказывается, что это только внешний блеск, что мышление сделалось очень поверхностным: идеи так быстро сменяют друг друга, что больному трудно сосредоточиться; вследствие этого глубина мышления падает; больной часто теряет нить в бесконечных подробностях, которые вследствие облегчения в смене мыслей побуждают его уклоняться от главной темы.

Если смена идей еще более ускоряется, то больной не успевает следить словами за быстро сменяющимися идеями; слова не поспевают за мыслями; больной, не успевая выразить одной мысли, говорит уже о другой. Если ускорение идет еще быстрее, то, несмотря на всю быстроту речи, слова только отрывочно выражают идеи, быстро сменяющиеся в голове больного. Идеи несутся в его голове как вихрь. Это состояние носит название вихря, или *скачка идей — fuga idearum*. При этом больной не может совсем сосредоточиться и отдает только поверхностный отчет в окружающем; только настоятельно повторяя вопрос, можно добиться от больного правильного ответа, указывающего на то, что он понимает окружающее; но этот ответ всегда краток, так как поток мысли сейчас же увлекает больного в сторону. При еще более увеличивающейся быстроте в смене идей происходит полная бессвязность идей — *incohaerentia idearum*. В этом случае бессвязность идей зависит от необыкновенной быстроты смены идей, вследствие чего нормальное сочетание по закону ассоциации невозможно.

Это — *маниакальная форма бессвязности*. Мы увидим сейчас, что бессвязность в сочетании идей может зависеть и от другой причины — от первичного расстройства ассоциативной деятельности при так называемом слабоумии и остро развивающемся бессмыслии (дизнойе).

б. **Расстройства в правильности сочетания идей**. Кроме изменения в скорости течения идей смена идей может страдать и вследствие расстройства в *ассоциации представлений*, и вследствие *нарушения правильности сочетания*.

Известно, что сочетание идей происходит по законам ассоциаций. Нормальному человеку, как я уже сказал ранее, смотря по его развитию, свойственно преобладание то тех, то других ассоциаций: так, у иных преобладают ассоциации по внутреннему логическому сходству, у других по внешнему поверхностному сходству, по одновременности появления в сознании и по смежности. Известная степень взаимного соотношения ассоциаций разного рода, впрочем, характеризует нормальное состояние че-

ловека: не может быть нормального взрослого человека только с ассоциациями по смежности и внешнему сходству, так же как и не может быть нормального человека, оперирующего только ассоциациями по смыслу.

Но в болезненном состоянии *характер преобладающего типа ассоциаций* и взаимное отношение ассоциаций различного типа могут резко измениться. Так, у многих людей во время душевной болезни является особенная наклонность к ассоциациям главным образом по внешней связи, поэтому в речи их мы постоянно видим сочетание рифмованных слов или сочетание слов по созвучию начальных слогов (аллитерация) или вообще переход от одной идеи к другой только по сходству какого-нибудь случайного признака.

Это бывает особенно часто при маниакальных состояниях, при которых больные говорят фразы, связанные между собою очень поверхностно, — по рифме, по созвучию и т. п. У других больных является особая наклонность к ассоциациям по *контрасту*. При этом вслед за одним представлением является другое, как раз противоположное. Так, например, у некоторых больных во время молитвы являются постоянно кощунственные (так называемые хульные) мысли, например циничные представления о Боге и Божией Матери; это их мучает, но они не в состоянии отогнать навязывающихся сопоставлений.

Бывают случаи, когда больных с особенной настойчивостью преследует потребность сочетать представления по их внутренней связи; так, есть больные, которым постоянно нужно решать вопрос *о причинной зависимости* явлений друг от друга: почему делается то-то, почему делается так, а не иначе. Немецкий психиатр Гризингер описал одного больного, который постоянно мучился разными теоретическими вопросами, совершенно ненужными для него, вроде, например, следующих: «Почему этот предмет имеет такую-то меру, а другой — другую? Почему эта особа маленького роста, почему она не так высока, как эта комната, почему люди обыкновенно не выше ростом, чем они бывают? Почему они не такого роста, как дома?». Таких вопросов больной задавал себе бесчисленное множество; обо всем нужно было спрашивать себя: как и почему? Отогнать эти мысли он был решительно не в состоянии, несмотря на то что они ставили его в невыносимое положение. Это состояние было названо Гризингером — «Grübelsucht» (*бесплодное мудрствование*)[1].

---

[1] *Griesinger.* Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand, Archiv für Psychiatrie. 1868—1869, I. C. 626—635.

Все такого рода явления представляют, собственно говоря, образец *качественных* расстройств в сочетаниях идей. О них мы еще будем иметь случай говорить. Теперь же остановимся главным образом на *количественных* расстройствах, выражающихся в общем *нарушении связности сочетаний.* Нарушения эти выражаются в том, что логическая связь идей расстраивается и из ассоциационной цепи выпадают целые звенья, вследствие чего мысль перескакивает непоследовательно от одного предмета к другому. Степени такого рода расстройства могут быть очень различны; иногда мы замечаем лишь небольшую *непоследовательность*, перебрасывание мысли при сохранении внешней грамматической правильности мышления; в других случаях дело доходит до *полной бессвязности* в сочетании идей настолько, что не только грамматическая связь нарушается, но нарушается даже связь идей с внешним их выражением, т. е. словом или действием. В таких случаях больной употребляет слова, не соответствующие его мыслям (*псевдопарафазия*), или пользуется предметами совсем не для той цели, для которой они назначены, например мочится в пепельницу, ест мыло и т. п. (*псевдоапраксия*).

Общие расстройства в сочетании идей бывают при душевных болезнях чрезвычайно часто; всякое сколько-нибудь значительное *аффективное состояние* отражается на ходе сочетания идей. Известно, что и у здоровых при аффектах смущения, гнева и пр. связность сочетаний становится уже не та, какова она в нормальном состоянии: является состояние растерянности, мысль идет скачками. Далее, всякое сколько-нибудь значительное *ослабление внимания*, даже вследствие утомления, расстраивает последовательность в ходе мыслей: уменьшается связность сочетания идей по логическому соотношению; начинают преобладать сочетания по смежности и по одновременности над сочетаниями по смыслу; чисто случайные впечатления вторгаются в сознание, расстраивая ход мыслей. То же самое бывает при чрезмерном обилии впечатлений, действующих на психику; чрезмерное количество образов не дает возможности поставить их в надлежащем порядке по их значению и зависимости друг от друга. В результате является состояние растерянности, обусловленное ощущением недостаточной верности в сочетаниях идей. Все это каждый здоровый человек может наблюдать на себе. Само собой понятно, что при душевных болезнях, при которых является столько условий, нарушающих правильность восприятия и деятельность внимания, столько условий для истощения мозга и появления аффектов, расстройства в сочетании идей бывают чрезвычайно часты и нередко достигают очень большой степени.

в. **Расстройства, выражающиеся в недостаточности (дефектности) умственных (логических) операций.**

Нам известно, что логические операции человека обусловливаются таким сочетанием представлений и понятий, при котором при помощи «*направляющей деятельности ума*» [апперцептивной функции Вундта] представления и понятия сочетаются в суждения, умозаключения и, наконец, в ряд выводов. Нужно полагать, что при этом в нашей психике происходит такой процесс: как в сознательной области душевной деятельности, так и в бессознательной устанавливаются два пункта: один из них есть цель, к которой должен вести процесс мысли; другой — исходный пункт, от которого он начинается; затем, благодаря возбуждающей энергию иннервационного процесса направляющей силе, происходит восстановление следов из массы прежних впечатлений, из запаса следов прежде образовавшихся представлений и понятий; из этих следов, т. е. из идей, им соответствующих, при помощи особенной деятельности, которую мы ощущаем в себе в форме внимания или вообще умственного усилия, мы производим *выборку*: устраняем все то, что не может повести нас к поставленной цели, и выбираем все то, что может вести к ней.

Таким образом, при правильном ходе логических операций из громадного запаса представлений и понятий, которые находятся в распоряжении активной душевной деятельности, мы делаем целесообразную выборку. *Чем более широк круг идей*, из которых в данный период происходит эта выборка, *тем ум шире*; чем менее широк, тем он одностороннее. С другой стороны, *чем правильнее, т. е. последовательнее и определеннее, происходит выборка сообразно с поставленной (и притом довольно отдаленной от исходного пункта мышления) целью*, чем меньше случайно возникающие ассоциации отвлекают мышление от намеченной цели, чем целесообразнее сочетание идей, *тем ум сильнее*, и наоборот. То, что называется *глубиной* ума, зависит в значительной степени от того, какие цели ставятся логическим операциям, насколько они имеют отношение к наиболее существенным сторонам жизни, которые могут иметь значение для человека не только в данную минуту, но и вообще. Сочетание идей при глубоком уме должно совершаться только по существенным признакам, а не по случайным. Чем это больше, тем ум глубже; чем меньше, тем ум поверхностнее.

Наблюдая за различными проявлениями умственной жизни, мы замечаем, что умственная деятельность бывает различна по своему качеству в зависимости от живости, т. е. *энергии душевной деятельности* вообще. У некоторых людей с живой энергией по-

стоянно ставятся разные запросы уму, — интеллектуальной деятельности ставятся беспрерывно цели. У других, наоборот, интеллектуальная работа вяла, целей никаких не ставится. Это бывает при общей вялости психической деятельности, при отсутствии живых чувств и интересов, а у душевнобольных особенно часто наблюдается в состоянии слабоумия.

Ход логических операций в болезненных состояниях может нарушаться различным образом:

1) Во-первых, может быть крайне *слабо развита та деятельность* (*направляющая сила ума, активная апперцепция Вундта*), *благодаря которой вообще существуют сочетания по смыслу.* Тогда *акт осмышления* будет слаб. В крайне резких случаях ослабления этой деятельности не будет совсем образовываться общих понятий, что мы и видим у микроцефалов и других идиотов. В более слабых степенях этого расстройства понятия будут образовываться в очень малом количестве и будут примитивны.

Такое расстройство может быть и прирожденным — при идиотизме и приобретенным — при глубоком бессмыслии и вторичном или прогрессирующем слабоумии. В последних случаях прежде бывшие понятия постепенно утрачиваются и больной перестает сочетать представления по смыслу.

2) Вторая категория расстройства логических операций находится в связи с *интенсивностью интеллектуальной жизни.* Интенсивность интеллектуальной жизни в частности и психической жизни вообще может настолько понизиться, что не будет происходить того процесса, который лежит в основе логических операций: *не будет и ставиться целей для сочетания идей*, не будет происходить и сообразный с целью подбор представлений и понятий из запаса. Это бывает при умственном утомлении и особенно часто в формах глубокого слабоумия и иногда до такой степени, что логические операции совершенно прекращаются. В других случаях слабоумия хотя и нет полной остановки логических операций, но они ограничены именно потому, что целей для мышления становится чрезвычайно мало и они, так сказать, слишком близки к исходному пункту мышления, вследствие чего суждения чрезвычайно бедны, выводы по своему значению ничтожны, мелочны. Это бывает чаще всего при бедности психической жизни вообще, развивающейся нередко как результат перенесенного острого психического заболевания при так называемом «вторичном» слабоумии или в глубокой старости.

3) В-третьих, расстройство логических операций может обусловливаться тем, что хотя цели для мышления и ставятся, но *процесс выборки идей*, подходящих для данной цели, идей целесо-

образных *нарушается*; вследствие этого правильная нить мышления становится невозможной. Чаще всего это делается вследствие того, что умственные силы настолько слабы, что не в состоянии отделить из идей, восстановляющихся из запаса, то, что нужно для данной цели, и то, что не нужно. Это бывает особенно часто тоже при вторичном слабоумии. Говоря со слабоумным человеком, вы поражаетесь тем, что речь его не имеет той целесообразной последовательности, которая свойственна речи нормального человека; он переходит с одного предмета к другому совершенно случайно; подбор идей не соответствует поставленным целям. В слабых степенях это расстройство будет выражаться только несообразительностью, недомыслием, чрезмерной подробностью в изложении, обилием ненужных и скучных деталей, в более сильных — неспособностью держаться в разговоре одной темы, постоянным уклонением от темы разговора, в непоследовательности, наконец, в самых сильных степенях — в полной бессвязности идей. Представления и понятия при этом следуют одно за другим, совершенно не подчиняясь направляющей силе.

Это — бессвязность, наблюдаемая у слабоумных. Но аналогичное состояние может быть и тогда, когда вследствие возбуждения мозговой деятельности количество репродукций увеличивается, является наплыв идей, причем идеи эти разнообразны по содержанию и постоянно прерывают нить мышления. Это бывает особенно часто при остром бреде и начальных периодах бредовой формы дизнойи и маниакальных состояниях. Такого же рода расстройство развивается иногда при сильных душевных потрясениях как проявление того, что называется аффектом. Даже в слабых степенях, при простом *смущении* связность мысли нарушается, является растерянность вследствие неспособности направить мысль правильно, найти нужное среди множества возникающих в сознании идей и побуждений и устранить ненужное. При сильных же степенях аффекта, особенно при так называемом патологическом аффекте, является полное нарушение процесса выбора. Соответственно такому влиянию аффектов на ход идей и те душевные болезни, при которых аффективные расстройства резко выражены, осложняются по временам состояниями бессвязности.

4) В-четвертых, логические операции расстраиваются вследствие того, что хотя цели мышления и ставятся, хотя есть возможность производить выборку, но вследствие быстрой перемены интересов больного, перемены его влечений *очень быстро меняются и цели логических операций*: в таких случаях едва только нач-

нется логический процесс в одном направлении, как цель уже изменилась, и направление мыслей должно меняться. В слабой степени это бывает при всяком легкомысленном, поверхностном мышлении, а в сильном это резко выражено в так называемом маниакальном состоянии и при аффектах восторга.

5) В-пятых, расстройство логических операций может быть обусловлено *уменьшением того круга идей*, из которых приходится делать выборку при процессе мышления. Иногда это бывает при сохранении собственно силы логического процесса, но при ограниченности или односторонности содержания сознания. Так, например, это бывает при меланхолии, когда в сознании восстановляются по преимуществу те представления, которые носят мрачную, печальную окраску. При этом больной делает и все выводы очень односторонние, мрачные, не соответствующие действительности. Это же наблюдается и при сильных подавляющих аффектах, когда вследствие заторможения психической деятельности в сознании не возникают иногда самые необходимые соображения, вследствие чего человек поступает, как бы игнорируя самые необходимые требования долга.

Но наиболее часто нарушение логических операций вследствие ограниченности круга идей, из которых приходится делать выборку, бывает при тех частых формах слабоумия, которые именно и характеризуются утратой и бедностью запаса идей. Оно бывает очень резко при тех формах слабоумия, которые обусловлены недоразвитием мозга, при так называемом идиотизме, или врожденном тупоумии. При этом запас идей ничтожен, не развивается тех идей, которые могут послужить руководящими в мышлении, вследствие чего умственный процесс крайне ограничен. Это же бывает и при приобретенном слабоумии, особенно в тех формах, при которых под влиянием ослабления памяти целый ряд прежних впечатлений теряется, не может репродуцироваться и поэтому не может служить материалом для логических операций, новых же приобретений ум не делает; мышление сводится к шаблонному воспроизведению одних и тех же, наиболее привычных сочетаний.

Таковы главные типы количественных расстройств в логических операциях.

Нужно прибавить, что расстройство логических операций вообще, как и всякое другое расстройство, бывает в различных степенях. Иной раз бывает полное прекращение логических функций, глубокое слабоумие, полная неспособность сочетаний. В некоторых случаях логические процессы возможны лишь в очень ограниченной степени, проявляются лишь в отрывочных

суждениях, не соединенных логикой. Наконец, иной раз *формальная логика* бывает сохранена, внешне рассуждения правильны, но нет внутренней разумной связи между суждениями. Наконец, в случаях еще более слабого расстройства логических операций отмечается лишь ослабление умственной энергии.

Само собою разумеется, что вышеизложенным не исчерпываются все условия неправильности в логических операциях. Здесь мы имели в виду лишь одну сторону недостаточности умственных процессов, именно — зависящую частью от количества идей, частью от энергии сочетательных функций и главным образом от энергии функции, *направляющей сочетания*. Мы совсем не касались весьма важной стороны умственного процесса — влияния того, что называется логическим чувством или чувством истины, которое служит для нормального человека руководителем как в правильной постановке целей мыслительных операций, так и в правильности их хода.

Как для логических операций, так и вообще для душевной деятельности очень большое значение имеют также расстройства памяти, к рассмотрению которых мы и переходим.

4. **Расстройства памяти**. Память, как было сказано выше, есть способность сохранять впечатления и восстановлять из запаса образовавшиеся представления и понятия. У совершенно нормальных людей вариации в степени развития этой способности могут быть весьма различны. У одних лиц бывает очень хорошая память по отношению к одним категориям представлений, у других по отношению к другим. У очень многих интеллигентных людей бывает часто большая забывчивость по отношению к мелким явлениям обыденной жизни.

Вот некоторые выводы, касающиеся памяти у нормальных людей, сообщенные Даланней в Парижском биологическом обществе: «Память была очень развита у народов древнего мира: книги Веды, которые объемом не менее библии, сохранялись в течение 8 веков только в памяти, так как письменности в Индии тогда не было. Взрослая женщина имеет лучшую память, чем мужчина: актрисы скорее заучивают роли, чем актеры; студентки лучше сдают экзамены, требующие памяти, чем студенты. Юноши имеют лучшую память, чем взрослые. Память достигает своего максимума в возрасте около 13 лет и потом постепенно уменьшается. Слабые физически люди имеют больше памяти, чем крепкие. Наиболее развитая интеллигенция вовсе необязательно соединена с хорошею памятью: ученики, обладающие прекрасной памятью, далеко не самые интеллигентные. Провинциалы имеют больше памяти, чем парижане; крестьяне — больше, чем горожане; адвокаты — более, чем врачи; музыканты — больше, чем другие артисты. Память лучше перед едой, чем после еды; прилив крови к мозгу подавляет память. Учение умень-

шает ее, — так, у безграмотных память лучше, чем у грамотных. Память лучше утром, чем вечером; летом — лучше, чем зимой; на юге — лучше, чем на севере»[1]. Нужно прибавить, что память много зависит от упражнения. Существуют различные системы мнемотехники, которые дают возможность изощрять память при помощи своеобразных приемов усвоения впечатлений, облегчающих восстановление следов по мере надобности.

Болезненные расстройства памяти при душевных болезнях бывают нередко. Они выражаются то в форме усиленной памяти — *гипермнезии*, то в форме ослабленной памяти — *амнезии*, то в форме обманов памяти — *парамнезии*.

Что касается усиленной памяти — *гипермнезии*, то это явление приходится наблюдать при различных психических болезнях, характеризующихся возбуждением душевной деятельности. При этом нередко бывает, что в сознании больного появляются воспоминания очень давние, которые он не может вспомнить в здоровом состоянии. Большею частью эти воспоминания бывают, впрочем, отрывочны, бессвязны, но иногда бывают и очень последовательные воспоминания. Такая гипермнезия нередко бывает у истеричных во время припадков; нередко ее наблюдают у себя лица, находившиеся в крайней опасности: так, у утопающих вдруг возникает в сознании множество забытых подробностей прежней жизни. Иногда гипермнезия бывает при маниакальном возбуждении, лихорадочных состояниях, бешенстве (lyssa humana), после ушибов головы. Так, д-р Аберкромби рассказывает о больном, впавшем в беспамятство вследствие ушиба головы, что, когда ему стало лучше, он заговорил на языке, которого никто в больнице не знал; это оказался валийский язык. Оказалось, что больной тридцать лет не был в Валисе, совершенно забыл свой родной язык и вспомнил лишь под влиянием болезни. Выздоровев, он опять совершенно его забыл и заговорил по-английски.

Еще более интересен случай, часто цитируемый во многих сочинениях, касающихся памяти: молодая женщина, безграмотная, захворала горячкой в одном немецком городе. Она в бреду говорила по-латыни и по-гречески, и по-еврейски. Бред ее был записан, и оказалось, что он состоял из различных изречений, понятных в отдельности, но не имевших связи между собою. Удалось узнать, что, когда больной было 9 лет, она жила у протестантского пастора, который имел привычку расхаживать по коридору, в который выходила кухня, где жила девочка, и громко читать свои книги. Книги пастора были разысканы, и в них ока-

---

[1] См.: *Корсаков С. С.*, Болезненные расстройства памяти и их диагностика. М., 1890. 85 с.

зались многие места, тождественные с изречениями, записанными у постели больной.

Гипермнезия бывает *общая* или *частичная*. Чаще всего она бывает частичная, т. е. касается какой-нибудь отдельной группы воспоминаний. Так, иногда меланхоликам вспоминаются с особенной яркостью и с подробностью какие-нибудь самые печальные события их жизни. При мании тоже часто являются с особенной яркостью или особенно часто воспоминания одного какого-нибудь периода жизни. Нередко приходится видеть такую частичную гипермнезию у стариков, вследствие чего у них при общем упадке памяти существуют чрезвычайно яркие воспоминания из периода их детства и юности.

Гораздо чаще, чем с гипермнезией, приходится иметь дело с *амнезией — потерей памяти*. Потеря памяти бывает большей частью неполная, — не все забывается, а только некоторые впечатления. Лишь в редких случаях бывает полное отсутствие памяти.

Отсутствие памяти или ослабление ее бывает как явление приобретенное и как врожденное. *Врожденная* амнезия наблюдается при общем недоразвитии душевной деятельности, при врожденном слабоумии (идиотизме). Нужно, однако, помнить, что далеко не во всех случаях врожденного слабоумия бывает отсутствие памяти; в некоторых случаях идиотизма бывает очень порядочная память, особенно односторонняя память, например звуковая.

Что касается до *приобретенного ослабления памяти*, то оно наблюдается при самых разнообразных условиях — при органических заболеваниях мозга, при расстройстве питания его, при отравлениях, при многих функциональных болезнях, истерии, эпилепсии, неврастении. Легкие формы ослабления памяти, выражающиеся в несколько недостаточном запоминании, затруднении при заучивании, встречаются очень часто при неврастении, школьном переутомлении. В этих случаях не всегда легко определить, имеем ли мы дело действительно с ослаблением *памяти* или расстройством внимания, уменьшением способности восприятия. Более тяжелые формы амнезии встречаются при травматических повреждениях, атрофии мозговой коры и при тяжелых неврозах. Они представляют значительный психологический интерес.

Анализируя явления, наблюдаемые при тяжелых приобретенных амнезиях, можно прийти к заключению, что некоторые впечатления исчезают из памяти раньше, другие позднее. Так, обыкновенно ранее всего исчезает память времени: больные помнят факты, но не могут *локализировать их во времени*; затем ис-

чезает память *недавних* событий; больной часто забывает то, что происходило в последние дни, а в некоторых случаях даже забывает все, что только что произошло, а хорошо помнит давно прошедшее. Это, например, заметно у стариков, при старческом слабоумии: старики часто забывают решительно все, что делается в настоящее время, а помнят порядочно события давних лет. Но если упадок памяти идет дальше, то забываются и давние события: больной часто не помнит *фактов*, но у него еще остается *память чувств*, т. е. память антипатий и симпатий, а затем и память *чувства* падает; остается *память привычек*, которая разрушается последней.

Таков ход постепенной утраты памяти, указанный главным образом французским психологом Рибо[1]. Он известен под названием «*закона обратного хода памяти*».

Если память начинает восстанавливаться, то восстановление идет в обратном порядке; то, что утратилось из памяти последним, восстановляется раньше. Такого рода восстановление памяти замечается при тех процессах в головном мозгу, которые, вызывая в период своего прогрессивного развития постепенную утрату умственных способностей, все-таки затем останавливаются и мало-помалу уступают лечению. Таковы главным образом сифилитические поражения головного мозга или страдания, связанные с хроническими интоксикациями.

В большинстве же случаев постепенно усиливающийся упадок памяти в том порядке, как мы указали, не излечивается, так как чаще всего он бывает вследствие атрофии мозговой коры (старческой или являющейся в результате хронического воспаления).

Описанные явления глубокой, постепенно нарастающей утраты памяти носят название *общей прогрессирующей амнезии.* Иногда амнезия не развивается так постепенно, как прогрессирующая, а развиваясь очень быстро (*острая и подострая* амнезия), достигает в короткое время известной степени и остается более или менее долгое время *стационарною* или даже с течением времени уменьшается. В таких случаях приходится нередко наблюдать такое явление: больной помнит довольно хорошо многое из своей жизни, но у него пропадает способность вспоминать текущие события настолько, что он не может вспомнить ничего из *только что случившегося*; он, например, только что пообедал, а через 5 минут уже позабыл об этом. Это приходится наблюдать после острых болезней, как, например, тифа, послеродовых болезней и особенно часто при той форме психического расстрой-

---

[1] *Рибо Т.* Болезни памяти / Пер. с фр. Спб., 1881. (*Прим. ред.*)

ства, которую я называю полиневритическим психозом; точно так же бывает иногда после травм черепа, после сотрясения мозга и иногда при воспалительных состояниях его и некоторых аутоинтоксикациях. Такого рода амнезия, при которой теряется или уменьшается способность вспоминать впечатления, получаемые больным после начала его болезни, и при которой больной забывает в большей или в меньшей степени текущие события и факты, случившиеся после начала болезни, по терминологии Шарко, носит название амнезии *антероградной.*

В других случаях более или менее быстро развивающейся утраты (или ослабления) памяти теряется способность вспоминать события, предшествовавшие началу болезни, или утрачивается воспоминание о каком-нибудь более или менее длинном периоде прошедшей жизни больного. Так, больной, например, может забыть, как он провел последние дни перед своим заболеванием; иногда же пропадает из памяти целый месяц или целый год. Такого рода амнезия носит название амнезии *ретроградной* или *ретроспективной.* Она бывает особенно часто при истерии, также иногда при алкоголизме, при эпилепсии. Она бывает также в результате сильных моральных потрясений, испуга, чрезвычайного огорчения и, как следствие, сотрясения мозга. В последних случаях нередко бывает сочетание ретроградной амнезии с антероградной, т. е. с неспособностью запоминать текущие события, — неспособностью, продолжающейся обыкновенно лишь несколько дней или даже часов.

Интересный пример такого рода *ретро-антероградной* амнезии приведен Рибо. «Молодой офицер упал с лошади и ударился о землю правым теменем. Очнувшись, он снова сел на лошадь и совершенно правильно ездил 1/4 часа, как будто здоровый, но только все спрашивал: «Что такое со мною? Я только что проснулся». Когда его отвели домой и пришел доктор, он продолжал повторять эти слова и решительно не помнил, как он провел три последних дня; он узнавал всех, называл правильно, отвечал разумно на все вопросы, но самых сильных текущих событий не запоминал; всякий раз, как к нему приходил врач, который навещал его каждый час, ему казалось, что тот приходит в первый раз; он не помнил никаких предписаний, не помнил, как брал нежные ванны, делал растирания. Эта потеря памяти совпадала с ощущением тяжести головы и со слабостью пульса. Через 6 часов после падения пульс начал подниматься, и больной, наконец, запомнил тот ответ, который был ему сотни раз подсказываем — о падении с лошади. С этого времени память стала постепенно восстанавливаться, больной стал понемногу вспоминать все события, так что на следующий день припомнил события, бывшие в течение двух дней до падения, хотя так и не был в состоянии припомнить всего, что было в день падения.»

Другой интересный пример иллюстрирует картину ретроградной амнезии. «Одна молодая женщина, страстно любившая своего мужа, во время родов впала в продолжительный обморок, после которого забыла все, касающееся периода супружества. Всю остальную свою жизнь до замужества больная помнила прекрасно. В первые минуты после обморока она с ужасом отталкивала от себя своего мужа и ребенка. Впоследствии она никогда не могла вспомнить период своей замужней жизни и все те события, которые случились в течение его. Родителям и друзьям удалось наконец убедить ее авторитетом своего свидетельства в том, что она замужем и имеет сына. Она поверила им, потому что ей легче было думать, что она утратила память о целом годе, нежели признать всех своих близких обманщиками. Но ее собственное убеждение, ее внутреннее сознание ни мало не участвовали в этой вере. Она глядела на своего мужа и своего ребенка, не будучи в состоянии представить себе, каким волшебством достался «и этот муж, и как родила она ребенка»[1].

Ретроградная амнезия развивается часто у истеричных, эпилептиков, после травматических повреждений. Она вообще нередко следует за состояниями умоисступления, глубокого затемнения сознания и является как вторичное явление (*сопутствующая амнезия*).

Разбирая явления, которые наблюдаются при амнезиях вообще, мы можем заметить, что в некоторых случаях теряется или ослабевает так называемая *память фиксации*, т. е. способность сохранять следы; в других же случаях следы сохраняются, но теряется или уменьшается способность воспроизводить их из скрытого, латентного состояния и восстановлять в сознании, — теряется *память восстановления*. Нужно отметить, что в большинстве случаев расстраивается именно способность восстановления (воспоминания), а память фиксации сохраняется. Оттого иногда бывает так, что в течение известного периода больной как будто ничего не запоминает из совершающегося, а пройдет год или два, способность восстановления у него возвратится, и он вспомнит события, которые происходили в то время, когда он, казалось, ничего не запоминал.

Я наблюдал одного молодого человека, страдавшего алкогольным полиневритом, у которого в течение трех лет была чрезвычайно резкая антероградная амнезия: он буквально сейчас же позабывал все, что происходило с ним; так, он беспрерывно повторял одни и те же вопросы, забывая их тотчас же; можно было к нему подряд входить и здороваться, и он забывал, что он только что подавал руку и говорил с вами; он читал одну и ту же строчку без конца, забывая, что он уже ее прочитывал. Такая потеря памяти касалась всех событий и продолжалась в очень силь-

---

[1] *Рибо.* Болезни памяти / Пер. А. Черемшанского. Спб. 1881. С. 48.

ной степени более года. И вот по истечении года, когда больной стал понемногу поправляться, у него вдруг стали всплывать в сознании некоторые факты, которые имели место в течение протекшего наиболее тяжелого периода болезни: так, например, он вспомнил, что я приносил к нему сфигмограф, и описал довольно верно машинку. Воспоминания такого рода являлись отрывочно, неполно, иногда в искаженном виде, но они указывали на то, что и в тот период, когда больной, как казалось, решительно все забывал, — впечатления все-таки оставляли в его мозгу след, который впоследствии при восстановлении правильной мозговой деятельности мог давать и сознательные воспоминания.

К интересным формам расстройства памяти относится еще так называемая *двойственная память*. Примером такого рода явления может служить такой случай: одна девушка, проснувшись от продолжительного сна, внезапно потеряла память всей своей предшествовавшей жизни; она разучилась читать, не узнавала знакомых и т. п. Мало-помалу она вновь стала научаться всему, т. е. стала учиться читать (сначала по складам), писать, считать, узнавать предметы, окружающих ее лиц. Несколько месяцев спустя она впала вновь в глубокий сон и проснулась из него такой же, какой была до болезни: она обладала всеми прежними сведениями и воспоминаниями юности, но зато в это время совсем не помнила того, что было с ней в период болезни. Через несколько времени с ней опять случился глубокий сон, после которого она опять забыла то, что было в здоровый период, а вспомнила то, что было в первый приступ болезни. Такие перемены стали повторяться периодически. Таким образом, у нее явилось два состояния: в одном она помнила свое детство, родных, умела хорошо читать и писать, в другом — она не помнила своего детства, не помнила многих старинных закомых и едва умела читать и писать. Если ее желали познакомить с кем-нибудь, то необходимо было представить ей это лицо во время обоих ее состояний. Такие состояния известны также под названием «*двойственной личности*». Описанием их мы особенно обязаны д-ру Азаму[1]. Не очень давно два французских врача Буррю и Бюро описали наблюдение, касавшееся одного молодого человека, у которого таких различных состояний было несколько, и можно было искусственно при помощи внушения и магнита переводить больного из одного состояния в другое; в каждом из своих состояний он помнил только то, что испытывал, находясь совершенно таким же, и не помнил того, что он воспринимал в других состояниях. Интересно, что в этом случае

---

[1] *Azam.* Amnesie periodique, ou doublement de la vie. Gaz. méd. de Bordeaux, 1876. С. 117—125.

не только терялась память пережитых впечатлений, но и привычки больного сменялись, весь характер его становился иным; в одних состояних он был скромен, уживчив, в других, наоборот, раздражителен, наклонен к обману и дурному, даже преступному поведению; поэтому-то такие состояния и носят название «двойственной личности»[1].

Под влиянием *гипнотического внушения*, впрочем, довольно нередко приходится видеть появление аналогичных изменений памяти.

Амнезия, касающаяся более или менее равномерно впечатлений всех категорий, называется *общею амнезией.* Кроме того, есть *частичные амнезии*, при которых теряется какая-нибудь специальная память. Как известно, у нас существует ряд, так сказать, специальных памятей: память зрительных впечатлений, память слуховых впечатлений, память слов. Специальная память, по-видимому, локализируется в определенных участках мозговой коры и по степени развития и тонкости строения этих участков бывает очень различна. Так, есть люди, отличающиеся необыкновенной зрительной памятью: их много среди художников; к числу их принадлежит Густав Доре, известный карикатурист Пуаре (Каранд'Аш). У знаменитых «счетчиков» также необыкновенно развита память — у одних зрительная, у других слуховая. Так, известный счетчик Диаманди может на память воспроизвести массу написанных на трех больших досках цифр; 25 букв он запоминает в их порядке менее чем за 1 минуту. Он производит в уме умножения многозначных цифр, извлечение корней четвертой степени и верно говорит остаток, выражающийся иногда в миллионных цифрах. У другого знаменитого счетчика Жака Иноди не так велика зрительная память, как слуховая, — он запоминает прочитанные ему числа и делает с ними вычисления. По-видимому, в связи с преобладанием той или другой памяти различные лица и более охотно мыслят то зрительными образами, то слуховыми.

Поражение специальной памяти — частичная амнезия — бывает довольно нередко главным образом при очаговых страданиях головного мозга. Так, например, известная из курса нервных болезней *афазия*, или потеря памяти слов, и *глухота на слова* (*surditas verbalis*) будет составлять один из видов частичной амнезии. Сюда же будут относиться случаи *потери памяти зрительных представлений*, при которых человек теряет способность запоминать и вспоминать зрительные образы. Крайне интересен случай

---

[1] *Bourru H. et Burot P.* La suggestion mentale et les variations de la personalité. Paris, 1895. 314 p.

такого рода, описанный проф. Шарко: у больного, отличавшегося прекрасной зрительной памятью, настолько сильной, что он, прочтя что-нибудь, мог представить себе почти всю страницу, вдруг развилась после инсульта полная неспособность узнавать образы. Он все понимал, мог хорошо считать, но решительно не мог, например, представить себе зрительный образ дома, дерева. Он знал, что такое башня, но представить ее себе был не в состоянии. Улицу своего родного города, по которой он много раз проезжал, он не узнавал: своих близких родных тоже не узнавал и каждый раз как бы удивлялся новым чертам их физиономий. Я тоже наблюдал одного больного, отличавшегося в здоровом состоянии прекрасной зрительной памятью, дававшей ему возможность, раз увидав кого-нибудь из своих воспитанников (он был инспектор училища), помнить и узнавать без ошибки. У этого больного после апоплексического инсульта не только исчезло это свойство, но он своих домашних мог узнавать лишь по голосу; если ему показывали портрет сына, то он наобум называл кого-нибудь, не узнавая сына. А между тем умственные способности его были в порядке, — он мог делать сложные математические вычисления; у него, по-видимому, исчезло только одно — способность зрительного узнавания. При этом само по себе зрение осталось. Он мог довольно хорошо видеть каждый предмет, но воспоминания, которые должны были присоединиться к этому зрительному образу, не присоединялись. Вскрытия в данном случае не было, но нужно думать, что поражение захватило у него ту область, в которой залегает задний сочетательный центр Флексига, т.е. теменную затылочную область полушарий.

Рассказывают аналогичные случаи по отношению к памяти слуха. Один ребенок, получив сильный удар в голову, оставался в бессознательном состоянии в продолжение трех дней; очнувшись, он позабыл все, что знал в музыке; ничто другое не было им утрачено.

В некоторых случаях исчезает память выученных поступков: больные теряют способность делать то, что прежде они хорошо делали. Я наблюдал одну больную, которая после приступа бессознательного состояния, по-видимому, зависевшего от капиллярного кровоизлияния в кору полушарий, решительно разучилась делать совершенно простые вещи, хотя и сохранила способность понимания окружающего и своего состояния. Не говоря уже о том, что она разучилась, например, заваривать чай, она даже не могла завязать простого узла: возьмет два конца платка, обводит их один около другого и после долгих усилий отказы-

вается от непосильной задачи; я попросил ее надеть подвязку, — она стала бесплодно обводить ее вокруг ног. Застегнуть пуговицы она тоже не могла, — непременно перепутает. Между тем сами по себе движения у нее вовсе не были расстроены. Лишь понемногу, в течение многих месяцев стало наблюдаться улучшение и возвращение прежнего умения.

Все такого рода частичные амнезии зависят от поражения отдельных частей головного мозга и представляют большой интерес при изучении физиологического значения различных отделов мозговой коры.

Кроме гипермнезии и амнезии бывают еще довольно часто *обманы памяти* (*парамнезия*), при которых с большей или меньшей настойчивостью вторгаются в сознание образы, кажущиеся воспоминанием бывших когда-то событий. Сюда относятся различного рода явления.

Так, сюда относятся случаи, в которых больной имеет ложное ощущение воспоминания, присоединяющееся к созданиям его собственной фантазии. Он, например, говорит, что он хорошо помнит, что был в таком-то месте, виделся с таким-то лицом, а на самом деле этого не было. Ошибки памяти в таких случаях носят название *ложных фантастических воспоминаний* или *фантастических псевдореминисценций*. Иногда они достигают такой степени яркости, что больных решительно нельзя разубедить в том, что в действительности ничего подобного не было (*галлюцинации и иллюзии памяти*). Очень часто подобные ложные воспоминания являются в результате извращенного воспоминания о каком-нибудь событии, имеющем отдаленное сходство с тем, что утверждает больной, иногда же результатом смешения мыслей с фактами (в таких случаях больной только подумал о чем-нибудь, а ему помнится, что он уже это делал), смешений сновидений с действительностью; последнее особенно бывает у стариков. Под влиянием псевдореминисценций больные рассказывают про себя небылицы, иногда сочиняют про себя целые басни (*конфабуляция*). Псевдореминисценции последнего рода довольно часто бывают у истеричных больных, которые иногда рассказывают с чрезвычайной уверенностью и с мельчайшими подробностями о насилиях, будто бы совершенных над ними. У нас в клинике была больная, страдавшая истерическим психозом, которая начала рассказывать, что один из врачей клиники недавно объяснился ей в любви, на коленях умолял о взаимности. Она подробно рассказывала об этом, как о действительно бывшем факте, прибавляла, что ей крайне жаль врача, жаль расстраивать его семейную жизнь. Само собой разумеется, ничего

подобного не было в действительности. Эта же больная вдруг вспомнила, как она отравила своего мужа, и очень живо описала всю сцену отравления. На самом деле ничего этого не было, но больная несколько дней мучилась, как будто она была настоящая преступница. Псевдореминисценции бывают и при полиневритическом психозе и сродных формах, когда больные довольно уверенно рассказывают небылицы о поездках, которые они делали в самое недавнее время, о лицах, с которыми встречались, о разговорах, которые вели, хотя решительно ничего подобного в эти дни не было; часто при этом действительные события очень давнего времени дают канву для ложных воспоминаний, относимых к настоящему периоду.

Псевдореминисценции бывают также при других болезнях, соединенных с истощением мозга, — при старческом слабоумии, при прогрессивном параличе. Иногда своеобразные ошибки памяти бывают при спутанности и маниакальных состояниях: так, в окружающих их лицах такие больные видят прежних своих знакомых, обстановка больницы отождествляется в их сознании с какой-нибудь прежней обстановкой, что вызывает со стороны больных неправильные поступки. Я должен прибавить к этому, что ошибками памяти обусловливаются иногда такого рода утверждения больных и их поступки, которые для поверхностного наблюдателя кажутся результатом лживости. Это бывает нередко у детей, у истеричных и некоторых дегенератов.

К ошибкам памяти относится также своеобразное явление, которое могут наблюдать у себя и многие здоровые лица: это — то, что иногда вдруг, переживая какое-нибудь событие, мы ощущаем, что мы испытывали уже эти впечатления, что это — буквальное повторение чего-то, бывшего когда-то ранее. Это ощущение продолжается несколько секунд или минут, потом исчезает. Такое явление бывает у неврастеников и у людей, утомленных умственной работой. Это — так называемые *идентифицирующие псевдореминисценции*, по терминологии Крепелина, или *«двойственные воспоминания»* — других авторов. Оно бывает и у совершенно здоровых, большей частью молодых лиц, а иногда и у душевнобольных. Вот как рассказывает о таком состоянии один больной, бывший под наблюдением доктора Зандера: «Когда я с кем-нибудь говорю или что-нибудь вижу, то я чувствую, что это уже со мною было: это, — говорю я себе, — ты уже видел, слышал, это ты уже делал; например, читаю я что-нибудь из газет про войну, про поход (дело было во время франко-прусской войны), — я чувствую, что я уже это же самое когда-то читал. Тогда у меня является тоскливая тяжелая мысль: как

же, когда я это мог читать?» — А между тем и эта газета, и все окружающие обстоятельства были точь в точь такие и прежде, как будто я все это слышал или читал приблизительно с год тому назад... Один раз я лежал в постели, пришел К. и сказал, что Мюллер умер. Тогда вдруг у меня явилась мысль: "ведь Мюллер уже один раз помер... Господи, ведь не может же он два раза умереть". Я это сказал, и сейчас же у меня явилось ощущение, что и это все точь-в-точь так же было: я лежу в постели, К. говорит, что Мюллер умер, а я ему отвечаю совершенно то же: "как же Мюллер может два раза умереть?"»[1].

Такого рода явления наблюдаются иногда у эпилептиков перед появлением припадка и составляют его предвестник.

5. Чтобы закончить обзор количественных расстройств, касающихся умственных операций, мы должны сказать еще о **расстройстве воображения или фантазии**. Нормальному человеку свойственна известная норма воображения. Правда, воображение у одних лиц бывает сильнее, у других слабее, но все-таки существуют и в этом отношении известные нормальные границы. Под влиянием болезни способность воображения может очень *усилиться*, что обнаруживается в том, что все образы воспроизводятся рельефнее и живее, а также и в том, что больной чрезвычайно легко фантазирует и поддается сам своему воображению, нередко принимая воображаемое за действительность.

Это бывает, например, при мании, когда больные, поддавшись приятному возвышенному самочувствию, воображают себя выше своего действительного положения и доходят до приписывания себе небывалых званий и состояний. Усиление воображения бывает также при истерии, при состояниях экстаза, при детских и юношеских психозах, иногда при первичном помешательстве (паранойе), при ипохондрии и первых периодах прогрессивного паралича. Наоборот, во многих формах душевных болезней способность воображения ослабляется и даже совсем исчезает. Последнее бывает при ступоре, глубоком слабоумии и вообще при явлениях общего упадка душевной деятельности.

Очень часто усиленная работа фантазии, присоединяясь к воспоминаниям о действительных событиях или к каким-нибудь ощущениям, дает основание для развития тех псевдореминисценций, о которых было сказано при изложении расстройств памяти. Так, больной, перенесший тяжелую физическую болезнь и, вспоминая смутно о грозившей ему опасности умереть, создает целый ряд образов, касающихся похорон какого-нибудь

---

[1] *Sander.* Ueber Erinnerungstäuschungen. Archiv für Psychiatric, 1873, IV. C. 244—253.

знакомого, рассказывает подробно о том, как он ездил на похороны, с кем встретился там, с кем разговаривал. Такого рода фантастические рассказы бывают часто при полиневритическом психозе, при старческом слабоумии, при алкоголизме, при некоторых органических психозах. Они нередки при истерии; при истерии иногда является непреодолимое побуждение к фантазированию, причем продукты фантазии выдаются за действительность. Отсюда являются проявления симптомокомплекса своеобразной патологической лживости (Pseudologia phantastica). Этот симптомокомплекс встречается, впрочем, не при одной только истерии, а также у некоторых дегенератов. Как у истеричных, так и у дегенератов она может давать повод к целому ряду недоразумений и даже ложных обвинений и судебных процессов. Иной раз она соединяется со страстью к приключениям; в таких случаях больные, увлеченные своей фантазией, выдают себя не за тех лиц, кто они в действительности, и появляются в различных самозванных ролях, чаще всего в ролях важных лиц, ревизоров, известных врачей; они сочиняют самые разнообразные истории, вводят многих в заблуждение и обусловливают целый ряд трагикомических положений.

История одного из таких самозванцев описана в «Вопросах нервно-психической медицины»: молодой человек проехал по всему югу России, выдавая себя за врача-ревизора, устраивая консультации, производя дознания, приказывая устраивать себе торжественные встречи и проводы, принимая различного рода благодарности, пока, наконец, после многих проделок не был уличен в обмане и не был помещен для испытания в психиатрическую больницу. Очень часто при этом совсем нет корыстных побуждений. Я знал одного молодого человека из очень состоятельной семьи, который при таких приключениях совершенно бескорыстно и только для самого себя изображал из себя кондуктора поезда, производил самые точные вычисления часов и минут встречи поездов по дорогам, по которым ему во время его приключений приходилось проезжать, расписывался в своей записной книжке так, как должен расписываться кондуктор на железной дороге, испытывал в течение нескольких месяцев все неудобства кондукторской деятельности и затем после многих лишений возвращался домой к сильно беспокоившейся о нем семье.

У других больных усиленное фантазирование проявляется в своеобразных актах творчества, в писании литературных произведений, стихотворений и пр. Эти произведения часто поражают странными сопоставлениями, указывающими на особенности в

сочетании идей, на яркость фантазии и на нежелание стесняться общепринятыми рамками. Многие из таких произведений по содержанию и по форме вполне литературны, некоторые чрезмерно вычурны, символистичны, некоторые совсем бессмысленны. В моей коллекции есть, например, одно стихотворение, написанное одним очень деловым и предприимчивым коммерсантом в состоянии полуострой паранойи (**paranoia hyperphantastica**).

Небо как огонь
Смотрю направо —
Высокие деревья
Чуть не загораются,
Смотрю впереди —
Опасности нет...
Синенькие огоньки
Видны только справа.
Каменный столб
Прямо стоит.

Вот еще образец литературных произведений того же больного:

«Сейчас я был в кабинете, где налево впереди сердце больное любовь материнскую напоминает. И показалось моим глазам, треугольник розовый летел, потом пятиугольник. И в третий раз как бы шестиугольный сапфир. А на западе солнце горит и люди крест несут вправо. А чиновник пошел налево. Высокую даму приглашают во дворец, чиновник пошел налево. А огненное солнце между деревьями палит и полетели птички налево»[1].

Во время болезни у этого больного вообще была очень сильная наклонность к фантазированию и символизированию, что кроме литературных произведений проявлялось в его рисунках, фигурах, выпиливаемых из дерева, и т. п. По выздоровлении все это совершенно прошло.

По своему характеру некоторые стихотворения больных очень напоминают стихотворения модных поэтов-символистов, из среды которых, кстати сказать, некоторые представляли несомненные психопатические особенности.

Патологическая фантазия проявляется у душевнобольных и в характере их письма: многие в середине писем ставят символические фигуры, разные знаки; некоторые рисуют аллегориче-

---

[1] Эти произведения приводятся также *Н. Н. Баженовым* в статье «Психиатрические беседы на литературные и общественные темы». М., 1903. 159 с. (*Прим. ред.*)

ские картины, строят странные модели, выдумывают слова, иногда создают свой язык.

Среди произведений искусств можно не особенно редко найти ясно выраженные проявления болезненной фантазии авторов или художников с особенностями, могущими до некоторой степени уяснить патологические явления, наблюдаемые и в клинике.

Здесь кстати прибавить, что литература и художественные произведения имеют вообще большое значение в изучении проявлений патологии душевной жизни. Многие из этих проявлений замечались, описывались или обрисовывались в характерных чертах выдающимися писателями и художниками благодаря той чуткости, с которой даровитые представители искусства воспринимают действительность. Конечно, в этих изображениях попадаются и неправильности, но некоторые черты поразительно верны и, так сказать, опережают медицинские наблюдения.

В) Качественные расстройства в интеллектуальной сфере

Наблюдая различные случаи, при которых являются все описанные расстройства в интеллектуальной деятельности, мы может прийти к заключению, что во многих случаях, когда есть расстройство в количестве идей, в быстроте течения идей, в связности хода мышления, в памяти и пр., у больного бывают заметны *только количественные* расстройства в познавательной деятельности: он не говорит ничего такого, что прямо противоречило бы действительности, а между тем он все-таки представляет очень резкие признаки расстройства умственной деятельности. Но иногда и на основании вышеописанных расстройств бывают и *качественные* изменения, т.е. *расстройства в содержании представлений.* Это, например, бывает при тех расстройствах памяти, при которых человек смешивает свои сны с действительностью; это же бывает при усилении воображения, когда больной увлекается своими фантазиями и принимает их за действительность.

Но особенно резко бывает изменение в *содержании* интеллектуальной деятельности при *качественных* изменениях восприятий, при неправильности их образований и при качественных изменениях в мыслях (идеях).

Качественные изменения в восприятиях и мыслях могут быть различными вообще. Во-первых, может быть качественное расстройство в восприятиях и мыслях вследствие непропорциональности в отдельных составных элементах, из которых слагаются психические акты восприятия и мышления, чрезмерного увеличения или уменьшения одного какого-нибудь элемента от-

носительно других, а во-вторых, могут быть совершенно извращенные, ложные восприятия или ложные мысли.

Соответственно этому мы имеем такие категории *качественных* расстройств в сфере интеллектуальной деятельности.

1. *Качественные расстройства восприятий*:

а) неправильные восприятия, образующиеся вследствие несоразмерности в отдельных составных частях акта восприятия (*несоразмерные восприятия*),

б) ложные восприятия или обманы чувств (*галлюцинации и иллюзии*).

2. *Качественные расстройства в мыслях или идеях*:

а) несоразмерные мысли — так называемые «*навязчивые идеи*»,

б) *ложные мысли* (или бредовые, нелепые идеи).

1. Качественные расстройства восприятий

а) **Несоразмерные восприятия**. Качество восприятия имеет очень большое значение для душевной жизни. Мы знаем из самонаблюдения, что те впечатления, которые мы непосредственно воспринимаем нашими органами чувств, дают направление мыслям и часто определяют собой наши чувства и поступки. Поэтому *болезненные изменения в условиях акта восприятия* имеют большое значение в патологии душевных болезней.

Главными условиями для образования восприятий являются: с одной стороны, деятельность органов чувств и образование ощущений, а с другой — деятельность внимания.

Процесс восприятия находится в теснейшей зависимости от органов чувств и от процесса образования ощущений, а потому различного рода *болезненные расстройства в области физической чувствительности и неправильность в образовании ощущений* отражаются и на восприятиях. Начнем с болезненных расстройств первого рода.

Всякие *чрезмерно сильные* или *чрезмерно долгие* необычные сенсориальные раздражения оказывают влияния на процесс восприятий. Преобладание ощущений какого-нибудь *одного рода* или чрезмерная сила и постоянство каких-нибудь отдельных ощущений действуют на содержание умственной деятельности, изменяя направление мысли и вызывая преобладание тех или других идей. Часто существование неумолкаемого шума в ушах, искр в глазах, различных парестезии, наличность необычного раздражения вкусовых и обонятельных нервов наполняют сознание односторонними восприятиями. Существование каких-нибудь постоянных болевых ощущений, например болезненности в области межреберных нервов у неврастеников, усиленного ощущения биения серд-

ца, приковывает к себе внимание, порабощает мысль, заставляя думать о возможности болезни сердца и постоянно опасаться умереть от разрыва сердца. Аналогичные явления бывают очень часто.

Отсюда ясно, что те или другие расстройства физической чувствительности имеют большое значение в патологии душевных болезней, и, расспрашивая душевнобольного, нужно по возможности ясно представить себе, какие расстройства чувствительности у него существуют, какого рода болезненные ощущения он испытывает и какое влияние имеют они на содержание мыслей больного.

В процессе образования восприятий из ощущений кроме главного ощущения, вызываемого воздействием внешнего стимула на соответствующий отдел органов чувства, играют довольно большую роль *побочные ощущения*, являющиеся, так сказать, по иррадиации. Мы знаем хорошо, что, например, при страдании зуба может чувствоваться по иррадиации боль в различных ветвях тройничного нерва; при желчных камнях нередко по иррадиации боль распространяется в области левых межреберных нервов, вызывает боль в стороне сердца и порождает представления о страдании сердца. Такого рода распространение болевого ощущения по иррадиации имеет бесспорное значение для многих душевнобольных, вызывая те или другие ложные идеи в зависимости от характера болезни.

Кроме такого рода однородных сенсориальных иррадиаций существует еще распространение ощущения с одного органа чувства на другой. Так, за последние 25 лет было обращено особенное внимание на то, что некоторые люди при восприятии слуховых впечатлений испытывали не только соответствующее звуковое ощущение, но и какое-либо зрительное, цветовое. Это так называемое *audition colorée* (*цветовой слух*). Очень характерно это явление было у некоего Нюссбаумера[1], который сделал о себе самом доклад в Венском медицинском обществе. С ранней юности у него и у его брата с каждым звуковым ощущением появлялось определенное, этому звуку присущее цветовое ощущение. Некоторые звуки доставляли ему удовольствие не столько сами по себе, сколько потому, насколько были красивы вторичные цветовые ощущения. При дальнейших наблюдениях оказалось, что людей, подобно Нюссбаумеру, имеющих вторичные цветовые ощущения восприятия вслед за звуковыми, довольно много. Большей частью они принадлежат к числу лиц, неуравновешенных, с усиленной или болезненной фантазией. Большинство из них уверяет, что каждый гласный и согласный звук вызывает особенное, вполне реальное ощущение. Так, *а*, напри-

---

[1] *Nüssbaumer.* Ueber Farbenempfindungen. Wien. med. Wschr., 1873. C. 1—3.

мер, — желтый цвет, *e* — белый, *i* — голубой и пр. У других лиц ассоциация ощущений иная.

Вторичные цветовые ощущения, являющиеся по иррадиации, называются иногда *фотизмами*. Аналогично им бывают *фонизмы*, т. е. вторичные звуковые ощущения, но они гораздо реже. Они вызываются или сильными световыми ощущениями, или резкими осязательными; вторичные ощущения других чувств тоже бывают. Локализируются вторичные ощущения или прямо в соответствующей области органов чувств, или во внешнем мире, иногда внутри головы. У собственно душевнобольных такого рода вторичные ощущения (восприятия) бывают редко, но тем не менее иногда, по-видимому, бывают и при недостаточности критики больного могут дать повод к образованию ложных идей и галлюцинаций (так называемых *рефлекторных галлюцинаций*).

Кроме органов чувств и ощущений в деле развития восприятий играет большую роль и *акт внимания*. В самом деле сами по себе ощущения иногда вызывают слишком бледные представления, не переходящие порога сознательности, а остающиеся всецело в бессознательной области. Переход ощущений в сознательные восприятия много зависит от того, с какими представлениями, находящимися в запасе нашего интеллекта, они сочетаются. Всем известен тот факт, что незнакомый с какой-нибудь группой явлений совсем не замечает их, несмотря на то что получает соответствующие ощущения. Неопытный в гистологических исследованиях студент совсем как бы и не видит под микроскопом того, что видит гистолог. Для того чтобы он увидал, нужно ему сказать или даже нарисовать то, что он должен видеть. Когда мы смотрим на так называемую «загадочную картинку», мы часто решительно не в состоянии увидать ту фигуру, которая составляет предмет загадки, а когда нам ее укажут, мы с ясностью отличаем ее и удивляемся, как не заметили ранее. На этом психологическом свойстве основан и успех многих фокусов: мы воспринимаем почти исключительно то, к чему подготовлены. Подготовление же нашего интеллекта к восприятию обусловливается, между прочим, направлением ассоциации идей, зависящим в свою очередь в значительной степени от того, что называется вниманием. Отсюда становится ясно, насколько состояние внимания отражается на качестве наших восприятий.

Под влиянием *одностороннего внимания* человек часто не замечает очень сильных впечатлений и воспринимает, наоборот, очень слабые, если только они входят в круг того, чем он в данную минуту занят. Вследствие этого во время болезни под влиянием чрезмерно напряженного внимания человек часто имеет сознательные

восприятия от таких ощущений, которые в нормальном состоянии не сознаются; так, мнительный человек чувствует целый ряд ощущений от внутренних органов, не доносящихся до сознания при обычных условиях, чувствует биение сердца, жар, боль без какого-либо соответствующего действительного раздражения. Иногда вследствие болезненного направления внимания, обусловленного какой-нибудь эмоцией или предвзятой идеей, больной самые обычные ощущения воспринимает извращенно. Так, например, при белой горячке, когда рядом с чувством страха и ожиданием неприятности существуют невралгические боли в ногах, больные часто кричат, что их кусают собаки: у них ощущение боли вызывает неправильное восприятие укуса собакой. Аналогичных явлений у душевнобольных приходится наблюдать чрезвычайно много. Они, впрочем стоят уже бок о бок с так называемыми обманами чувств и часто переходят в их область.

б) **Ложные восприятия. Обманы чувств (галлюцинации и иллюзии)**. Обманы чувств составляют одно из самых частых и чрезвычайно важных болезненных явлений у душевнобольных. *Обманами чувств,* или *мнимоощущениями*, или, иначе, *галлюцинациями в широком смысле слова* называется появление в сознании *представлений, соединенных с ощущениями*, соответствующими таким предметам, которые в действительности в данную минуту не производят впечатления на органы чувств человека. Так, галлюцинирующий может видеть перед собой знакомого, которого совсем нет в это время налицо, слышать пушечные выстрелы, которых не существует, и т. д. В сущности, всякая галлюцинация происходит из сочетания какого-нибудь представления, восстановившегося в сознании (образного воспоминания) с ярким *чувственным* впечатлением. Это есть репродукция, мысль, одевшаяся в яркую чувственную оболочку, или, как выразился французский психиатр Лелю, «галлюцинация есть идея, проицированная наружу». Действительно, очень нередко больные сами замечают близкое соответствие их мыслей с галлюцинациями; некоторые прямо говорят так: «Подумаю я о чем-нибудь и сейчас услышу, как мне кто-то отвечает на мою мысль». Отсюда понятно, что есть некоторое основание смотреть на галлюцинации как на такие явления, при которых мысль проецируется во внешний мир, одеваясь в сенсориальную оболочку.

В патологии душевной жизни галлюцинации играют очень важную роль. Они наблюдаются очень часто и представляют чрезвычайное разнообразие как по своему качеству, так и по своему происхождению и по влиянию на мысли и поступки больных.

Различие галлюцинаций прежде всего определяется органами чувств, с которыми они связаны, а затем по своему *содержанию и по напряженности.* Галлюцинации могут быть в области всех органов чувств. Так, могут быть *зрительные галлюцинации.* По содержанию они очень разнообразны: больной, например, видит очень ясно демонов или страшных животных, видит святых, бога, богородицу, видит свет небесный; или он видит пламя, ад, или перед ним рисуются чудные ландшафты, к нему подходят его знакомые; иногда, проходя по улице, он видит, как от него отворачиваются, плюют, делают ему гримасы; при белой горячке часто видятся мелкие звери, бегающие мыши, чертики, паутина, страшные или хохочущие физиономии и т. п. Иногда предметы представляются как силуэты, т.е. темные, иногда же — окрашенные в соответствующие цвета и совершенно рельефные, как живые. Один больной, алкоголик, уверявший на лекции, что на дереве перед окном аудитории сидит чертик, говорил потом: «Профессор, должно быть, близорук, — так ясно было видно, а он говорит, что ничего нет». Иногда предметы, находящиеся за галлюцинаторными образами, не видятся больным, иногда же галлюцинаторные образы просвечивают и видятся как «прозрачные привидения» или «тени». Иной раз видимые предметы совершенно такие, какие бывают в природе; иной же раз представляют странные сочетания по форме и цвету, например синий воробей, зверь с крыльями и пр. Иной раз при скошении глаз видимые образы удваиваются, как и настоящие предметы; иногда они видятся лишь одним глазом, а другим не видятся (*односторонние галлюцинации*).

Аналогичные явления могут быть и *в области слуха.* Больной слышит голоса; эти голоса иногда его ругают, оскорбляют, иногда хвалят. Иногда он слышит, как перешептываются за стеной, под полом или над потолком, сговариваются его убить; часто слышатся стоны родных и знакомых, очень нередко слышатся пушечные выстрелы, гром и т. п. Очень часто голоса ведут целые разговоры, сообщают больному интересные и смешные вещи, иногда переругиваются между собою, сговариваются что-либо сделать с больным, иногда отвечают больному на его мысли, подсказывают ему, что нужно говорить. Иногда они ясны, отчетливы, близки; иногда — глухи, больной слышит их как бы через телефон. Иногда слуховые галлюцинации бывают односторонние, т. е. слышатся только с одного уха. Иногда бывает, что с одного уха слышатся только приятные вещи (восхваления и предсказания о величии, святости), а с другого — только неприятные (угрозы, оскорбления).

Обманы чувств со стороны *осязания* выражаются в различных ощущениях в коже: больной чувствует на теле электричество в виде покалывания, дуновения; иногда ему кажется, что его кусают собаки, звери; иногда чувствует, что его режут ножами, жгут, иногда чувствует ледяной холод.

Обманы чувств в сфере *обоняния* заключаются в ощущении ложного запаха. Так, часто больные утверждают, что они разлагаются, что от них пахнет или что они находятся среди покойников, потому что слышат трупный запах; многие больные определяют чувствуемый ими запах особыми терминами, например тлетворный запах, запах «дьявольский»; другие больные чувствуют удушливый запах, вследствие чего заключают, что их хотят одурманить, третьи — запах очень приятный — кипариса, ладана, духов.

В области *вкуса* обманы чувств выражаются в ощущении металлического вкуса или какого-нибудь отвратительного вкуса «мертвечины». Очень часто эти обманы чувств служат поводом к отказу от пищи.

В области *мышечного чувства* тоже могут быть обманы. Больной чувствует, что им кто-то движет, что его кто-то побуждает, толкает, заставляет принимать различные позы, что его руки и ноги движутся не по его воле, а под влиянием какой-то посторонней силы, что вдруг он делается или необыкновенно тяжел, или необыкновенно легок. Точно так же и окружающие предметы как будто изменяются в своем весе.

Обманы чувств нередки и в области *общего чувства*; тогда больные жалуются на то, что внутри их кто-то сидит, копошится (что нередко ведет к ложной идее о беременности); или чувствуют жжение внутри, что ведет к идее о том, что внутри находится демон или адский огонь. Очень нередко ощущение какого-то общего вихря, вследствие чего больному кажется, что он куда-то уносится с земли.

Нередки обманы *полового чувства*, при которых больные испытывают сладострастные ощущения, акт coitus'a.

Все эти явления бывают очень разнообразны по степени *своей интенсивности*. Они иногда бывают чрезвычайно интенсивны; с большим напряжением (иногда с гораздо большим, чем реальные восприятия) вторгаются они тогда в сознание и подчиняют себе внимание настолько, что все содержание душевной жизни определяется характером обманов чувств. В других случаях они, напротив, бледны, неинтенсивны; больной может отвлекаться от них, и тогда они не имеют такого влияния на все содержание душевной жизни больного.

Кроме различия по органам чувств, по содержанию и по напряженности обманы чувств различаются еще и *по своему происхождению*, по отношению своему к действительным, предметным раздражениям. Так, со времен французского психиатра Эскироля разделяют их на *галлюцинации в собственном смысле слова и на иллюзии*. Различие между ними такое, что подкладкой для иллюзии всегда служит какое-нибудь *действительное раздражение органов чувств, неправильно воспринятое*; галлюцинация же в собственном смысле слова может явиться без всякого периферического раздражения органов чувств. Так, если больной, слыша свисток паровой машины, слышит в этом свистке слова, то это будет иллюзия; или если, смотря на свет от лампы, он видит сияющего ангела, то это будет тоже иллюзия. Если же больной слышит голос среди полной тишины, то это будет галлюцинация в собственном смысле слова. *Иллюзии суть извращенные «предметные» восприятия, ложноощущения, галлюцинации же «беспредметные» — мнимоощущения.*

Иллюзии, так же как и галлюцинации, бывают во всех органах чувств. Отличить, что у больного существует иллюзия или галлюцинация в тесном смысле слова, иногда очень трудно. В некоторых случаях с очевидностью можно доказать, что у больного иллюзия, например, когда он в отдушнике видит страшное лицо или в карканье вороны ясно слышит ругательные слова; но доказать, что у больного существуют *истинные галлюцинации*, всегда довольно затруднительно. Как одно из доказательств иллюзорного характера зрительного ложного восприятия служит иногда удвоение его при скошении зрительных осей. Осязательные, обонятельные и вкусовые ложные восприятия большей частью бывают иллюзорного происхождения, а не чистые галлюцинации.

Кроме собственно галлюцинаций и иллюзий к галлюцинаторным явлениям относятся также так называемые *псевдогаллюцинации* (по терминологии талантливого, преждевременно скончавшегося русского психиатра Кандинского), или *психические галлюцинации* (название французского психиатра Бейарже). Различие между этими галлюцинаторными явлениями и истинными галлюцинациями такое: при истинной галлюцинации человек слышит или видит то, что ему представляется, так, как будто то, что он слышит или видит, находится в виде *реального* предмета *вне его*, в окружающей среде; больной на вопрос: «*как* он видит», — обыкновенно отвечает, что он видит так же, как бы предмет находился перед ним. При псевдогаллюцинации больной говорит, что он не видит вещи внешним оком, а *умственным*; или

если дело касается псевдогаллюцинации слуха, то он говорит, что слышит как бы *внутренним ухом*. Отсюда ясно, что псевдогаллюцинации довольно близки по своему свойству к репродукциям воображения, т. е. к продуктам фантазии, но таким, которые являются не произвольно (не по воле больного), а помимо его воли, самобытно, и притом часто неотвязчиво преследуют сознание.

Псевдогаллюцинации (Кандинского) бывают почти исключительно в области *зрения и слуха*, изредка в области *осязания*. В области *осязания* они испытываются в виде представления о том, что кто-то стоит подле больного и готов до него дотронуться. При *псевдогаллюцинациях зрения* больному рисуются *как картины* (но картины, *в действительность которых он вполне верит*), ландшафты, фигуры, образы святых; они часто окрашены в яркие цвета, иногда движутся, производят целые сцены, меняются. Иногда больные сами называют их «видениями», хотя все-таки считают, что происхождение их не зависит от самих больных. Они локализируются или во внешний мир, или иногда внутрь головы больного, как будто он видит глазами назад.

При *псевдогаллюцинациях слуха* больной ощущает *в своей голове* слова, разговоры, — он говорит обыкновенно, что звука не слышит, но ясно воспринимает слова, которые находятся то в его голове, то в животе, в горле и других частях тела. Большей частью больные уверяют при этом, что им вкладывают «чужие» мысли, что им говорят через какие-то особые аппараты. Иногда при этом больные чувствуют, что слова как будто локализируются в их языке, испытывают мускульные ощущения, сопутствующие говорению, и уверяют поэтому, что их «заставляют» произносить мысли, которые им «вкладывают». Иногда эти «чужие» мысли циничны, грязны, кощунственны, и потому больные крайне смущаются, будучи уверены, что все слышат эти мысли, так как они «точно звучат» или так как слова, соответствующие мыслям, непроизвольно произносятся ими самими. Иногда и действительно больные чувствуют непреодолимую потребность произносить «чужие» или свои мимолетные мысли и потому время от времени производят губами и языком движения, как при говорении, или тихо шепчут. Больные часто объясняют это тем, что у них каким-то механизмом «вытягивают» мысли. По взгляду некоторых новейших авторов (например, Сегла), слуховые псевдогаллюцинации могут быть рассматриваемы как беспредметные ощущения из области чувствований, сопровождающих процессы движения, почему и заслуживают название *двигательных галлюцинаций* (*hallucinations motrices*). В самом деле беззвучные «чужие» слова, ощущаемые внутри, мож-

но рассматривать как галлюцинацию или иллюзию того ощущения, которое сопровождает внутренний образ слова (parole interne), а ложное ощущение говорения можно рассматривать как иллюзию мышечного чувства, локализирующуюся в области мускулов, участвующих в произношении слов. Вообще, по моему мнению, *псевдогаллюцинации* как зрения, так и слуха суть иллюзии *общего чувства*, именно — иллюзии тех ощущений, которые сопровождают процессы мышления (соединенного по большей части с особым мускульным ощущением, соответствующим акту внимания) и центробежные процессы душевной жизни (стремление мысли выразиться в двигательном акте, т. е. в слове, жесте, мимических движениях).

Галлюцинации, иллюзии и псевдогаллюцинации могут быть *простые и сложные* (*комбинированные*). Сложными галлюцинациями называются такие, в которых в одном ложном восприятии сочетаются галлюцинации различных родов. Так, больной, например, видит говорящую фигуру (зрительная галлюцинация) и слышит соответствующие слова (слуховая галлюцинация).

Таким способом комбинироваться могут между собою и галлюцинации, и иллюзии, и псевдогаллюцинации. Иногда комбинация развивается лишь постепенно; так, сначала больной долгое время видит лишь фигуру, а потом уже слышит, как эта фигура говорит.

Причиной появления обманов чувств бывает *чаще всего душевная болезнь* или *отравление ядами* (атропин, гашиш, опий и др.). Собственно галлюцинации и псевдогаллюцинации бывают почти исключительно у душевнобольных; иллюзии же бывают нередко у совершенно здоровых лиц. Я не говорю уже о чисто физических иллюзиях (преломление палки в воде и т. п.) или физиологических (искры в глазах), но и психические иллюзии очень часты; при страхе и ожидании дерево принимает форму человека, путникам в пустыне кажутся деревья, верблюды. Известны случаи, как целые группы людей поддаются одинаковым иллюзиям; например, описывают такое событие: вся команда одного парохода приняла плавающий по волнам чурбан за идущего по волнам умершего корабельного повара. При массовой психической эпидемии, бывшей не очень давно в Италии, множество народу видело на небе мадонну.

Но и истинные галлюцинации бывают *не исключительно* у душевнобольных. У многих известных в истории личностей бывали единичные галлюцинации. Так, известно, что Лютер во время утомления и волнения от прений с религиозными противниками имел галлюцинацию дьявола. Гёте как-то в пути увидал

самого себя. Спиноза тоже имел галлюцинации. Но во всяком случае истинные галлюцинации у людей здоровых составляют явление случайное и наблюдаются большею частью при волнении, утомлении и беспокойстве. Нужно, однако, прибавить, что и у совершенно здоровых лиц галлюцинации легко вызываются *гипнотическим внушением* (как в состоянии сна, так и без признаков сна). В этом отношении есть субъекты весьма впечатлительные, которым галлюцинации всякого рода внушаются весьма легко. Так, одной особе достаточно было сказать, что на чистой четвертушке бумаги нарисован чей-нибудь портрет, и она начинала видеть этот портрет; мало того, если потом эту четвертушку перемешать с другими, тоже чистыми, она все-таки узнавала верно ту, на которой ей было внушено видеть портрет. Если ей внушали, что на бумаге лежит монета, она не только видела ее, но и ощупывала выпуклости. Такого рода внушенные галлюцинации могут быть *положительные* и *отрицательные*; отрицательной галлюцинацией называется внушенная невозможность воспринимать какой-нибудь предмет, действительно существующий; так, можно внушить, чтобы субъект, подвергающийся эксперименту, не видал кого-нибудь из присутствующих, не слышал его голоса, хотя всех остальных он будет видеть и слышать. Хотя таким образом истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации могут быть и у здоровых людей, но они по преимуществу наблюдаются у душевнобольных.

При всякой душевной болезни возможны обманы чувств, но при одних они бывают реже, при других чаще. Особенно часты они при белой горячке, также при так называемой дизнойе или бредовой форме бессмыслия (остром галлюцинаторном помешательстве) и при первичном помешательстве (паранойе). По исследованию американского автора Мансона, на 1339 душевнобольных он нашел обманы чувств в 381 случае; наиболее часты оказались обманы чувств зрения (128 случаев галлюцинаций и 63 иллюзии), несколько реже — слуха (128 галлюцинаций и 10 иллюзий), гораздо реже обоняния (48 иллюзий и 1 галлюцинация), вкуса (27 галлюцинаций и иллюзий), осязания (6 галлюцинаций и 19 иллюзий), общего чувства (36 иллюзий), генитальных (32 иллюзии). Эти указания, конечно, не могут быть приняты как вполне достоверные вследствие трудности вопроса, но все-таки они имеют хотя бы относительное значение.

При каких болезнях какие обманы чувств преобладают — это мы увидим впоследствии при изложении отдельных форм душевных болезней; теперь я ограничусь лишь общим положением, что при острых психозах в начале душевных болезней бы-

вают и зрительные, и слуховые галлюцинации, но несколько преобладают зрительные; при хронических же и затянувшихся формах преобладают слуховые. Обонятельные галлюцинации и иллюзии особенно часто бывают при психозах, осложненных половыми аномалиями (например, мастурбацией) или развившихся в периоде полового развития.

По своему *содержанию* обманы чувств большей частью соответствуют *настроению больных*; они страшны и мрачны при меланхолии, нередко приятны или смешны при экспансивном настроении. Часто, как я сказал в начале изложения главы о галлюцинациях, многие больные говорят, что слышат в них повторение своих мыслей, но из этого не следует, что всегда то, что является в виде галлюцинаторного образа, соответствует желанию больного. Наоборот, очень многое, что больной видит и слышит, противоречит «его» мыслям и желанию, является прямо как контраст тому, что больной в это время думает, и возникает лишь в силу бессознательной ассоциации с тем, что в данную минуту занимает сознание больного, а потому и поражает его как нечто чуждое, странное. Иной раз в течение душевной болезни обманы чувств являются как постоянный признак, иной раз как частое эпизодическое, иногда как редкое явление. Иногда они бывают только в известное время дня. Так, у некоторых они бывают перед засыпанием (*гипнагогические галлюцинации*); у некоторых галлюцинации являются, когда они привыкнут к месту и обстановке, а при переводе в новое помещение на время затихают. Иногда они связаны с какими-нибудь впечатлениями. Так, бывает, что больной при встрече с определенным лицом слышит брань, а при встрече с другим не слышит или слышит слова: «не ешь», когда ему подают кушанье, или при чтении про себя — слышит, как какой-то голос произносит то, что он читает. Это так называемые *рефлекторные галлюцинации*. Иногда галлюцинации прекращаются, когда больные чем-нибудь заняты, работают или ведут разговор. Иногда же, наоборот, галлюцинации являются, когда больной начинает читать и разговаривать; ему слышится, как кто-то повторяет то, что он говорил, или возражает на его мысли, или перебивает, передразнивает его (так называемые *функциональные* галлюцинации). Иногда галлюцинации присоединяются главным образом к какому-нибудь одному занятию. Я знал нескольких больных, которым при чтении про себя слышалось буквально все то, что они читали, точно кто-нибудь повторял то, что они только что прочли.

Обманы чувств воспринимаются больными большею частью как реальные, действительно существующие явления. Один боль-

ной так говорил психиатру Лере. «Я слышу голоса, потому что слышу их; как это делается, я не знаю, но они для меня так же явственны, как ваш голос; если я должен верить в действительность ваших слов, то позвольте же мне верить и в действительность слов, которые я слышу, потому что как те, так и другие для меня в равной степени ощутительны»[1]. Веря в реальность галлюцинаторных восприятий, больные, однако, часто по каким-то особенным признакам отличают их от действительных предметных. По всей вероятности, главным признаком, по которому субъективно различаются галлюцинаторные восприятия от действительных, служит особая эмоция, сопровождающая первого рода восприятия; некоторые больные прямо говорят, что «голоса» их особенно раздражают, гораздо более, чем та речь, которую они слышат в обыкновенном разговоре, и раздражают не только по содержанию, но и по какому-то особенному оттенку, сопровождающему самые звуки. Может быть, благодаря большей интенсивности эмоциональной ассоциации галлюцинации и оказывают большее влияние на содержание мыслей и поступки больных, чем действительность. Некоторые больные — правда, сравнительно немногие и не во всякое время, большею частью в начале болезни и в конце ее — сознают, что они составляют проявление болезни (так называемые *сознаваемые галлюцинации*), но и это сознание чаще какое-то двойственное, неуверенное.

Само собою разумеется, что обманы чувств имеют чрезвычайно *большое влияние на содержание душевной деятельности.* Под влиянием их часто у больных создается совершенно неправильное представление об окружающих их явлениях, создаются так называемые ложные идеи. Одни больные, слыша угрозы, видя приготовления к казни, мучаются ожиданием страданий; другие, слыша восхваления, считают себя высокопоставленными или святыми людьми; третьи, чувствуя в пище запах «мертвечины», думают, что их кормят трупами замученных родственников. Псевдогаллюцинации слуха дают *богатую почву для развития бредовых или нелепых идей*, например, о том, что у них в голове проведены телефоны, что у них какими-то аппаратами вытягивают слова или заставляют звучать их мысли, что их гипнотизируют и в этом состоянии подчиняют чужой власти. Под влиянием галлюцинаций развивается очень озлобленное, враждебное отношение к окружающим людям: больной, например, слыша постоянно, как его оскорбляют, и приписывая это окружающим, естественно, озлобляется против них и на мнимое оскорбление отвечает каким-нибудь насильственным актом.

---

[1] *Leuret.* F. Fragments psychologiques. Paris, 1834. C. 203.

Особенно важное значение в отношении влияния на поступки имеют те обманы чувств, которые содержат в себе какое-нибудь повеление. Так, например, иногда бывает, что больной постоянно слышит голос: «не ешь» или «убей». Такого рода галлюцинации *с императивным, повелительным, содержанием* нередко обусловливают у больных отказ от пищи или покушение на жизнь окружающих.

Диагностика галлюцинаций далеко не всегда легка. О существовании у больного обманов чувств в той или другой форме мы чаще всего узнаем из признания самого больного. Но бывают случаи довольно частые, в которых больные не говорят сами о своих галлюцинациях. Тогда не всегда легко их констатировать; но все-таки есть некоторые признаки, по которым и в таких случаях можно узнать существование галлюцинаций. Иногда это какие-нибудь способы выражения, особые термины, употребляемые для обозначения своего состояния почти исключительно галлюцинантами, и по которым можно догадаться о наличности их у данного больного, иногда это — особенности поведения и даже некоторые признаки, заметные объективно, почему они и называются *объективными* или *физическими* признаками галлюцинаций. Признаками существования галлюцинаций вообще являются: реакция больного на что-либо, чего около него не существует, — больной, например, к чему-то прислушивается, на что-то внимательно смотрит или неожиданно вскакивает и набрасывается на других, меняет свое отношение к личностям. Затем галлюцинанты часто наклонны к уединению, садятся в определенном, одном и том же, иногда темном месте; иногда вдруг сообщают новости, которых они ни откуда не могли узнать. Специально для слуховых галлюцинаций признаками служат: разговоры с самим собою, быстрые обороты головы, беспричинный смех, беспричинные взрывы негодования, затыкание ушей бумагой. У некоторых, страдающих долго слуховыми галлюцинациями впереди уха, именно впереди tragus — образуется много вертикальных с вогнутостью кзади морщинок, вероятно, обусловленных напряжением m. tragicus, рефлекторно сопровождающим акты прислушивания. У других больных с галлюцинациями, слышимыми с одной какой-нибудь стороны, иногда замечается постоянный поворот головы в одну сторону и в связи с этим напряжение m. sterno-cleido-mastoidei. У имеющих галлюцинации слуха нередко можно подметить рефлекторные движения языком, часто беззвучные, иногда же соответствующие каким-нибудь звуковым образам. У больных, страдающих галлюцинациями зрения, заметно иногда ненор-

мальное скошение зрительных осей, изменение в величине зрачков, не соответствующее световому раздражению, особенные движения век, жмурение, вследствие чего при долгом существовании галлюцинаций зрения развивается множество морщинок около глаза; у многих таких больных отмечается краснота конъюнктивы, чувство жара и жжения в глазах и зависящая от этого наклонность тереть глаза. У больных с галлюцинациями вкуса — признаками, заставляющими заподозреть их, служат: слюнотечение, частые глотательные движения или выплевывания и своеобразная мимика, соответствующая ощущению дурного вкуса. У страдающих галлюцинациями обоняния заметно иногда необычное поднятие крыльев носа и верхней губы или вертикальные морщинки на носу. У них, так же как у больных, имеющих галлюцинации обоняния, отказ от пищи дает часто возможность заподозрить существование обманов чувств. Подозрение относительно галлюцинаций мышечных и общего чувства должны вызывать странные позы больных, какие-нибудь стереотипные движения.

Для более наглядного представления о галлюцинациях я приведу описания этих явлений. Первое описание я заимствую из статьи об обманах чувств в «Реальной энциклопедии медицинских наук». В этой статье приведено наблюдение одной интеллигентной дамы, принявшей отравляющую дозу атропина и описывающей свое состояние следующими словами:

«Приблизительно через четверть часа после того, как я приняла атропин, я почувствовала страшную сухость в горле и во рту, и когда хотела выпить еще, то едва могла проглотить несколько капель. После этого я пробовала писать, но уже не могла, — буквы сливались, и в то же время от них шли какие-то яркие лучи. Затем в течение 6—7 часов я лишь смутно помню неприятное ощущение сухости в горле и то, что, когда я пробовала встать с места, ноги у меня подкосились, и я чуть не упала. Когда я немного пришла в себя, то оказалась лежащей на постели. Перед глазами моими были ширмы, обитые кретоном с букетами роз, и когда я стала машинально вглядываться в эти розы, то лепестки их стали развертываться, и из них выходили, развертывая юбочки, прелестные маленькие маркизы, пастушки в костюмах à la Ватто. Это было очень красиво и нисколько меня не удивляло. Не помню, сколько прошло времени, когда я услышала шорох, и, взглянув по направлению его, увидела свою знакомую (это было на другое утро), которую — как мне казалось — я только что видела во сне и притом — как я заметила — в том платье, которого я раньше на ней не видала.

Я теперь уже могла говорить между тем как раньше (накануне вечером), язык мне казался каким-то толстым посторонним обрубком, и ноги также были, как обыкновенно. Я наскоро кое-как надела платье и встала. Подойдя к туалету, я взяла свои часы посмотреть, который час,

но цифры и стрелки (золотые) были в лучах, так что я ничего не могла разобрать. Притом оказалось, что цепочка совсем стала другая — вся из изумрудов, от которых шли такие лучи, какие бывают, когда смотришь, прищурившись, на ярко блестящую точку. Вместе с тем у меня явилась уверенность, что моя знакомая потеряла мою прежнюю цепочку и заменила ее другою. Когда я стала уговаривать ее вернуть мне мою цепочку, я заметила, что у нее вывалились все зубы, и на это было очень неприятно смотреть. Я пошла в гостиную, и там на диване чинно сидели двое совершенно незнакомых людей, мужчина и женщина. Хотя я сейчас же была уверена, что они пришли нанимать дачу, но все-таки спросила их, что им надо. Так как они, однако, не обращали на меня никакого внимания, я повернулась звонить, чтобы велеть их вывести, но, когда обернулась к ним, их уже не было. Меня это не удивило, и вообще я об этом даже ничего не подумала. Мне стало весело, и я пошла бродить по квартире. Меня поразило, что у всех домашних за ночь выпали зубы, и я поняла, что у них были зубы вставные, и очень стыдилась за них. Зубы оказались только у моей маленькой дочери. Вскоре пришел знакомый доктор, и у него тоже не оказалось двух передних зубов; мне было очень жалко его, но я не решилась сказать ему об этом. Вообще я мало о чем думала, но твердо помнила, что есть вещи, о которых я не должна никому говорить (о попытке самоубийства и о других обстоятельствах, подавших к этому повод), и не сказала. Все, что в то время происходило около меня, казалось мне сном, и лишь мои галлюцинации — яркой действительностью, оставившею по себе ясное воспоминание. Когда в тот же день за обедом мне подали суп, я увидала, что в нем бегает множество маленьких рыжих пауков, и я, конечно, не стала есть, но не хотела говорить, в чем дело, думая, что пауки только у меня. Однако, взглянув в тарелку к дочке, я увидала, что у нее тоже пауки, а между тем бедный ребенок ел суп. Я сейчас же убрала у нее тарелку. Взглянув на свои руки, я увидала, что между пальцами бегают те же пауки, и, желая их прогнать, я их только давила. Они были также во всех углублениях дивана, на котором я сидела, и на докторе, который пришел вечером. У него по-прежнему не было двух зубов, а остальные светились как изумруды. Пауки преследовали меня до самой ночи, а на другое утро я была совсем здорова. Только от всех блестящих предметов шли лучи, но я уже понимала, что это обман»[1].

В этом случае интересны и *зрительные* галлюцинации, бывшие у больной, и ее отношение к ним, очень характерное для того сумеречного состояния сознания, в котором она находилась вследствие действия атропина, и которое очень напоминает состояние при сонных грезах с той разницею, конечно, что больная не спала, а была в состоянии бодрствования.

В следующем случае мы имеем пример *слуховых галлюцинаций повелительного содержания*, чрезвычайно сильно влиявших на больного и обусловливавших его неподвижность и молчаливость. Приводимый случай показывает также, как иногда больные, по-видимому, совер-

---

[1] *Эйленбург А.* и *Афанасьев М.* Реальная энциклопедия медицинских наук (Медико-хирургический словарь). Обманы чувств, 13, 534—551.

шенно неподвижные, вдруг производят какое-нибудь резкое нападение на окружающих.

«Один молодой человек», — говорит Эскироль, — «после сильного припадка бешенства в течение шести месяцев не говорил ни слова, не сделал ни одного произвольного движения и вдруг однажды схватил полную бутылку и пустил ее в голову служителя; после этого он впал в прежнюю неподвижность и молчаливость и выздоровел через несколько месяцев. Я спросил его, зачем он пустил бутылкой в служителя. «Потому что я слышал голос, — отвечал он, — сказавший мне: «Если ты убьешь кого-нибудь, то будешь спасен». Так как я не убил служителя, то судьба моя не могла измениться, и я по-прежнему сидел молча и неподвижно; впрочем, тот же голос твердил мне беспрестанно: — «Не двигайся, не то умрешь». Эти угрозы и были причиною моей неподвижности»[1].

Один больной д-ра Кизера описал следующим образом свои галлюцинации и иллюзии слуха: «Удивительно и ужасно, и унизительно для меня, что за акустические упражнения и опыты, даже бессмысленные, делались в течение двадцати лет с моими ушами и всем телом. Я с ужасом убедился, что не только без моей воли, но даже без моего ведома, из моих ушей исходят самые различные звуки и слова по воле презренной шайки. И что за звуки и слова! В 1815 г. в течение шести месяцев они состояли из ругательства мне и всем моим близким: *одно и то же слово раздавалось часто непрерывно в течение 2—3 часов.* Часто слышались длинные речи обо мне, большею частью оскорбительные, причем подражали голосу моих знакомых; но в них редко говорилась правда, большею частью это была самая позорная ложь и клевета на меня, а часто и на других. Иногда распускали слух, что это я все говорю. Эти непрестанные звуки слышатся иногда только вблизи, иногда же на расстоянии получаса и даже целого часа ходьбы. Они точно выпускаются и *выбрасываются* из моего тела, и вокруг меня распространяется самый разнообразный шум и стук, в особенности когда я вхожу в дом, деревню или город; поэтому я уже несколько лет живу как отшельник. При этом у меня звенит почти постоянно в ушах и часто так сильно, что слышно довольно далеко. Каждое отдельно стоящее дерево издает при моем приближении, даже когда и нет ветра, особый шум и звуки и произносит слова и фразы; телеги и экипажи стучат и трещат совершенно особенным образом, и рассказывают целые истории также и копыта верховых лошадей, свиньи ругаются, собаки лают упреки; петухи и куры, даже гуси и утки выговаривают слова, имена, отдельные фразы и отрывки речей. У кузнеца под молотом и в раздувальном мехе раздается множество имен, фраз и даже целые рассказы, а он думает, что это делается по моей воле. Все, кто подходит ко мне, рассказывают ногами против собственной воли самые странные вещи, глупые и бессмысленные; это беспрестанно случается и со мною и всеми окружающими, в особенности при подъеме на лестницу; даже перо, которым я пишу, произносит отдельные звуки, слова и фразы»[2].

---

[1] Цитировано по *Гризингеру*. Душевные болезни, 2-е изд. Спб. 1875. С. 104.

[2] Там же.

В последнем случае мы имеем пример чрезвычайно резких слуховых иллюзий; ложные восприятия возникали почти со всякими слуховыми впечатлениями больного, преследовали его неотступно. Замечательно также содержание обманов слуха — ругательства, клеветы, оскорбления; такие обманы чувства бывают часто при первичном помешательстве.

Очень интересны также описания обманов чувств, составленные имевшими их врачами. Одно из таких описаний составлено талантливым психиатром В. Х. Кандинским, имевшим несчастие страдать душевным расстройством и описавшим испытанные им явления в специальной работе. Вот слова доктора Кандинского:

«Страдая около двух лет душевною болезнью, я испытал обильнейшие и разнообразнейшие галлюцинации во всех чувствах, за исключением разве вкуса. Впрочем галлюцинации обоняния были сравнительно редки, и их было трудно отделить от реальных впечатлений, потому что орган обоняния был до крайности гиперестезирован. Точно так же я оставлю в стороне галлюцинации слуха, потому что в отдельных случаях их тоже не легко отделить от действительного восприятия: в больницах для умалишенных до больного отовсюду доносится так много звуков — голосов и речей разного рода — и часто трудно решить, что принадлежит окружающей обстановке и что самому больному. Самыми частыми, самыми разнообразными и живыми были у меня галлюцинации зрения и осязания или общего чувства. К последнему классу я отношу многочисленные ощущения прикосновения, сжимания, душения за горло и особенно замечательные галлюцинации относительно равновесия тела и положения его в пространстве, как-то: кружение окружающих объектов как около оси тела, так и около линии зрения, их движение или только в одну, или в разные, но всегда определенные стороны, убегание пола из-под ног вперед, убегание стен (иногда бывало, что часть стены, соответствующая правому глазу, непрерывно катилась по направлению кверху, тогда как часть стены, соответствующая левому глазу, шла вниз, причем таким движением объектов в противоположные стороны вызывалось весьма мучительное чувство раздирания мозга), раздвигание стен, далее — ощущения быстрого скатывания по наклонной плоскости (как на ледяных катках), переворачивания вместе с кроватью, верчения, качания на воздухе, приподнимания, наконец, весьма живое ощущение летания в пространстве... Некоторые из моих зрительных галлюцинаций были сравнительно бледны и неясны, совершенно так, как видит близорукий предметы, к которым глаз неприспособлен. Другие же были так же ярки и сложны, так же блистали красками, как действительные предметы. Яркие галлюцинационные картины зрения вполне прикрывали реальные предметы. В продолжение одной недели я, смотря на стену, оклеенную одноцветными обоями, последовательно видел на ней ряд больших картин al fresco, обведенных вычурными золотыми рамами, картин, изображавших ландшафты, морские виды, иногда портреты, причем краски были так живы, как в картинах итальянских мастеров. В другой раз, приготовляясь ложиться спать, я вдруг увидал перед собою статуэтку средней величины из белого мрамора, нечто в роде Venus accroupie; через несколько секунд голова статуэтки отвали-

лась, оставив гладкий обрубок шеи с ярко-красными мышцами; упавши, раскололась посредине, причем вывалился мозг и полилась кровь; контраст белого мрамора и красной крови был особенно резок. Галлюцинации являлись как при открытых глазах, так и при закрытых. В первом случае они проектировались на плоскость пола, потолка или стен или просто выделялись в пространстве, прикрывая собою лежащие за ними предметы. В некоторых случаях окружающая обстановка совершенно исчезала, заменяясь на несколько мгновений новою, например, вместо комнаты я оказывался на берегу залива, на противоположном берегу которого шла цепь гор; здесь пейзаж являлся телесно, а не в виде писаной масляными красками картины, как в других случаях. При закрытых глазах сложные галлюцинации большею частью возникали в виде телесных предметов, окружающих меня; менее сложные галлюцинации, например картины, микроскопические препараты, орнаментные фигуры, рисовались на темном фоне зрения. С течением времени галлюцинации зрения стали настолько привычными, что не возбуждали никакого волнения или тягостного чувства, а скорее служили средством препровождения времени. Всегда между галлюцинациями и образами воспоминания и фантазии остается целая бездна. Существеннейшая черта галлюцинаций не столько их живость (бывают из них и бледные), но их чувствуемая *объективность*, тогда как образы воспоминания и воображения связаны с ощущаемою активностью мозга и всегда сохраняют характер субъективности. Некоторые художники и поэты имеют чрезвычайно могучую и живую фантазию, но они не галлюцинируют; с другой стороны, может быть галлюцинантом и человек с весьма бедным воображением»[1].

Тот же д-р В. Х. Кандинский в своей крайне интересной книге «О псевдогаллюцинациях» приводит много наблюдений, могущих служить для иллюстрации этого рода болезненных явлений; я воспользуюсь двумя из них. Одно касалось врача, страдавшего острым психозом с расстройством сознания, обманами чувств и бредом. По выздоровлении пациент составил описание испытанных им галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, из которых д-р Кандинский приводит, между прочим, следующий отрывок.

«Находясь в больнице, больной как-то сидел на койке, прислушиваясь к тому, что ему говорили голоса из простенка. Бред больного около этого времени вертелся на том, что врачи больницы согласились между собою, что для спасения его от угрожавшей будто бы ему смертной казни действовать на него на расстоянии при посредстве особой хитро устроенной электрической машины и вообще производить над ним различного рода «таинственные эксперименты», от которых он, больной, должен был прийти в состояние одурения, исключающее вообще собою вменяемость. Вдруг он *внутренно* видит на недалеком от себя расстоянии весьма отчетливый зрительный образ — четырехугольный листок бледно-синеватой, мраморизированной бумаги величиною в осьмушку листа: на листе крупными золотыми буквами было напечата-

[1] *Кандинский В.Х.* К вопросу о галлюцинациях // Медицинское обозрение. 1880. № 6. С. 817.

но: «Доктор Браун». В первый момент больной пришел было в недоумение, не понимая, что могло бы это значить, но «голоса из простенка» вскоре возвестили ему: «Вот профессор Браун прислал тебе свою визитную карточку». Хотя бумага карточки и напечатанные буквы были увидены вполне отчетливо, тем не менее больной по выздоровлении решительно утверждал, что это была не настоящая галлюцинация, а именно то, что он, за неимением лучшего термина, называл «экспрессивно-пластическое представление». За первою карточкою стали получаться и другие, с разными фамилиями (исключительно врачей и профессоров медицины), причем каждый раз «голоса» докладывали: «Вот тебе визитная карточка X, профессора У...» и т. д. Тогда больной обратился к лицам в простенке с вопросом, не может ли он в ответ на любезность врачей и профессоров, почтивших его своим вниманием, разослать им свои визитные карточки, на что было ему отвечено утвердительно. Надо заметить, что к этому времени больной настолько освоился с «голосами», что иногда (но не иначе, как оставшись один в комнате) обращался к ним с разного рода вопросами и протестами, произнося их вслух и выслушивая галлюцинаторно на них ответы. В течение целых двух дней больной только тем и занимался, что получал путем псевдогаллюцинаций зрения визитные карточки от разных лиц и взамен того *мысленно* (но не псевдогаллюцинаторно) рассылал в большом количестве свои собственные карточки, пока наконец не был резко остановлен голосом из простенка: «Не стреляй так своими карточками». Последняя из полученных больным карточек была написана уже не золотыми, а грязножелтыми буквами, что «голоса» объясняли так: «Ну вот ты и дождался карточки, напечатанной г...». По выздоровлении больной уверял, что он прежде видел, а потом уже слышал объяснение, а не наоборот»[1].

В этом случае у больного были настоящие *слуховые* галлюцинации и *зрительные* псевдогаллюцинации. В другом наблюдении д-р Кандинский приводит случай, где было очень много разнообразных обманов чувств, между прочим, и слуховых псевдогаллюцинаций.

Наблюдение касалось одного техника, давно страдавшего хроническим бредом преследования. В период наблюдения бред больного имел чисто частный характер (причем больной не представлял, по словам д-ра Кандинского, заметного ослабления умственных способностей) и в общих чертах состоял в следующем. Вздумав вчинить иск к одному крупному заводу, он будто бы должен был затронуть интересы многих высокопоставленных лиц в Петербурге и вследствие того стал жертвою «упражнений токистов». «Токисты» суть не что иное, как корпус тайных агентов, употребляемых для выведывания намерений и мыслей лиц, опасных правительству, и для тайного наказания этих лиц. Однако больной не считает себя государственным преступником, а полагает, что «токисты» приставлены к нему частью для того, чтобы они могли приобрести необходимый навык в своем искусстве, частью же по злоупотреблению со стороны тех высокопоставленных лиц, которым нуж-

---

[1] *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд. Спб. 1890. С. 71.

но, чтобы дело его с заводом не двигалось вперед. Больной, по его мнению, постоянно находится под влиянием 30 токистов, находящихся на разных ступенях служебной иерархии и разделяющихся на несколько поочередно работающих смен. Подвергши больного (еще несколько лет назад) влиянию гальванического тока, они привели его в «токистическую связь» (нечто в роде магнетического соотношения) с собою, и в такой же связи они состоят и между собою во время работы над ним. В силу такой связи все мысли и чувства больного передаются из его головы в головы токистов; эти же последние, действуя по определенной системе, могут по своему произволу вызывать в голове больного те или другие мысли, чувства и чувственные представления, а также разного рода ощущения в сфере осязания и общего чувства. Кроме того, эти невидимые преследователи, будучи скрыты поблизости от больного, доезжают последнего, между прочим, и «прямым говорением», причем произносимые ими слова и фразы доносятся прямо, т. е. через воздух, к больному и воспринимаются им через посредство внешних органов слуха.

Больной мог вести свой дневник, причем записывал испытываемые им влияния. В приводимом отрывке из его дневника попадается много выражений, характерных для больных данной категории. Для лиц, незнакомых с этой своеобразной терминологией, многие выражения были бы совершенно непонятны, если бы д-р Кандинский не снабдил записки своими пометками, по которым можно узнать, какой категории явления отмечаются больным. Пометки д-ра Кандинского поставлены в скобках и напечатаны жирным шрифтом. Вот запись больного за один день:

«Всю ночь в полусне прямое говорение (**слуховые галлюцинации**) с воображениями (**псевдогаллюцинации зрения**), добывание моего говорения во сне (**насильственная иннервация центрального аппарата речи, не будучи подавляема полуспящим больным, в самом деле заставляет действовать голосовой аппарат: больной, по словам его соседей по койкам, нередко говорит во сне**). Разбужен приставанием около 3-х часов; после этого продолжение приставаний, совместно с говорением (**разного рода псевдогаллюцинации вместе с галлюцинациями слуха**). Из столярной особенным током вызвано внутреннее слышание (**псевдогаллюцинации слуха**), отчего другой токист, находящийся подо мною, в нижнем этаже, пугается и потом, когда третий токист присоединяет к сему мышление убийства и драки (**насильственное мышление**), раздражается на последнего, после чего между ними начинается взаимная руготня: «идиот... мужик...» и пр. (**слуховые галлюцинации**).

За сим последовали обращенные ко мне дерзости, похабщина и пр. при безостановочном говорении (**галлюцинации**) из-за ограды больницы и при добавлении такого же содержания фраз от токиста и токистки из того флигеля, где живет эконом, с поползновением перефразировать раньше случившееся и комическим представлением событий «выиграл сигару». Утром подговоры мне матерщины. Во время чая — взаимное передергивание токистами друг друга — ревность из-за ходивших сюда некоторое время швей (**за швей больной принял слушательниц с женских**

медицинских курсов, которые иногда приходили смотреть больных). До обеда шуточки и остроты (**частью — просто насильственное мышление, частью псевдогаллюцинации слуха**) того токиста, который убежден, что приносит мне пользу деланием веселого настроения. Во время обеда — вонь испражнений: это производит идиот, помещенный в столярной, он нюхает в это время испражнения из бутылки или из бумажки (**галлюцинации обоняния**) и мышление о сем (**навязчивые представления**). Во время занятий немецким языком — с улицы подшучивание (**слуховые галлюцинации**), сбивание, за что токист? наверху — раздражение, а токистки из флигеля эконома — помогание... Далее, они стали действовать чувствами — заискивание их и надежды, что упражнения их надо мною скоро вознаградятся, потом взаимная их ругня, за которою я мысленно принужден был следить (**слуховые псевдогаллюцинации**). Вечером, когда я писал записку брату, с просьбою сделать для меня некоторые покупки, токист наверху в верхнем отделении настаивал на табаке Лаферм, а токистка из флигеля на сигарах и на словаре Рейфа (**галлюцинации слуха**); от сего нервный идиотик внизу млеет от предвидения какой-то их удачи. При моем занесении сего в тетрадку другой идиот оттуда же шепчет шутовским тоном: «Вот тебе и словарь Рейфа» (**слуховые галлюцинации**). Затем, когда я принялся читать из учебника французского языка Марго, начались подговоры (**галлюцинации слуха**) в чтении — по имеющемуся у них Марго? — перешедшие в задорные приставания ко мне с задорным мышлением (**слуховые галлюцинации**), что "хотя пользы мне в смысле лечения меня от них и нет, однако они все-таки будут продолжать»... Когда я лег спать, устраивали мне сладострастное мышление, причем производили перед моими глазами воображение (**псевдогаллюцинации зрения**) женских половых органов»[1] и т. д.

Это наблюдение представляет интерес не только как образец многообразных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, но и как характерное изображение содержания мышления лиц, страдающих довольно частою формою хронического помешательства с бредом преследования. Тут характерна и терминология, и беспрерывные переходы мыслей, и уверенное отнесение всяких ощущений к тому, что составляет предмет бреда, и до тонкости определенное представление о значении и положении того или другого лица (действительного или воображаемого), попавшего в бредовую комбинацию, что характеризует так называемый систематизированный бред, с которым мы познакомимся при изучении следующей группы элементарных расстройств в области интеллекта.

Я должен еще сказать *о механизме развития обманов чувств.* Как я говорил, всякое мнимоощущение происходит от сочетания какого-нибудь представления, хранившегося в запасе и восстановившегося в сознании, с ярким чувственным впечатлением. Поэтому для того, чтобы явилась галлюцинация, необходимо, с одной стороны, чтобы было возбуждение сенсориальных центров, т. е.

---

[1] *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд. Спб, 1890. С. 30—31.

центров, в которых возникают ощущения, и с другой — чтобы это ощущение сливалось с каким-нибудь представлением, восстановившимся в сознании из запаса. Галлюцинации суть поэтому явления сложные, при которых нужно предполагать существование измененной деятельности *и центров ощущений, и центров представлений* (идей).

Различные исследователи различно определяли то *место в нервной системе*, которое наиболее тесно связано с появлением галлюцинаций. Одно время некоторые исследователи смотрели на галлюцинации как на результат болезненного раздражения *периферических отделов нервной системы* (зрительного и слухового нерва, сетчатки и пр.). Этот взгляд обосновывался, между прочим, тем, что, действительно, наряду с галлюцинациями наблюдаются довольно часто изменения в органах чувств (катаральное воспаление среднего уха, неравномерность слуха на обеих сторонах, пятна роговицы, скотомы и т. п.). Однако если и можно признать, что *поводом* для галлюцинаций в некоторых случаях действительно бывают раздражения, имеющие место на периферии, то решительно невозможно объяснить ими одними всего симптомокомплекса галлюцинаций. Сами по себе периферические страдания могут дать в результате такие явления, как шум, звон, искры, круги в глазах и т. п., но дать сложный галлюцинаторный образ может только орган представления, т. е. кора полушарий. Таким образом, в противовес периферической теории происхождения галлюцинаций явилась теория, объясняющая галлюцинации как результат *самобытного раздражения центров представлений*. Это самобытное раздражение будто бы проецируется в органы чувств, вызывает в них раздражение, по силе соответствующее тому, которое вызывается влиянием на них действительных внешних предметных впечатлений. Этот взгляд подкреплялся следующими соображениями. Во-первых, в пользу его как бы говорит закон, по которому мы относим на периферию испытываемые нами чувственные раздражения, хотя бы источник их лежал близко к центрам (больные с ампутированными ногами чувствуют боль в пальцах, которых у них уже нет). Во-вторых, этот взгляд поддерживался мнением, что каждое наше конкретное представление вызывает хотя бы слабый *центробежный* иннервационный процесс, сопровождающийся слабым, но вполне соответствующим ему возбуждением периферических нервных элементов в органах чувств, т. е. мнением, что при каждом представлении о предмете мы, хотя и в минимальной степени, но по-настоящему его видим или слышим, вообще ощущаем. В пользу этого приводился такой опыт: если в течение

долгого времени воображать себе крест синего цвета, а затем бросить взгляд на белую бумагу, то можно увидать на ней такой же крест, окрашенный в дополнительный цвет; это можно толковать как результат того, что элементы сетчатки от долгого воображения предмета так же утомляются (хотя в более слабой степени), как и от настоящего зрения[1].

Однако эта теория чисто центрального происхождения галлюцинаций была вскоре заменена *психосенсориальной*, по которой для возникновения галлюцинаций нужно сочетание расстройства функции и центров идей и сенсориального аппарата. Действительно, присутствие при галлюцинациях истинного *ощущения*, а не только памяти о нем, требует признания, что *сенсориальный аппарат не может не принимать в них участия*, тем более что, как бы ни было сильно воображение человека, все-таки никогда оно не дает реального интенсивного ощущения, хоть сколько-нибудь похожего на то, какое бывает при галлюцинациях. Но, с другой стороны, *нельзя обойтись и без признания* необходимости *расстройства чисто психического аппарата* при галлюцинациях. Так, всегда при них бывает неправильное сочетание представлений как между собою, так и с ощущениями, придающее галлюцинациям их своеобразный характер.

Признавая психосенсориальную теорию происхождения галлюцинаций, различные авторы *локализировали процессы*, способные вызывать галлюцинации, в различных отделах мозга. Одни придавали наиболее существенное значение подкорковым центрам, другие — клеткам коры. Среди многочисленных взглядов мы остановимся лишь на воззрениях Мейнерта и Тамбурини.

По взгляду *Мейнерта*, для развития галлюцинаций необходимо самобытное, беспредметное *возбуждение нервных клеток в субкортикальных центрах*, т.е. в клетках, лежащих ближе к основанию мозга — в четверохолмии, зрительном бугре и пр. При обычных условиях эти самобытные возбуждения подавляются, по мнению Мейнерта, деятельностью элементов мозговой коры, и потому мы ощущений не испытываем; но если почему-нибудь *деятельность мозговой коры будет ослаблена*, то ее подавляющее влияние будет ничтожно, и тогда подкорковые центры будут посылать к ней сенсориальные возбуждения, которые и будут являться в сознании, как галлюцинации. Таким образом, по взгляду Мейнерта, *галлюцинации обусловливаются возбужденным состоя-*

---

[1] Не играет ли в этом какую-нибудь роль распространение возбуждения по тем центробежным волокнам, которые существуют в органах чувств среди центростремительных? Эту мысль высказывал С. А. Суханов.

нием подкорковых центров при ослаблении деятельности мозговой коры. Свое мнение Мейнерт подтверждает тем, что галлюцинации часто являются перед сном и при состояниях истощения мозга.

По взгляду итальянского ученого *Тамбурини*, наиболее распространенному в настоящее время, галлюцинации обязаны происхождением самобытному возбуждению не подкорковых центров, а *центров коры*, именно тех клеток ее, которые составляют окончание чувствующих проводников и которые связаны ассоциационными волокнами с центрами представлений.

Но какого бы взгляда ни держаться, ясно, что для появления галлюцинаций необходимо некоторое расстройство как в аппарате чисто интеллектуальной деятельности, так и в аппарате сенсориальном, — все равно — локализировать ли возбуждение, обусловливающее галлюцинации, в чувствующих элементах коры или в подкорковых центрах. *Поводом же к возбужденному состоянию этих отделов могут служить самые разнообразные изменения в различных частях психосенсориального аппарата.* Так, поводом могут быть изменения в самих корковых центрах, воспринимающих ощущения, например прилив к ним крови неправильного состава, изменения в сосудах, затрудняющие кровообращение, расстройство лимфообращения и пр. (*центральные корковые галлюцинации*); поводом могут служить и изменения проводящих ощущения периферических нервов и также периферических аппаратов органов чувств (*периферические галлюцинации*). Так, иногда можно вызвать слуховые галлюцинации, раздражая орган слуха электричеством. Очень нередко мы замечаем галлюцинации слуха у людей, страдающих отитами, шумом в ушах, или зрительные галлюцинации у людей, имеющих пятна на роговой оболочке, у страдающих атрофией зрительных нервов. Нередки галлюцинации зрения у душевнобольных слепых и галлюцинации слуха у глухих (но только не от рождения). Иногда у лиц, имеющих галлюцинации слуха, можно констатировать гиперестезию слуха и изменение реакции на электрическое раздражение при отсутствии каких-нибудь внешних признаков страдания уха. Точно так же нередко галлюцинации обоняния и вкуса обусловливаются нечистотою рта и носа, насморком и стоматитом. Иной раз галлюцинации зрения и слуха вызываются зубной болью вследствие иррадиации возбуждения. У алкоголиков, при так называемом запойном бреде, можно, надавливая на глазные яблоки, вызывать зрительные галлюцинации даже тогда, когда самобытные галлюцинации, очень обильные при этой болезни, исчезают (Липман).

Все это указывает на то, что в происхождении мнимоощущений имеет большое значение состояние чувствующего аппарата, и потому необходимо у каждого галлюцинанта обстоятельно исследовать состояние органов чувств и степень чувствительности, отыскивать поводы к раздражению чувствующих нервов и, если возможно, их устранять.

2. Качественные расстройства идей

а) **Несоразмерные (по напряженности) в мыслях или идеях — навязчивые идеи**. К качественным расстройствам в интеллектуальной сфере относится явление, наблюдаемое довольно часто и известное под названием *навязчивых идей* (Zwangsvorstellungen, Obsessions mentales).

Так называются такие идеи, которые неотвязно *преследуют сознание*, не выходят из него, нередко *вопреки воли самого больного*. Больной часто сам сознает болезненность этой идеи, но не может от нее отделаться. Дать понятие о том, что такое навязчивая или насильственная идея, может знакомый каждому факт, что когда его что-нибудь заботит, то заботящая мысль не выходит из сознания, несмотря на все старания.

При болезненных навязчивых идеях явления бывают несравненно резче, и обыкновенно заботящие больного идеи бывают по существу крайне мелочны, но поражают несоразмерностью того влияния, которое они имеют на все существо больного, волнением, которое они вызывают, значительностью той силы, с которой они, так сказать, «обладают» всей его личностью. Я знал, например, больную, которая страдала неотвязно преследовавшей ее мыслью, что она может уколоться булавкой. Эта мысль так овладела ею, что больная почти ни о чем не могла думать, как только о том, нет ли у нее в платье булавки: с утра она самым тщательным образом разбирала по складкам отдельные вещи своего туалета, постоянно возвращаясь к только что рассмотренным; ей все думалось, что она недостаточно внимательно просмотрела, и эта мысль беспрестанно волновала ее. Так проходило несколько часов. Когда ей приносили кушанье, она тоже старательно исследовала, нет ли там булавки. Она почти никого не касалась из боязни, что с пришедшего упадет на нее булавка. После всякого движения требовался аккуратный и продолжительный осмотр. Прежде чем заснуть, больная несколько часов проводила, рассматривая все мельчайшие уголки своей постели. Если она не осмотрит того, что считала нужным, у нее наступало такое тягостное душевное состояние, точно больная не исполнила какой-нибудь самой священной обязанности, точно совершила преступление, или точно от ее упущения произойдет ужасное несчастие.

Знакомство врачей с тем явлением, которое называется навязчивыми идеями, началось давно, но было довольно неопределенное; лишь в последние 50 лет знания в этом отношении начали расширяться. Более обстоятельное изучение явлений, сюда относящихся, началось с того времени, когда знаменитый французский психиатр Морель описал их под именем délire émotif, и еще более с того времени, как немецкие психиатры Гризингер, Вестфаль и Крафт-Эбинг сделали вполне определенную их характеристику. Название «навязчивые идеи» — «Zwangsvorstellungen» предложено Крафт-Эбингом в 1867 г. и принято большинством немецких и русских авторов. Французские писатели называют относящиеся сюда явления obsessions morbides, idees fixes. Последним термином обозначают, впрочем, не только простую навязчивую идею, но и внедряющуюся в сознание бредовую идею (о различии между бредовой и навязчивой идеей будет сказано ниже).

Собственно говоря, навязчивые идеи не относятся исключительно к расстройствам одной интеллектуальной сферы. Несомненно, что в значительной степени при навязчивых идеях страдает эмоциональная сфера, так как навязчивые идеи вызывают чрезвычайное волнение, и воля, особенно та функция воли, которая выражается в акте внимания: при навязчивых идеях деятельность активного внимания не в состоянии удалить из сознания те репродукции, которые нежелательны; напротив, они с напряженностью возникают в сознании. Следовательно, расстройство в функции внимания при навязчивых идеях всегда существует, и потому их можно причислять и к элементарным расстройствам в сфере воли. Но в то же время навязчивые идеи относятся и к расстройствам в сфере интеллекта, так как обусловливаются тем, что некоторые идеи имеют стремительную наклонность являться в сознании совместно и *постоянно переходить порог сознательности*, привлекая к себе внимание и давая направление мыслям и чувствам. Если это свойство обусловливается *болезненными причинами*, то и будет *патологическая навязчивость* тех или других *идей* или тех или других *сочетаний*. С такой навязчивостью некоторых идей и сочетаний мы встречаемся у душевнобольных очень часто. Так, при меланхолии бывает, что какая-нибудь тревожная, мрачная идея, например воспоминание о каком-нибудь своем проступке, неотступно преследует сознание. Навязчивость бывает вообще часто при неврастении и ипохондрии, когда какое-нибудь болезненное ощущение, например боль в стороне сердца, вызывает неотвязную мысль о возможности умереть от разрыва сердца. В большинстве случаев такого рода навязчивость идей является только *как один из*

симптомов среди многих других, иногда гораздо более важных. Но бывают случаи, где навязчивые идеи развиваются как *самостоятельное явление*, выступающее на первый план. Это бывает особенно часто у лиц с наследственным расположением к психическим заболеваниям, у так называемых дегенератов. Форма, в которой появляются такого рода навязчивые мысли, различна. Так, иногда они являются в форме так называемого «болезненного мудрствования». В таких случаях чаще всего больному приходится разрешать целую вереницу вопросов, совершенно-ненужных. Так, например, больной идет по улице и должен разрешить вопрос: «почему он идет, отчего он не падает, что он сделал бы, если бы рядом с ним кто-либо упал, кто бы это мог упасть — молодой или старый?» и т. п. Понятное дело, что такие вопросы, часто неразрешимые, но тем не менее неотступно преследующие, ставят больного в крайне мучительное положение.

Я приводил уже примеры «болезненного мудрствования» (см. стр. 38). Здесь я дополню число их еще одним случаем, описываемым французским психиатром Легран дю Соль.

«Девица, 24 лет, известная артистка, музыкантша, интеллигентная, живая, очень пунктуальная, пользуется прекрасной репутацией. Когда она находится на улице, ее преследуют такого рода мысли: не упадет ли кто-нибудь из окошка к моим ногам? Будет ли это мужчина или женщина? Не повредит ли себе этот человек, не убьется ли до смерти? Если ушибется, то ушибется ли головою или ногами? Будет ли кровь на тротуаре? Если он сразу убьется до смерти, как я это узнаю? Должна ли я буду позвать на помощь или бежать, или прочесть «отче наш» или «богородице, дево, радуйся?». Не обвинят ли меня в этом несчастии, не покинут ли меня мои ученицы?» Можно ли будет доказать мою невиновность?» Все эти мысли толпою овладевают ее умом и сильно волнуют ее. Она чувствует, что дрожит. Ей хотелось бы, чтобы кто-нибудь успокоил ее ободряющим словом; но «пока никто еще не подозревает, что происходит с ней»[1].

В некоторых случаях эти вопросы или сомнения касаются каких-нибудь весьма ничтожных явлений. Так, французский психиатр Бейарже рассказывает об одном больном, у которого развилась потребность расспрашивать о разных подробностях, касающихся *красивых* женщин, с которыми он встречался. Эта потребность являлась всегда, когда больной видел где бы то ни было красивую даму, и не поступить согласно потребности ему было невозможно, а с другой стороны, это было соединено, понятно, с массой затруднений. Мало-помалу положение его ста-

---

[1] *Legrand du Saulle.* La folie du doute (avec délire du toucher). Paris, 1875. 76 p.

ло настолько тяжелым, что он не мог спокойно сделать несколько шагов по улице. Тогда он придумал такой способ: он стал ходить с закрытыми глазами, а его водил провожатый. Если больной услышит шорох женского платья, он сейчас спрашивает, красива ли встретившаяся особа или нет? Только получив от провожатого ответ, что встречная некрасива, больной мог быть спокоен. Так дело шло довольно хорошо. Но однажды ночью он ехал по железной дороге; вдруг ему вспомнилось, что, будучи на вокзале, он не узнал, красива ли особа, продававшая билеты. Тогда он будит своего спутника, спрашивает, хороша она или нет? Тот, едва проснувшись, не мог сразу сообразить и сказал: «не помню». Этого было достаточно, чтобы больной взволновался настолько, что нужно было послать доверенное лицо назад узнать, какова была наружность продавщицы, и больной только тогда успокоился, когда ему сообщили, что она некрасива.

В таком же мучительном и странном состоянии бывают люди, имеющие навязчивые мысли о каких-нибудь числах (*аритмомания*) или потребность припомнить имена (*ономатомания*). Я знал одного адвоката, который не мог ездить по улицам, не производя счета окон в домах, бывших по сторонам. Если он пропускал и сбивался со счету, он должен был возвращаться назад. Он же иногда среди ночи должен был разыскивать в старых газетах имя лошади, которая выиграла за несколько лет какой-нибудь приз, — так сильна была у него навязчивая мысль, связанная с припоминанием имен. Он, конечно, понимал, что ему нет никакой надобности знать имя этой лошади, но мысль не давала ему покоя, пока он не находил искомого имени.

В других случаях навязчивые мысли сочетаются с каким-нибудь тревожащим больного предположением. Так, иногда у больного существует *болезненная брезгливость*, обусловленная различными, большей частью крайне неосновательными соображениями. Я знал больную, которая, услыхав, что среди служащих в конторе ее мужа был один сифилитик, стала бояться заразиться сифилисом через прикосновение к предметам, за которые мог браться человек, страдающий этой болезнью. Мало-помалу ей стало думаться, что человек, страдающий сифилисом, мог оставить заразу на ее стульях, на ее платье и пр. И вот у нее развилась непреодолимая боязнь дотрагиваться до предметов: только она до чего-нибудь дотронется, она должна бежать к умывальнику и мыть руки. Такое мытье рук происходило почти беспрерывно. Больная, наконец, не могла оставаться в доме мужа, переехала в другой дом, но и там продолжалось все то же. И лишь через несколько месяцев наступило небольшое улучше-

ние, и больная могла ограничиваться 20 разами умывания рук в день, чтобы быть относительно спокойной.

Иногда болезненная брезгливость соединена с предположением какой-то нечистоты, поганости, и больной начинает бояться дотрагиваться до всего, чтобы не опоганить себя; почти всегда для того, чтобы очистить себя от нечистоты, больной считает нужным мыть руки и моет их после каждого прикосновения. Таким образом, некоторые больные моют руки на дню несколько десятков или даже более сотни раз, до того, что у них руки становятся похожи на руки прачек. *Боязнь прикосновения*, подобная только что описанной, бывает и при предположении, что предмет, до которого дотрагиваются, может уколоть. Больной, хотя и видит очень ясно, что предмет не уколет, но тревожащее его предположение сильнее его критики, и он не может ему противостоять. И это бывает иной раз у людей, вполне разумных, иной раз поражающих остротой и глубиной своего ума, замечательных ученых и мыслителей.

Иногда навязчивые мысли являются в виде так называемых *хульных мыслей.* Больной, например, хочет молиться, а в это время у него в сознание постоянно входит мысль о чем-нибудь неприличном, циничном. Само собой разумеется, это крайне мучительно для больного и заставляет его с особенным тщанием сосредоточивать свое внимание на молитве; но большею частью, чем старательнее он думает об удалении хульных мыслей, тем они сильнее.

Иногда при навязчивых мыслях особенно резко выступает мучительная уверенность, что случится что-нибудь страшное, если больной сделает тот или другой поступок. Это бывает в различного рода расстройствах, известных под именем «патологического страха», «*фобиях*» разного рода, например при *боязни пространства* (agoraphobia). При этой последней болезни больной не может ходить по открытым местам, например на площади. Едва дойдет он до площади, как его охватывает необыкновенный страх, — такое ощущение, что если он сейчас сделает хоть шаг, то упадет или с ним сделается припадок; между тем простой мальчик может при этом ему помочь, взявши его за руку: тогда он пойдет без страха. Такого же рода боязнь существует и относительно толпы, относительно стояния на амвоне в церкви, особенно у церковнослужителей, и т. п.

Иногда боязнь обусловливается уверенностью, что больной, находясь в обществе, чрезвычайно сконфузится и покраснеет (*эритрофобия*), или, будучи в обществе, он не удержится и выпустит мочу или испражнения. И нужно прибавить, что нередко

рефлекторно действительно является при этом и покраснение, и неудержимый позыв на мочу и на испражнения.

Различного рода навязчивых идей и фобий встречается чрезвычайно много, и нет возможности перечислить все их виды: каждый день можно встретить какую-нибудь новую форму. Следует прибавить, что нередко они бывают у лиц, которые, кроме этих явлений, не представляют других резких признаков душевного расстройства, разве только общие явления недостаточной уравновешенности. Мы еще будем говорить об этом в частной психиатрии, когда будет речь о специальном психозе, проявляющемся в навязчивых идеях.

Навязчивые идеи не нужно смешивать с бредовыми идеями, о которых мы будем сейчас говорить. Главное различие между ними заключается в том, что при навязчивой идее больной часто очень хорошо *сознает, что то, что его тревожит,* что навязывается его сознанию, — *нелепо, но не может отделаться от мысли об этой нелепости и от связанной с ней тревоги. При бредовой, или ложной, идее, наоборот, больной убежден в верности своей идеи.* В редких случаях навязчивые идеи переходят в бредовые, но обыкновенно они в них не переходят. Иногда (правда, тоже довольно редко) навязчивые идеи осложняются псевдогаллюцинациями и настоящими галлюцинациями, а затем и бредом.

Очень часто вместе с навязчивыми идеями бывают и *насильственные влечения.* Но о них мы будем говорить, когда будем рассматривать расстройства в волевой сфере.

б) **Ложные (бредовые) идеи**.

Кроме галлюцинаций и навязчивых идей расстройство в содержании интеллектуальной деятельности проявляется еще в образовании так называемых *ложных идей* (или *бредовых идей*, или *нелепых идей*).

Под влиянием душевной болезни человек часто представляет явление внешнего мира извращенно, неправильно. В таком случае у него являются выводы, *образовавшиеся не на основании здравого суждения, а на основании болезненного.* Идеи, соответствующие болезненно ложным выводам, и называются *болезненными ложными идеями или бредовыми идеями.* Иногда они абсурдны абсолютно, например, когда человек воображает себя богом, Александром Македонским, или абсурдны для данного больного, например, когда бедняк считает себя богачом; но иногда они сами по себе не абсурдны и могут быть похожи на заблуждения, свойственные и нормальным людям. Однако почти всегда можно бредовые идеи отличить от этих заблуждений, разъясняя себе условия их развития: всегда оказывается, что в

основе бредовых идей лежит *патологическая связь между суждениями, обусловленная болезненно напряженным стремлением к сочетанию между собою* таких мыслей, которые в нормальном состоянии не должны бы тесно сливаться. Благодаря напряженности болезненного сочетания мыслей больного, бредовые идеи и приобретают значение непреложных истин, тем более имеющих значение для всего содержания познавательной сферы больного, что в громадном большинстве случаев можно доказать при этом наличность ослабления критики, иногда, впрочем, касающейся лишь небольшой группы идей.

Ложные, или бредовые, идеи бывают *весьма различны по своему содержанию* и в зависимости от содержания они носят и различные названия. Так, есть ложные *идеи преследования*, когда больному кажется, что у него есть враги, которые его преследуют, есть *идеи самообвинения*, когда больной воображает себя виноватым в том, в чем он не виноват, есть *идеи величия*, когда больной считает себя выше или богаче того, что он в действительности, и т. п. Хотя различие бредовых идей по содержанию и чрезвычайно большое у отдельных больных, но все-таки есть некоторые главные категории их, которые встречаются особенно часто. Эти главные категории таковы.

1. *Идеи довольства, величия, богатства.* Они выражаются в том, что больной переоценивает свое значение, переоценивает отношение к себе других лиц, считает, что его все уважают, восхваляют; женщины влюбляются в него, готовы выйти замуж; или — что он знатен, необыкновенно учен, обладает могуществом, потомок царского рода, полководец, он святой, бог, выше бога; он богат, обладает несметными средствами, у него много миллионов, горы бриллиантов; он может в минуту облететь мир, быть на луне, на небе и пр.

2. *Идеи самоунижения, отчаяния, разорения, самообвинения и идеи отрицания.* При этом больной считает себя неспособным, глупым, низким, гадким, таким, от которого все должны отвернуться с ужасом, которого все справедливо презирают; он никогда не сделается лучше, он неисправим. Бог отказался от него, он хуже собаки; ему ничего не остается делать, как умереть, да и за гробом его ждут адские мучения. Или больной считает, что он обеднел, что он лишился последних средств, он разорил себя, детей: и он, и они умрут с голоду, его за это подвергнут наказанию, возьмут в тюрьму, казнят. Он — величайший преступник, величайший грешник, антихрист, хуже дьявола, хуже антихриста. Иногда к этому присоединяются идеи отрицания: теперь уже все погибло, ничего нет; больной будто бы столько нагрешил,

что весь мир погиб; его самого нет, людей нет, мира нет, бога нет; он, больной, причина всеобщего уничтожения.

3. *Идеи преследования.* Больной считает, что он жертва преследования какой-то шайки, партии анархистов или какого-нибудь определенного лица. Его хотят очернить, обесславить, про него распускаются клеветы, ему делают оскорбительные намеки, его хотят уничтожить, отравить, убить, на него действуют какими-то особыми аппаратами, через телефоны узнают его мысли; его отравляют, насилуют по ночам, бесчестят его жену и детей. Отчасти к идеям преследования относятся и идеи ограбления.

4. *Идеи ипохондрические.* Больные при этом считают себя страдающими какими-нибудь большею частью страшными болезнями, иногда даже думают, что у них произошли такие изменения, каких ни у кого до сих пор не бывало. Одни думают, что у них неизлечимый рак, чахотка, порок сердца, сифилис, чувствуют, как у них проваливается нос, сжимается голова, кости ссыхаются, спинной мозг пропал, мочевой пузырь вышел через мочеиспускательный канал, желудка нет, кишок нет. Некоторые доходят до того, что считают, что все они уменьшились до крайности, они сделались маленькими, с булавочную головку (так называемый микроманический и бред).

5. *Идеи мистические, религиозные, демономанические* (влияние демонов) и *зависимости от какой-нибудь таинственной силы.*

Больные считают себя или осененными особою благостью, в какой-то близости с божеством, с Божией Матерью, святыми; женщины считают себя иногда богородицей, невестой христовой, мужчины — мессией, пророками, преемниками апостолов. Иногда больные, наоборот, считают себя окруженными демонами, искушаемыми ими; дьявол хочет владычествовать над ним, дьявол уже вселился в него, он чувствует его в своей груди, в животе; дьявол имеет с ним половые сношения («инкубы» средних веков). Некоторые больные считают себя жертвою колдовства, влияния какой-то таинственной силы, гипнотического влияния.

6. *Идеи собственной метаморфозы.* Они заключаются в представлении собственной перемены; некоторые считают себя совершенно превращенными в какое-то животное, чувствуют, как тело их обросло шерстью, или они духи бестелесные; другие считают, что у них изменена какая-нибудь часть тела, ноги деревянные и пр. Сюда же относятся идеи, что, например, в животе находятся пауки и змеи.

7. *Идеи эротические.* При этом существует ложное представление о том, что кто-либо влюблен в больного, желает выйти за него замуж или желает его насиловать; к нему ночью приходят,

делают с ним всякие мерзости. Иногда больные сами считают себя влюбленными и ложно видят очевидные признаки сочувствия со стороны предметов обожания. Сюда же часто (хотя не всегда) относятся и идеи ревности, идеи супружеской неверности.

Эти идеи могут не изменяться у одного и того же больного; тогда они называются *стойкими идеями*, иногда же они могут меняться.

Происхождение ложных идей различно: а) Так, нередко ложные идеи являются результатом сознательного, хотя и обусловленного болезненным направлением сочетания мыслей вывода из неверных посылок; больной, например, испытывает ненормальность своего состояния и, стараясь объяснить его себе, делает неправильный вывод о причине. Положим, больной чувствует боль в животе и говорит, что это не может быть что-нибудь иное, как рак. Тут произошло одностороннее объяснение болезненного ощущения. Или больной при меланхолии испытывает тоску, ему везде нехорошо, и вот, объясняя себе свое состояние, сопоставляя, что такое же чувство бывает, если человека упрекает совесть за совершенное злодеяние, он говорит, что тоскует оттого, что он ужасный человек, совершил преступление, все от него отворачиваются, как от злодея. *Неправильное толкование* своего состояния есть первый путь для образования ложных идей.

б) Второй путь — это *обманы чувств*. Если под влиянием галлюцинаций и иллюзий человек видит и слышит то, чего нет в самом деле, то, естественно, в его сознании возникает неправильное представление о людях и мире. Например, больной слышит за стеной постоянные разговоры, — естественно, что он выводит заключение, что за стеной сидят какие-то люди и о чем-то беседуют. Галлюцинации дают чуть ли не самый обильный материал для ложных идей, и нужно заметить, что таким материалом служат не только галлюцинации в области высших органов чувств, но и низших: так, галлюцинации обоняния (запах трупа) часто производят бредовую идею о том, что больной находится среди покойников; галлюцинации мускульного и общего чувства — что больной находится в подчинении какой-то таинственной силе — гипнотизму, магнетизму, спиритизму, колдовству. Бред, развившийся из галлюцинаций, называется *сенсориальным* (чувственным). Нет никакого сомнения, однако, что галлюцинации дают основание бреду только тогда, когда одновременно с этим существует болезненное расстройство в сочетании идей, лежащее в основе того, что ложные восприятия не только не исправляются критикой, но даже подготовляются господствующим содержанием сознания.

в) Третий источник бредовых идей составляют какие-нибудь *изменения физической чувствительности* — гиперестезии, парестезии, анестезии и вообще *болевые ощущения в организме*: так, например, у больного существует болевое ощущение в межреберных нервах, а в сознании больного это ощущение сочетается с представлением о дьяволе, сидящем в его груди. Такое происхождение бреда называется *аллегоризацией болевых ощущений*. Такую же роль могут играть *парестезии, изменения в мускульной чувствительности* и вообще различные аномалии чувствительности в происхождении различных бредовых идей превращения. Так, Эскироль рассказывает о больной, считавшей, что тело ее унесено дьяволом: кожа ее была совершенно нечувствительна.

г) Бредовые идеи могут быть *совершенно самостоятельны, первичны* исключительно вследствие первичного расстройства в сочетании представлений, благоприятствующего ненормальным сочетаниям идей и ложным выводам. В таком случае они иногда являются в сознании как какие-то открытия, вдохновения, догадки. Сюда, например, относятся такого рода явления, когда больной все совершающееся вокруг него относит к себе, во всем видит «особое значение», все символизирует. Большею частью это суть первичные *ошибки суждения*.

д) Пятый источник бредовых идей есть более или менее значительная *умственная слабость* или *бессвязность сочетания представлений*, выпадение целых звеньев в ассоциацион-ной цепи, вследствие чего становятся возможны самые абсурдные выводы, как это бывает во время сновидений.

е) Шестой источник бредовых идей составляет *ускоренное течение представлений*, делающее мысль поверхностной и уменьшающее критическую оценку, вследствие чего случайные сочетания представлений воспринимаются как правильные суждения.

ж) Седьмой источник образования бредовых идей составляют *обманы воспоминаний*. Как я уже говорил, часто у больных воспоминания бывают ошибочны, но больной, не сознавая этой ошибки, верит, что то, что он вспоминает, было в действительности, и таким образом создает нелепые идеи. Таким образом, больные иногда считают, что они уже бывали в этой обстановке, видели людей, с которыми они встречаются в первый раз; говорят о небывалых поездках, путешествиях и пр. Один из моих больных, разумный и сознательный, после выздоровления от тифа, под влиянием ошибки воспоминания, мучился мыслью, что он кого-то должен был похоронить и не исполнил этой обязанности; никакие убеждения родных не могли его разуверить; у другой больной тоже после тифа воспоминания старинных рас-

сказов мужа об увлечениях своего приятеля преобразовались в представления об увлечении самого мужа и давали повод проявлениям неосновательной, но очень мучительной ревности.

з) Восьмой источник бредовых идей есть усиленное *фантазирование*. Иногда больной в начале фантазирования еще отдает отчет, что-то, что он говорит, только плод его мечтаний; но потом сознание этого исчезает, и он настолько увлекается своими мечтами, что теряет различие между действительностью и фантазией.

и) Девятый источник бредовых идей составляют *впечатления, которые больной имел перед болезнью*. Очень нередко мы замечаем у бредящих больных существование нелепых идей, отражающих в себе то, что они читали перед началом болезни или о чем слышали и что видели. Иногда это бывают совершенно незначительные обстоятельства, но в бред больного они вносят наиболее часто попадающиеся и волнующие его идеи. Никоим образом не следует поэтому из содержания бредовых идей выводить, что то или другое обстоятельство было причиной душевного заболевания.

к) Наконец, десятым источником бредовых идей является *влияние примера или внушения*, подействовавшего на благоприятную почву. Мы увидим впоследствии, что наблюдаются случаи так называемого индуцированного помешательства, при котором человек нервный, впечатлительный, живя вместе с душевнобольным, имеющим какие-нибудь бредовые идеи, усваивает их настолько, что сам начинает бредить.

Таковы источники развития бредовых идей. В каждом отдельном случае бредовые идеи вытекают то больше из одного источника, то более из другого, и для врача должно составлять задачу — уяснение способа развития той или другой бредовой идеи. Это далеко не всегда возможно, но в тех случаях, когда удается, чрезвычайно помогает выяснению состояния больного.

Бред. Бредовых идей может быть у больного много, и они могут вступать между собой в сочетания, и тогда является то, что называется бредом. Слово «бред» (delirium) употребляется, собственно говоря, в двух значениях: 1) для обозначения состояния спутанности с бредовыми сочетаниями идей (немецкое Deliriren), спутанность чувств и связанных с ним действий (Délire des actes французов) и 2) для обозначения определенной формы бредового содержания (немецкое Wahn) и определенной связи между бредовыми идеями.

Если связь между бредовыми идеями слабая, то бред называется *бессвязным*, состоящим из отрывочных бредовых идей,

соединенных между собой лишь по случайным ассоциациям смежности, сходства и одновременности. Если связь бредовых идей между собой велика, если между отдельными идеями заметна наклонность к сочетанию по причинной зависимости, если одна ложная идея до известной степени *логически* связана с другой, это будет *бредом систематизированным.* Иногда систематизация бреда бывает очень велика, — всяческая ложная идея имеет в бреду свое место. Особенно часто бывает систематизация при так называемом типическом *бреде преследования*; больной при этом с подробностями рассказывает, кто и как за ним шпионит, кто его преследует, покушается на его честь и жизнь, объясняет, за что... Оказывается, например, что это потому, что его младенцем украли из знатной семьи, поместили к чужим людям; теперь же враги разными способами хотят его извести.

Систематизация бреда чаще всего является не вдруг, а развивается постепенно. *При некоторых душевных болезнях есть очень большая наклонность бреда систематизироваться; при других нет такой наклонности,* а бред остается все время состоящим из отрывочных бредовых идей. Вообще при тех болезнях, при которых акт осмысления может совершаться в достаточной степени, при которых нет ни глубокого слабоумия, ни спутанности сознания, ни крайнего наплыва идей, систематизация больше, чем при обратных состояниях. Когда бред систематизирован, то он нередко представляет чрезвычайно много сродного у больных, страдающих одной формой болезни, хотя бы они происходили из разных слоев общества и были разных национальностей. Таков особенно так называемый *типичный бред преследования,* характеризующийся тем, что больной представляет себя окруженным целой сетью преследований со стороны зримых и незримых врагов. Этот бред бывает особенно часто при так называемом хроническом первичном помешательстве (paranoia chronica).

И при других болезненных формах бред также имеет много сходного у отдельных больных, и потому отчасти свойство бреда может указывать и на форму болезни, которой страдает больной. Так, при мрачном помешательстве — меланхолии — чаще всего бывает бред самоуничижения и самообвинения: больной считает себя крайне дурным человеком, преступником, ждет себе наказания, считает это наказание естественным следствием своей вины. При ипохондрии бывает так называемый ипохондрический бред, заключающийся в том, что больной приписывает себе всевозможные наиболее страшные или совсем небывалые

болезни. При прогрессивном параличе часто бывает грандиозный бред, при котором больной считает себя очень богатым, знатным, очень могущественным. Большей частью при этом он говорит о своем богатстве, сыпля миллионами и квадраллионами, не останавливается ни перед каким абсурдом и вопиющим противоречием.

О том, какой бред характеризует ту или другую болезнь, мы будем иметь еще случай говорить в частной патологии душевных болезней. Теперь же я ограничусь лишь тем, что скажу, что *характер бреда при той или другой болезни определяется* не только первичным расстройством интеллектуальной сферы, но и *совокупностью расстройств* всех других сторон душевной деятельности, чувства, воли, изменения сознательности и пр. Благодаря этому и происходит то, что отдельные формы психических болезней характеризуются особыми формами бреда, и некоторые психиатры даже делят виды бреда по болезням, при которых они наблюдаются. В таком смысле говорят о «меланхолическом» бреде, о «паралитическом» бреде, об «алкогольном» бреде, «тифозном» бреде. Исходя из тех же оснований, иногда и саму болезнь называют по преобладающему в ней бреду; так, есть формы болезни, называемые «религиозным» помешательством (paranoia religiosa), помешательство с бредом преследования (paranoia persecutoria), помешательство эротическое (paranoia erotica). В большинстве случаев, впрочем, эти термины представляют собой остатки прошлого, когда разделение душевных болезней происходило почти исключительно на основании *содержаний* бреда.

Ввиду той важности, которая в прежнее время придавалась содержанию бреда, в прежнее время на него обращалось чрезвычайно большое внимание, и *деление бреда по содержанию* на разновидности *было необыкновенно дробное.* Большинство из терминов, употреблявшихся прежде для обозначения различных видов бреда, теперь уже не употребляется (многие и совсем забыты), но некоторые и до сих пор еще употребительны. Таковы термины — *бред самообвинения, самоуничижения, греховности, бред богатства, бред знатности, могущества, преследования, отравления, эротический, мегаломанический, микроманический, бред собственной метаморфозы (delirium metobalicum), бред знакомства с незнакомыми предметами (delirium palingnosticum), бред телесного влияния* (при помощи электричества, магнетизма, внушения, мистических сил), *демономанический, религиозный* и пр. Таких отдельных видов бреда и теперь еще, как видно, очень много, и название бреду обыкновенно дается по содержанию ложных идей, его составляющих.

Содержание же бредовых идей определяется, как я сказал, нередко *формой душевной болезни и соматическими расстройствами*, но также, конечно, и *индивидуальными особенностями больного*, его предшествующей жизнью, характером, *обстоятельствами, бывшими во время заболевания* и в первое время болезни. Так, например, если больной перед болезнью перенес много тяжелых испытаний или был испуган чем-нибудь, то поводы для огорчения или испуга будут время от времени фигурировать в его бреде; если он перед заболеванием читал что-нибудь, что сочеталось в душе больного с волнением, с эмоцией, то содержание прочитанного тоже будет давать материал для бредовых идей.

Если бред составляется из ложных идей одной категории по содержанию, то он называется *однородным*, а если из самых разнообразных, то *полиморфным*. При полиморфном бреде, наряду с идеями самоуничижения, являются идеи величия и демономанические, и преследования, и эротические, и идеи метаморфозы.

Мы увидим из частной психиатрии, что бредовое отношение иногда существует у больного не ко всем восприятиям. Так, например, больной может совершенно правильно относиться к врачу, надзирателю, товарищам — больным, заниматься хорошо работой, а в то же время считать кого-либо из своих родных своим врагом, строящим разные козни. Это будет *частичный*, или *односторонний*, бред, наблюдаемый нередко как симптом исходного состояния душевных болезней при вторичном помешательстве.

Односторонний бред прежде признавался в очень многих случаях и давал повод к недоразумениям. Врачи, отмечая существование у больного какого-нибудь одного нелепого убеждения и не замечая других сопутствующих расстройств душевной деятельности, говорили, что данный человек во всем психически здоров, за исключением *одного только пункта*, одной идеи. Болезнь, при которой это будто бы наблюдалось, называлась *однопредметным помешательством — monomania*, а единичное нелепое убеждение — *фиксированной идеей* (*idées fixe*), что в общежитии чаще всего переводится «пункт помешательства». Обстоятельное исследование многих немецких и французских психиатров привело к убеждению, что таких *однопредметных помешательств в чистом смысле слова нет*, что мономания в том смысле, как ее понимали прежние авторы, не существует, что если и бывают случаи, где с первого раза кажется, что у больного существует только одна нелепая идея, а в остальном он представляется здоровым, то это лишь при поверхностном наблюдении; внимательный анализ показывает, что, наряду с бросающейся в глаза нелепой идеей, существуют (правда, не так заметные) другие расстройства, каковы: ослабле-

ние критики, общая неуравновешенность, ограничение нормальных влечений, признаки слабоумия.

Из числа многих больных, представлявших явления, подходящие к тому, что прежде называлось мономанией, я приведу для образца описание болезни одного наиболее типичного из всех, которых мне пришлось наблюдать. Это был торговец, занимавшийся совершенно хорошо и правильно своим делом в течение многих лет; для всех окружающих он не представлял признаков душевного расстройства, за исключением одного пункта: он был убежден, что в его животе находятся змеи. Он чувствовал, как они у него ползают, как подбираются иногда к спине и к груди. Иногда они бывают злы, иногда довольно спокойны. Он определял и их приблизительную величину — вершка в 4, а то и более. Он обращался ко многим врачам, и сколько его ни убеждали, он ни на минуту не оставлял своего убеждения. Несколько раз он просил себе сделать операцию и вырезать змей. Как только появилось известие об успехах радиоскопии, он бросился с просьбой, чтобы ему сфотографировали внутренность, предполагая, что этим убедит в действительности присутствия в нем змей и склонит врачей к операции. Потом, однако, он сообразил, что змеи могут быть мягкие и не обрисоваться на снимке. Больной старательно следил за газетами, разыскивая описания случаев, в которых змеи убивались каким-нибудь особым ядом или другим способом. Много лет находился больной в таком положении и на поверхностный взгляд представлял тип настоящего мономана. Но внимательно исследуя его и изучая развитие болезни, можно было прийти к заключению, что бредовая идея далеко не единственное расстройство, существовавшее у больного. У него вообще замечалась односторонность, узкость мышления, ограниченность суждения, уменьшение задержек, словом — явления умственного дефекта. Оказалось, что бред о змеях развился после довольно заметного острого психоза с целым рядом бредовых идей (преследования, отравления и пр.). Бредовые идеи поддерживались, по всей вероятности, с одной стороны, ненормальным состоянием органов живота (крайней неправильностью диеты при значительном ожирении) и с другой — раздражением периферических нервов рубцом (больной был по суеверию оскоплен).

Бред не всегда бывает одинаково *интенсивен*. Мы часто можем видеть, что бредовые идеи существуют, но они обладают таким слабым напряжением, что почти не влияют ни на эмоциональную сферу больного, ни на его отношения к людям и деятельность; бредовые идеи почти уходят в бессознательную

область душевной жизни, и нужны особые стимулы, например разговор, гнев, чтобы бред всплыл в сознании. Наоборот, в некоторых случаях бредовые идеи обладают чрезвычайно большим напряжением. Они с особенной яркостью являются в сознании и вполне подчиняют себе внимание, обусловливают аффекты и крайне неправильные действия больного.

Очень нередко бывает, что у одного и того же больного мы встречаем значительные *колебания в напряженности бреда.* В большинстве случаев бывает так, что в первых периодах болезни бредовые идеи — конечно, в тех болезненных формах, в которых бред существует, — бывают очень ярки, очень интенсивны, а потом они постепенно теряют свою напряженность, бледнеют.

Являясь одним из частых *проявлений собственно душевных болезней*, бред, однако, бывает не исключительно при них. Он является как симптом многих других заболеваний. Так, он бывает при разнообразных нервных болезнях, например при *органических страданиях головного мозга, при истерии, эпилепсии, хорее* и пр. Он бывает при многих внутренних болезнях (*острые инфекционные болезни*), при лихорадочном состоянии, при *истощении*; он бывает при *отравлении многими ядами* — атропином, мускарином, беленой, опием, индийской коноплей, алкоголем, эфиром и пр. Он, наконец, бывает и у совершенно здоровых лиц в состоянии *сна* или *просонок* и особенно после порядочного утомления или влияния моральных потрясений. Близко к бреду стоит и то изменение в содержании мышления, которое развивается под влиянием *гипнотических внушений.*

Для более ясного представления о разных формах бреда я приведу несколько примеров, взятых главным образом из руководства Гризингера, писавшего свою поучительную книгу в то время, когда на форму бреда обращали особенное внимание.

Вот пример *бреда самообвинения* и сопутствующего ему обыкновенно *ожидания наказания*:

Больной священник 43 лет после домашних неприятностей и смерти новорожденного ребенка заболел глубокой меланхолией, выразившейся, между прочим, в сильном страхе и беспокойстве. Он обвинял себя в гнусном образе жизни и больших преступлениях. Месяцев через 10 от начала болезни он выздоровел и написал следующее об испытанном им состоянии: «С тех пор (после смерти ребенка) утратилось всякое желание к работе и всякая веселость. После проповеди я был сильно измучен и напряжен; какой-то страх и печальное расположение постоянно одолевали меня, сон был короткий, сопровождаемый страшными сновидениями, и после него пробегал сильный холод по всем членам. Однако я считал себя здоровее, нежели когда-нибудь, потому что тугоухость, боли в членах и раздутие, которым я страдал до сих пор, совершенно прекра-

тились, и я не чувствовал решительно никакой неприятности после еды. Таким образом, мне вовсе не пришло в голову искать причины моего печального положения в моем собственном организме, но я обратился ко всей своей прошлой жизни, которую вообразил себе цепью каких-то страшных преступлений. *Мысль эта произошла во мне не мало-помалу, но, насколько я помню, появилась вдруг в моей душе, точно сон, и теперь я стал объяснять себе мое состояние.* Исчезли всякие светлые мысли и всякое доверие к другим и к самому себе; я воображал, что все человечество должно было восстать против меня, извергнуть меня из своей сферы при содействии страшнейших мук и что я сам был злейший враг свой. Я открыл своей жене, будто я совершил величайшее из преступлений, которое когда-либо совершалось, и что прихожане разорвут меня в клочки, как только узнают об этом. Мои обычные занятия стали невозможны, страх постоянно усиливался, и когда церковный совет делал самые утешительные убеждения и успокаивал меня, я все-таки считал все потерянным. Однажды, упавши в обморок в одном из собраний, мне показалось, будто я сделал это из притворства. Шум в печке я принимал за барабанный бой и думал, что приходят солдаты, чтобы взять меня; несколько позже мне казалось, что я вижу эшафот, на котором меня должны растерзать в клочки; страх перед казнью продолжался постоянно. Все окружающее меня мне казалось красивее и блестящее, нежели обыкновенно, люди разумнее и лучше, а самого себя я видел в какой-то страшной глубине и считал себя неспособным более ни к чему. Только на несколько моментов я полагал, что, может быть, еще возможно для меня спасение, а затем следовала еще бóльшая печаль. Состояние мое к концу болезни я не могу вернее описать, как состояние пробуждающегося от тяжелого сновидения, который не вдруг может убедить себя, что все это было только сон»[1].

Следующий пример даст образец *бреда величия* с тем характером, с которым он наблюдается у больных, страдающих маниакальными формами психического расстройства, когда бредовые представления по своему происхождению находятся в зависимости от возбуждения фантазии и чрезвычайной легкости сочетаний. Приводимое описание сделано самим больным и потому заслуживает особенного внимания. Нужно заметить, что кроме идей величия у этого больного были и идеи бесоодержимости и собственной метаморфозы. Вообще следует всегда помнить, что редко у больного существуют идеи только одного какого-нибудь содержания; большей частью бывает сочетание бредовых идей разного содержания.

«Воспоминания из прежних моих чтений утвердили меня в той мысли, что я одержим злым духом, и я решился противодействовать ему постом, молитвами и заклинаниями... Моя пылкость превратилась в воинственную ярость; все воспоминания о героях, рассказы о которых я с живостью воспринимал в молодости, воскресли во мне. Фантазия перенесла меня в сражения и перевороты, истории которых я читал; я хотел изобразить эти разнообразные характеры то Александра, то Ахиллеса,

---

[1] *Гризингер В.* Душевные болезни. 2-е изд. Спб, 1875. С. 245—246.

то Генриха IV. С первым я так сжился, что мне казалось, будто я имел его вид, носил его имя, был им; я сражался при Гранике, я победил при Арбелле, я осаждал Тир и взошел победителем на его стены. Вид жителей Тира, которых победитель велел распять на крестах на берегу моря, представился моей фантазии. При этом я чувствовал гнев и ужас, возненавидел характер македонского героя и не хотел быть более подобным чудовищем; несчастные жертвы его жестокости возбудили во мне такое сострадание и уныние, как будто я сам видел их муки. Во время другого припадка воинственной ярости моя фантазия была занята характером Ахиллеса. Мне казалось, что я опоясан его оружием, что мне даны его голос, его мужество, и я вызывал троянцев позорными речами на битву. Потом мне представилось, что, гоня и уничтожая перед собой полки, я внезапно явился пред дворцом Приама. Я вообразил себя теперь Пирром, взял и связал четыре колонны от моей кровати и так сильно бросил в дверь моей комнаты, что она сорвалась с петель. Обрадованный шумом, я радостно кричал: Троя пала! Дворец Приама не существует более! Затем меня связали, и мне представились страшные картины. Вонючий пригорелый запах железа и меди долго отягощал меня; я ступал по развалинам Древнего Рима и пр.

Когда я успокоился и был развязан, я почувствовал неописанное счастье; мне казалось, что вся природа, до сих пор оцепленная, сбросила свои оковы и наслаждалась вместе со мною свободой...

Я вообразил себя миролюбивым королем и задумал развить в моем государстве все искусства и науки, думал, что сам отлично знаю живопись и скульптуру, архитектуру, геометрию и пр. Взгляд мой был столь верен, рука моя столь тверда, что я мог с удивительной точностью рисовать на полу или стене планы при помощи первых попавшихся мне под руки орудий.

Господствующее настроение придало моим чувствам живость, моему уму остроту и моей душе величие, которые делали меня человеком необыкновенным. Мне казалось, что я читал в сердцах людей, меня окружающих, что характер их обрисовывался мне с удивительной ясностью, и так как меня не удерживали никакие соображения, то я и высказывал резко и определенно все, что думал.

Может быть, удивятся, что я помню так хорошо такие подробности, но мое воображение было настолько деятельно и живо, что все предметы врезались в нем или, скорее, погрузились в него...»[1]

При других формах болезни бред величия проявляется с иными оттенками. Так, при болезни, известной под названием прогрессивного паралича помешанных, он представляется в виде сочетания абсурдных и взаимно противоречащих идей с глубоким слабоумием.

Вот пример *грандиозного бреда* паралитика:

«Больной представляет себе, что он обладает чрезвычайно высоким саном, почетом, сверхъестественной силой и неисчерпаемыми богатствами. Каждую минуту дарит он большие суммы — тысячу, двадцать миллионов луидоров; потом утверждает, что он есть бог отец; если же

---

[1] Цитировано по *Гризингеру*.

его спрашивали, кто был *его отцом*, то он отвечал: податной советник, и было напрасно доказывать нелепость подобного сопоставления. Другой раз он был на небе и видел там чудесную Венеру, а на следующий день уже говорил о кружке из многих сотен венер, среди которых он сам находился. Посредством газа он хотел расширить все комнаты больницы до неимоверных размеров, делать людей великими, воскресить умерших, но главное — посредством тысячи воздушных шаров перенести по воздуху армии из тысячи миллионов полков. При этом он назначал контрибуции, выдавал грамоты и пр.».

У лиц, страдающих прогрессивным параличом, бывает, однако, бред и совершенно противоположного характера, а именно *микроманического*. Вот пример такого бреда, соединенного, как это обыкновенно наблюдается в подобных случаях, с бредом *ипохондрическим*. Больной упорно отказывается от пищи на том основании, что у него будто бы нет ни желудка, ни кишок; он не может глотать, его не может прослабить; все, что входит в него, падает как в пустую бочку; мочиться он не может, он не мочится потому, что мочевого пузыря нет; у него нет внутренностей, нет костей, нет мозга, у него ничего нет, он сам еле существует, он такой маленький, что едва виден, у него голова с булавочную головку, руки у него будто бы самые ничтожные. Сколько бы ни разубеждать больного, показывая ему для сравнения свои руки, он продолжает вопреки очевидности уверять, что его, больного, руки несравненно меньше.

Следующий пример, взятый из описания одного старинного психиатра, может дать понятие еще об одной разновидности бреда — о бреде *демономаническом*, в частности о бреде бессодержимости, так часто встречающемся у лиц с малым образованием:

«Маргарита Б., одиннадцати лет, довольно вспыльчивого характера, но богобоязненное, набожное дитя, не будучи предварительно больной, вдруг подверглась 19 января 1829 года сильным судорогам, продолжавшимся с небольшими промежутками в течение двух дней. Все время, пока продолжались судорожные припадки, дитя теряло сознание, выворачивало глаза, делало гримасы и всякие странные движения руками, а с понедельника, 21 января, издавало по временам глубокий басовый голос, со словами: «за тебя хорошо молятся». Как только девочка опять пришла в себя, она была очень уставшей и истощена, но не знала решительно ничего обо всем происшедшем, говорила только, что видела какой-то сон. 22 января начал раздаваться другой голос, ясно отличающийся от упомянутого баса. Голос этот говорил почти беспрерывно во все продолжение кризиса, т. е. полчаса, целый час и даже несколько часов, и прерывался только по временам прежним басом, повторяющим упорно предыдущий речитатив. Очевидно, голос этот желал изобразить из себя другую личность, отличную от личности девочки, и отличался от нее весьма резко, объективируя ее и говоря о ней в третьем лице. В выражениях этого голоса нельзя было заметить ни малейшей спутанности или помешательства, но совершенно строгую последовательность с разумными ответами на все вопросы или с лукавым избежанием ответа. Что составляло, однако, отличительную черту его выражений, это был нравственный, или, лучше сказать, безнравствен-

ный характер их: гордость, дерзость, насмешка, ненависть к правде, к богу и к Христу постоянно выказывались в нем. «Я сын бога, спаситель мира, мне должны вы молиться», — часто говорил этот голос, несколько раз повторяя это. Насмешка над всем святым, ругательства против бога и Христа и против библии, сильное неудовольствие всем тем, что привержено к добру, отвратительнейшие, тысячу раз повторенные проклятия, страшное беснование и беспокойство при виде молящегося или даже человека со сложенными к мольбе руками, все это можно было бы принимать как симптомы чуждого влияния, если бы этот голос сам и не обнаружил себя, выдавши имя говорящего, а именно — назвавшись дьяволом. Как только демон этот начинал говорить, все черты лица девушки вдруг страшно изменялись, каждый раз появлялся, в самом деле, демонический взгляд, о котором можно получить понятие, взглянувши в Мессиаде на рисунок, где дьявол подает Христу камень.

26 января, в 11 часов утра, в тот же час, который был предсказан, по словам девушки в бодром состоянии, особым ангелом уже несколько дней тому назад как час искупления, вдруг припадки прекратились. Последнее, что слышалось, был голос изо рта девушки: «Выходи ты, нечистый дух, из этого ребенка! Разве ты не знаешь, что ребенок этот любим мною?». Затем она пришла в себя. 31 января повторилось это состояние с теми же симптомами. Однако мало-помалу присоединились еще другие голоса, пока число их, отличных друг от друга отчасти по звукам, отчасти по речи, отчасти по содержанию, не достигло шести, причем каждый выражался как голос особенного индивидуума и возвещался обыкновенно прежним голосом, который сначала издавался так часто. Беспокойство, проклятия, ругательства, поношения и т. д. достигли в этом периоде болезни высочайшей степени, и промежутки полного сознания, во время которых, впрочем, девушка совершенно не помнила о том, что было во время припадка, но просто тихо и усердно молилась и читала, становились все реже и короче. 9 февраля, которое также было предсказано еще 31 января как день освобождения, настал конец и этому страданию, и подобно тому, как и в первый раз, в это 9 февраля в 11 часов, после того как прежний голос несколько раз повторил свое прощание, изо рта девушки послышались слова: выходи вон ты, нечистый дух, это признак последнего времени!». Девушка проснулась, и с тех пор была совершенно здорова»[1].

Пример *бреда греховности и одержимости, связанного с болевыми ощущениями*:

Больная, девушка 28 лет, поступила в нашу клинику вследствие глубокой тоски. Она считает себя величайшей грешницей, — такой, какой еще и на свете до сих пор не было. В нее вселился дьявол; она помнит, как это случалось: будучи в церкви, она вдруг почувствовала, что в нее что-то вошло и поместилось в подложечной области. Вероятно, это потому, что она в церкви думала о грешном, а также за прежние грехи, главным образом, за онанизм. С тех пор она не находит себе покоя: она чувствует, что дьявол сидит в ней; временами он движет хвос-

---

[1] Цитировано по *Гризингеру*.

том как раз под сердцем, и тогда ей становится так невыносимо, что она предпочла бы умереть. При исследовании больной оказалось, что она страдает невралгией межреберных нервов: давление на места, соответствующие IV, V, VI и VII межреберным нервам, вызывает сильную боль, а время от времени в подложечной области и в стороне сердца бывают самостоятельные боли.

Довольно много подобных случаев аллегоризации болевых ощущений приводит известный немецкий психиатр д-р Шюле[1].

Пример бреда *эротического* (*любовного*):

Французский психиатр Маньян описывает такой случай: Больной, 32 лет, по профессии портной, во время отсутствия своей семьи стал часто посещать оперу. Однажды во время представления он замечает, что примадонна будто бы обращает на него особое внимание; певица то и дело бросает взгляды в его сторону. Он в волнении возвращается домой, проводит бессонную ночь и в следующие дни продолжает посещать театр, занимая все то же место и все более убеждаясь, что он замечен примадонной. Она прижимает руки к сердцу и посылает ему воздушные поцелуи, улыбки и взгляды. Он отвечает ей тем же; она продолжает улыбаться. Наконец, он узнает, что певица уезжает в Гамбург. Он объясняет это желанием увлечь его за собой «но, — говорит он, — я устоял и не поехал». Она снова возвращается в Париж и держит себя в театре по-прежнему. Затем она опять уезжает в Ниццу. На этот раз колебаться нечего, — он следует за ней. Немедленно по прибытии он отправляется к ней на квартиру, где его встречает мать актрисы, объявляющая, что ее дочь никого не принимает. Сконфуженный, он бормочет несколько слов в извинение и через неделю возвращается домой, огорченный и опасающийся, не скомпрометировал ли он влюбленную в него певицу. Вскоре после того она возвращается в Париж раньше, чем это было объявлено в афишах. Очевидно, это она поторопилась возвращением, потому что стосковалась о нем. Словом, больной толкует таким образом все поступки певицы. Он снова посещает оперу и более, чем когда-нибудь, убежден в любви примадонны к нему. В окне картинного магазина ему попадается ее портрет в роли Миньоны, на котором она изображена плачущей. Кто же причина ее слез, если не он? Он поджидает ее при выходе из театра или около ее квартиры, чтобы видеть ее, когда она выходит из кареты, или по крайней мере ее тень на занавесках ее окна. По приезде его семьи ему приходится пропустить два спектакля; являясь на третий, он читает, что любимая им певица петь не может по нездоровью. Понятно: она не в состоянии продолжать, потому что не видала его на двух представлениях. На следующий день он идет снова в театр; она поет еще более обворожительная, еще более влюбленная, чем прежде. «Ясно, — говорит он, — она не может более обходиться без меня». По окончании спектакля он бежит к ее подъезду. Как только экипаж подан, он бросается к нему, чтобы передать письмо, но полицейский останавливает его, арестовывает, и при обыске у него находят заряженный револьвер. Он объясняет с очевидной искренностью,

---

1 *Schüle.* Die Dysphrenia neuralgica, Zeitschr. für Psychiatrie, 1867, 24, 689.

что револьвер нужен ему, потому что приходится поздно возвращаться из театра, и с негодованием отвергает обвинение в покушении на убийство, рассказывает очень подробно все происшедшее и оканчивает уверением, что певица страстно влюблена в него. На другой день он препровожден в больницу[1].

Пример бреда *палингностического* представлял один больной, находившийся в нашей клинике. Больной этот страдал периодическим психозом, т. е. болезнь его повторялась через определенные сроки, выражаясь то в слегка возбужденном настроении (полгода), то в угнетенном (тоже полгода). Во время возбужденного состояния больной был, однако, большей частью не настолько расстроен, чтобы не мог оставаться дома и даже продолжать свои занятия учителя; он отличался только большой хвастливостью, наклонностью рассказывать про себя вещи, которых никогда не было. Когда он был помещен в клинику, он постоянно утверждал, что он уже был в этой обстановке, и говорил это так убедительно, что лицо, которое не знало наверное, что он в клинике в первый раз, готово было ему поверить: он указывал на разные мелочи, которые будто бы тогда же он заметил, называл больных, которые будто бы тоже тогда были; о многих из больных, которых он встретил в первый раз в клинике, он утверждал, что их видел в клинике и в первый раз. Бред подобного рода связан с ложными воспоминаниями.

Пример *метаболического бреда*, т. е. *бреда превращения*, представляла также одна из больных, находившихся в клинике. Эта больная страдала меланхолическим умопомешательством. Под влиянием тоски и гнетущих идей у нее развился первоначально бред самообвинения и греховности, а потом она стала считать себя за грехи превращенной в существо животное, близкое к нечистой силе. Это убеждение было в ней чрезвычайно сильно; она едва давала дотрагиваться до своей руки, считая, что ее тело уже не то, а готово покрыться шкурой; она не верила утешениям, полагая, что в этом не может быть никакого сомнения и всем это ясно до очевидности. Мало-помалу больная стала успокаиваться, тоска ее стала проходить, и бред исчез.

Бред превращения часто переносится больным и на других, близких ему лиц. Под моим наблюдением находилась больная, которая во все время болезни считала своего новорожденнного сына собакой: она полагала, что вследствие влияния врагов она родила собаку и за это должна подвергнуться жестокой казни. Этот бред исчез почти через год от начала болезни.

Примером *бреда отрицания* может служить следующее описание.

Больная, 56 лет от роду и с виду здоровая, с 1827 г. потеряла сознание своей личности и считала себя совершенно за другую особу, чем она была прежде. Эта идея находится, по-видимому, в связи с переменой ощущений, и в особенности с различными и непрестанными галлюцинациями. Она говорила о самой себе всегда в третьем лице, следующим образом: Die Person von mir; la personne de moi même.

---

[1] *Маньян.* Об аномалиях, уклонениях и извращениях полового чувства. Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1884. № 2. С. 127.

Если к ней не подходили близко, не касались ее кровати, ее стула, ее платья и пр., то можно было легко с нею разговаривать.

Она отвечала тихо и учтиво.

— Как ваше здоровье, мадам?

— Особа моя не есть дама, ее зовут мадемуазель, если вам угодно.

— Я не знаю вашего имени, скажите мне его.

— Особа моя не имеет имени: она не хочет, чтобы вы начали писать.

— Однако могу я узнать, как ваше имя или, скорее, как вас прежде звали?

— Я понимаю, что вы хотите спросить. Меня звали Екатериною Х.; более не следует ничего говорить о прошедшем. Особа моя потеряла свое имя, она его лишилась, как вступила в госпиталь.

— Сколько вам лет?

— Особа моя не имеет никаких лет.

— Но эта Екатерина Х., о которой вы раньше говорили, сколько ей лет?

— Я не знаю. Она родилась 1779 г. от Марии... и от Иакова... жила.... крещена в Париже и пр.

— Если вы не та особа, о которой говорите, то вы представляете, может быть, две особы в одной.

— Нет, особа моя не знает эту, которая родилась в 1779 г. Может быть, эта женщина находится там, внизу.

— Живы ли еще ваши родственники?

— Особа моя — одна и очень одинока, у нее нет никаких родственников и никогда их не было.

— А родственники особы, о которой вы прежде говорили?

— Говорят, что они еще живы, их называют *моим* отцом и *моей* матерью, и я верила в это до 1827 года; я всегда исполняла мои обязанности к ним до того времени.

— Итак, вы их дитя? По разговору видно, что вы это думаете.

— Особа моя ничье дитя. Происхождение особы моей неизвестно мне; она не оставила никаких воспоминаний о прошедшем. Женщина, о которой вы говорите, есть может быть та самая, для которой сшито это платье (она указала на платье, в которое была одета), она была замужем и имела многих детей. (Она рассказала подробные и очень точные сведения о своей жизни, причем постоянно оканчивает 1827 г.)

— Что вы сделали и что с вами случилось с тех пор, как вы стали вашей особой?

— Особа моя жила в попечительном заведении... С ней производили и производят физические и метафизические опыты. Эта работа была ей неизвестна до 1827 г. Здесь низошла невидимая и перемешала ее голос с моим. Особа моя ничего этого не хочет и тихо удаляет ее.

— Каковы из себя эти невидимые, о которых вы говорите?

— Они маленькие, неосязаемы, бесформенны.

— Как они одеты?

— В блузах.

— На каком языке говорят они?

— По-французски: если бы они говорили на другом языке, то и моя особа перестала бы понимать их.

— А это точно, что вы видите их?

— Совершенно точно, моя особа видит их, но метафизически, в невидимости, никак не материально, потому что в этом случае они не были бы невидимы.

— Ощущаете вы по временам запахи?

— Один женский состав, одна невидимая уже насылала на меня дурные запахи.

— Чувствуете ли вы по временам невидимых на вашем теле?

— Особа моя чувствует их и сильно сердится за это; они делали ей всевозможные неприличности.

— Хороший у вас аппетит?

— Моя особа ест; у нее есть хлеб и вода; хлеб так хорош, как только его можно пожелать; ей не нужно ничего больше и т. д.

— Молитесь вы иногда?

— Особа моя знала религию до 1827 г.; теперь она больше не знает ее.

— Что вы думаете о женщинах, которые живут с вами в этой зале?

— Особа моя думает, что они потеряли рассудок, по крайней мере большинство их[1].

Пример *бреда преследования* был мною приведен в главе об обманах чувств. Я приведу здесь еще другой пример, характерный для начала той болезни, при которой бред преследования бывает очень часто.

Дело идет о больном, который с 12 лет занимался онанизмом; на 19-м году у него наступило изменение характера. В начале развилось постепенно физическое отвращение от всего, глубокая общая скука, и хотя до того времени он замечал только светлую сторону жизни, с тех пор все ему представлялось с печальной стороны. Вскоре появилась мысль о самоубийстве, через год она отступила на второй план и вместо нее больной стал принимать себя за *предмет всеобщих насмешек*; он думал, что все потешаются над его физиономией и над его манерами, *он слышал* многократно как на улице, так и в комнатах, у друзей и родных *обращенные к нему ругательные слова*, наконец, он стал думать, что всякий оскорбляет его; когда кто-нибудь кашляет, чихает, смеется, подносит руку ко рту или закрывает лицо, то это делает на него самое тяжелое впечатление — то вызывает злобный аффект, то глубокое уныние с непроизвольными излияниями слез. Он равнодушен решительно ко всему и постоянно занят этими идеями. Он ищет одиночества, и общество надоедает ему. Он допускает, что с ним, может, случаются галлюцинации, однако, убежден, что идеи эти не совершенно безосновательны; что выражение его лица имеет нечто отталкивающее и что на нем можно прочесть страшные мысли, которые его беспокоят.

Более сложную картину *бреда преследования* представляет следующий случай. Хэслэм рассказывает в своей маленькой брошюре «Приме-

---

[1] Цитировано по *Гризингеру*.

ры безумия»[1] историю одного известного Матьюса, который в 1797 г., вследствие судебного приговора, был посажен в Бедлам, а в 1798 г. переведен в отделение неизлечимых; там он оставался несколько лет, то считая себя автоматом известных, действующих на него личностей, то за мирового императора. В 1809 г. родственники его, противившиеся его заключению в Бедлам, просили об его отпуске и поручили докторам Клютербуку и Биркбетту осмотреть его; доктора эти, посетивши 4 раза больного, подтвердили под присягой, что Матьюс *душевно вполне здоров*. За этим назначена новая комиссия из восьми врачей, которая, после продолжительных испытаний, составила присяжное показание, что *человек этот в высшей степени помешан*.

И в самом деле это было так; в нем было чрезвычайно твердо выработанное во всех мелочах и драматизированное безумное представление, что шайка злых людей из комнаты близ городской стены *при помощи магнетических токов разнообразным образом влияет на него*. Он видит и слышит этих личностей и вследствие этого может в точности описать их. Всех их семь: 4 мужчины и 3 женщины. Глава между ними есть одно лицо по имени Билль, которого зовут также королем; ему от 64 до 65 лет; все мысли его направлены постоянно на злое. Никто не видел еще, чтобы он улыбался. Второй называется Джек, школьный учитель, который, однако, зовет сам себя регистратором, около 60 лет, высокого и тощего телосложения. Третье лицо есть сир Эрчи, 55 лет, в сюртуке грязного цвета и в панталонах, у которых, по старой моде, пуговицы расположены между ногами, который постоянно говорит пошлые, богохульные речи и притом на провинциальном диалекте. Четвертого человека зовут Мидльмен, 57 лет, с ястребиной физиономией, без оспенных знаков; он одет в синий сюртук и в плохой жилет и постоянно сидит там, улыбаясь. Первая из женщин есть Августа, 36 лет, среднего роста, замечательна по резкости черт лица. Она одета в черное платье, точно купеческая жена из провинции, волосы ее не напудрены. Вторая женщина Шарлотта, красивенькая брюнетка, похожа с виду на француженку. Последняя женщина совершенно необыкновенна; она, по-видимому, не имеет никакого христианского имени, остальные ее зовут просто перчаточной женщиной, потому что она носит постоянно хлопчатобумажные перчатки, и это, как замечает очень сухо сир Эрчи, с той целью, чтобы не заметили, что у нее чесотка.

Влияние, которое эти воображаемые личности производят на больного при помощи особенной машины, которую он подробно описывает и рисует, чрезвычайно разнообразно. Больной приводит множество этих различных мук (галлюцинаций), называя их собственными именами.

«*Задержание жидкости* — перевязывание волокон у корня языка, вследствие чего речь его задерживается. *Отделение души от чувства* — распространение магнетического и притом свертывающегося тока, начиная от корня носа под основание мозга, подобно какому-то покрову, так что ощущение сердца совершенно отрезывается от соображений рассудка. *Поднимание змея* — так, как мальчики заставляют поднимать-

---

1 *Haslam*. Illustrations of madness. London, 1810.

ся бумажного змея, точно так же эти злодеи, при помощи своих чар, впускают какое-нибудь особое представление в мозг своей жертвы, которое затем несколько часов движется взад и вперед в мозгу. Как ни желает подпавший такому нападению человек отделаться от навязанного ему представления и перейти к чему-нибудь другому, однако он не может этого сделать; он должен обратить все свое внимание, с исключением всех прочих представлений, только на это, навязанное ему. При этом он, однако, все время сознает, что представление это ему чуждо, что оно навязано ему снаружи. *Связывание* — связывание суждения лица, подвергшегося нападению, при обсуждении своих мыслей. *Лопание бомбы* — одно из самых страшных влияний. Находящаяся в мозгу и в нервах жизненная жидкость, пар восходящий и нисходящий в сосудах, газы в желудке и в кишках разрежаются до высочайшей степени и делаются горючими, что причиняет чрезвычайно неприятное болезненное распучивание всего тела. В то время как жертва страдает под этим влиянием, злодеи выпускают на нее сильные заряды электрической батареи, которая служит им для своих влияний; это ведет за собой страшное сотрясение, и все тело разрывается. В голове происходит страшный треск, и просто удивительно, как такое страшное сотрясение не ведет за собой моментальную смерть».

Во время сна Матьюса мучают, приготовляя ему сон; у злодеев есть особенные куклы различного рода, и если они долгое время пристально посмотрят на них, то могут затем бросить образ этих фигур во время сна в его душу, и т. д.

Вещества, которые употребляет шайка для своих чар, весьма различны, по словам Матьюса, — «семенная жидкость мужчин и женщин, слитки меди, серы, пары купороса, царской водки, корня черемицы и воды, испражнения собак, человеческие газы, яд жабы, пары мышьяка и так далее»[1]...

Последнее описание представляет пример *систематизированного бреда*, т. е. такого, в котором все отдельные части находятся в строгой связи между собою; больной в подробностях определяет взаимные отношения между собой всех лиц и явлений, составляющих содержание бреда. Как я говорил, этого совсем нет в бреде *несистематизированном*, в котором наплыв бредовых идей совершается непоследовательно, иногда совершенно бессвязно.

Бред бессвязный бывает большей частью *полиморфным*, т. е. составленным из нелепых идей, весьма разнородных по содержанию. Примером *полиморфного* бреда может служить следующее описание того, что испытывал больной, страдавший остро развивающимся бессмыслием в той разновидности, которая называется мной бредовой формой дизнойи. Больной в то время, когда он описывал свое состояние, еще не пришел в нормальное положение, а потому рассказ его недостаточно связен, но эта бессвязность сама по себе составляет характерный признак болезни, при которой встречается чаще всего полиморфный бред.

---

[1] Цитировано по Гризингеру.

«Мне казалось, — говорил больной, — что изобретен был способ делать живых людей: когда много людей погибло, то нужно было приготовить искусственных; они, правда, были без мозгов, но для работы годны. Все императоры были сделаны из бумаги, набиты мукой. Я тоже был двигателем новоизобретенной электрической дороги или какого-то воздушного корабля. Меня захватили в этот корабль, и я должен был им двигать, и от моего движения как будто зависела мировая жизнь: я остановлюсь — и все должно рушиться, все города провалятся и произойдет ужасный переворот... Решились, казалось, возобновить крепостное право в России. Мне это было тяжело, но я соглашался, только бы меня выпустили. Казалось, что у меня три души; лекарства казались чернилами и притом жгучими: пью и чувствую, что внутри все сгорает. Служителей принимал за царственных особ... Франкмасоны все возводили меня в бога — Савоофа, это было очень скучно... За грехи опускали все ниже и ниже под землю и опустили в самые нижние части ада. Предлагали вездесущствие с условием раздробить голову в двадцати местах на 90 кусков. Служение богу носило у них какой-то шутовской характер. Главным действующим лицом был Беконсфильд, сатана бесчеловечной науки... В соседней комнате, казалось, мучают людей; чувствовался запах трупов, виделись и души в виде маленьких людей. Когда я ходил по саду, слышал голоса, шепот сатаны: «не нужен, не нужен». То я был Ванька Каин, то Гришка Отрепьев; вообще принимал на себя гнусные роли... Я должен был быть расстрелян в Риме, и тут началось разрушение мира: на итальянском корабле командовал будто сосед; тут же выделывали чернокожих абиссинцев; лишних людей убивали... ужасный момент... мозги катились... были старые мозги, настоящие и воображаемые. Итальянцы, впрочем, убивали кажущихся людей; но вдруг убили настоящего живого человека — драматический момент. Весь корабль, на котором мы были, представлялся в виде древнего амфитеатра. Я двоился: как будто и вверху, и внизу. Переправляли с неба ад — шествие долгое... Стали питаться человеческими извержениями. В это время Егорьевск совпал с Римом; весь мир превратился в шапо-клак, складывался... С самого верха в Рим спускались трубы, раскрывавшиеся с треском... Мне как будто нужно было только извиниться и сыграть на скрипке, чтобы все опять пошло по-старому... Был я и перпетуум мобиле... Несколько раз попадал в бедствия, но всегда поздно, потому что время шло не так: с пришествия антихриста время должно ведь пойти назад — январь, декабрь, ноябрь и т. д., а я не знал этого... Среди всей этой борьбы провалился в преисподнюю, а потом очутился наверху. Все страшно переменялось: стены удлинялись, расходились одна в одну сторону, другая в другую, столовая проваливалась, спальня тоже. Сатана вселялся в меня, чтобы жить иначе, также и Беконсфильд, также и вечный жид...».

Легко видеть, что у больного были одновременно и идеи превращения, и постороннего влияния мистической силы, и идеи гибели, разрушения, и величия, и греховности, и борьба с какими-то врагами. На этом примере можно также видеть, как вплетаются в бред воспоминания о различных исторических событиях и впечатления текущей жизни:

перед заболеванием больного в газетах много писалось о войне итальянцев в Абиссинии, и потому итальянцы играли видную роль в бессвязном бреде.

Чтобы закончить изложение того, что относится к бреду и вообще к бредовым идеям, я должен коснуться еще некоторых явлений, близких по своему характеру к бредовым, но которые встречаются у лиц совершенно нормальных. Я имею здесь в виду не те ложные идеи, которые являются вследствие заблуждений у многих совершенно нормальных лиц, но которые по своему происхождению настолько отличаются от бредовых идей, что не подают обыкновенно повода к смешению при сколько-нибудь внимательном анализе; я имею в виду те явления, которые хотя встречаются и у совершенно здоровых лиц, но по своему происхождению аналогичны бредовым. Сюда относятся *ложные идеи, являющиеся у лиц загипнотизированных*, под влиянием внушения, а *также сонные грезы нормально спящих людей.*

Как известно, внушением можно заставить человека иметь идеи, не соответствующие действительности; можно загипнотизированному или вообще лицу, легко поддающемуся тому, что в специальном смысле этого слова называется «внушением», внушить различные ложные представления как о себе, так и окружающих; можно, например, заставить считать, что на одном из клочков бумаги нарисован чей-нибудь портрет, можно заставить считать кого-либо из присутствующих врагом, имеющим какое-нибудь злобное намерение; можно внушить, что загипнотизированный находится в другой обстановке, в саду вместо комнаты; можно, наконец, внушить, что и сам экспериментируемый не то лицо, какое он на самом деле. Внушения могут делаться или словесные, или с помощью придания человеку, находящемуся в гипнотическом состоянии, какой-нибудь позы (во время так называемого каталептического периода)[1]. Придавая загипнотизированному молитвенную позу, можно вызывать у человека представления и эмоции религиозного характера. Особа, которой д-р Азам сложил руки так, как складывают их на молитве, через несколько времени на поставленный ей вопрос ответила, что она молится, присутствуя на религиозной церемонии. Заставляя вытянуть руку и сжать кулак и наклоняя при этом немного голову вперед, можно вызвать представление о враждебном нападении, и экспериментируемый может броситься на воображаемого врага. Нет сомнения, что при этих состояниях бывают и обманы чувств, и ложные идеи, совершенно аналогичные бредовым идеям.

Разница между бредовыми идеями при гипнозе и бредовыми идеями при душевных болезнях, конечно, существует и именно постольку, поскольку гипноз, как хотя искусственное, но физиологическое состояние, отличается от состояния болезненного. В большинстве случаев поэтому гипнотические ложные идеи бывают далеко не так стойки и не воспринимаются личностью человека с такой непреложной уверенностью, как бред больных. Хотя несомненно, что некоторые из внушен-

[1] Я не касаюсь здесь многих подробностей, полагая, что изучение гипнотических явлений составляет предмет особого курса.

ных идей внедряются в сознание больных и овладевают ими, но это все-таки большей частью такие, которые в основе своей имеют что-нибудь возможное и допустимое сознанием и мировоззрением данного субъекта, чему он вообще мог бы поверить, как часто верит и вполне здоровый человек, если ему говорят авторитетно, и если его критика парализуется или отвлечением внимания, или какой-нибудь эмоцией. Но если же внушаемое представление совершенно невероятно и невозможно по миросозерцанию лица, которому делают внушение, или совершенно противоречит всем правилам и основным свойствам его личности, то оно не внедряется в сознание как собственное убеждение, а носит характер совсем иной; так, если женщине, находящейся в состоянии гипноза, внушить, что она мужчина и гусар, то, пожалуй, она станет изображать из себя гусара, будет крутить воображаемый ус, делать соответствующую ее представлению о гусаре физиономию и принимать воинственную позу, но все это будет носить очевидный характер театральности, правда, бессознательной. Впрочем, ложные идеи, являющиеся у загипнотизированных, различаются и в зависимости оттого, насколько ясность сознания вообще нарушена у экспериментируемого. При глубоком гипнотическом сне они могут ничем не разниться от сонных грез обыкновенного физиологического сна.

Что касается *сновидений при обыкновенном сне*, то они тоже имеют много сходства с бредовыми идеями. Всякому известно, что во время сновидений сознание заполняется совершенно ложными, не соответствующими действительности идеями. Сочетание сновидений часто совершенно противоречит возможности, и в то же время они воспринимаются нами в состоянии сна как нечто вполне реальное и возможное; во сне мы не удивляемся, когда видим лиц, давно умерших, переносимся в отдаленные края, испытываем совершенно невероятные приключения. Правда, проснувшись, мы в большинстве случаев освобождаемся от ложных представлений и быстро распознаем их от действительности, но во время сна, а иногда и в состоянии, переходном от сна к бодрствованию, принимаем их за явления реальные. Несомненно поэтому, что образование ложных идей во время нормального сна обусловливается тем физиологическим процессом, который происходит в нервных центрах во время этого состояния и находится в зависимости от неравномерного распределения деятельного состояния в различных отделах нервных элементов, служащих органами психической деятельности. По-видимому, в состоянии глубокого сна сновидений не бывает вовсе, так как психическая деятельность равномерно понижается до очень низкого уровня; но при неглубоком сне возбуждается деятельность в некоторых элементах мозговой коры, вследствие чего и начинается процесс идеации. При этом, однако, многие отделы центров коры еще не функционируют в достаточной мере, вследствие чего гармония душевной жизни нарушается, в результате чего и является смутное состояние сознания, обманчивое восприятие внешних впечатлений, пассивное подчинение автоматическому сочетанию представлений; произвольные акты при этом не существуют, высшие направляющие функции ума почти бездействуют; высшие чувствования, как:

нравственные, логические, эстетические, почти не возбуждаются, вследствие чего при сновидениях мы не испытываем чувства противоречия с истиной, если даже нам видится крайняя несообразность, не испытываем упреков совести, если даже видим во сне, что совершаем преступление, между тем как эмоции низшего порядка, как страх, довольно часто охватывают нас и во сне. Вследствие неправильной, идущей скачками смены идей, сочетания являются часто совершенно беспорядочные и очень быстро сменяются; по-видимому, рядом с ложными идеями при этом бывают и явления, относящиеся к обманам чувств (чаще всего псевдогаллюцинации зрительного содержания). Из комбинации ложных идей и псевдогаллюцинаций большей частью и образуются сновидения. Содержание сновидений черпается обыкновенно из репродукций, главным образом из следов тех впечатлений, которые мы имели в ближайшее время, или тех, которые нас особенно тревожили, и из впечатлений, действующих на нас во время сна. Последние имеют несомненное влияние на содержание наших сновидений. Всем известно, что охлаждение ног во время сна может вызвать сновидение в форме купанья или нахождения в степи, среди снега и т. п. Мори в своей интересной книге «Сон и сновидения» рассказывает следующее: «Я был нездоров и лежал в своей комнате. Около меня сидела мать. Вдруг я вижу во сне террор. Я присутствую при сценах убийства, предстаю пред революционный трибунал, вижу Робеспьера, Марата, Фукье-Тенвилля, вижу самые ужасные личности этого страшного времени, спорю с ними. Наконец, после происшествий, о которых помню лишь смутно, я вижу, что я был судим, приговорен к смерти и что меня везут на колеснице при огромном стечении народа на площадь Революции. Я вхожу на эшафот; палач привязывает меня к роковой доске, раскачивает ее — и топор падает. Я чувствую, что моя голова отделилась от туловища, просыпаюсь в страшной тоске и вижу, что у меня на шее стрелка от кровати, которая неожиданно оторвалась и упала мне на шейные позвонки, совершенно как топор гильотины. По словам моей матери, это случилось в ту же минуту, как я проснулся, а между тем это внешнее впечатление послужило исходным началом сновидения, состоящего из столь многих происшествий. В ту минуту, когда на меня упала стрелка, мысль об ужасной машине, на которую в этом случае стрелка весьма походила, пробудила во мне воспоминание об образах, принадлежащих той эпохе, символом которой была гильотина»[1].

Этот пример свидетельствует не только о зависимости сновидений от внешних впечатлений, но и о быстроте, с которой они развиваются: достаточно было одного мгновения, чтобы явилась целая сложная картина, причем некоторые части этой картины отнесены были ко времени, как бы предшествующему тому ощущению, которое вызвало грезу.

Зависимость сновидений от действующих на сонного впечатлений доказывается многочисленными опытами, из которых я приведу некоторые, принадлежащие тому же Мори:

---

[1] *Мори.* Сон и сновидения / Пер. с фр. А. Пальховского. М., 1867.

«Мне последовательно щекотали потом губы и кончик носа. И я видел во сне, что был подвергаем страшной пытке, что мне надели на лицо смоляную маску и потом быстро сорвали ее вместе с кожей губ, носа и лица. На некотором расстоянии от моего уха по металлическим щипчикам водили стальными ножницами, и я видел во сне, что слышу звон колоколов, потом этот звон вдруг превратился в набат, и мне казалось, что это во время июльских дней 1848 года. Мне дали понюхать одеколону, и я вижу во сне, что нахожусь в косметической лавке. Идея о благовониях затем пробуждает во мне идею о Востоке, и вот я в Каире, в магазине Жана Фарина. Мне слегка щиплют затылок, и я вижу во сне, что мне ставят мушку, а это пробуждает во мне воспоминание о докторе, лечившем меня в детстве. Перед моими глазами пронесли несколько раз свечу, закрытую красной бумагой, и вот я вижу грозу, молнию, и воспоминание о страшной буре, вынесенной мною в Ламанше на пути из Морле в Гавр, делается сюжетом моего сновидения»[1].

Сновидения зависят, однако, не только от впечатлений, действующих во время сна, но и от тех изменений в самочувствии, которые бывают под влиянием различных причин в нас самих, а также от впечатлений сильно подействовавших на нас событий.

Так, известно, что при начале многих болезней некоторые люди имеют определенные сновидения: что они идут по воде, по дождю, промачивают ноги; по-видимому, это находится в связи с охлаждением ног, предшествующих появлению лихорадки. Такого рода сновидения имеют иногда характер предвестников болезни.

Аналогично объясняются и некоторые другие «вещие сны». Один известный химик рассказывал мне такой случай. Проработав вечер в лаборатории, он вернулся домой, лег спать и быстро заснул. Во сне он видит, что горит лаборатория; сновидение взволновало его, он проснулся и вспомнил, что оставил непогашенную свечу близ окна. Он бросился в лабораторию и пришел как раз в то время, когда свеча, догорая, горела сильным пламенем вместе с бумагой невдалеке от занавески. Если бы случился пожар, то это было бы принято за вещее сновидение, а в действительности дело было, по всей вероятности, так, что воспоминание о непотушенной свече, хотя и не сознаваемое, вызывало в душе моего знакомого тревожное ощущение чего-то недоконченного, невыполненного; во сне, когда другие мысли затихли, это тревожное чувство вызвало более живое представление, за которым по ассоциации и возникла идея о пожаре, в свою очередь настолько усилившая эмоцию, что она вызвала пробуждение.

Из всего сказанного видно, что сонные грезы в значительной степени сходны с бредовым состоянием душевнобольного. Но, конечно, громадная разница существует между сном и безумием по сущности процесса, лежащего в основе того и другого состояния: в нормальном сне мы имеем дело с временным покоем, а в болезни — с параличом некоторых отделов нервно-психического органа и с расстройством координации в других. По субъективной же оценке, оба эти состояния

---

[1] *Мори.* Сон и сновидения / Пер. с фр. А. Пальховского. М., 1867.

представляют очень большое сходство. «Вообще, — пишет В. Х. Кандинский, имевший, как я сказал выше, несчастие перенести душевную болезнь, — состояния сна и бдения у галлюцинирующего больного резкого отличия между собою не представляют; с одной стороны, грезы настолько живы, что больной, так сказать, бодрствует во сне, а с другой стороны, галлюцинации бодрственного состояния так причудливы и разнообразны, что можно сказать — больной грезит наяву. Сновидения мои во время болезни часто не отличались по живости от переживаемого в действительности и иногда, вспомнив через несколько дней виденное во сне, я не иначе как путем длинных и окольных рассуждений мог решить, имело ли место вспоминавшееся в действительности или только во сне»[1].

2. Расстройства в сознании

Сознательным называется такое состояние человека, в котором он может отдавать отчет в своих мыслях, чувствах и актах. Как мы уже говорили, не всегда психическая деятельность человека сознательна. Значительная часть психической деятельности совершается в бессознательной сфере, в сфере автоматической бессознательной идеации, и мы узнаем только окончательные результаты работы, совершающейся бессознательно. Но и сознательные акты не всегда обладают в одинаковой степени сознательностью. Мы уже знаем, что может быть ясное и неясное сознание. Обыкновенно то, что попадает в сферу нашего внимания, то сознается ясно; то же, на что мы не обращаем внимания, сознается недостаточно ясно. Возможность сознательности психических актов далеко не всегда одинакова и в здоровом состоянии. Так, мы знаем, что сознание затемняется при долгой работе и почти совершенно прекращается во сне. Мы видели также, что сознание находится в зависимости от интенсивности того химического процесса, который лежит в основе психических актов; благодаря большей интенсивности этих процессов и обусловленные ими психические акты приобретают большую напряженность и переходят через порог сознательности. Наконец, вы видели, что для правильности сознания необходима правильная, руководимая направляющей силой ума ассоциация представлений, а также достаточная смена ощущений и вообще смена душевных состояний.

Таким образом, для правильности сознания необходимы многие условия, и потому понятно, что в болезненных состояниях, а также под влиянием различных ядов (например, алкого-

---

[1] *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд. Спб., 1890.

ля, хлороформа, опия), влияющих на головной мозг, сознание расстраивается чрезвычайно резко.

Чтобы иметь понятие о том, что бывает, когда сознание расстраивается, интересно отметить то, что было замечено посредством самонаблюдения известным физиологом профессором А. А. Герценом. Он в один период своей жизни имел обмороки. Обморок есть бессознательное состояние. При возвращении из обморочного состояния в сознание, по словам Герцена, можно наблюдать различные фазы, которые могут служить типами и для тех расстройств сознания, которые наблюдаются у больных.

В первой фазе, по словам Герцена, есть только крайне смутное *сознание существования.* В следующую фазу сознаются *представления*, но *в хаотическом беспорядке*, так что нельзя решить, принадлежат ли эти представления внешнему или внутреннему миру. «Я» и «не я» в этом периоде не существуют. В третьей фазе уже *сознается* «я» и «*не я*», сознается, что принадлежит *мне*, что внешнему миру, но нет никаких других отношений предметов, нет причин и следствий, нет зависимости. Только в четвертой фазе является в сознании вопрос: «*почему*», и становятся возможны объяснения взаимного отношения явлений между собой.

Вот как описывает Герцен испытанные им состояния:

«В момент глубокого обморока всякое сознание совершенно отсутствует, наступает абсолютное психическое небытие; но вот обморок ослабевает; на фоне бессознательного начинает выступать нечто. Прежде всего появляется какое-то неопределенное, смутное чувство, чувство бытия вообще, не имеющее никакого отношения к индивидуальности субъекта, без всякого различения» «я» от внешнего мира. В этот момент субъект проявляет только безличное сознание; при этом может быть чувство приятное, если при обмороке нет условий для боли; но оно может быть и очень неприятное, если есть боль: это единственно возможное различие; есть ощущение жизни и довольства или ощущение жизни и страдания без знания, чем обусловливается и страдание, и довольство. Много фактов указывают, что в этой фазе рефлексы спинного мозга уже существуют, но головные центры еще не могут функционировать. На основании этого наблюдения я полагаю, что спинной мозг, моментально отделенный от головного при обезглавлении, находится в состоянии этой элементарной формы сознания, без способности локализации, без знания различных частей своего» «я», ни самого этого «я», со способностью лишь к безличному, смутному, разлитому сознанию...».

«Среди хаоса первой фазы, которая характеризуется такой формой смутного безличного сознания, без следа способности к локализации вырисовываются мало-помалу кое-какие темные и неопределенные различия; человек начинает слышать и видеть; но, что очень любопытно, кажется, что и звуки и цвета рождаются внутри самого субъекта, без малейшего представления об их происхождении извне; мало того, нет

никакой связи между различными звуками и различными цветами, каждое из ощущений чувствуется изолированно; в результате этого является невыразимая спутанность, соединенная с настоящим оцепенением индивидуума. В этот момент сензориальные узлы вернулись к состоянию чувствительности, но они возбудимы только для впечатлений, исходящих прямо извне каждое в отдельности; межузловая деятельность еще не восстановилась, и отдельные ощущения не входят в сочетания между собою; отсюда и происходит полное отсутствие локализации, различения себя и не себя и способности переносить представления во внешний мир; в этом состоянии имеются, так сказать, бессмысленные ощущения, т. е. такие, которые остаются изолированными и могут быть лишь ощущаемы, но неузнаваемы.

После этого восстанавливаются рефлексы межузловые: их деятельность обнаруживается в появлении того, что называется sensorium commune; различные ощущения начинают выплывать одно вслед за другим и мало-помалу определяются, локализуются, в результате чего является сознание своего «я», как чего-то единого; но сначала это сознание есть только крайне несложное ощущение, которому соответствует сознание себя, как чисто органической единицы субъекта, причем представление об отношении к окружающему совершенно отсутствует. В этой фазе пробуждения я чувствовал ясно, что это я, что мои ощущения слуховые и зрительные происходят от предметов, которые не составляют части меня; но я не понимал, что происходит и что произошло: почему я здесь, распростертый на земле или на софе, зачем присутствующие окружают меня, расстегивают мне ворот рубашки и смачивают мне лицо холодной водой.

Все представления последнего рода гораздо более сложны, они более высшего порядка и могут явиться лишь в результате содружественной работы корковых центров; они не могут появиться без полного восстановления этих центров, которые первые поражаются и последние восстанавливаются в своей функции.

Через несколько времени, через промежуток времени, весьма различный, но всегда заметный, — промежуток бессмыслия, которое было описано, питание корковых центров восстанавливается, и они вдруг начинают функционировать. В один момент ум пронизывается, как молнией, мыслью: «А, это снова обморок». С этого момента разум вполне восстанавливается, схватывает положение вещей и сложные соотношения между ними, и течение мысли принимает направление, прерванное расстройством мозгового питания»[1].

Такие явления постепенного восстановления сознания после обморока находятся, по всей вероятности, в зависимости от изменения интенсивности физиологических процессов, которые лежат в основе психических функций; при слабой интенсивности этих процессов и психические явления не могут подыматься до порога сознания; при более сильной — некоторые поднимаются, тогда

---

[1] *Herzen* A. Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique. Paris, 1887. P. 236.

как другие стоят ниже этого порога; и по мере увеличения интенсивности физиологических процессов все большее и большее число актов нашей психики приобретает такое напряжение, что достигает порога сознания, соответственно чему и то, что мы называем сознанием, делается все более и более ясно. В свою очередь изменение интенсивности физиологических процессов находится в зависимости от состояния питания нервных, в частности корковых, элементов, зависящего как от количества притекаемой крови, так и от влияния на нервную систему различных ядов.

Явления, которые наблюдались Герценом, могут быть для нас типом тех явлений, которые наблюдаются в сознании при уменьшении напряженности психофизиологических процессов в зависящем от этого удалении обусловливаемых ими психических актов от «порога» сознательности.

У душевнобольных мы встречаем аналогичные явления *упадка сознания в различных степенях* с той разницей, что состояния, аналогичные тем, которые в наблюдениях Герцена продолжались минуты и секунды, тут продолжаются недели и месяцы. У душевнобольных может быть и полное бессознательное состояние, и различные переходы к ясному сознанию — то в форме простого чувствования существования, то в форме хаотического сознания, то в форме смутного сознания различия себя и внешнего мира, то, наконец, в форме различных степеней сознавания взаимного отношения внешних явлений между собой. Наблюдая эти явления у постели больного, врачи дали некоторым формам расстройства сознания особые названия.

Так, состояние более или менее полной потери сознания называется *коматозным* (*coma*). Если при этом нельзя вывести больного из бессознательного состояния, то это состояние называется *carus*. Если каким-нибудь сильным раздражением можно вывести больного из бессознательного состояния, то это называется *сопорозным состоянием* (*sopor*). Если больной находится как бы в тяжелом сне, на зов открывает глаза, но сейчас же их закрывает, бормочет что-то про себя, то это называется *somnolentia*, *спячка*. Если к коматозному состоянию присоединяется бред, то это называется *coma vigil*. Быстро наступающее и обыкновенно скоро проходящее прекращение сознания носит название *обморока*.

Эти явления наблюдаются, впрочем, чаще в клинике нервных и внутренних болезней, чем в больницах психиатрических. Однако и у душевнобольных наблюдаются более или менее глубокие явления потери сознания, большей частью в виде инсультов или припадков, так, например, при прогрессивном параличе помешанных, старческом слабоумии, сифилисе мозга и других органических

психозах; также при алкоголизме, истерии и эпилептическом помешательстве. Но во всяком случае значительно чаще в психиатрических больницах наблюдаются сравнительно более слабые формы падения сознания, известные под названием *помрачения сознания.* Степень помрачения сознания при душевных болезнях бывает весьма различна. В некоторых формах сознание бывает настолько же ясно, как у нормального, бодрствующего человека; в других же случаях оно более или менее значительно затемнено.

В случаях более или менее значительного расстройства сознания замечается в большей или меньшей степени *потеря способности отдавать отчет о восприятиях, потеря способности отдавать отчет о происходящем или потеря способности ориентироваться.* Так, некоторые больные не отдают себе отчета в том, где они находятся, не отдают ясно отчета о месте и времени, но узнают окружающих их людей; другие не узнают и окружающих людей, но могут немного ориентироваться в том месте, где живут, знают свою комнату, свою постель, сознают необходимость чистоплотности. Третьи, наконец, совсем не могут ориентироваться, не знают ни постели, ни комнаты, не соблюдают никаких приличий, испражняются под себя и т. п. По этим признакам, т. е. и по количеству восприятий, и по категории явлений, среди которых больной способен ориентироваться, и можно определить степень большей или меньшей ясности сознания.

Из различных состояний расстроенного сознания у душевнобольных нужно отметить:

1) **Сноподобное, или сновидное, состояние сознания**. Подобно тому как во сне значительно уменьшается доступ к сознанию для внешних восприятий, а внутри продолжается иногда деятельная, хотя и неправильная работа репродукций (воспоминаний) в форме очень причудливых сновидений, так и у душевнобольных может существовать иногда только крайне смутное восприятие окружающего, и вся душевная деятельность сводится на малосвязное сочетание репродукций частью между собой, частью со смутными изолированными восприятиями из внешнего мира.

Один больной, интеллигентный человек, еще не вышедший из такого состояния, но начинавший уже поправляться, говорил так о том, что он испытывает: «Конечно, чрезвычайно неприятное положение... и видишь и не видишь... видишь так, а выходит иначе... Лежишь как будто на постели... а выходит что нет... что в каком-то люке корабля... да и корабль-то воздушный с приспособлениями... То поднимаешься, то опускаешься... и говорят: от тебя — спасение мира... Вот эта комната — как будто это и клиника.., а в сущности здесь есть проход в Задонск... в одно время и Задонск и Москва... Москва, да не та, а искусственная; настоя-

щая-то может быть давно уже провалилась, потому что города и столицы и все проваливалось постоянно... А стоило только повернуться и шевельнуть ногой или рукой, чтобы провалы прекратились... Ну и стараешься, встаешь, бежишь, а эти — их называют служителя — удерживают, происходит, очевидно, борьба... потому что они, впрочем, «так называемые» служителя... Они тоже искусственные... искусственных людей много сделалось... настоящие-то провалились, так нужно же мир населить... вот искусственные... в роде говорящих кукол... у меня ведь тоже горло совсем не мое, а искусственное... в роде машины, заряженной электричеством, которая все должна двигать... ужасную чувствуешь силу... и вот при этом-то внушают: пляши... и пляшешь — против желания пляшешь.... Священник входит — ну мне таких, говорит, не надо... здесь мне дела нет... Все какие-то франкмасоны — соберутся... тут у них все, и знаки, и говорят мы боги «Иеговы»... и начинается итальянское путешествие.., а чувствуешь: у самого вместо глаза репей, — как в сказке про сатану: дал понюхать дроби, а вместо глаза репей и вырос... Превращения ужасные. Представьте: я отец кошки... сажусь на трон славы, испускаю дух и двух котов...».

Иной раз среди такого рода беспорядочных сочетаний являются какие-нибудь суждения, чрезвычайно волнующие больного, как при кошмаре. Иногда они вызывают в больном дикие побуждения, под влиянием которых он набрасывается, как зверь, на окружающих, разрушает все, что попадается под руки, может совершить убийство и, пришедши в себя, решительно не помнит, что было. Это состояние сознания бывает при остром галлюцинаторном помешательстве или остро развивающемся бессмыслии (dysnoia, amentia Мейнерта) и особенно часто при помешательстве, соединенном с эпилепсией (падучей болезнью) и при так называемой скоропреходящей мании (mania transitoria), при которой состояние сноподобного состояния сознания развивается чрезвычайно быстро, подчас совершенно неожиданно, достигает очень большой степени и через несколько часов, много через сутки, так же быстро проходит.

Степень подавления сознания при сноподобном состоянии бывает не всегда одинакова. Самая сильная степень подавления бывает у больных, представляющих картину того состояния, которое называется *оцепенением* или **ступором**. При ступоре сознание падает чрезвычайно низко. Больной крайне смутно отдает себе отчет в окружающем. Он почти не воспринимает внешних впечатлений; смена представлений совершается крайне вяло или почти не совершается. Возникающие представления крайне отрывочны, почти не связываются между собой, хотя бы фантастичной нитью, не осмысляются даже в минимальной степени. Душевная чувствительность крайне подавлена, двигательная реакция тоже. Больной

большею частью неподвижен, лицо выражает отупение; губы опущены, изо рта течет слюна. Если больного не кормить, он не станет есть и может умереть с голоду. Не поднимут его — он будет сидеть целые дни и ночи на одном месте, мочась под себя и не представляя никакой реакции на ощущение нечистоты. Это состояние особенно часто при так называемом первичном излечимом слабоумии или ступорозной форме бессмыслия.

Более слабую форму сноподобного состояния сознания составляет так называемое **просоночное сознание (или сумеречное, туманное)**. При этом состоянии внешние восприятия достигают сознания, но не все с одинаковой ясностью: одни ясно, другие недостаточно ясно. Они вступают в причудливую связь между собой и с воспроизведениями (образами воспоминаний), вследствие чего является неверное и не совсем отчетливое осознавание окружающего. Больной поэтому поражает несоответствующими обстоятельствам фразами, нецелесообразными действиями, хотя и знает каждый предмет, который около него находится, но знает не так, как в состоянии вполне ясного сознания. Хотя он воспринимает окружающее, но или совсем извращенно, признавая в окружающих не тех лиц, кто они на самом деле, или с каким-то особым оттенком неопределенности, неясности; вследствие этого окружающее ему кажется чем-то необычным, странным, как будто измененным силой волшебства или подернутым пеленой сна. «Все сон, все сон», — говорила постоянно одна больная, много месяцев испытывавшая это состояние. «И вы сон, и студенты сон... какое-то подражание действительности... как будто вы, а на самом деле нет... сейчас исчезнете... все, все — Сон Дремович. Ради бога выведите меня из этого состояния... да что я прошу, ведь вы не можете... вы сонное видение и все, все...». Подобное состояние особенно часто бывает при галлюцинаторном помешательстве (бредовая форма острого бессмыслия) и при эпилептических и истерических психозах.

2) Особую, крайне интересную форму расстройства сознания представляет собой состояние, известное под названием «**психического автоматизма**» или «**транса**». При этом состоянии человек часто с внешней стороны и по отношению к видимой последовательности своих поступков не представляет уклонений от нормы. Он твердо, уверенно говорит, делает последовательные распоряжения, связно излагает свои мысли; где нужно — подписывается и расплачивается, верно производя расчет, совершает отдаленные путешествия, узнавая улицы и дома, берет билеты на поезда и пароходы, — словом, действует последовательно, как бы здоровый человек, а на самом деле он производит

свои действия автоматично, не сознавая ясно их цели и, очнувшись, теряет воспоминание о том, что с ним было, как он попал в обстановку, в которой очутился. Люди, имеющие дело с такого рода лицами во время состояния транса, часто долго не видят в них признаков ненормальности; но иногда конечная цель поступков и распоряжений, делаемых больным в таком состоянии, сразу поражает своею абсурдностью, несоответствием с основными требованиями разума и закона.

Такого рода состояния могут продолжаться часы, дни и даже недели. Известен случай одного французского коммерсанта, который в таком состоянии совершенно без всякой надобности сел на пароход, отправляющийся в Индию, и, совершив все путешествие, очнулся лишь в Бомбейском рейде, удивленный, как он попал сюда. К нам в клинику, в амбулаторию, явился для совета один служащий при театре, который временами впадал в подобное состояние и исчезал из Москвы на несколько недель. Очнувшись, он находил у себя в карманах афиши и билеты, доказывавшие, что он ездил в Киев и Одессу, был в местных театрах. Оказывалось, что его видали там знакомые, и никто не замечал в нем признаков ненормального состояния. По рассказам его знакомых, в одно из путешествий по восточной России он в одном городе подал заявление с обвинением определенных лиц в тяжких преступлениях, и на первых порах этому заявлению дан был ход как указанию, сделанному нормальным человеком. У этого больного временами были припадки, по описанию похожие на припадки падучей болезни. И действительно, состояния транса бывают как проявления *эпилепсии* или, еще чаще, *истерии.*

Иногда состояния транса бывают и следствием *алкоголизма.* Профессор Мержеевский описал из дел Медицинского совета один подобный случай, весьма интересный: есаул П., исправлявший должность полицеймейстера в одном из городов Восточной Сибири, сильно злоупотреблял спиртными напитками и после одной попойки впал в своеобразное состояние, во время которого, хотя и сохранял способность последовательно рассуждать и делать распоряжения, произвел ряд действий, за которые и был потом предан суду. Самое важное из его деяний заключалось в том, что, поссорившись в ресторане с двумя официантами, он сделал ряд распоряжений с целью их повесить. Его распоряжения были частью исполнены — была принесена веревка, которую перебросили через перекладину; есаул сам обмотал веревкой шею официантов и велел их поднять. Окружающие, пораженные безрассудностью требования, делали вид, что исполняют приказание, — поднимали приговоренных, но незаметно поддерживали

их руками (дело происходило ночью, при фонарях). Есаул самолично распоряжался всеми приготовлениями и помогал таскать бревна для виселицы и надевать петли. После этой экзекуции П. произвел еще разгром одного дома и несколько дней находился в состоянии уже резко выраженного расстройства сознания, что было констатировано исследовавшими его врачами. Через несколько дней он очнулся, но решительно ничего не помнил из того, что делал во время приступа болезни[1].

Состояние психического автоматизма наблюдается также при так называемом *снохождении*, или *сомнамбулизме*, у лиц, которые в бодрственном состоянии не представляют значительных аномалий в психической деятельности. Они могут быть также вызываемы искусственно путем *гипнотического внушения*. Интересно, что под влиянием внушения может развиться не только полный, но и частичный автоматизм, ограничивающийся, например, функцией одной половины тела, одной руки: экспериментируемый, особенно в каталептическом состоянии, не сознает, что делает его рука, какие движения она производит, и не помнит этого по пробуждении.

3) Третья форма помрачения сознания наблюдается при состояниях, известных под названием **болезненных аффектов**. Большей частью болезненный или патологический аффект бывает при волнениях неприятных. При этом какая-нибудь одна идея, вызвавшая сильное и тяжелое душевное волнение, совершенно заполняет сознание; происходит чрезвычайное сужение умственного кругозора; самые правильные, самые стойкие знания не достигают сознания, не входят в сочетания, вследствие чего теряется возможность отдавать отчет в самых обыденных вещах. Такое состояние продолжается несколько минут, иногда часов, затем мало-помалу исчезает, причем часто человек, бывший в таком состоянии, или почти не помнит, что он во время него совершил, или помнит как-то смутно, точно не он сам производил те действия (иногда страшные по жестокости), о которых ему говорят и о которых существует у него какое-то воспоминание. Обыкновенно эти состояния бывают при аффектах *печальных* (неожиданное горе, оскорбление, измена, испуг).

Из аффектов *радостных* сознание резко нарушается при сильном восторге, особенно в тех случаях, где дело доходит до состояния *экстаза* или *очарования*. При экстазах мысль останавливается, как бы прикованная к предмету, вызвавшему очарование; сознанию становятся недоступны впечатления внешнего мира;

---

[1] *Мержеевский И.П.* К вопросу об алкоголизме // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1883. № 2. С. 14—58.

очарованный не слышит и не видит ничего окружающего, часто не чувствует самых сильных болевых раздражений; движения застывают в какой-нибудь определенной позе, мимика неподвижна, глаза устремлены в одну точку. Такое состояние может иной раз длиться несколько часов и дней, во время которых не чувствуется потребности к передвижению, к еде и питью.

4) При различных формах помрачения сознания, особенно же при сноподобном состоянии сознания, дело не всегда является так просто, как я описал. Очень часто сознание не только падает, но и *запутывается* благодаря тому, что у больного рядом с падением напряженности психических актов и удалением их от порога сознательности происходит расстройство в правильности сочетания идей и являются *обманы чувств и ложные идеи.* Конечно, галлюцинации и иллюзии при неясном сознании чрезвычайно мешают больному ориентироваться правильно и прямо сами по себе могут запутывать сознание. Подобно тому как галлюцинации затрудняют возвращение сознания к ясности, так же влияет и чрезмерно *ускоренное течение представлений.* При этом нет возможности сосредоточиваться, и нет вполне ясного сознания. Точно так же при резком упадке направляющей силы ума и зависящего от этого расстройства сочетания представлений является неясность сознания. Некоторые психиатры называют расстройства сознания, зависящие от ускорения течения идей или от галлюцинаций и ложных идей, или от слабости умственной деятельности, — *вторичными* в отличие от *первичного* расстройства сознания, обусловливаемого непосредственно уменьшением интенсивности тех процессов, которые лежат в основе сознательной деятельности.

Таковы различные формы помрачения сознания, наблюдаемые у душевнобольных. Но, как я уже сказал, далеко не у всех душевнобольных сознание бывает помрачено. Есть значительная часть больных, у которых сознание вполне ясно; они могут отдавать себе отчет в окружающем, как и обыкновенный бодрствующий человек. Правда, в очень многих случаях такого ясного сознания все-таки наблюдаем некоторые недостатки его, но эти недостатки не носят характера общей недостаточности сознательности, а недостаточности частичной. Одно из частых проявлений такого рода есть *несознавание больным своей болезни.* Оно встречается у больных, у которых в остальном не замечается никаких следов помрачения сознания. С другой стороны, однако, и у больных с очень помраченным сознанием бывает, по крайней мере по временам, вполне определенное сознание своего душевного заболевания. Это обстоятельство служит ясным доказательством

несправедливости того мнения, что душевнобольные и умственно расстроенные никогда не сознают своей болезни.

К формам, где нет общего помрачения сознания, но где существуют *частичные расстройства сознания*, относятся те состояния, которые известны под названием *двойственного сознания* или *двойственной личности*. Я не буду здесь говорить о них, потому что уже описал эти состояния в главе о памяти (двойственная память). Чаще всего они наблюдаются при истерии. Не совсем чистые проявления подобного же состояния бывают довольно нередко при состояниях маниакальных, где, впрочем, они весьма маскируются целым рядом других симптомов. Частичное расстройство сознания может вызываться искусственно гипнотическим внушением. Кроме того, частичные дефекты сознания (связанные большей частью с расстройством памяти) в большом количестве бывают при многих формах вторичного слабоумия. Частичные дефекты сознания нередко бывают также в самом начальном периоде острого бессмыслия.

Нужно отметить еще случаи, при которых сознание бывает *односторонне напряжено*. **Одностороннее напряжение сознания** бывает при болезнях, при которых под влиянием какого-нибудь сильного душевного чувства сознание напряжено только в одну сторону, определяемую характером этого душевного чувства. Такое состояние бывает, например, при мрачном помешательстве, меланхолии. При этом сознание больного почти исключительно занято мрачными идеями; только мрачные мысли о своем положении, о неминуемой беде для себя и для близких восстанавливаются в душе больного; он ясно осознает свою виновность, свои небывалые преступления, удивляется, как другие не соглашаются с тем, что он дурной человек, и видят в нем что-то хорошее. Явления в этом же роде бывают и при ипохондрии, когда у человека — под влиянием страха за свое здоровье — сознание постоянно занято восприятиями различных ощущений со стороны собственного тела. В этом же роде одностороннее напряжение сознания бывает при восторженных состояниях, так называемых *экстазах*, где у больного под влиянием чувства восторга сознание занято идеями, связанными с предметом восторга (большей частью религиозными представлениями).

Деятельность сознания может резко меняться в зависимости *от способности больного направлять свое внимание*; но так как внимание есть акт воли, то расстройства, относящиеся сюда, мы и будем рассматривать в то время, когда будем говорить о расстройствах в сфере воли.

3. Расстройства в сфере душевных чувств

Как было сказано выше, при изложении элементарных сведений по психологии ощущения и представления вызывают в человеке чувства приятные и неприятные. Мы знаем, что чувства бывают различны, смотря по тому, какие представления их вызывают: так, чувства, вызываемые представлениями, происходящими из ощущений низших органов чувств, носят название *низших чувств*: таковы голод, пресыщение, половое чувство; чувства, развившиеся из представлений более или менее отвлеченных, называются *высшими*; таковы чувства: нравственное, эстетическое, логическое и религиозное. Мы знаем также, что характер чувствований, испытываемых человеком в известное время, обусловливается в значительной мере тем, что называется *душевным настроением*. Настроение может быть приятным и неприятным. Далее мы знаем, что иногда душевные чувства бывают чрезвычайно сильны и в таком случае вызывают то, что называется *душевным волнением* или *аффектом*.

При патологических условиях душевная деятельность в области душевных чувств расстраивается очень часто. Почти во всех случаях психических заболеваний, особенно *в первое время болезни*, мы видим чрезвычайно резкие расстройства в сфере душевных чувств. Было время, когда полагали даже, что почти всегда *начало психозов* характеризуется одним только или, по крайней мере, главным образом расстройством в сфере душевного чувства. Если теперь это мнение считается односторонним, все-таки присутствие расстройства душевного чувства в той или другой степени имеет громадное значение для оценки каждого случая душевного заболевания, главным образом по отношению к его свежести: обыкновенно чем свежее душевное заболевание, тем болезненные проявления в смысле возбуждения душевного чувства больше; наоборот, чем душевная болезнь дольше затягивается и переходит в неизлечимое состояние, тем более преобладают явления душевной тупости, и реакция со стороны душевного чувства становится менее резкой или крайне однообразной.

Расстройства в сфере душевного чувства могут быть весьма разнообразны. Принято проводить аналогию между этими расстройствами и расстройствами в сфере физической чувствительности. Подобно тому как относительно физической чувствительности признают существование повышенной чувствительности — гиперестезии и пониженной — гипестезии и анестезии, так и относительно душевной чувствительности говорят, что может быть гиперестезия душевного чувства — hyperaesthesia psychica и понижение душевной чувствительности —

hypaesthesia psychica и anaesthesia psychica. Точно так же по аналогии с соматическими болезнями употребляются термины: hyperalgesia psychica, neuralgia psychica и anaesthesia dolorosa psychica. Значение всех этих терминов сейчас будет объяснено.

Расстройства душевного чувства для удобства изучения подобно расстройствам в интеллектуальной сфере разделяются на расстройства количественные и качественные, чему соответствуют расстройства в степени душевной чувствительности и расстройства, выражающиеся в качественных расстройствах, т. е. болезненном преобладании приятного чувственного тона в одних случаях, а в других — неприятного.

Однако, как и относительно элементарных расстройств в интеллектуальной деятельности, трудно провести точную границу между отдельными проявлениями, сюда относящимися, так как почти всегда количественные расстройства смешиваются с качественными, и точная классификация их в высшей степени затруднительна.

а) Количественные расстройства в эмоциональной сфере

1. Расстройства, выражающиеся в изменении возбудимости душевных чувств

1) **Повышение душевной чувствительности, hyperaesthesia psychica**. Оно проявляется в двух различных видах. Так, иногда мы видим, что *душевная чувствительность действительно повышена*, вследствие чего все действующие на больного впечатления вызывают в нем очень сильную эмоциональную реакцию. От малейшей причины являются взрывы аффектов с соответствующей двигательной реакцией. Это бывает у душевнобольных большей частью в *начальном периоде* душевных болезней. В более слабой степени это встречается у многих больных незадолго перед началом других, более резко выраженных симптомов душевного расстройства, в так называемом *продромальном периоде душевных болезней*; больные часто задолго перед заболеванием становятся чувствительнее к радости и горю, обидчивее, раздражительнее, пугливее. Нередко повышение душевной чувствительности мы замечаем *у лиц, плохо уравновешенных* вообще, у так называемых дегенератов, истеричных и неврастеников.

В других случаях психическая гиперестезия проявляется в том, что можно назвать *раздражительной слабостью душевного чувства.* Человек при этом легче впадает в чувствительное настроение; чувства приятные и неприятные вызываются в нем ничтожными причинами и весьма легко проявляются наружу. Но в то же время они крайне поверхностны, неглубоки. Такие люди, например, прочтя печальную повесть, расплачутся; но если пере-

менить направление их внимания, то они сейчас и позабудут о том, о чем плакали. Точно так же такие люди приходят в восторг от самых незначительных событий — от встречи со знакомым, от ничтожного подарка и т. п. Подобное состояние, характеризуемое названием *слабодушия*, бывает чаще всего у больных, страдающих такими тяжелыми формами психического расстройства, как прогрессивный паралич, старческое слабоумие.

К числу явлений повышенной душевной чувствительности должны быть относимы также проявления *повышенной возбудимости отдельных чувств* той или другой категории, как высших, т. е. религиозного, нравственного, интеллектуального и эстетического, так и низших. Само собой разумеется, что действительное повышение возбудимости в области высших чувствований составляет чаще всего проявление чрезвычайной тонкости психической организации, но иногда чрезмерная возбудимость и высших чувствований одной какой-нибудь категории бывает так непропорциональна с возбудимостью высших чувств другой категории, что является чисто болезненным явлением. Так, по отношению *к нравственному чувству* случается наблюдать людей, у которых каждый поступок вызывает сильную эмоцию, соединенную с сомнением, поступили ли они нравственно или нет; поступки других людей, самые индифферентные, критикуются с точки зрения нравственной и вызывают соответствующие эмоции. Аналогичные явления в виде *религиозной экзальтации* проявляются и со стороны религиозного чувства. Чрезмерная возбудимость *интеллектуального чувства* проявляется иногда в том, что самые ясные простые истины, вполне понятные и убедительные для нормального человека со здравым смыслом, возбуждают ложное сомнение и требуют доказательства. Это бывает нередко при той форме, которая известна под именем folie du doute и о которой я уже говорил. Мне пришлось встретить одного молодого человека, в котором самые простые арифметические выводы, такие, как дважды два — четыре, вызывали неудовлетворение логического чувства и требование доказательств.

Со стороны *низших чувств*, как половое, чувство самосохранения, бывают также проявления чрезмерной возбудимости. О некоторых явлениях этого рода мы будем еще говорить при изучении аномалий влечений, так как чрезмерная возбудимость отдельных чувствований влечет обыкновенно за собой и усиление соответствующих влечений.

2) **Понижение душевной чувствительности, hipaesthesia psychica**. Соответственно тому, что бывает повышение душевной

чувствительности, бывает также и *понижение ее — hypaesthesia psychica — тупость душевного чувства.* В этом случае те впечатления, которые у человека при нормальных условиях должны были бы вызвать то или другое чувство, не вызывают его; человек становится равнодушным, безучастным, точно глухим в сфере душевной чувствительности, невозбудимым или слабовозбудимым к впечатлениям, которые у нормального человека должны вызывать более или менее сильную эмоцию. Это приходится видеть особенно резко при состоянии общей душевной тупости, которая наблюдается при знакомом уже нам состоянии *ступора*, а также при *вторичном слабоумии.* При ступоре обыкновенно больной невосприимчив ни к какому чувству. На глазах его может произойти какая-нибудь страшная драма, и она не вызовет в нем никакой психической реакции. При слабоумии тоже заметно понижение чувствительности в области высших чувств; человек становится неспособным испытывать нравственные и эстетические чувства, делается равнодушным ко всему, что прежде его живо интересовало, апатичным, безучастным по отношению к близким. В то же время нередко животные чувства у него остаются довольно возбудимы: часто слабоумные только и думают о еде, приходят в большое огорчение или гнев, если на несколько минут опоздают подать обед, откажут в капризе и т. п.

При *прогрессирующем ходе слабоумия* нередко приходится наблюдать, как шаг за шагом угасает душевная чувствительность: мало-помалу падает чувствительность по отношению к эстетическим впечатлениям, нравственным религиозным и логическим. Больной делается постепенно все более и более бестактным и эгоистичным, теряет вежливость, стыдливость, чувство опрятности и чистоплотности; наконец, остаются только низшие чувства — половое чувство и чувство питания. Затем и половое чувство падает, остается только интерес к еде; наконец, и он падает, — и ничто уже, кроме разве резкой физической боли, не может вывести больного из его апатичного состояния. Это приходится чаще всего наблюдать при старческом слабоумии и прогрессивном параличе.

Как особенное проявление тупости душевного чувства нужно отметить **тупость нравственного чувства**. Это состояние нередко бывает врожденное и ложится в основу того, что называется *нравственным помешательством* (*moral insanity*) или нравственным идиотизмом. При этом человек не испытывает в *надлежащей мере чувства нравственности и безнравственности* своих поступков и потому не имеет упреков совести. У такого человека нет руководящей нравственной идеи в выборе своих действий, а потому его действия

часто направлены против других, эгоистичны в высшей степени и до крайности злы; при этом человек, совершая зло, не чувствует этого, а только признает умственно, что это нечто такое, что другим неприятно и за что его могут наказать. Это сознание может заставлять его приспособляться к окружающим, избегать столкновений, вести себя довольно правильно, но в основе его правильного поведения все-таки будет лежать не чувство нравственное, а соображение выгоды. До чего поразительны бывают случаи такого рода — видно из одного примера, приводимого Крафт-Эбингом. Некто Лемэр, молодой человек, с детства отличавшийся отсутствием привязанностей и крайне дурными наклонностями, в конце концов в 19 лет совершил зверское убийство. Еще когда умерла его мать, то он сказал: «ладно, теперь одной объедалой будет меньше». Потеряв жену, его отец задумал жениться на вдове — г-же Б., имевшей 17-летнюю дочь. За два дня до свадьбы он убил г-жу Б. и хладнокровно сказал прибежавшей дочери ее: «ну, ладно, мне удалось отомстить ей, жаль только, что я не покончил и с остальными тремя (т. е. с отцом, дочерью г-жи Б. и гувернанткой). А впрочем, я не дурак и не пьян и понимаю, что заслужил смерть за свое дело». На допросах он обнаружил удивительную нравственную нечувствительность. С полной откровенностью он признавался в своих пороках и дурных наклонностях и хвастался ими с невероятным цинизмом. Он говорил, что ему также легко убить отца, как другому — муху. По словам одного из свидетелей, Лемэр, показывая после убийства свои окровавленные руки, со смехом произнес: «Вот у меня и перчатки, чтобы идти на свадьбу к отцу». Когда ему говорили о возможности смертной казни, он выразился, что нисколько не страшится ее и предпочитает смерть работе. «Если вы оставите меня жить для прогулки по земле, я буду доволен; если же думают заставить меня работать, так уж я скорее согласен умереть». Молодой человек был казнен, и при вскрытии оказались резкие признаки отсталости развития его мозга и следы воспаления мозговых оболочек, бывшего, вероятно, в детстве[1].

Мне лично пришлось в Преображенской больнице наблюдать одного молодого человека, присланного из тюрьмы для экспертизы. Он судился за убийство отца. Отца он убил по самому ничтожному поводу: отец велел ему — может быть несколько грубо — снять с себя сапоги; больной снял, но затем, когда отец заснул, он в отместку отрубил ему голову топором. Он знал, что предан суду по этому поводу и, как человек хитрый, старался выказать себя раскаивающимся, лицемерил, но очень ясно было

---

[1] *Крафт-Эбинг Р.* Судебная психопатология / Пер. с нем. А. Черемшанского. Спб., 1895.

видно, что в сущности сожаления об отце у него никакого не было, он сожалел о сделанном убийстве только потому, что оно повлекло целый ряд неприятностей для него лично. Аналогичных примеров можно найти немало среди душевнобольных, у дегенератов, у эпилептиков, иногда у истеричных.

Правда, не у многих нравственная тупость достигает такой чудовищной степени, но все-таки ее приходится наблюдать довольно нередко как почти в виде изолированного симптома, так и еще чаще в сочетании с другими проявлениями душевного расстройства.

Вообще нужно отметить, что *нравственное чувство у многих душевнобольных* значительно *менее обуздывает их влечения*, чем в здоровом состоянии; от этого, например, больные женщины часто ничего не стыдятся, открыто проявляют эротические побуждения.

Некоторые из психиатров, как, например, профессор В. Ф. Чиж, полагают, что падение нравственного чувства является *самым первым проявлением душевной болезни*, но вряд ли это положение может быть доказано, так как есть больные, у которых нравственное чувство долго держится, несмотря на довольно глубокое падение интеллекта.

Соответственно тому, как может встречаться тупость по отношению к одному нравственному чувству, приходится иногда наблюдать также изолированную *тупость* по отношению к некоторым другим *специальным чувствам*. Так, довольно часто замечается расстройство интеллектуального чувства — *неспособность чувством реагировать на логичное и нелогичное*; точно так же бывают часто и между душевнобольными и среди людей, считающихся вообще здоровыми, люди, которые совершенно *лишены чувства изящного* или почти *лишены чувства чистоплотности*.

Иногда тупость распространяется и на *низшие чувства*, например на половое: есть люди, которые совершенно невозбудимы в половом отношении, о чем, впрочем, мы будем еще говорить при изучении аномалий влечений. Эти явления изолированной тупости по отношению к какому-нибудь специальному чувству приходится чаще всего наблюдать у дегенератов и истеричных.

Нужно отметить, что вообще гармония интенсивности различных специальных чувств у душевнобольных резко расстраивается, а в зависимости от этого, конечно, расстраивается и проявление деятельности душевнобольных и их отношение к окружающим лицам. В громадном большинстве случаев является *преобладание чувств низших над чувствами высшими*, вследствие чего нравственный облик личности несколько падает. Больные часто под влиянием болезни становятся чрезвычай-

но эгоистичны, требовательны, несправедливы, нетерпимы, обидчивы, гневливы, иногда злы, лицемерны, лживы, мстительны, иногда тщеславны, расточительны, развратны, бесстыдны, иногда малодушны, трусливы. Эти недостатки в иных случаях проявляются так резко, что только лицу очень опытному видна за непривлекательными сторонами личности больного его действительная (здоровая) симпатичная личность; люди же менее опытные часто относятся к этим сторонам как к проявлениям настоящего характера, как к признакам злой натуры больного; поэтому и сами раздражаются, возмущаются и делают массу бестактностей, вредящих больному.

II. Расстройства, выражающиеся в изменении интенсивности эмоций

1) **Чрезвычайная болезненная интенсивность эмоций (патологические аффекты)**. Как мы уже знаем, эмоции бывают у человека весьма различной степени по своей интенсивности: бывают очень слабые чувствования, бывают чрезмерно сильные. Особенно сильным чувствованиям соответствуют, как известно, те состояния, которые называются аффектами или душевными волнениями. Отношение аффектов к патологии весьма большое.

Мы уже познакомились при изучении элементарных душевных проявлений ненормального человека с тем, что называется аффектом, и знаем, что и у нормального человека состояния, следующие за действием на человека сильного чувства, к восприятию которого его душевная деятельность не была достаточно подготовлена, наступает целый ряд нарушений в строе психической деятельности. Если человек неожиданно испуган, то у него является чувство страха и вслед за этим большее или меньшее расстройство различных сторон душевной деятельности. Так, очень резкое расстройство будет прежде всего *в содержании душевной деятельности и течении представлений.* Большей частью содержание душевной деятельности при аффекте бывает резко сужено; в сознании с особенной рельефностью выступает то чувство, которое вызвало аффект, и вместе с этим прекращается часто доступ к сознанию многим другим впечатлениям. Ход и сочетание идей расстраиваются, что выражается растерянностью, неспособностью сразу овладеть положением, неспособностью ориентироваться. Эти явления, составляющие признаки расстройства собственно психических актов, связываются обыкновенно с рядом сопутствующих *физических явлений.*

Первую группу этих явлений составляют *двигательные явления*: очень часто вслед за появлением чувства, вызвавшего аффект, является или порыв к деятельности, например под

влиянием страха человек поворачивается и бежит, или, наоборот, является чувство крайнего бессилия: ноги подкашиваются, является дрожь, общее бессилие.

Вторую группу сопутствующих явлений составляют явления со стороны *кровообращения, дыхания и отделительной функции*: лицо бледнеет или краснеет, деятельность сердца изменяется, иногда даже до полной остановки; расстраивается дыхание, появляются в некоторых случаях слезы, иногда испарина, непроизвольное выведение мочи. Вслед за этим чаще всего наступает более или менее глубокий упадок сил.

Таковы проявления аффекта. Так как аффекты вызываются различными чувствами, то и проявление аффекта будет различно в зависимости от чувства, его вызвавшего. Так, очень большая разница существует, между прочим, в двигательных последствиях аффекта. В некоторых случаях аффекты вызывают усиленные движения, в других — наоборот. Соответственно этому делят аффекты на *стенические* — возбуждающие и *астенические* — угнетающие. Аффекты стенические — большей частью радостные, астенические — печальные. Есть еще так называемые *смешанные аффекты*, как гнев и т. п. В них смешиваются признаки аффектов, возбуждающих и угнетающих. Так, например, в гневе, с одной стороны, заметно более или менее сильное неприятное чувство — злоба, досада и т. п., но рядом с этим существует повышенное самочувствие, сознание какого-то превосходства над другим лицом, ощущение уменьшения психических тормозов, что и обнаруживается в поверхностности мысли и в несдержанности речи и двигательных актов вообще.

Всякий аффект соединен *с расстройством в сочетании и в течении представлений*, но в громадном большинстве случаев это расстройство в сочетании и течении представлений не выходит из определенных рамок, при которых человек сохраняет все-таки значительную долю самообладания. В таких случаях хотя течение представлений и совершается недостаточно правильно и являются некоторые не совсем правильные поступки, но все-таки главные руководящие мотивы и основные принципы данной личности не теряют вполне своего значения и могут повлиять задерживающим образом на двигательную реакцию.

Но бывают случаи, где самообладание совершенно расстраивается, больной не может владеть своими мыслями и поступками, и является то, что называется *умоисступлением*. Такой аффект, перешедший границы нормы, называется *патологическим аффектом*. Знакомство с явлениями патологического аффекта необхо-

димо для всякого врача как для понимания некоторых явлений, с которыми приходится сталкиваться в обыденной жизни, так и для судебно-медицинской экспертизы, так как во время аффекта нередко люди совершают преступления.

Патологические аффекты проявляются в двух несколько различающихся типах.

При патологических аффектах одного типа с особенной резкостью выступает то сопутствующее расстройство сознания, которое в сравнительно малой степени бывает при аффектах вообще. Сознание при такого рода патологических аффектах всегда бывает *помрачено*, и это *помрачение сознания и составляет условие невменяемости* деяния, совершенного во время аффекта данной категории.

Помрачение сознания при аффектах обнаруживается в различной степени. В некоторых случаях вслед за действием сильного чувства является полная остановка течения представлений, полная остановка мышления. Человек точно окаменеет на месте. Иногда это продолжается довольно долго, но чаще вслед за коротким периодом такой остановки является вновь умственная работа, причем смена представлений чрезвычайно расстроена. Сознание большей частью является заполоненным тем чувством, которое потрясло человека, а другие чувства становятся ему недоступны. В то же время круг идей, в которых вращается смена представлений, делается крайне ограничен. В некоторых случаях при этом является наплыв идей, среди которых человек не в состоянии разобраться; в других — крайняя бедность в сочетании представлений: в сознании не являются соображения самые простые, самые привычные; видя перед собой своего сына, человек не вспоминает, что это сын; видя друга и убивая его, он не вспоминает, что это друг. Люди, нанесшие в состоянии аффекта тяжкое оскорбление своему начальнику, говорили потом, что они во время совершения насилия не могли помнить, что это начальник, иногда даже любимый и уважаемый, и не могли представить тех последствий, какие может влечь их поступок. «Если бы я только мог вспомнить в то время обо всем этом, конечно, я не мог бы сделать того, что я сделал». Но именно это отсутствие самых естественных воспоминаний, самых привычных ассоциаций и составляет характерное свойство помрачения сознания при аффекте.

Слабым примером, могущим уяснить это состояние, могут быть случаи сильного испуга у нервных особ. Очень часто нервные особы под влиянием испуга например вследствие ночного пожара приходят в состояние патологического аффекта: они

иногда без всякой надобности бросаются из 4-го этажа, не соображая, что это — верная смерть, или иногда, вместо того чтобы поскорее спастись, начинают разыскивать совершенно ненужные вещи. Хороший пример аффекта после испуга приводит проф. И. А. Сикорский. Одна дама, сделавшаяся после одного сильного потрясения (падения в воду из лодки) очень раздражительной и легко впадавшая в аффекты, однажды летом, когда вся семья уснула, около полуночи, собираясь спать, вышла в другую комнату и тут только увидела, что на соседней даче пожар. «Она остолбенела от страха, но затем, придя несколько в себя, закрыла ставней окно, чтобы вид огня не испугал детей и мужа, которых она решилась немедленно разбудить и вывести в сад. Закрывши окно, она бросилась в комнату прислуги и разбудила последнюю, потом разбудила мужа: но не могла ничего объяснить ни мужу, ни прислуге и, оставив их, немедленно вернулась в комнату детей, разбудила их и начала наскоро одевать, чтобы тотчас вывести их в сад. Но заметив, что у детей грязные чулки, она бросилась к комоду за чистым бельем и долго не могла найти, что ей нужно, совершенно растерявшись. Прежде чем она успела одеть детей, она несколько раз подбегала к комоду, пока силы не оставили ее. Мысль о том, что она не может вывести всех четырех детей зараз, окончательно помрачила ее сознание. Муж нашел ее держащей двух детей за руки и совершенно неподвижной. Она первая была выведена в сад, но этого обстоятельства она не помнит. Последний же момент, который она помнит — это было чувство страха при мысли, что ей одной невозможно вывести в сад всех четырех детей зараз, поэтому она и остановилась, как ей смутно припоминается, в недоумении. "Я видела, что моими двумя руками я могу держать только две детские руки, для других же детей у меня не оставалось более рук"» — это была последняя мысль угасшего затем на время сознания»[1].

Так как сознание при патологических аффектах большей частью недоступно воспоминанию, недоступно другим чувствам, кроме того, которое овладело душой, недоступно сожалению, недоступно стыду и т. п., то вследствие отсутствия всех корригирующих идей человек совершает под влиянием патологического аффекта деяния, совершенно ему не свойственные.

К этому располагает то, что под влиянием аффекта вообще является ряд движений как проявление психомоторного рефлекса. Эти движения иногда плохо координированы (человек разру-

---

[1] *Сикорский И. А.* О душевных состояниях при аффектах // Сборник сочинений по судебной медицине. 1876. 1, 1. С. 17—18.

шает окружающие предметы, катается по полу, бессмысленно ревет и т. п.), иногда же состоят из ряда координированных сложных актов, которые человек выполняет как машина, как автомат, иногда с поразительною жестокостью.

Характерным свойством патологического аффекта является то, что вслед за бурным проявлением двигательной реакции наступает обыкновенно чрезвычайно резкое истощение психических и физических сил. Иногда это доходит до того, что человек непосредственно после совершенного им деяния засыпает, впадает в сон, продолжающийся несколько часов. В других случаях наступает упадок сил и душевная тупость, неспособность сознавать отчетливо, что совершено, равнодушие, безучастие, принимаемое нередко за признак закоренелости преступника. Обыкновенно только через несколько часов, а иногда даже и дней, способность к нормальным душевным отправлениям восстанавливается, и человек начинает сознавать, что он совершил, и у него является более или менее глубокое раскаяние. Часто память при этом глубоко страдает; у человека остаются пробелы в воспоминании именно относительно совершенного им деяния.

Такого рода патологические аффекты бывают у лиц невропатических, неустойчивых при действии на них чрезвычайно сильных впечатлений. Иной раз можно заметить, что неустойчивость человека проявлялась и ранее, и особенно в предшествующие аффекту дни человек представлялся несколько странным, озабоченным, растерянным; иногда этого предшествующего периода нет, аффект является совершенно неожиданно, и только само проявление его подходит под термин «умоисступления» и ставит человека в положение невменяемости.

Вот пример патологического аффекта, взятый у Крафт-Эбинга: «24 февраля 1863 г. в 9 часов утра 35-летняя замужняя женщина Л. была найдена стоящей в реке. На руках у Л. была ее маленькая дочь, закутанная в платок и громко плакавшая. Собравшиеся на берегу люди, опасаясь, что Л. будет унесена течением, кричали ей, чтобы она поскорее уходила из воды, но она только повторяла: «мой муж, мой муж!» — и не двигалась с места. Начали спускаться в воду за ней, — тогда она воскликнула: «не мешайте мне умереть, мой муж и свекор измучили меня, нет больше моих сил терпеть эту муку!» Когда несчастную женщину вывели наконец из воды на берег, она стала умолять, чтобы взяли от нее ребенка и спасли его. Ребенок оказался мертвым, захлебнувшимся в воде. Только в этот момент Л., по-видимому, пришла в себя и залилась горькими слезами о погибшей дочери. Грубое обращение мужа и свекра, которые оба были пьяницы, довело Л. до отчаянного решения утопиться вместе с ребенком. С этим намерением она и ушла из дому. Это

она помнила, но о том, как была спасена от смерти, у нее не сохранилось никакого воспоминания.

Было доказано, что за 9 месяцев перед этим муж Л. нанес ей тяжкие побои с повреждением черепа. С тех пор Л. часто жаловалась на головные боли, и нередко ее видали грустной, сидевшей в глубокой задумчивости с бесцельно устремленным взглядом. После деяния у нее замечены молчаливая покорность судьбе, почти апатическое состояние и отсутствие глубокого раскаяния в причинении смерти ребенку. На вопрос о виновности Л. присяжные ответили отрицательно»[1].

Конечно, такого рода аффекты, которые вызывают за собой покушения на самоубийство и убийство или другие деяния, составляющие предмет экспертизы, нечасты; зато аффекты с более мелкими последствиями, но также патологического свойства, бывают нередко, и каждому практикующему врачу приходится с ними иметь дело, живя среди людей с такой степенью неустойчивости нервной системы, которая наблюдается в наш «нервный век».

Другого типа патологические аффекты характеризуются не столько *помрачением* сознания, сколько *таким изменением личности, при котором уменьшается влияние высших задержек* так, что человек, поддавшийся такого рода аффекту, совершенно теряет способность руководиться теми высшими интересами и побуждениями, вытекающими из привязанности, нравственных правил, долга, религиозных убеждений и логики, какими он руководствуется в обычной своей жизни, и, напротив, становится орудием низших побуждений. В этих случаях на первый план выступает происшедшее под влиянием аффекта *нарушение гармонического равновесия личности.*

Состояния такого типа бывают чаще всего у лиц вообще неуравновешенных, неустойчивых, представлявших и до проявления аффекта болезненные уклонения от нормального строя душевной жизни. Ненормальности эти при обычных условиях сдерживаются силой высших центров и не проявляются с такой резкостью, чтобы деяния человека выходили чрезмерно из круга деяний, свойственных людям, психически здоровым. Но под влиянием аффекта, иногда и не чрезмерно сильного, у такого рода людей сдерживающее влияние их высших центров нарушается, и все болезненные свойства их личности выступают с чрезвычайной резкостью и проявляются в поступках, нередко поражающих своей дикостью и несоответствием с поступками и свойствами данного лица, каким мы его знаем в состоянии относительного равновесия.

---

[1] *Крафт-Эбинг Р.* Судебная психопатология / Пер. с нем. А. Черемшанского. Спб, 1895. С. 501.

Появлением аффектов *необыкновенной* силы или с резко выраженным *болезненным характером* не ограничивается отношение аффектов к патологии. Иногда болезненное состояние проявляется в том, что аффекты, хотя и не выходящие из нормальных границ по своей степени, проявляются *необыкновенно часто.* Так это бывает у людей впечатлительных, нервных, неспособных владеть собой, у вспыльчивых и у алкоголиков, при начале прогрессивного паралича и многих других формах.

Особенно благоприятную для появления аффектов почву составляют *душевные болезни, соединенные с расстройством душевного настроения.* Но тут почти всегда аффект соответствует по своему характеру — характеру настроения. Так, при печальном настроении очень часто бывают аффекты тоски, страха, при веселом — эффекты восторга и т. д.

С особенным вниманием должны мы остановиться на аффектах неприятного, мучительного свойства, так как с ними очень часто приходится считаться у душевнобольных. Эти аффекты обусловливаются печальным чувством — горем, отчаянием и т. п. Иногда они являются под влиянием внешних впечатлений или тяжелых воспоминаний, иногда же совершенно самобытно, как *невралгия, как самостоятельная душевная боль*, о которой мы будем говорить при изложении качественных расстройств душевного чувства. Под влиянием такого рода душевной боли взрывы аффекта, вызываемые подчас совершенно неожиданно, сопровождаются дикими проявлениями отчаяния со стремлением к разрушению, нанесению себе тяжких повреждений и к самоубийству; они носят название *raptus melancholicus.*

2) **Уменьшенная интенсивность эмоций**. Болезненная апатия. Если у душевнобольных приходится часто наблюдать наклонность к появлению эмоций в чрезмерной степени, то точно так же весьма нередко приходится наблюдать случаи, в которых сильных эмоций совсем не развивается; в этих случаях мы говорим, что больные апатичны, а состояние их называем *болезненным равнодушием* или *апатией.* Апатия наблюдается при всех упомянутых выше случаях, в которых вообще душевная чувствительность понижена, следовательно, при состояниях ступора и некоторых формах глубокого слабоумия. Но иногда мы можем встретить больных, у которых нет потери душевной чувствительности, но все-таки существует апатия. В этих случаях мы наблюдаем, что окружающие события и воспоминания вызывают в больном и огорчение, и радость, и досаду, словом, сопровождаются реакцией душевного чувства, но интенсивность эмоциональных движений весьма невелика. То, что у нормального человека

произвело бы сильное горе или вызвало бы глубокое чувство восхищения, радости, у таких людей вызывает лишь намек на соответствующие состояния, вследствие чего они являются безучастными среди обстоятельств, сильно волнующих людей другой категории. Такое состояние бывает или тогда, когда у больного внимание почти исключительно поглощено какими-нибудь одними мыслями, например, у некоторых больных, занимающихся всецело своими бредовыми идеями, или тогда, когда энергия душевной жизни данного больного невелика. Последнее мы замечаем при различных состояниях слабоумия, истощения мозговой деятельности, а также у некоторых из лиц, принадлежащих к категории вырождающихся (дегенератов).

Состояние апатии мы узнаем главным образом по отсутствию у больного тех двигательных проявлений, которыми выражаются сильные эмоции (изменения мимики, вазомоторные проявления, поступки). Однако нужно всегда помнить, что, руководствуясь только одними этими признаками, можно легко впасть в обман и счесть за апатичного такого больного, у которого есть глубокий аффект; так, есть больные, у которых внешнее проявление чрезвычайно заторможено, а между тем у них возникают глубокие эмоции, иногда разражающиеся вдруг совершенно неожиданно резкими, бурными взрывами двигательной реакции в крайне опасной форме как для самих больных, так и для окружающих.

б) Качественные расстройства в сфере чувств

Как было сказано выше, сюда относятся те расстройства, которые выражаются в болезненном преобладании того или другого чувственного тона: в одних случаях преобладание *приятного чувства*, в других, наоборот, *неприятного*. Из нашего психологического очерка уже стало известно, что и в нормальном состоянии иной раз мы более способны испытывать приятные чувствования, иной раз — неприятные. Это зависит, как было сказано, от состояния нашего самочувствия и от настроения, в котором мы находимся. У душевнобольных влияния состояния самочувствия и настроения выражаются чрезвычайно резко, а потому первые две группы качественных расстройств в душевной чувствительности будут составлять расстройства в самочувствии и в настроении.

1) **Изменения самочувствия**. Самочувствие человека, как известно, находится в большой зависимости от тех ощущений, которые он получает от своих внутренних органов. Мы знаем, что в нормальном состоянии человек испытывает от своих внутренних органов ощущения, хотя очень не интенсивные, но

достаточные для того, чтобы у него являлось ощущение своего физического благосостояния или *нормальное самочувствие.* В болезненных состояниях ощущения эти могут изменяться и качественно и количественно, и в зависимости от этого будет изменяться и самочувствие. Вместо присущего нормальному самочувствию приятного тона оно может сопровождаться неприятным тоном в большей или меньшей степени; тогда будет ощущение немощности, слабости, болезненности — словом, *болезненно пониженное* самочувствие. Такого рода самочувствие бывает и при физическом нездоровье, когда болезненное состояние внутренних органов вызывает неприятные ощущения в них; но иногда оно бывает и без всякого соответствия с физическим состоянием внутренних органов, а лишь в связи с изменением восприимчивости в нервной системе, как, например, при депрессивных формах неврастении, при ипохондрии и некоторых меланхолических состояниях. В других случаях, наоборот, тон самочувствия будет слишком приятный; больной будет испытывать в себе необыкновенную силу и мощь, это будет *болезненно повышенное* самочувствие. Это бывает при мании и вообще при маниакальных состояниях. Иной раз действительное состояние физического здоровья далеко не соответствует тому возвышенному самочувствию, которое испытывает больной.

В большинстве случаев повышенное самочувствие вызывает и повышенное настроение, а, наоборот, пониженное самочувствие вызывает настроение подавленное.

2) **Расстройства в настроении**. Как я уже сказал, настроение человека определяется частью его самочувствием, частью внешними явлениями. Если человек окружен впечатлениями приятными, то он должен испытывать радостное настроение, если печальными — неприятное. В нормальных условиях настроение более или менее соответствует обстоятельствам, среди которых находится человек. В болезненном же состоянии часто является несоответствие, вследствие чего, например, неприятное настроение может быть и у человека, окруженного всеми благами жизни.

Изменения в настроении духа, встречающиеся у душевнобольных, бывают главным образом двух родов: или является *болезненно подавленное, печальное настроение, или болезненно повышенное, приятное настроение.*

Болезненно подавленное (депрессивное) настроение, или душевное угнетение (Dysthymia), наблюдается с особенной резкостью при меланхолии и вообще при меланхолических состояниях. В этом состоянии больной находится всецело под

давлением тяжелого чувства. Он испытывает душевное страдание, грусть, тоску, отчаяние. Все ему кажется мрачным, и сам он дурен, и все окружающее говорит ему только о печали, о несчастии. В прошедшем он видит свои проступки, свои грехи, в будущем — все безотрадно и для него и для его близких. Он сам — недостойный, отверженный человек; его жена, его дети погибли из-за него. Все то, что в другое время могло доставить удовольствие, теперь вызывает грусть (так называемая *психическая гипералгезия*, о которой мы будем говорить ниже); радость других людей ему кажется неестественной, притворной; часто больные в таком состоянии говорят, что они не могут и понять, как могут люди радоваться; к своим прошедшим радостям они относятся как к грустным печальным заблуждениям.

Степень такого изменения настроения весьма различна. Иной раз это бывает в форме *небольшой тоскливости*, в других случаях изменение настроения доходит до величайшего отчаяния, до степени настоящей *душевной боли* (*neuralgia psychica*), которой больной не в состоянии выдержать и, чтобы избавиться от нее, решается на самоубийство. О состоянии, бывающем при душевной боли, мы, впрочем, будем говорить подробнее, когда будет речь об аффектах, являющихся на почве депрессивного настроения.

Соответственно болезненно-печальному настроению бывает и болезненно-веселое настроение, **повышенное, экспансивное (Hyperthymia)**. Это состояние характеризуется тем, что у больного без достаточных внешних условий, иногда даже вопреки им, является очень веселое, радостное чувство довольства всем — и собой и окружающими. Больному вспоминаются только радостные вещи; окружающее представляется ему в розовом цвете. Иногда больной находится в состоянии всеблаженства (эйфория). В таком состоянии он испытывает радость от ничтожнейших впечатлений, которые не вызывают у здорового никакого чувства; больного же они приводят в постоянное восторженное состояние, в состояние необыкновенного блаженства: он не находит слов, как выразить свой восторг; его комната превосходна, воздух — великолепен, окружающие люди необыкновенно хороши, он сам на верху блаженства, он чувствует в себе столько сил, столько талантов, что и высказать нельзя; словом, он счастливейший человек среди всего прекрасного в этом лучшем из миров. Такое состояние бывает при некоторых формах мании и маниакальных состояниях прогрессивного паралича.

Кроме депрессивного и экспансивного настроения у душевнобольных нередко можно наблюдать *смешанное настроение*. Сюда относится настроение *гневное, капризное*. Настроение

гневное выражается в сочетании возвышенного самочувствия или возвышенного представления о себе с наклонностью к раздражению, к испытыванию неприятных ощущений вследствие неудовлетворения желаний, иногда самых неисполнимых. Капризное настроение обусловливается большей частью изменчивостью и неустойчивостью приятного и неприятного настроения и несоответствием самочувствия и оценки отношений к себе окружающих.

Основой болезненно расстроенного настроения является, конечно, то, что настроение вызывается не психологическим путем, а *чисто органическим*. Для объяснения этого в настоящее время пользуются *теорией Мейнерта*, по которой чувство удовольствия обусловливается *богатством кислорода* в нервных элементах мозговой коры, а, наоборот, неприятное чувство — *недостаточностью кислорода*.

Если кора полушарий будет бедна кислородом, то, вследствие того что кислород необходим для деятельности нервных элементов, является ослабление проводимости возбуждения среди элементов коры — заторможение деятельности, застой в душевных процессах, что и вызывает неприятное чувство. Наоборот, при богатстве кислородом элементы коры работают живее и быстрее, возбуждение по элементам коры идет легче, и это облегчение воспринимается сознанием в форме приятного чувства. Этим объясняется, почему при неприятном (депрессивном) настроении мышление затруднено, представления сменяют друг друга медленно, речь и движения медленны, тогда как при настроении экспансивном бывает совершенно наоборот: быстрая смена мыслей, большое количество движений — таких, как смех, танцы и т. п.

Чем же обусловливается бедность или богатство кислородом коры полушарий? По мнению Мейнерта, это обусловливается прежде всего достаточным или недостаточным притоком артериальной крови к элементам коры. Мейнерт указывает, что в организации головного мозга существует очень целесообразная система регулирования кровообращения, т. е. притока крови к тем или другим отделам коры, смотря по надобности. При болезненных условиях правильность регулирования расстраивается, вследствие чего и является или бедность кислородом отдельных участков мозговой коры, или, наоборот, чрезмерное богатство им. Соответственно этому в первом случае будет болезненно-депрессивное, а во втором — болезненно-экспансивное душевное настроение.

Нужно, впрочем, заметить, что теория Мейнерта, хотя обработанная им очень подробно, далеко не может считаться доказанной.

К явлениям, относящимся к расстройствам в настроении, принадлежит также *болезненная изменчивость* (*неустойчивость*) *настроения.*

Есть целый ряд больных, у которых одно и то же болезненное настроение держится долгое время очень прочно. Особенно это бывает при печальном настроении меланхоликов; обыкновенно проходят месяцы и даже годы, а настроение все остается печальным. Сравнительно реже бывает такая продолжительная устойчивость по отношению к веселому настроению, но и у маниакальных больных приходится ее наблюдать иногда в течение нескольких недель и месяцев подряд.

С другой стороны, бывают обратные случаи, в которых настроение отличается чрезвычайной неустойчивостью: не только оно колеблется по дням — сегодня настроение печальное, а завтра оно веселое, — но и в течение дня множество колебаний: больной весел, доволен — и вдруг все изменяется, является недовольство, печаль, раздражение. Особенно часто это бывает при истерии, но также вообще у лиц неуравновешенных (дегенератов), алкоголиков, неврастеников. Иногда оно бывает и при тех формах помешательства, при которых бредовые идеи являются вдруг, совершенно неожиданно захватывая внимание больного; в таких случаях нередко можно видеть, как больной, до этого веселый, общительный, разговорчивый, вдруг меняется в лице, становится задумчив, злобен, уединяется.

3) К качественным расстройствам в сфере чувств относятся также особые состояния, выражающиеся *в чрезмерном увеличении или ослаблении неприятного и приятного чувственного тона.*

а) *Со стороны неприятного чувственного тона мы имеем психическую гипералгезию и мучительное притупление душевной чувствительности.* Оба эти состояния развиваются очень часто на почве печального настроения.

Первое из этих состояний, **психическая гипералгезия (Hyperalgesia psychica)**, аналогично телесной гипералгезии. Подобно тому как в телесной области мы говорим об усилении болевой чувствительности, о hyperalgesia, можно также говорить *об усилении болевой чувствительности и в сфере душевного чувства (Hyperalgesia psychica)*; при этом больной воспринимает все впечатления как болевые. Те впечатления, которые в нормальном состоянии вызывали даже приятное чувство, при этом состоянии начинают вызывать болевое чувство. Так бывает,

например, у меланхоликов, у которых все воспоминания сопровождаются душевной болью: вспомнит меланхолик о жене, детях, и ему вместо радости — горе. Оттого таким больным часто вредно не только жить среди своей обстановки, а даже и видеться во время лечения со своими родными.

Второе состояние, **мучительное притупление душевной чувствительности**, аналогично тому, что в сфере физической чувствительности называется *психической парестезией*, или *дизестезией*. Как при некоторых расстройствах нервных стволов и спинного мозга бывает крайне неприятное чувство онемения, соединенное с мучительной болью в той или другой области тела, так и у душевнобольных бывают своеобразные тягостные душевные состояния, при которых в одно и то же время чувствуется, с одной стороны, какое-то притупление чувствительности, а с другой — ужасная мука. При этом состоянии, известном также под названием *anaesthesia dolorosa psychica*, больные чувствуют, по их словам, как бы онемение всего их существа, неспособность ничего чувствовать, неспособность испытывать не только чувства любви, радости, но даже и горе, печаль: «я, — говорит больной, — точно дерево или каменное чудовище». Это ощущение так мучительно, что нередко больные решаются из-за него на самоубийство.

Вот как описал один больной в письме к знаменитому французскому психиатру Эскиролю это мучительное состояние:

«Я все еще постоянно страдаю и не свободен от болезни ни на минуту, не имею никакого человеческого ощущения; окруженный всем, что делает жизнь счастливой и приятной, я не имею способности наслаждаться и ощущать: и то, и другое сделалось для меня физически невозможным. Во всем — в самых нежных ласках моих детей я нахожу только горечь; я покрываю их поцелуями, но между ними и моими губами есть всегда что-то, и это ужасное что-то находится постоянно между мной и всеми наслаждениями жизни. Мое существование неполно: отправления, акты обыкновенной жизни остались у меня, но в каждом из них недостает чего-то и именно ощущения, принадлежащего ему, и радости, следующей за ним. Каждое мое чувство, каждая часть самого меня как будто отделена от меня и не может доставлять мне ощущений; эта невозможность зависит, по-видимому, от пустоты, которую я чувствую спереди в голове, и от уменьшения ощущений на поверхности всего тела, потому что мне кажется, что я никогда не достигаю вполне предмета, который я трогаю... я чувствую на коже изменение температуры, но внутреннего ощущения воздуха при дыхании у меня нет более... Глаза мои видят, ум мой воспри-

нимает, но ощущения того, что я вижу, у меня совершенно нет...».

Из этого описания, выраженного, впрочем, еще не так мучительно, как бывает оно в некоторых других случаях, видно, что рядом с изменением психической чувствительности, существует своеобразное изменение и физической чувствительности в области ощущений, связанных с процессом восприятия и сознания, своеобразная парестезия общего чувства.

б) *Со стороны приятного чувственного тона* мы также имеем в некоторых случаях увеличение, в других — уменьшение его. Первое состояние носит название гипередонии, второе — гифедонии. **Гифедония (Hyphedonia)**, т. е. *ослабление или полное уничтожение приятного чувственного тона*, бывает иногда общая и выражается в том, что больной решительно не может испытывать приятных чувствований. Это особенно часто бывает у меланхоликов, для которых часто приятные чувствования кажутся чем-то невозможным. Часто бывает также понижение приятного чувственного тона в области одного какого-нибудь чувства; так, особенно часто это наблюдается относительно *полового чувства* и выражается в полном отсутствии сладострастия или в отсутствии удовлетворения при половых сношениях. Это бывает у истеричных, неврастеников и многих больных с органическими расстройствами нервной системы. Иногда ослабление приятного чувства бывает и в области *чувства голода (anorexia)* и в отсутствии удовлетворения от приема пищи.

Гипередония выражается *в увеличении приятного чувства.* Она бывает в некоторых формах экспансивного настроения, когда все мало-мальски приятное кажется необыкновенно хорошим, вызывает необыкновенное чувство удовольствия. *Частичная гипередония* бывает также в области отдельных чувствований, почти исключительно, впрочем, в области *полового чувства* и выражается в усиленном сладострастии и в том, что непосредственно после полового удовлетворения половое чувство возбуждается вновь и иногда еще в большей степени.

4) Как было выше сказано, при состояниях, соединенных с расстройством настроения, является особенно *благоприятная почва для появления аффектов.* Аффект в этих случаях по своему характеру соответствует чувственному тону настроения; при печальном настроении бывают аффекты отчаяния, ужаса; при веселом — аффекты восторга, восхищения.

С аффектами мучительного свойства очень часто приходится встречаться у душевнобольных, и мы должны остановиться на них с особенным вниманием, потому что они нередко ведут к

чрезвычайно важным последствиям — самоубийству, самоувечью и обязывают врача к самому внимательному наблюдению за больным.

Аффекты мучительного свойства связаны всегда с печальным чувством душевного страдания. Они являются или под влиянием внешних впечатлений, иногда и сравнительно незначительных, но падающих на подготовленную почву, или под влиянием тяжелых воспоминаний, или совершенно самобытно, как физическая невралгия, почему и носят название **психической невралгии (Neuralgia psychica), самостоятельной душевной боли**.

Самый частый вид, в котором проявляются эти аффекты, есть *тоска*. Проявления аффекта тоски в психической сфере состоят, во-первых, в крайней односторонности мышления; кроме того что окрашено в крайне мрачный, печальный цвет, ничто не входит в сознание; человеку до очевидности ясно, что ему нет выхода, предстоит одна гибель; никакие соображения противоположные недоступны больному, никакие чувства приятные не могут корригировать делаемый вывод. Одни только представления мрачные с поразительной настойчивостью преследуют сознание.

Рядом с этим существуют и физические явления: во-первых, чувствуется боль в предсердии — так называемая *anxietas praecordialis*; грудь точно в тисках, какое-то необыкновенно мучительное сосание в подложечной области или ощущение чего-то болезненно ноющего, какого-то постороннего тела, которое хотелось бы вырвать из груди. В то же время дыхание затруднено, является наклонность к порывистым вздохам, что выражается в причитаниях, стонах. Нередко при этом бывает потребность к разрушительным действиям — человек рвет волосы, разрывает платье, иногда стремится лишить себя жизни с едва преодолимой силой. Иногда такой приступ тоски является неожиданно, вдруг, быстро достигает чрезвычайной силы; в таком случае он называется *raptus melancholicus*. Подобные приступы нередки у меланхоликов. Но у них же, а также и при других формах болезни могут быть приступы других аффектов, например аффекта страха, ужаса и мучительного недоумения.

Аффект ужаса и страха является тоже на почве депрессивного настроения, особенно при меланхолии и меланхолическом состоянии. Но этот аффект приходится нередко наблюдать у душевнобольных и помимо меланхолии. Так, он встречается у больных с расстройством сознания, особенно в начале той формы, которую Мейнерт описал под названием Amentia и которую называют также острым бессмыслием или галлюцинаторным помешательством.

При этом очень часто под влиянием неспособности ориентироваться в окружающих явлениях больной всего пугается, от всего отстраняется. Страх при этом достигает иногда крайней степени, является *панфобия*: больному все кажется совершенно неожиданным, крайне неясным, странным, грозящим опасностью, вследствие чего он не находит себе места, мечется в ужасе по комнате, выбрасывается из окна, убегает из дома...

В высокой степени мучительный аффект *недоумения* тоже очень часто встречается при депрессивных формах остро развивающегося бессмыслия и вообще при формах, соединенных со спутанностью сознания. Иногда больные страшно страдают от непонимания своего состояния, от невозможности отдать отчет и в окружающем, а главное — в своих собственных ощущениях. «Что это такое? Что это такое?.. Я не понимаю... Я ничего не понимаю... Это не то, что вы говорите... Нет, нет... Я не могу понять...» — твердят такие больные беспрерывно. Мне думается, что в этих случаях мы имеем резко выраженное изменение самочувствия вследствие *глубокого расстройства интеллектуального чувства* — чувства, которое при своем удовлетворении дает удовольствие от ясного сознания правильности выводов и последовательности мышления. Аффект этот бывает почти всегда соединен с нарушением правильности хода мыслей. Правда, иногда аффективное состояние недоумения кажется более выраженным, чем действительное расстройство понимания; больной в действительности (как ясно видно из его слов и действий) гораздо правильнее понимает окружающее и свое состояние, чем можно думать по его постоянным жалобам на непонимание; в этих случаях, по всей вероятности, несоответствие в ощущении расстройства мышления с действительным состоянием его обусловливается своеобразной иллюзией общего чувства, именно по отношению к ощущениям, сопровождающим процессы мышления и в нормальном состоянии имеющим приятный чувственный тон при правильном ходе мышления. Здесь же даже и правильное мышление может сопровождаться неприятным чувственным тоном, т. е. интеллектуальным чувствованием неприятным, тягостным.

Из других аффектов имеют довольно большое значение *аффекты гнева*. У некоторых больных — маниакальных, галлюцинантов, параличных, алкоголиков — они иногда достигают очень большой степени и вызывают проявления дикого насилия, против которых нужно принимать большие меры предосторожности. Они бывают и на почве печального настроения, и на почве настроения экспансивного.

Кроме аффектов гнева на почве *экспансивного настроения* бывают *аффекты восторга и восхищения.* Они являются у больных маниакальных, а также у страдающих некоторыми формами помешательства и большей частью находятся в сочетании с религиозной экзальтацией или бредовыми идеями и галлюцинациями религиозного или эротического содержания. В очень сильной степени эти аффекты вызывают состояние *экстаза*, при котором вместе с чувством восхищения существует напряжение сознания в одну сторону, часто с полной невосприимчивостью к впечатлениям из окружающей действительности, остановкой мышления.

Иногда описанные аффекты являются у душевнобольных эпизодически. В других же случаях состояние аффекта затягивается надолго — является *длительное аффективное состояние.*

Длительные аффективные состояния носят различный характер, смотря по тому, какое чувство лежит в основе аффектов. Так, есть длительное тоскливое состояние, есть состояние длительного мучительного недоумения или страха, ужаса, есть состояние длительного восторга, длительного гнева. При этих состояниях замечаются те же явления, которые замечаются при аффектах недлительных, т. е. тот же эффект на сознание, такие же проявления в двигательной сфере, только все это длится не часы, а недели и месяцы. Понятное дело, что в течение всего этого времени степень аффекта не всегда бывает одинакова: бывают временные понижения и временные экзацербации.

Присутствие аффективного состояния в той или другой степени и форме чрезвычайно характерно для диагностики отдельных видов душевных расстройств. Поэтому при исследовании душевнобольных на него должно быть обращено большое внимание.

5) К качественным расстройствам в эмоциональной сфере нужно отнести также замечающиеся у нервных субъектов, а также и у некоторых душевнобольных, особенно у дегенератов, *психические идиосинкразии*, т. е. появление крайне неприятного чувства, называемого какими-нибудь определенными предметами и явлениями. Так, некоторые испытывают невыносимое чувство при виде пауков, тараканов, мышей, другие не могут слышать какого-нибудь слова, у некоторых бывает чрезмерный страх ходить по площадям (агорафобия); у других является страх, что они упадут с высоты; у третьих — боязнь *умереть* среди толпы или, если они останутся одни, вообще чрезмерный *страх смерти*, боязнь темноты; у четвертых — крайне неприятное ощущение, когда им кажется, что они обращают на себя внимание. Об этих явлениях мы отчасти уже говорили, когда

говорили о навязчивых идеях. Такого рода явления, в которых характерным симптомом является присоединение аффекта (иногда) непобедимого страха к предметам и положениям, вообще не долженствующим вызывать боязни, называются явлениями *патологического страха, фобиями.*

4. Расстройства в сфере воли

Мы уже говорили, что активная сторона душевной жизни проявляется частью *в движениях, т. е. поступках и речи*, частью в *направлении внимания.* Проявления первого рода составляют проявление *внешней деятельности*; проявление второго рода — *внутренней деятельности.* Проявления как первого, так и второго рода относятся к сфере воли.

Но сфера воли обнимает не только способы проявления душевной деятельности, но и *мотивы* ее проявления. Основанием всех внешних проявлений душевной жизни служит то, что наши мысли и чувства имеют роковую тенденцию выражаться наружу, вызывать движения, чтобы этим *завершить рефлекторный акт.* Мысли и чувства рождают стремления; стремления переходят в двигательные акты или в акты внимания. Оказывается, однако, что не все мысли и чувства непосредственно переходят в акты; иногда проявление их *задерживается.* Способность задерживать проявления стремлений, присущая человеку, обусловливается тем, что нередко отдельные стремления влекут к взаимно противоположным действиям, вследствие чего внешнего проявления временно не происходит.

Анализируя явления, относящиеся к сфере сознательной воли у человека, мы замечаем, что стремления человека иногда могут чувствоваться им как побуждения, влекущие его к тому или другому *помимо его сознательного одобрения*, иногда же как результаты *сознательного выбора или одобрения.* В первом случае стремления называются просто «*влечениями*», во втором они обращаются в то, что называется «*хотениями*».

Влечения суть сознательные *побуждения*, обусловленные различными чувствами, переживаемыми человеком в ту или другую минуту. Хотение есть сознательное *решение* последовать тому или другому побуждению. Это сознательное решение обусловливается тем, что в каждом человеке есть запас стремлений, свойственных именно *ему*, составляющих характерную особенность *его* личности. Эти стремления составляются из привычек данного человека, преобладающих в нем чувствований, побуждений, обусловленных привязанностями, инстинктивными стремлениями, наиболее сильными в данном лице, рассудитель-

ностью, сознанием долга, религиозными убеждениями и миросозерцанием. Все они вместе составляют более или менее большую силу стремлений, контролирующих такие влечения, которые обязаны своим происхождением впечатлениям данной минуты. Они или попускают эти влечения, или задерживают их проявление; они обусловливают собой то, что называется *мотивами* того или другого действия.

В патологических состояниях расстройства, относящиеся к сфере воли, могут касаться различных сторон ее. Так, могут быть: 1) болезненные расстройства *в мотивах действий*, 2) расстройства во *влечениях* и *хотениях* и, наконец, 3) расстройства в *двигательных актах*. Из них вторая группа, т. е. расстройства влечений и хотений, будет разделяться на: а) такие, в которых проявляется *усиление* влечений или хотений; б) такие, в которых проявляется их *ослабление*, и в) в которых проявляется их *извращение*. В свою очередь третья группа, т. е. расстройства в двигательных актах, разделяется на: а) расстройства внутренней волевой деятельности, иначе — расстройства *внимания* и б) расстройства внешних актов, т. е. *движений*.

Мы начнем с расстройства в мотивах действий.

1. **Расстройства в мотивах действий**. Анализируя мотивы действий различных людей, мы находим, что они весьма различны. Самые простые мотивы суть мотивы непосредственного удовольствия и неудовольствия: под влиянием их человек стремится к тому, что ему приятно, и отстраняет то, что неприятно. При этом более низкую степень будет составлять непосредственное стремление исполнения того, что приятно только самому себе, а другую, более высокую — непосредственное стремление доставить приятное или удалить неприятное от других, стремление, обусловливаемое тем, что называется сочувствием, любовью. Это есть самая простая мотивация поступков; ее мы наблюдаем и у детей, даже в ранние годы жизни. Но и в наиболее низкой степени мотивации поступков мы можем различать отдельные ступени: так, если побуждения эгоистические сводятся только к удовлетворению низших потребностей человека, чисто животных сторон его жизни, то они будут стоять значительно ниже, чем побуждения, вытекающие из стремлений интеллектуальных, например, из пытливости и любознательности (любопытства).

Итак, первую, наиболее низкую группу мотивов составляют побуждения, вытекающие из непосредственного стремления к достижению того, что приятно самому себе и что удовлетворяет животным инстинктам человека.

Вторую группу составляют побуждения, хотя тоже вытекающие из непосредственного стремления к тому, что приятно самому себе, но вытекающие из примитивных интеллектуальных стремлений — пытливости, любознательности, развлечения (игры, занятия и пр.), подражательности, стремления к красивому.

Третью группу составляют побуждения, вытекающие из непосредственного стремления доставить приятное другим или удалить от них неприятное (сочувствие, любовь).

Четвертую группу составляет более сложный ряд мотивов — мотивов пользы и вреда (себе или другим людям) от данного поступка. Для того чтобы явились они, нужна уже гораздо более развитая психическая жизнь, большая степень рассудочной деятельности. Но эти утилитарные мотивы далеко не составляют вершины руководящих поступками людей побуждений, особенно если человек руководствуется только стремлением к пользе для самого себя.

Значительно выше их стоит пятая группа мотивов — мотивы обязанности, долга, которыми обусловливаются поступки нравственно развитых существ. Нельзя, однако, сказать, чтобы и мотивы долга составляли высшую степень побуждений. Мы видим нередко, что увлекающиеся люди под влиянием возмущения тем, что кажется им несправедливостью, сами своими поступками нарушают высшую справедливость; сознавая себя обязанными выступить в защиту того, кто кажется им невинным страдальцем, они не соразмеряют своих действий с общим строем жизни и потому своими действиями наносят часто непоправимый вред и себе, и другим, и тому делу, которому они, кажется, служат. Дон Кихот, весь проникнутый чувством долга и руководимый в своих действиях лишь сознанием своих высоких обязанностей быть защитником угнетенных, хотя и симпатичен и дорог нам, но вызывает досаду и горькое сожаление о том, что он не имеет разумного понимания действительности.

Поэтому высшую группу мотивов будут составлять те, которые обусловливаются побуждениями не только непосредственного удовлетворения душевных интересов (притом не для себя лично, но и для других), не только правильным рассуждением о пользе и вреде поступков и не только непосредственным чувством долга и обязанности, но и разумом и сознанием теснейшей связи всех явлений и своего личного «*я*» со всем строем жизни, стремлением быть в полной гармонии с высшими идеалами разума, любви, труда, самопожертвования и мудрого подчинения всех своих побуждений, даже и таких, которые кажутся происхо-

дящими из бескорыстных источников, высшему идеалу — соединению добра, разума, любви и энергии.

Из этих 6 категорий мотивов слагаются все мотивы действий человека путем комбинации их в разнообразнейших формах.

Взаимное отношение влияния этих 6 категорий мотивов весьма различно у различных людей; у одних преобладают мотивы непосредственно эгоистического удовольствия и неудовольствия, у других — пользы, у третьих — сочувствия, у четвертых — чувства долга, наконец, у пятых — высшие мотивы «разума».

Переходим к *патологическим расстройствам* в мотивах действий.

Так как наличность и преобладание мотивов той или другой категории у человека обусловливается как умственным, так и нравственным развитием человека, содержанием и свойством его интеллектуальной и эмоциональной жизни — совокупностью его влечений и способностью направлять их в ту или другую сторону, то мотивы действий человека определяют проявления того, что мы называем его *личностью.*

А так как душевные болезни суть болезни личности, то естественно, что при душевных болезнях всегда изменяется взаимное соотношение мотивов действий. Изменение мотивов действий встречается настолько часто при душевных заболеваниях, что перечислить различные виды их нет возможности: они так же разнообразны, как разнообразны формы болезней. Здесь мы можем сказать об этих изменениях лишь в общих чертах.

Так, очень часто при душевных болезнях происходит резкое *изменение в качестве преобладающих мотивов.* В громадном большинстве случаев при душевных болезнях мотивы непосредственного удовольствия и неудовольствия преобладают над всеми другими. Это особенно резко мы замечаем у маниаков, которым хочется все то, что им приятно, и которые гневаются, если тотчас же не исполнить их желаний; также у слабоумных и других.

Преобладание *мотивов непосредственного удовольствия и неудовольствия* в действиях человека составляет иногда первое проявление болезни человека. Так, в некоторых случаях прогрессивного паралича помешанных болезнь обнаруживается именно тем, что человек, известный за деликатного, скромного, начинает не обращать внимания на интересы и желания других, говорит вещи, о которых в обществе не говорят, или, придя в гости, потихоньку прячет в свой карман понравившуюся ему чужую вещь.

Впрочем, в большинстве случаев изменения в мотивах действий суть выражения не прямого расстройства в волевой сфере, а суть проявления расстройств в сфере чувств и интеллекта так, например, само собой понятно, что если под влиянием галлюцинаций и бредовых идей у больного явится представление об окружающих как о врагах, то это вызовет с его стороны враждебные поступки; точно так же, если представится больному, что в пище, которую ему подают, находится яд, то он, даже несмотря на голод, будет отказываться от еды; человек, испытывающий сильную тоску, будет стремиться к самоубийству. Правда, во всех подобных случаях обращает на себя внимание тот факт, что многие больные особенно склонны подчиняться мотивам, вытекающим из *болезненных* элементов душевного содержания, например галлюцинациям и бредовым идеям, а не восприятиям и представлениям, соответствующим действительности[1]. Ввиду этого в большинстве случаев нам при констатировании изменения мотивов действий душевнобольных приходится всегда узнавать, насколько зависит это изменение *от изменения в интеллектуальной и особенно эмоциональной сфере больного.* Очень часто *бредовые идеи и галлюцинации*, особенно ассоциированные с сильными эмоциями, имеют роковое влияние на поступки больного. Но во многих случаях мы не находим заметных оснований для изменения мотивации действий в бредовых идеях или галлюцинациях, а должны признать, что изменение качества преобладающих мотивов зависит только от изменений *в чувствах и влечениях больного вообще.* Иной раз и расстройства в сфере душевных чувств отступают на второй план, а на первый план выступают неправильные поступки больного, обусловленные неясными и противоречивыми мотивами, совершенно не соответствующими мотивам данного лица в здоровом состоянии. В таких случаях, как нередко выражаются, мы имеем на

---

[1] Не могу не отметить всей важности вопроса о том, чем именно обусловливается преобладающее влияние представлений *болезненного* происхождения. Вопрос этот пока еще не решен, но заслуживает серьезного внимания как психиатров, так и психологов. Высказывались мнения, что ложные идеи и обманы чувств имеют «внушающее» влияние. Не желая употреблять термина «внушение», которым вообще сильно злоупотребляют, я полагаю, однако, что между влиянием гипнотического внушения и воздействием на психическую сферу бредовых идей и галлюцинаций существует аналогия. Аналогия эта обусловливается тем, что и гипнотическое внушение, и ложные представления обусловливаются главным образом процессами в области бессознательной идеации (психического автоматизма). Развиваясь в этой области, при болезненном подавлении регулирующей деятельности центров высших ложные идеи и галлюцинации приобретают большую напряженность, приближающуюся по своей степени к напряженности чисто рефлекторных актов.

первом плане «*бред поступков*» вместо «бреда идей» и «бреда чувств». Несомненно, однако, что изменения в душевных чувствах, обусловливающие интенсивность тех или других влечений, и здесь имеют место.

В громадном большинстве случаев мы имеем при душевных болезнях *падение нравственного качества мотивов*: у человека, действовавшего до болезни под влиянием альтруистических мотивов, становятся во время болезни преобладающими мотивы эгоистические; мотивы, вытекающие из соображения, благоразумия и чувства долга, тоже уступают низшим мотивам непосредственного удовольствия и неудовольствия.

Однако нельзя отрицать того, что под влиянием болезни может произойти изменение в мотивах поступков и в обратном смысле; так, у некоторых больных под влиянием болезни развивается, так сказать, *раздражительность (гиперестезия) чувства долга*, и они считают себя обязанными делать чрезвычайно много таких вещей, которых до болезни не считали себя обязанными делать. Так, я знал одного молодого врача, кончившего курс по ускоренному выпуску, который, заболев неврастенической формой душевного расстройства, мучился мыслью, что его могут принять за обыкновенного врача, и самым тщательным образом изъяснял всем, с кем приходилось иметь дело (даже извозчикам, которые его возили), что он еще не совсем доучившийся врач, что он кончил курс по ускоренному выпуску, и т. п. Аналогичные явления мы встречаем при меланхолии и в некоторых дегенеративных формах. Но во всяком случае и здесь мы имеем всегда налицо уменьшение влияния мотивов, вытекающих из высших побуждений разума.

При определении того, какие преобладающие мотивы руководят поступками того или другого больного, мы встречаемся иногда с явлениями *уменьшения цельности личности*, или так называемого **распадения личности**. Цельностью личности мы называем то, что мотивы действий данного человека однородны, находятся в полном соответствии между собой. И в здоровом состоянии цельность личности не у всех людей одинакова. Есть натуры очень цельные, в которых все поступки как бы вытекают из одной категории принципов; а есть натуры менее цельные, в поступках которых мы видим противоречие в руководящих принципах в большей или меньшей степени. При душевных болезнях цельность личности вообще значительно страдает; очень часто при самых разнообразных психозах мы можем видеть, что у больного чрезвычайно мало проявляет себя та сила, которая объединяет различные стремления; иерархия высших принци-

пов у них чрезвычайно сильно падает. В самых сильных степенях подобного расстройства мы находим *полное распадение личности.* При этом состоянии каждый акт больного не находится ни в каком соответствии с предыдущим и последующим; поступки больного суть как бы непосредственные рефлексы на внешние впечатления или на случайно возникшие в сознании больного отрывочные воспоминания. Никакой гармонии между ними нет, нет никакой власти высших руководящих принципов; то, что составляло сущность организации нормальной личности — объединение и иерархическая зависимость отдельных составных частей ее, исчезло; личность как бы распалась на множество отдельных психорефлекторных аппаратов. Такое состояние нередко приходится наблюдать как исход перенесенной психической болезни в так называемом последовательном слабоумии и при формах раннего юношеского слабоумия.

Кроме полного распадения личности нередко приходится наблюдать у душевнобольных так называемое *раздвоение личности.* При этом часть мотивов, двигающих поступками больного, имеет как бы один центр, а другая часть — совсем другой центр. Чаще всего оказывается, что одни из этих мотивов составляют нормальные, здоровые привычки данного индивидуума, другие же — результат болезни. В таких случаях у больного можно подметить как бы **два «я»**: одно — больное, другое — здоровое. В очень небольшой степени это заметно у многих маниакальных больных, в периодических психозах при начале острого галлюцинаторного помешательства и многих других формах. С особенной же резкостью это заметно бывает при душевных расстройствах у истеричных.

2. **Расстройства влечений и хотений**. Кроме вышеизложенных общих изменений в мотивации действий больного мы должны рассмотреть и другие, более детальные изменения в проявлениях волевой сферы, касающиеся того, насколько вообще идеи и чувства вызывают у данного индивидуума потребность к проявлениям в актах и как эта потребность реализируется.

Мы уже знаем, что стремления к действию, ощущаемые в форме желаний, могут быть или влечениями, или проявлениями сознательного выбора и одобрения, т. е. хотениями. Нам теперь и следует познакомиться с болезненными расстройствами в сфере хотения и в сфере влечения. С этой стороны мы замечаем в одних случаях явления угнетения и ослабления, с другой стороны — явления возбуждения и усиления. Явления *угнетения и ослабления* в области влечений и хотений называются общим именем **ослаблений воли — Abulia**. Под это название подходит,

однако, несколько довольно разнородных явлений. Так, в самых резких случаях абулии у человека не бывает *никаких хотений и никаких влечений.* Больной сидит неподвижно; если его не покормить, он не станет есть; если не переменить положения, он так и останется в одном положении. Это бывает, например, при ступоре и при глубоком апатическом слабоумии, глубоких отравлениях.

В других случаях эти явления меньше, но все-таки у больного заметно *малое количество желаний*, проявляющееся в апатии, неразговорчивости, малоподвижности, крайней лености, отсутствии любопытства, интересов и предприимчивости. Это бывает при многих формах слабоумия. Такого же рода абулия бывает и при меланхолии.

В этих случаях, как я сказал, очень часто одновременно уменьшено и хотение, уменьшено и количество, и интенсивность влечений. В других случаях влечений может быть довольно много, но они *слишком малоинтенсивны, чтобы вызывать хотение* и соответствующие поступки. Затем бывают случаи, где влечения есть, но у больного существуют *болезненные задержки* в проявлении их, например, под влиянием страха, который воля не в состоянии преодолеть. Сюда относятся, например, случаи, когда больной под влиянием болезненной задержки не может ходить по площади (*агорафобия*) или не может вставать с постели (*атремия*), не имеет возможности устоять на ногах и ходить, несмотря на полную силу движений конечностями в лежачем положении (*астазия — абазия*). Наконец, могут быть и такие случаи, где влечений довольно много, но *воля не может сделать выбора* между несколькими различными влечениями. Тогда больной будет крайне нерешителен. У душевнобольных нерешительность иногда доходит до крайности; есть больные, которые не могут шагу сделать от нерешительности, не могут от нерешительности есть, не могут ничем заняться.

К проявлениям болезненной слабости воли относится и чрезвычайная уступчивость личности различным влечениям, возникающим в его душе. Часто больной человек является положительно игрушкой всякого мимолетного побуждения. В некоторых случаях это состояние обусловливается исключительно слабостью регулирующего влияния хотения, потому должно быть отнесено к явлениям ослабления воли, в других оно обусловливается как уменьшением задержек, так и чрезмерной напряженностью низших элементов воли — влечений и составляет проявление возбуждения в сфере воли. Об этом будет сейчас сказано.

Явления **усиления в волевой сфере (Hyperbulia)** могут касаться также усиления хотений и влечений. Собственно под влиянием болезни не может быть увеличена воля во всей своей широте и высоте; если и является усиление воли, то большей частью одностороннее, проявляющееся *в виде крайней настойчивости* в исполнении желаний. Многие больные крайне настойчивы в исполнении того, что пришло им в голову. Больной, желающий умереть с голоду, может упорно отказываться от еды, сколько бы его ни убеждали. Больной, желающий убежать или лишить себя жизни, часто с большой настойчивостью преследует свою цель. Примеров такого рода повышенной настойчивости чрезвычайно много у душевнобольных. В этих случаях хотение ненормально усилено, хотя и односторонне.

Во многих случаях при этом, а иногда и независимо от этого, явления усиления в сфере воли обнаруживаются в том, что *всякое желание быстро переходит в хотение.* Это значит, что желания обладают большой силой, большим *напряжением* и быстро овладевают личностью. Поэтому в этих случаях почти всегда, наряду с явлениями, указывающими на увеличенное количество влечений, большую подвижность и т. п., мы встречаем и признаки *ослабления задержек, ослабление влияния основных руководящих мотивов* данного человека, т. е. ослабление регулирующего влияния основных элементов его личности.

Нужно отметить, что вообще в явлениях, относящихся к расстройству волевой деятельности, мы с особенной резкостью замечаем то, что существует также и в расстройствах других областей душевной жизни — одновременное существование длительного угнетения одних мозговых центров и длительного возбуждения других. При нормальном строе душевной деятельности тоже существует постоянная смена угнетения и возбуждения то тех, то других центров, но она происходит по строгой правильности «психического ритма». В болезнях душевных (и многих нервных) эта строгая правильность нарушается.

Что касается самих **влечений**, то *количество* их может быть *очень увеличено* в некоторых случаях душевных болезней.

В некоторых формах психического расстройства *всякое чувство, всякая идея вызывает какое-нибудь сильное желание, потребность* и больной находится под постоянным влиянием сменяющихся потребностей. Если при этом задерживающая сила ослабела, то всякое желание будет переходить в хотение. Это особенна часто бывает при мании и вообще при маниакальном возбуждении. У больного при этом бывает наплыв идей и *наплыв желаний и быстрая изменчивость их.* Он находится в постоянном

движении, в постоянной суете, требует, чтобы ему исполняли сейчас же все, что он ни захочет. Смотря по степени сопутствующего расстройства сознания, это будет обнаруживаться или чрезмерной предприимчивостью, подвижностью, наклонностью к поездкам, легкомысленными поступками, требовательностью (как это бывает чаще всего при периодических маниях), или (при более спутанном сознании) это будет обнаруживаться в массе актов распущенности, в массе разнузданных движений — прыганий, порывистом метании, рванье платья, разрушении мебели, в криках, пении, диких возгласах и пр. Так проявляется общее усиление влечений. Но болезненные расстройства вызывают нередко не общее усиление влечений, а *усиление каких-нибудь одних влечений*; это одностороннее расстройство влечений представляет большой практический интерес для психиатра и для судебного врача, так как нередко вызывает со стороны человека, у которого они наблюдаются, ряд деяний, делающихся предметом судебно-медицинской экспертизы. Такого рода односторонние влечения проявляются в различной форме, и, смотря по тому, в какой степени отчетливо воспринимаются и контролируются они сознанием, они имеют различный характер, и действия, вызываемые ими, носят различное название.

Так, иногда мы наблюдаем проявление очень сильных односторонних влечений в состояниях *помрачения сознания*, например при патологических аффектах и при состояниях психического автоматизма или транса. Мы знаем уже из главы о расстройствах сознания, что в таких состояниях человек, руководимый какими-то несознаваемыми им влечениями, совершает иногда сложные акты, настолько последовательные, что заставляет предполагать в основе их как бы целесообразные стремления. А между тем действия такого рода или совершенно не сознаются и не помнятся больным после их совершения, или помнятся довольно смутно. Такого рода действия носят название *бессознательных*. Кроме состояний болезни они бывают и результатом гипнотического внушения.

Другой характер носят действия, являющиеся также под влиянием одностороннего усиления влечений, но при ясном сознании, причем они часто являются совершенно самобытно, не вызываемые какими-либо бредовыми идеями. Они являются часто неожиданно, как почти чуждое явление, подчиняющее себе личность и вызывающее на побуждения, часто противоречащие всем основам нравственного строя данного субъекта. Влечения такого рода часто называются *непреодолимыми влечениями* и действия, вызываемые ими, называют *импульсивными и насильственными* (*или вынужденными*, Zwangshandlungen). Довольно хорошим

примером непреодолимого влечения может служить случай, встретившийся американскому врачу Гамонду. Один господин, проходя по улице, вдруг почувствовал желание налить на длинный шелковый шлейф дамы, проходившей по улице, серную кислоту; желание тотчас же сделалось непреодолимым; больной достал серной кислоты и прожег платье. После этого наступило раскаяние; но проходит еще дама — опять то же желание и тот же поступок. Больной бросается домой; там он придумывает, как бы поправить дело, как бы вознаградить дам за порчу их платья. Он решается сделать публикацию в газетах, чтобы дамы явились за вознаграждением. Публикация написана, больной несет ее в контору газеты, но вдруг попадается опять дама со шлейфом; мгновенно опять является роковое желание — больной бросается в аптеку, покупает серной кислоты и выливает ее на шлейф. После того он обратился к Гамонду. Гамонд послал его в долгое морское путешествие — мера, нередко употребляемая с пользой при неврастении и ипохондрии, — и больной поправился.

Собственно говоря, хотя между импульсивными действиями и насильственными и существуют постепенные переходы, но в наиболее резких случаях можно провести между ними существенную разницу. В **импульсивных действиях** влечение настолько быстро достигает степени высшего напряжения и переходит в двигательный акт, что человек только сознает присутствие этого влечения, но не может подвергнуть его критике, проверке, обсудить последствия. Только совершивши акт, он может вполне ясно усвоить его значение и увидать, как резко отличается то, что он сделал, от всего, что гармонирует с его основными свойствами и с его интересами; в момент же совершения он подчиняется импульсу и выполняет ряд сложных актов, необходимых для достижения цели влечения, как бы не отдавая отчета в том, что из этого произойдет. Действия эти, однако, отличаются от *бессознательных* сложных актов, производимых в состоянии патологического аффекта или психического автоматизма, тем, что они помнятся со всеми подробностями. Такого рода действиями бывают иногда покушения на убийство, иногда поджог и кража. Известны случаи покушения на убийство, где влечение к совершению его являлось без всякого мотива и настолько захватывало все содержание душевной жизни, что больной едва находил в себе силы сопротивляться ему или подчинялся как стихийной силе. Ниже я приведу некоторые интересные примеры подобного рода. Эти явления наблюдаются у лиц неуравновешенных, при утомлении, озабоченности, также нередки они у детей, у женщин в период беременности и истерических, эпилептиков, пья-

ниц и у лиц, истощенных после острых болезней. Иногда они бывают у целой группы лиц под влиянием массового импульса.

Пример импульсивного массового действия приводит д-р Кашин. Ему пришлось быть свидетелем такого случая: одно из отделений роты Забайкальского казачьего полка, составленное из местных уроженцев, во время учения повторило слова команды, что очень рассердило командира, принявшего это за нарушение дисциплины; он стал кричать и вдруг к удивлению своему услышал те же самые крики, брань и угрозы (повторение его слов) из отделения роты, которая вместе с тем побросала ружья. Д-р Кашин поспешил объяснить командиру болезненное состояние казаков[1]. В самом деле, среди сибирского населения довольно распространена болезнь «мерячение», о которой будет сказано ниже и которая выражается в непреодолимом стремлении к подражанию слышанному и видимому.

Насильственные влечения или навязчивые, или в*ынужденные действия* имеют несколько иной характер. Эти явления соответствуют тому, что (в области расстройств интеллектуальной сферы) называется навязчивыми идеями или насильственными представлениями. Подобно тому как там мы имеем дело с идеями, которые неотвязно преследуют сознание, так здесь являются потребности, которые влекут к действию с непреодолимой силой.

Нередко больной сознает, что его влечение совершенно безумно, но не может с ним бороться. Он предвидит все его последствия, но не может преодолеть того мучения, которое испытывает до удовлетворения своего безрассудного, вредного для него самого и для окружающих влечения. Я знал одну девушку, у которой такого рода навязчивое влечение состояло в желании подвергнуть себя величайшему риску: так она, увидав нож, чувствовала потребность схватить его и резать себе руку; увидав иголку, схватить ее, поставить вертикально во рту и сдавить челюсти; чем больше она боролась, сознавая всю дикость этого желания, тем более овладевало оно ею, и она через минуту борьбы должна была уже схватить не одну булавку, а целую пачку и, поставив их остреием вверх во рту, стискивать зубы. Она бросала себе в лицо горящую лампу, злую кошку, бросалась с лестницы, чтобы биться по ступеням. У нее собственно не было желания причинить себе вред, но было непреодолимое влечение подвергнуть себя риску, опасности. Поэтому она, например, живя на четвертом этаже, становилась на край подоконника и ба-

---

[1] *Кашин.* Болезнь олгинджа в Южной Даурии. Протоколы Общества русских врачей в Петербурге. 1868. № 13.

лансировала так, чтобы быть в крайней опасности упасть. Она, не стремясь убить себя, глотала острые предметы, и когда она через несколько лет после такой болезни умерла от туберкулеза, в ее желудке найдено значительное количество разных металлических предметов, ею проглоченных.

Гораздо чаще, впрочем, навязчивые влечения носят более невинный характер, например кивнуть головой, произвести какой-нибудь звук или стукнуть три раза в начале каждого дела, при входе в комнату сделать странные однообразные движения мускулами лица или ногой и т. п. Больной только тогда спокоен, если он проделал этого рода движения. Если же нет, то он чувствует себя так, как будто не исполнил священнейшего долга, точно он совершил какое-то преступление, которое нужно загладить.

Как я сказал выше, не всегда легко точно определить в каждом отдельном случае непреодолимых влечений, имеем ли мы дело с импульсивным действием или навязчивой потребностью. Случаев переходных бывает очень много.

Непреодолимые влечения, как импульсивные, так и навязчивые, бывают весьма разнообразны по своему содержанию, и нередко болезненные состояния, при которых наблюдаются непреодолимые влечения, получают свое название именно по содержанию потребности. Так, при стремлении к воровству это состояние называется *клептоманией*; при стремлении к поджогам — *пироманией*. Особенная форма периодически являющейся потребности к употреблению спиртных напитков известна под именем *дипсомании*, или *запоя*. Болезненное стремление к убийству называется *homicidomania*.

У некоторых субъектов является непреодолимая потребность показывать свои половые органы лицам другого пола, что влечет их нередко на скамьи подсудимых, так как они удовлетворяют эту потребность в общественных собраниях, на улице, перед женскими пансионами; один больной раскрывал свои половые органы перед женщинами даже в церкви; это состояние носит название *эксгибиционизма*. У других является непреодолимое влечение говорить бранные, неприличные слова (*копролялия*).

Вот некоторые примеры непреодолимых влечений. В двух первых случаях мы имеем *влечение к убийству (homicidomania)*.

Французский психиатр Моро де-Тур рассказывает про одного сапожника, который сам пришел в больницу Бисетр, чтобы попросить медицинской помощи против болезни, которой он страдает уже около 20 лет. Едва он принимается за работу, как

ему приходит в голову мысль об убийстве жены и детей. Иногда эта мысль сопровождается такой страшной потребностью, что ему кажется, что он сейчас упадет в обморок. Он бросает свой резак и молоток и убегает из комнаты. Желание убийства соединяется со своеобразным ощущением под ложечкой, с чувством удушья и с приливом к голове.

Более печально кончился другой случай: «Еще в феврале, — говорит больной, — у меня явилась идея убить детей. Будучи тогда в состоянии владеть собою, я ощущал какую-то тяжесть под ложечкой, потерял аппетит, даже позабыл о табаке, который мне был более необходим, чем хлеб. Месяцев 5 меня преследовала эта мысль; меня точно что-то толкало, я не мог от нее отделаться ни днем, ни ночью, ни за работой... В течение трех ночей я вставал с постели, чтобы убить детей. В первую ночь я выбежал на двор, чтобы выгнать эту мысль; через полчаса я успокоился и лег в постель. На другую ночь я также вышел, и, вернувшись зажечь свечу, я взял бритву и, расхаживая взад и вперед по комнате, с кровожадностью смотрел на детей; наконец, я положил бритву на место и пошел на скотный двор. На третью ночь я несколько раз выходил, снова входил, чтобы покончить: я был совсем готов... Я вошел в комнату детей, держа в одной руке свечу, а в другой заступ... Я посмотрел, в кровати ли сын; его не было. Занавески кроватей моих дочерей были откинуты, и я видел, что они в постели. Я подошел, поставил левую ногу на стул, чтобы иметь опору, и начал наносить один удар за другим по их головам... Они спали, не сделали ни одного движения... Я не знаю, сколько ударов я нанес... Перед убийством я ни о чем не думал, как только о том, чтобы убить и бежать; после я не посмотрел даже на трупы, но почувствовал очень большое облегчение, которое продолжалось до тех пор, пока я не пришел в лес. Тогда я почувствовал упадок сил и закричал: я погибший человек...». Позднее больной говорил: «Это должно было случиться; я не мог помешать себе сделать это дело, убийство...».

Следующие примеры могут быть образцами того, что называется *клептоманией.*

«Французский психиатр Вуазен рассказывает про одну даму, которая каждый год, возвращаясь из поездок на минеральные воды, привозила с собой всякий раз в течение 20 лет много вещей, которые она похищала в гостиницах. Сын ее немедленно возвращал вещи по принадлежности. Внук этой госпожи, сын упомянутого сына ее, с детства обнаруживал склонность к воровству. На украденных им предметах он аккуратно выставлял

место жительства владельцев и время похищения. При обыске его помещения оказалось, что все вещи были в полной целости, и укравший даже не пользовался ими»[1].

«В Вене довольно давно пользовался известностью один врач, который воровал у своих пациентов. Все знали об этой слабости доктора, прислуга которого по его приказанию вскоре возвращала украденное по принадлежности. Врач этот был гуманный человек и все свое состояние завещал на благотворительные учреждения»[2].

Очень интересный случай непреодолимых влечений приводит в своих клинических лекциях по душевным болезням д-р А. Ф. Эрлицкий, кстати сказать, отметивший очень обстоятельно ту разницу между импульсивными действиями и действиями навязчивыми, которая была указана выше.

Дело шло о молодой девушке, воспитанной в лучшем столичном обществе, у которой с периода половой зрелости явилась непреодолимая потребность говорить своим близким и подругам о себе небылицы, порочащие ее в отношении нравственности. Несмотря на то что она вполне ясно сознавала все неприличие и крайний вред таких рассказов, она не могла побороть своего влечения; мало того, с каждым годом оно усиливалось и, наконец, дошло до необыкновенных размеров; она стала передавать не только близким, но и малознакомым встречаемым ею в обществе дамам и даже мужчинам, что она просто публичная женщина, что каждый может ее иметь за умеренную плату, что она воровка, пьяница и пр.; мало того, она стала такие же истории писать на бумажках, при этом в самых неприличных и бранных словах, и разбрасывать в посещаемых ею домах и на улице; больная носила с собой карандаш и, где бы ни увидала кусочек бумаги, старалась написать на нем несколько бранных слов о себе, подписывая свою фамилию и адрес. Больная вполне понимала тот вред, который она наносит своей репутации подобными действиями, прекрасно сознавала всю ложь возводимых ею на себя обвинений и все-таки не могла удержаться, несмотря на отчаяние, в которое ее приводило ее поведение, совершенно противоречившее ее нравственным и интеллектуальным качествам[3].

В этом случае мы можем видеть резкое доказательство того, как велика потребность выполнить навязчивое влечение, идущее в разрез со всей личностью человека, несмотря на полное сознание

---

1 *Крафт-Эбинг.* Судебная психопатология / Пер. с нем. А. Черемшанского. Спб., 1895. С. 409.

2 *Там же.*

3 *Эрлицкий А. Ф.* Клинические лекции по душевным болезням. Спб., 1896. С.98.

безрассудности и вреда, который вытекает из деяния, происходящего из данного влечения. В этом случае мы имеем также пример того, что называется *копролялией*. Это последнее явление наблюдается большей частью в сочетании с болезнью, выражающейся в непреодолимой потребности производить отдельные, быстрые движения, как бы судорожные подергивания разными частями тела, но довольно однообразные в каждом отдельном случае (так называемая *болезнь судорожных подергиваний*, maladie des tics convulsifs). Жиль де ля Турет, который обратил особенное внимание на эту болезнь, описывает одну больную, у которой копролялия была выражена очень резко. У этой больной с детства начались судорожные подергивания в плечах, в руках и в туловище. Через несколько лет к ним присоединились какие-то гортанные шумы, а в возрасте 13 лет эти звуки стали артикулированными. Больная чаще всего повторяла: «ступай, ступай, дурак». Через несколько времени произношение стало еще отчетливее, и слова, повторяемые больной, стали в высшей степени грубы. Когда больная находится в присутствии лица, которого она боится, она несколько удерживается и может силой воли заглушать звуки и, сжимая губы, помешать понять слова, которые она произносит; но тотчас после того, как она почувствует себя свободной, она в необыкновенно большом количестве произносит слова самого грубого лексикона. Эта 15-летняя девушка происходит из семьи, занимающей очень высокое положение; ее прекрасно воспитывали, мать почти не оставляла ее, так что удивительно даже, где она могла научиться таким словам, как: «foutre», «merde»[1]. При той же болезни судорожных подергиваний встречается также иногда непреодолимая потребность произносить всякое слышанное слово; подобное состояние носит название *эхолалии*.

Эхолалия принадлежит к числу явлений, наблюдаемых при болезненной наклонности к подражанию, которая достигает степени непреодолимого влечения при так называемом *меряченнии*, встречаемом среди населения нашей Сибири. Подобная же болезнь известна под именем «*лята*» на островах Зондского архипелага и «*jumping*» (прыгание) в Северной Америке. Болезненная наклонность к подражанию называется также термином «*эхокинезия*».

При меряченье и сродных формах наклонность к подражанию достигает иногда чрезвычайно большой степени, так что больной воспроизводит решительно все, что совершается другими лицами в

---

[1] *Gillesde la Tourette.* Etude sur une affection nerveuse caracterisée par de l'incoordination motrice, accompagné d'écholalie et coprolalie (jumping, latah myriachit). Archives de Neurologic, 1884, VIII, 68—74.

его присутствии; иной раз действия эти противоречат всему существу человека, одержимого меряченьем, но он не в состоянии противиться непреодолимому побуждению. О'Бриен рассказывает о следующих случаях, которые ему пришлось наблюдать на Малайском полуострове. «Однажды к нему привели женщину, очень почтенную и пожилую. Через несколько времени тот, кто привел эту женщину, почему-то снял платье; тотчас женщина начала раздеваться и разделась бы донага, если бы О'Бриен не остановил ее. Раздеваясь, женщина в высшей степени гневалась на человека, который вызвал у нее такое проявление болезни»[1].

Другой случай: «Пароходный повар, страдавший» «лята», качал однажды на палубе на руках своего ребенка; пришел матрос и начал подобно повару качать чурбан. Затем бросил кусок бревна на тент и забавлялся, заставляя его кататься по полотну, что непосредственно после того сделал и повар с ребенком. Матрос, отпустив полотно, уронил бревно на палубу; повар сделал то же самое с ребенком, который и убился на месте»[2].

К насильственным актам относятся также в большинстве случаи и проявления так называемого *кликушества*. Как известно, среди простонародья нередко встречаются женщины, которые чувствуют непреодолимую потребность выкрикивать во время богослужения, особенно в наиболее важные моменты — при пении херувимской, при чтении Евангелия. Большей частью это женщины истеричные, у которых кликушество соединено с идеей «о «порче», бесоодержимости. По существу это явление является или кратковременным истерическим припадком, или насильственным влечением. Иногда оно приобретает характер массовой болезни[3].

Болезненное стремление выражается иногда в непреодолимом *влечении к бродяжничеству*. У душевнобольных бывает довольно нередко стремление удаляться из дому и странствовать иногда очень подолгу. Это стремление обусловливается, впрочем, очень различными причинами; так, иногда оно обусловливается бредовыми идеями, например идеями преследования и желанием уйти подальше от врагов; в других случаях вызывается тоской и желанием заглушить тяжелое душевное состояние; иногда бродяжничество является проявлением психического автоматизма при эпилепсии, истерии и алкоголизме. Проф. Шарко описал интересные типы влечения к странствованию у

---

1 *Токарский А. А.* Мерячение и болезнь судорожных подергиваний. 2-е изд., М., 1893. С. 12.

2 *Там же.* С. 13

3 *Там же.* С. 180.

ипохондриков, которые из желания показаться какому-нибудь известному врачу совершают трудные и далекие странствования; так как подобные случаи чаще всего наблюдаются между евреями, то Шарко и дал описываемому им типу название «le juif errant». Иногда болезненное влечение к странствованию бывает совершенно бесцельно, почти ничем не мотивировано, являясь как почти непреодолимая потребность. Иной раз такого рода потребность обнаруживается довольно правильно в определенное время года и составляет как бы проявление периодического психоза, иногда же обнаруживается не с такой периодичностью, но является реакцией на всякое нарушение душевного равновесия. Я знаю одного молодого человека, происходящего из очень состоятельной семьи, у которого стремление к бродяжничеству, совершенно не мотивированное, проявлялось почти каждый год в весенние и летние месяцы; тогда он бросал семью и пускался в странствования, почти совсем не имея денег. Через несколько недель родные его получали известие о том, где он находится, и больной возвращался домой совершенно оборванный и почти голодный; во время таких странствований он бесцельно ездил или ходил, совершая путешествия по нескольку тысяч верст, бывая по нескольку раз в одном и том же городе и посещая самые глухие места Европейской и Азиатской России. В наших тюрьмах между бродягами нередко встречаются, несомненно, душевнобольные, старательно скрывающие свое настоящее имя под влиянием какой-нибудь бредовой идеи.

Чтобы закончить изложение патологии влечений, нужно сказать еще о болезненных уклонениях, касающихся *некоторых обыденных влечений*, весьма важных в жизни больного, каковы влечения к пище, сохранению своей жизни, половые влечения и влечение к общению с другими людьми.

Прежде всего тут нужно сказать о *стремлении к сохранению своей жизни.* Влечение к жизни присуще человеку, но в болезненном состоянии нередко его не бывает, а является стремление лишить себя жизни. Вследствие этого является *стремление к самоубийству (suicidomania).* Самоубийство есть явление, встречающееся нередко в жизни и причисляемое к актам, не выходящим из круга поступков, которые может совершить и вполне нормальный человек. Действительно, когда человек решается на самоубийство из чувства долга или на основании требований рассудка, то это может быть и при здоровом уме. Но статистика показывает несомненно, что большинство самоубийц происходит из психопатических семей и сами по себе нередко имеют резкие признаки психической неуравновешенности.

Поэтому в громадном большинстве случаев приходится смотреть на самоубийство, даже вызываемое экономическими и общественными условиями, отсутствием нравственных устоев и высших идеалов, как на акт душевного (может быть, кратковременного) расстройства. И действительно, часто мы видим стремление к самоубийству у лиц, формально психически расстроенных, особенно у меланхоликов.

Не всегда условия, являющиеся у душевнобольных мотивами стремления к самоубийству, одинаковы. Так, очень часто поводом к самоубийству является сильная тоска, отравляющая существование и сопровождающаяся особым чувством отвращения к жизни (taedium vitae). Иногда к самоубийству побуждают человека упорные галлюцинации приказательного содержания. Иногда влечение к самоубийству является результатом спутанности сознания и сопровождающего ее чувства ужаса, иногда как проявление патологического аффекта; в других случаях поводом к самоубийству служит бред, на основании которого человек, например, считает, что лучше умереть, чем подвергаться заживо мучениям или позору. В некоторых случаях стремление к самоубийству является следствием непреодолимого влечения, плохо мотивированного. Я помню одного больного, очень интеллигентного человека, юриста, у которого стремление к самоубийству явилось при обстоятельствах, которые, казалось бы, должны были возбудить, наоборот, стремление к продолжительной жизни. Он только что получил назначение товарища прокурора в Петербург, что могло бы быть началом блестящей карьеры. Он, очень обрадовавшись, поехал в Петербург. Ища там квартиру, зашел как-то на четвертый этаж. Тут у него блеснула мысль: «а что если при таком счастливом положении дел я вдруг покончу с собой?» — и его повлекло броситься в окно. Он побежал к себе в гостиницу, но и там вид ножей вызывал в нем влечение покончить с собой. Он поспешил приехать в Москву, но и тут стремление к самоубийству продолжалось; он перепробовал и отравление, и попытку повеситься, и утонуть, но, видимо, желание жить все-таки было у него не уничтожено, потому что он не доводил попытки до конца. К сожалению, он не был помещен в лечебницу, а уехал в деревню и там в конце концов застрелился.

В других случаях стремление к самоубийству является следствием отсутствия присущего здоровому человеку непосредственного сознания, что жизнь есть благо, которое нужно беречь. Такие люди не чувствуют ни цели жизни, ни истинной радости жизни и при каждой неудаче кончают с собой.

Иногда болезненное влечение к самоубийству является как следствие подражания, например самоубийство группами из числа лиц одной профессии, одного воспитания; так, например, из числа, кажется, 12 человек, кончивших вместе в одной из московских гимназий лет 30 назад, четверо один за другим кончили жизнь самоубийством в первые годы студенчества; и это были молодые люди способные, с виду здоровые, правда, слишком рано познакомившиеся с различными увлекательными, но не дающими прочного счастья и глубокого миросозерцания сторонами жизни. Иной раз самоубийство является выражением семейной болезни, следствием своеобразного наследственного предрасположения. Известный французский психиатр Морель рассказывает об одном помещике, который оставил после себя семь человек детей и каждому по миллиону рублей. Все дети пользовались общим уважением, увеличили отцовское наследство, но все кончили самоубийством в возрасте между 30 и 40 годами.

У многих больных, имеющих стремление к самоубийству, влечение это проявляется с такой настойчивостью, что едва-едва возможно при самом тщательном уходе предотвратить покушение; больные пользуются всяким случаем, чтобы лишить себя жизни; описано несколько случаев покушения на свою жизнь посредством вкалывания в сердце булавки, случайно найденной в саду или на полу; многие больные пытаются убить себя продолжительным голоданием и отказом от пищи; третьи собирают понемногу нитки из белья и мало-помалу плетут из них веревку, которую и прячут в недоступных местах (например, женщины во влагалище), и при удобном случае прикрепляют петлю к перекладине кровати и производят задушение, лежа в постели или слегка спустившись с нее.

Близко к влечению лишить себя жизни стоит и *влечение к самоувечью.* Многие из душевнобольных наносят себе тяжкие повреждения, рассчитывая этим покончить с собой. Другие не имеют этого последнего намерения, но хотят причинить себе тот или другой вред; иной раз выбор части тела, которая повреждается, обусловливается галлюцинациями или бредовыми идеями; так, некоторые больные продырявливают себе барабанную перепонку в тщетной надежде избавиться от слуховых галлюцинаций. Я знал одного меланхолика с бредом супружеской неверности, который отрезал себе половые органы. Повреждения, наносимые больными, бывают иногда ужасны и производятся иногда при обстановке, при которой совсем этого не ожидают. Так, больной, отрезавший себе половые органы, о котором я только что упомянул, — произвел себе это повреждение столовым ножом, сидя за домашним

обедом. Немецкий психиатр Пец рассказывает, что один душевнобольной сделал себе кастрацию во время визитации врачей: пока врачи стояли к нему спиной, он разорвал себе мошонку и вырвал яички. Кастрация, так же как вырывание глазных яблок, бывает часто результатом религиозной экзальтации и производится с целью удаления от соблазнов; один больной вырвал себе оба глаза, так как слышал будто бы голос бога, приказывавшего это сделать. Подобные же больные наклонны производить самосожжение. Под влиянием бреда преследования и галлюцинаций, заставляющих больного говорить, больные повреждают иногда себе язык. Одна больная вырвала себе язык почти до корня, до самого epiglottis. Некоторые больные, особенно те, которые страдают меланхолией, паранойей и так называемым кататоническим умопомешательством, имеют такое сильное стремление к самоувечению, что должны быть предметом самого бдительного надзора.

Кроме стремления к лишению себя жизни в болезненном состоянии иной раз наблюдается крайнее *усиление стремления к сохранению жизни*, что выражается в чрезвычайном беспокойстве за свою жизнь, в беспрерывной *боязни смерти*. Это бывает иной раз как врожденная особенность, иной раз как результат приобретенной нервной слабости, неврастении, ипохондрии. При этом больные почти исключительно сосредоточивают свое внимание на том, что может грозить опасностью жизни, делаются крайне малодушны, ищут спасения во всевозможных средствах, как врачебных, так и являющихся результатом суеверия и невежества.

Не нужно, однако, думать, что у людей, страдающих страхом смерти, существует и усиленное влечение к сохранению жизни. Часто рядом со страхом смерти существует и наклонность к самоубийству для избавления от мучительного состояния.

Затем большой практический интерес имеет **расстройство влечения к пище** у душевнобольных.

Влечение к пище составляет также одно из присущих человеку влечений. У здорового человека оно является не постоянно, а время от времени, причем у здорового человека при долгом неудовлетворении приобретает характер почти непреодолимого влечения. У душевнобольных изменения в этом влечении могут выражаться в усилении его, в ослаблении и в извращении. *Усиление влечения к пище (булимию)* мы наблюдаем у сравнительно большого количества душевнобольных. Большей частью это слабоумные и идиоты, но иногда и маниакальные больные. У слабоумных бывает и усиленное влечение к пище в значительной степени от скуки и отсутствия высших интересов, а иногда и

просто многоедение (*полифагия*) вследствие отсутствия чувства насыщения. Некоторые объясняют булимию как явление гиперестезии блуждающего нерва, разветвляющегося в стенках желудка, а полифагию — как явление анестезии этого же нерва. Иной раз усиленное влечение к пище бывает как одно из проявлений навязчивых идей. Я знал одну больную, у которой развилась непоборимая потребность есть раз 30 на дню. Она не чувствовала того, что называется в собственном смысле слова аппетитом, но чувствовала необходимость что-нибудь съесть, точно это была ее самая настоятельная обязанность: ей нужно было есть в течение дня через каждые полчаса, и она выполняла это с такой аккуратностью, что бросала из-за этого всякое дело. Усиленное влечение к пище сравнительно редко имеет важное значение.

Гораздо большее значение имеет *уменьшение* влечения к пище, так как оно может вести не только к истощению больного, но даже к смерти. Оно наблюдается вообще при формах с подавленной психической деятельностью, при ступоре, а также при меланхолии. Следствием этого бывает нередко *отказ от пищи*, доходящий до упорного сопротивления (*sitophobia*). Упорное сопротивление к питанию не всегда, впрочем, вызывается уменьшением *влечения* к пище. Очень нередко влечение остается сильным, но больной не ест или вследствие бредовой идеи, что ему нельзя есть, так как он недостоин или разорен, или вследствие галлюцинаций, заставляющих его думать, что пища приготовлена из трупов людей, испражнений или вообще какого-нибудь мерзкого материала, или из-за упрямства, настойчивости. Но иногда является полное прекращение именно влечения к пище, несмотря на крайнее истощение. Такие случаи принадлежат к самым тяжелым случаям ситофобий и заставляют обыкновенно прибегать к насильственному кормлению через зонд, о чем мы будем говорить в главе о лечении; особенно часто отказ от пищи вследствие полного отсутствия аппетита (анорексии) и даже отвращения бывает при тяжелых формах меланхолии, также при остром бреде, при истерии и в психозах, развивающихся на почве полового развития у детей и молодых девушек. В некоторых случаях у больных является *извращение* влечения к пище; оно выражается в том, что больные имеют влечение к употреблению в пищу отвратительных предметов, например пьют свою мочу, едят кал (*копрофагия*), сперму. Это бывает большей частью у больных со значительной спутанностью сознания и, как показывают наблюдения, нередко находится в связи с возбуждениями, исходящими из половой сферы.

Иногда, впрочем, извращенное влечение к пище бывает и у больных с ясным сознанием. Так, истеричные особы, хлоротичные иногда едят бумагу, уголь, мел, графит и тому подобные вещи. Иногда потребность есть песок, землю, уголь и пр. доходит до степени непреодолимого влечения. В Московской психиатрической клинике нам пришлось наблюдать двух женщин (эти оба случая описаны д-ром А. Н. Бернштейном), которые имели непреодолимое влечение есть землю: потребность была так велика, что когда они видели землю, то у них страстное желание доходило до умоисступления; они смотрели на съедобную землю с такой же жадностью, с какою запойный пьяница смотрит на водку. Ничего другого дома обе они не ели и дошли до очень большого истощения. Нужно было довольно много усилий, чтобы отучить их от этой привычки и восстановить правильное питание[1]. Подобного рода непреодолимые влечения как к непищевым предметам, так и к некоторым особым сортам пищи встречаются у беременных, в виде так называемых извращенных вкусов (*pica gravidarum*).

Употребление непереваримых и даже отвратительных предметов в пищу бывает при ясном сознании также у некоторых ипохондриков, которым почему-нибудь покажется, что это может послужить к их выздоровлению от мнимой неизлечимой болезни, которую они у себя воображают. Это наблюдается также у людей с невропатическим расположением и отличающихся верой в приметы и суеверия.

Расстройство в сфере половых влечений тоже предствляет для психиатра немало интереса. С этой стороны можно наблюдать усиление, ослабление и извращение половых влечений.

Ослабление половых влечений в течение психических болезней приходится наблюдать нередко, особенно при меланхолии, ипохондрии и при глубоких формах слабоумия. Большей частью это находится в связи с общим упадком питания организма или с односторонним направлением сознания при меланхолии и ипохондрии, не дающим возникнуть половому влечению. В некоторых случаях ослабление и прекращение полового влечения является следствием неврастении; иногда оно есть врожденное свойство. У слабоумных больных, например при вторичном слабоумии, половое влечение обыкновенно тоже бывает невелико, а во многих случаях и совершенно отсутствует. У некоторых субъектов, как, например, у идиотов, при сильной степени недоразвития мозга, половое влечение совсем не развивается. Оно

---

[1] *Бернштейн* А.Н. Землеедство как один из видов непреодолимых влечений // Медицинское обозрение. 1895, 44, 16, 305—312.

иногда не развивается вовсе и у некоторых лиц, принадлежащих к дегенеративным семьям, в остальном не представляющих никаких признаков отсталости: это все случаи *отсутствия полового чувства*, о котором мы говорили в соответствующей главе.

Мнение Крафт-Эбинга, выраженное им, между прочим, в его «Судебной психопатологии», что обыкновенно при отсутствии половых влечений бывает и отсутствие нравственных и социальных чувствований, вряд ли может быть признано достаточно обоснованным. Вернее всего, что оно есть результат недоразумения, обязанного своим происхождением тому довольно распространенному (и достаточно обоснованному) мнению, что существует некоторая зависимость между половым чувством и высшими чувствованиями. Еще старинный психиатр Фальре-отец указывал на чрезвычайную частоту совпадения эротических проявлений с религиозным чувством и религиозным бредом у душевнобольных. Я лично в моей статье «По вопросу о свободе воли», отмечая факт близости полового инстинкта к проявлениям религиозным и таким высоконравственным, как самопожертвование и высшие формы идеализма, указывал, что причина этой близости в том, что в половом чувстве лежит *мост* от эгоизма к альтруизму: ведь половой инстинкт имеет две стороны: одну — чувственную и другую — творческую. Благодаря тому что половое чувство связано с размножением, с появлением в другом существе части своего «я», оно дает возможность для образования перехода от любви к самому себе к любви к другому человеку, а отсюда к любви ко всему жизненному[1]. Но если такая связь между половым чувством и высшими стремлениями человека должна быть признана, все-таки она лишь *генетическая*, имевшая особенно большое значение при развитии биологического типа человека, для живущих же теперь людей она имеет не то значение, и нет сомнения, что теперь встречаются люди со слабым половым влечением, но с чрезвычайно высоким нравственным чувством и с энергичной потребностью служить высшим нравственным задачам.

Усиление половых влечений (либидинозность) является нередко симптомом, привлекающим внимание врача. Оно является часто при мании, прогрессивном параличе, старческом слабоумии. Проявления его различны. Иногда больной сохраняет известное самообладание и не допускает до грубого проявления половых влечений. Они проявляются в таких случаях во влюбчивости, в стремлении быть в обществе лиц другого пола, в особенностях позы и костюма, в обнажении рук и шеи у женщин, в распускании волос и т. п. В других случаях они выражаются в более резких проявлениях либидинозности, в циничных словах и поступках, в обнажении своих половых органов, в открытом онанизме, в насилиях. Прежде формы болезней, соединенные с

---

[1] *Корсаков С. С.* По вопросу о свободе воли. М., 1889. 42 с.

усилением полового влечения, называли отдельными названиями, а именно — *nymphomania* у женщин и *satyriasis* у мужчин. В настоящее время эти явления считают не за отдельную болезнь, а только за один из симптомов различных форм душевного заболевания (например, маниакальной экзальтации, прогрессивного паралича, старческого слабоумия). Очень нередко этот симптом бывает преходящим, как, например, при периодических психозах у некоторых женщин при менструациях.

Половые влечения иногда в очень сильной степени появляются у некоторых невропатических особ как реакция на *сильное душевное потрясение*, например, после сильного горя, потери близких людей. Это нужно знать врачу, чтобы правильно понимать некоторые явления обыденной жизни, могущие подать повод к неправильному толкованию и несоответствующим действиям. Я помню одну молодую интеллигентную женщину, утомившуюся уходом за своим ребенком, страдавшим туберкулезным воспалением мозга, которая вдруг при гробе ребенка почувствовала почти непреодолимое влечение отдаться одному близкому другу ее мужа. Честная, откровенная, она сказала об этом мужу. Любящий, готовый к самопожертвованию, тот предоставил жене свободу действий... и непоправимая беда чуть не совершилась, если бы муж, принявший первую дозу яда (он хотел лишить себя жизни постепенным отравлением), не решил обратиться к врачу, который и разъяснил дело. Через несколько дней половое влечение несчастной женщины прошло, и она удивлялась, как могло нахлынуть на нее совершенно чуждое ей чувство.

Французский психиатр Маньян рассказывает следующий случай чрезмерного полового влечения, который ему пришлось наблюдать: «Больная женщина 35 лет, с огромной заячьей губой, неудачно оперированной. Регулы появились у нее с 14 лет, и с того времени она стала испытывать большое удовольствие в присутствии мужчин. С возрастом ее половые желания все усиливались, и около 25 лет она стала онанировать. Позднее половое возбуждение усилилось до такой степени, что ей достаточно было увидеть мужчину старого или молодого, изящного или грязно одетого, чтобы появлялось крайнее половое возбуждение: она убегает в свою комнату, запирается в ней, спускает занавес окна и забивается в угол дрожащая, боящаяся слышать голос мужчины, что еще усилило бы ее страдания. Она не спит ночью, аппетит упал, и она стала невыносима и даже опасна для окружающих. По совету какой-то доброжелательницы она испробовала даже лечение ab homine и в продолжение целого года отдавалась мужчине, к которому не питала ни малейшей склонности, но ласк которого искала, по ее словам, как полезного лекарства. Эта терапия, осталась, однако, с такими же отрицательными результатами, как и онанизм, и половая похоть осталась

ненасыщенной. Вид мужчины приводил ее в состояние крайнего возбуждения, и в конце концов ее поместили в больницу для душевнобольных. В больнице она чувствует себя более крепкой и может совладать с собой в присутствии служебного персонала, но, как только посторонний или рабочий появится в саду больницы, она отворачивает голову и бежит прятаться, чтобы не видать его. Более чем двухлетнее пребывание в больнице, бромистые препараты и ванны успокоили ее половой эротизм, но все-таки появление мужчины вызывает известное возбуждение[1].

Рядом с усилением половых влечений должно быть поставлено и чрезмерно раннее развитие их или чрезмерно позднее сохранение у стариков (*paradoxia sexualis*). В большинстве случаев половые влечения появляются около времени половой зрелости; но у некоторых невропатических субъектов намеки на развитие половых влечений обнаруживаются гораздо ранее. Это обусловливается чаще всего наследственным расположением, на почве которого вообще развитие совершается несвоевременно и негармонично, причем некоторые стороны развиваются слишком поздно, другие же слишком рано. Иногда раннему развитию половых влечений способствует неправильное воспитание, причем иной раз играет видную роль прямое раздражение половых органов со стороны невежественных или развращенных нянек и воспитательниц, а в других случаях — влияние примера со стороны товарищей или раздражение путем взаимного онанизма. Нет сомнения, что часто преждевременно сильному развитию половых влечений способствует чтение скабрезных произведений, посещение кафе-шантанов, выслушивание циничных анекдотов. Но иной раз приходится наблюдать необыкновенно раннее и вместе с тем очень сильное развитие половых влечений, появившееся совершенно самобытно.

Описан случай, когда трехлетний ребенок буквально накидывался на девочек и взрослых женщин; известны случаи, что маленькие девочки, никем не побуждаемые, с необыкновенным цинизмом предавались разврату. Большей частью в этих случаях были и другие признаки прирожденного нравственного уродства.

В некоторых случаях половые влечения сохраняются очень долго. Обыкновенно половые влечения к старости становятся слабее и угасают. Время, когда это происходит, очень различно; у иных угасание начинается ранее, чем наступают старческие из-

---

Маньян. Об аномалиях, уклонениях и извращениях полового чувства // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1884. № 2. С. 115.

менения в половых органах, у других, наоборот, половые влечения остаются и тогда, когда в половой системе произошли уже регрессивные изменения. Если сильные половые влечения сохраняются при резких признаках общей старческой дряхлости, то это всегда есть явление патологическое. Иной раз приходится наблюдать, что уже угасшее половое влечение вдруг под влиянием болезненных условий снова появляется и притом в крайне резкой, необузданной форме, привлекающей вмешательство судебной инстанции. Это бывает иной раз одним из начальных признаков старческого слабоумия.

Особенного внимания заслуживает *извращение полового влечения*, влекущее к ненормальному способу удовлетворения полового чувства.

В этом отношении мы можем отметить целый ряд разновидностей:

1. Самое частое проявление, сюда относящееся, есть *онанизм — masturbatio*. В громадном большинстве случаев, однако, онанизм является только заменой недостаточного полового удовлетворения у невропатических натур или вследствие слишком рано развивающегося полового влечения или дурно направленного внимания в эту сторону. Лишь в очень немногих случаях онанизм является действительно извращением половых влечений, когда человек не имеет никакой наклонности к совокуплению, а только к онанизму. У душевнобольных онанизм наблюдается очень часто, особенно у слабоумных, неработающих и ничем не занятых больных, наклонных к постоянному лежанию. Кроме того, упорный онанизм бывает нередким спутником ажитированной меланхолии у женщин, страдающих какими-нибудь болезненными ощущениями в половой системе.

2. Одно из частых проявлений извращения половых влечений заключается в *стремлении к половым отношениям с особами своего пола*, так называемое *превратное половое чувство* (*Contrare Sexualempfindung*). При нормальных условиях половое чувство вызывается лицом другого пола, так как только в этом случае за половым актом следует его естественное и целесообразное последствие — увеличение рода. Но бывает и наоборот: у человека является побуждение иметь отношение с лицами одного с ним пола. Это ведет к *мужеложству* (*педерастии*) у мужчин и к *лесбосской любви*, или *трибадии*, у женщин. Некоторые особенные условия восточной жизни сделали эти явления присущими даже нормальным людям. У нас тоже иногда при неблагоприятных условиях воспитания в закрытых заведениях развивается искусственно этого рода явление; есть некоторые учебные заведения,

в которых временами, под влиянием отдельных личностей, такие извращенные половые отношения являются в большом количестве. То же замечается в тюрьмах, казармах и т. п. В таких случаях, впрочем, человек, случайно имевший отношения с лицами одного пола, вовсе не имеет отвращения к половым отношениям с лицами другого пола.

Но бывают случаи, где извращение полового чувства бывает полное. Так, мужчина решительно не может чувствовать никакого полового возбуждения в присутствии женщины, а чувствует его только в присутствии мужчины.

Вот как описывает развитие половых влечений проф. В. М. Тарновский в своей очень интересной статье «Извращение полового чувства»: «Ребенок с врожденным половым извращением растет и развивается во всех отношениях, по-видимому, правильно. Только половое чувство пробуждается у большинства необыкновенно рано, и по мере приближения к периоду половой зрелости наступает целый ряд ненормальных болезненных уклонений. Первое проявление стыдливости имеет место не по отношению к девушкам или женщинам, а к взрослым мужчинам. Мальчик, например, более стыдится раздеться перед посторонним мужчиной, нежели перед женщиной. Далее, ему нравится находиться в обществе мужчин, получать ласки и поощрения более от мужчин, чем от женщин. Он сильно привязывается, неотступно следует, беспрекословно слушается, восхищается — словом, «обожает» непременно мужчину, храброго, великодушного, умного или человека с сильно развитыми мышцами и остается совершенно равнодушным к женщинам. Настает наконец половая зрелость; являются сильные ночные возбуждения с извержением семени. Поллюции сопровождаются сновидениями, сначала неясными, легко забываемыми, которые с каждым разом становятся резче, определеннее и нередко поражает своей странностью самого юношу. Ему во сне припоминаются помимо его воли не встречи, разговоры и ласки женщин, а случайные поощрения, пожатие руки, поцелуи взрослых, преимущественно физически развитых мужчин. До крайней степени возбуждения, оканчивающегося извержением семени, доводят его во сне не образ женщины в соблазнительных позах и движениях, а ласки, объятия и поцелуи мужчины. Представление о женщинах не только не возбуждает его полового влечения, а окончательно убивает всякое вожделение, случайно вызванное. У нормальных людей пыл полового возбуждения обыкновенно быстро проходит при виде взрослых мужчин. У врожденного педераста точно так же исчезает всякое возбуждение в присутствии женщин. Вид раз-

детой женщины оставляет его равнодушным... По мере усиления описываемого отклонения половой деятельности начинают выясняться и другие особенности больного организма. Юноша старается быть женственным, любит наряжаться в женское платье, носить длинные завитые волосы, иметь открытую шею, стянутую талию; любит душиться, пудриться, румяниться, подрисовывать брови. Развивается тот противный для мужчин и презираемый женщинами тип женоподобного мужчины, которого нетрудно узнать по внешности...»[1]

Один из больных такого рода рассказывал мне, что едва он составил себе представление о половых отношениях, он в своих мечтах представлял себя женщиной, а не мужчиной. Затем у него половое желание в этом направлении усилилось. Ему особенно приятно было бывать в обществе молодых красивых мужчин, особенно военных; он охотно брал их за руки, потому что при этом была эрекция, любил спать с ними на одной кровати. Наконец, дело дошло до того, что у него явилась потребность, чтобы кто-нибудь имел с ним половые отношения через задний проход. Для этого он иногда нанимал солдата, который за вознаграждение и исполнял эту функцию. Он влюблялся в военных, переносил всевозможные оскорбления и лишения, только чтобы иметь возможность наслаждения. Я останавливаюсь на этих явлениях довольно подробно потому, что знание их для врача необходимо, так как иногда они бывают предметом судебно-медицинской экспертизы.

Представленное развитие характеризует один тип педерастов (пассивных). Но есть другая категория педерастов, так называемых активных; первые в акте совокупления с мужчинами играют роль женщин, вторые — мужчин. У таких лиц ненормальность полового влечения является тоже очень рано — с детства. У них уже рано вид обнаженных частей мужчины, особенно ягодиц, вызывает половое чувство. Я знал одного гимназиста, у которого это началось так: ему в детстве доставляло удовольствие бывать в бане и видеть голых мужчин. Потом явилась потребность дотрагиваться до ягодиц; это сопровождалось сладострастным чувством. Чтобы иметь возможность удовлетворять своему, хотя еще малосознательному влечению, он стал давать уроки одному мальчику с тем условием, что, если тот нехорошо будет знать уроки, он его слегка посечет. Хорошо, что эта особенность была рано замечена домашним врачом, и после принятых воспитательных мер извращение полового чувства

---

[1] *Тарновский В.М.* Извращение полового чувства: Судебно-психиатрический очерк // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1884. № 2. С. 8—10.

прошло у этого мальчика. У других лиц, как показывает наблюдение, это в дальнейшем ведет к педерастии, к наклонности совокупляться через задний проход с мужчинами.

По-видимому, влияние примера и неправильного воспитания на субъектов последней категории имеет значительно большее значение, чем на первых. Многие из лиц, страдающих извращенным половым влечением, сознают его, стараются себе объяснить, говоря, что у них «женская душа в мужском теле»; некоторые пробуют лечиться. Но есть довольно много людей этой категории, которые считают себя по этому своему свойству какими-то избранными натурами (своеобразные «эстеты»), обладающими способностью испытывать такие тонкие ощущения, к которым не способны обычные люди, и полагающими, что нормальные половые сношения между мужчиной и женщиной не могут дать того наслаждения, которое они испытывают.

Такого рода воззрения особенно часто проповедуются, впрочем, женщинами, страдающими превратным половым ощущением, т. е. половым влечением к женщинам. У женщин подобные аномалии встречаются не реже, если только не чаще, чем у мужчин, но естественно, что сведений сб этом мы имеем меньше.

Интересное описание одного случая такого рода сделал д-р Ф. Е. Рыбаков[1]. Вестфаль, один из первых описавший этого рода аномалии, указывает, что у женщин, так же как у мужчин, подобная аномалия развивается чаще всего с детства. Еще в пансионах взгляды некоторых подруг производят на них сильное впечатление; они держат себя по отношению к ним, как влюбленные, краснеют в их присутствии, мечтают о них. У более взрослых девушек любимые особы видятся им во сне, ласки вызывают половое возбуждение, соединенное с выделением из влагалища. Чем дальше, тем это становится все более и более, и наконец, дело доходит до настоящих романов, со страстными объяснениями, ревностью по отношению к другим женщинам (но эти больные не ревнуют к мужчинам, даже относительно замужних). Очень нередко между такого рода женщинами устанавливаются настоящие сожительства.

Степень превратного полового отношения бывает у субъектов, страдающих этой формой аномалий влечений, довольно различна. В этом отношении Крафт-Эбинг различает следующие типы: 1) так называемая *половая двухснастность* (*hermaphrodisia psychica*), выражающаяся в том, что склонность к другому полу до некоторой степени сохраняется, и половые отношения с

---

[1] *Рыбаков Ф.Е.* О превратных половых ощущениях. Врач. 1898. 19, 22, 642—643; 23, 664—667.

особами другого пола возможны; 2) половое влечение возможно только к лицам одного своего пола, но склад душевной жизни в остальном сохраняется у мужчин — мужской, у женщин — женский (*homosexualitas*); 3) половое влечение существует исключительно к особам своего пола, но мало этого — при этом и психический склад изменяется: мужчины принимают привычки, а иногда и одежду женщин (*effeminatio*), женщины же принимают привычки мужчин (*virаginitas*); 4) наконец, четвертую степень составляют случаи, в которых не только чувствования и привычки извращены, но и в телесном развитии замечаются у мужчин некоторые особенности женского склада: широкий таз, женское лицо и голос, отсутствие усов и бороды (*andrогynia*), а у женщин — мужского: усы, борода, низкий голос, узкий таз (*gynandria*).

Нужно заметить, что превратное половое ощущение является в громадном большинстве случаев постоянной особенностью данного субъекта, хотя способность сдерживать проявления его может в значительной степени колебаться под влиянием различных условий.

3. Третью форму проявления извращения половых влечений представляет *извращенное половое отношение к лицам другого пола.* В этом отношении различного рода аномалий встречается очень много, особенно у лиц невропатических, принадлежащих к числу вырождающихся. У таких людей существует очень большая наклонность к достижению полового удовлетворения ненормальным путем; естественные нормальные половые отношения обыкновенно скоро перестают удовлетворять их в той степени, как это им хотелось бы, и они ищут удовлетворения при помощи каких-нибудь особенных способов, придуманных изощренным развратом. Некоторые, раз испытав какие-нибудь неестественные способы удовлетворения, потом уже почти не могут быть возбудимы в половом отношении нормальным образом. Всех видов такого рода извращенных способов половых отношений нельзя и перечислить; я могу только отметить, что врачу приходится в этом отношении выслушивать почти невероятные признания как со стороны самих больных, так еще чаще со стороны их жен, обреченных на истязание, о которых они не решаются из чувства стыда сказать даже ближайшим родным; и это часто встречается в семьях высоко интеллигентных, пользующихся всеобщим уважением. Я знал одну очень образованную даму, которая только после 20 лет супружества решилась сказать врачу о тех нравственных и физических мучениях, которые ей пришлось переносить от своего, всеми уважаемого и очень умного мужа:

между прочим, муж заставлял ее приглашать молодых женщин, которые ему нравились, просил жену под каким-нибудь предлогом раздевать их так, чтобы он через щелку мог видеть обнаженных гостей своей жены; тогда у него появлялось полное удовлетворение. Мало того, он однажды со слезами на коленях умолял жену, чтобы она отдалась одному знакомому, но так, чтобы он из соседней комнаты через особое отверстие мог видеть все подробности полового акта. Несчастная женщина, вынужденная мольбой и отчаянным видом мужа, согласилась, а муж, наблюдая половой акт, испытывал, по его словам, величайшее удовлетворение... Много подобных тайн хранится в семьях, по внешнему виду вполне довольных и счастливых.

Из своеобразных расстройств, выражающихся в извращении половых влечений, остающихся все-таки по отношению к лицам *другого* пола, следует отметить то, что называется, по терминологии Крафт-Эбинга, много сделавшего для выяснения аномалий половых влечений, — садизмом и мазохизмом[1].

Садизм, или половое насильничество, или, по названию, данному русским юристом Стефановским, *половой тиранизм* выражается в стремлении причинить боль или вообще какое-нибудь повреждение объекту половой страсти. В слабой степени это обнаруживается у довольно многих, не совсем уравновешенных людей в том, что при обычных половых отношениях они усиливают половое возбуждение кусанием или щипанием. Но в некоторых случаях влечение такого рода достигает чрезвычайной степени, и половое удовлетворение достигается не иначе как при буквальном истязании или даже убийстве жертв страстей. Некоторые индивидуумы топчут, колотят и душат женщин, на которых набрасываются, другие испытывают половое удовлетворение только при виде крови и наносят своим жертвам тяжкие повреждения ножом или кинжалом, третьи, наконец, убивают их, распарывая живот, вынимают половые органы и иногда даже пожирают их. У некоторых из числа такого рода индивидуумов, превращающихся в минуту страсти в «людей-зверей», верх удовлетворения половой похоти достигается при насильничестве над трупами: они выкапывают тела умерших, насилуют их, терзают и иногда поедают. Поразительный случай такого явления (так называемой *некрофилии*) представляет дело сержанта Бертрана, который раскапывал трупы женщин на кладбищах, распарывал им животы и, вынув внутренности, мастурбировал; он это проделывал всегда над трупами женщин, а за невозможностью добыть их — над трупами животных; «иногда, —

---

[1] Названия «садизм» и «мазохизм» даны по именам маркиза де-Сад и Захер-Мазоха.

говорил он, — мне приходило в голову изрезать мужской труп, но это всегда вызывало во мне отвращение».

Влечение к удовлетворению своей страсти путем разрезывания трупов достигало у Бертрана непобедимой силы, и он подвергался большой опасности, чтобы только получить возможность своего страшного наслаждения. Вот что он рассказывает в написанной им предсмертной исповеди: «...Приехав в Дуэ, я ощутил потребность изрезать на части мертвое тело. Вечером я отправился на кладбище... После зари военных не пропускали за черту города, и мне приходилось перелезать через высокую стену и переплывать через канаву. Холод был очень резок, и в воде плавали льдины. Но разве это могло удержать меня? Добравшись до кладбища, я принялся отрывать труп девушки 15—17 лет. Тут я в первый раз предался безумным ласкам над трупом. Я не могу описать своих ощущений, но все, что испытывается с живой женщиной, ничто в сравнении с полученным мной наслаждением. Я перецеловал все части ее тела, прижимал к сердцу с неистовой силой, одним словом, я осыпал ее самыми пламенными ласками; насладившись с четверть часа, я принялся разрезать труп на куски и вынимать внутренности, как и всем прочим жертвам моего бешенства. Уложив труп обратно в могилу и прикрыв его землей, я тем же путем вернулся в казармы...»[1]

Случаев, в которых половое насильничество обнаруживается не против мертвых, а против живых, описывается довольно много. Я приведу два примера, которые заимствую так же, как и предыдущий, из сочинения проф. Тарновского. Первое наблюдение касается одного виноторговца, который с 14-летнего возраста мучился страстным желанием нанести легкое увечье молодой девушке с целью полового удовлетворения, а в 19 лет привел свое желание в исполнение. Поступок этот сопровождался почти моментальным извержением семени. Совершив такой акт, он чувствовал угрызение совести, клялся более его не повторять, но исполнить своей клятвы не мог. Вначале он довольствовался легким уколом или крепким сдавлением руки или шеи девушки; затем это скоро перестало вызывать извержение семени... Потребовались увечья. Он стал колоть свои жертвы стилетом. Когда платье защищало девушку от поранения, он всегда знал, что укол не удался, потому что у него не было извержения семени. Он говорил на суде, что обыкновенно старался не причинять большого вреда своим жертвам, ибо был религиозен, и колол исключительно девушек, о чем предварительно наводил справки; замужних женщин он щадил, девушек выбирал молодых и красивых[2].

Другое наблюдение касается одного 30-летнего солдата, который находил особое наслаждение наносить раны ножом в половые части молодым девушкам, встречаемым им на улице, и затем созерцать кровь, струившуюся с ножа, что доставляло ему тоже чувство удовлетворения,

---

1 *Тарновский В. М.* Извращение полового чувства: Судебно-психиатрический очерк // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1884. № 2. С. 21.

2 *Там же.* С. 19.

как если бы на самом деле он имел сообщение со своими жертвами. Этот солдат с молодых лет предавался онанизму, имел нормальные сношения с публичными женщинами и, кроме того, многократно совершал содомический акт с маленькими девочками; впоследствии он находил особенное удовольствие мастурбировать на глазах маленьких девочек. Затем ему пришла в голову мысль, что хорошо бы было воткнуть нож в половые органы молодой красивой девушке и любоваться, как с ножа будет струиться кровь. Сказано — сделано, и «по мере удовлетворения сладострастия, — говорит он, — этим самим дьяволом внушенным способом порыв к повторению его становился сильнее и неудержимее». Он изуродовал таким образом семь девушек. По свидетельству начальства, этот солдат был человек вспыльчивый, но не злой, имел странности, держался особняком и целые часы проводил в созерцании картинок религиозного характера[1].

Нужно прибавить, что некоторые субъекты испытывают половое чувство, только раня самих себя ножом или кинжалом. Поэтому все тело их покрыто рубцами от более или менее значительных уколов.

Мазохизм, или *пассивизм* (по терминологии Стефановского), есть явление обратное только что описанному насильничеству. Он проявляется в том, что для удовлетворения чувства сладострастия человек должен испытать сам какую-нибудь боль или истязание от лиц другого пода; иногда этим подготовляется возбуждение, после чего наступает возможность иметь нормальное половое сношение, иногда же половой организм достигает высшей степени именно во время истязаний. Иной раз насилие должно быть только физическое, а в других же случаях нравственное. В самых простых случаях индивидуум, подверженный мазохизму, требует, чтобы его секли перед актом совокупления, в других дело доходит до гораздо более сложных действий. У некоторых больных побуждения к такого рода актам являются периодически через определенные промежутки времени совершенно наподобие периодического психоза, вроде запоя, и требуют для своего проявления особенных сложных условий и ряда подготовительных актов.

Один больной, о котором пишет проф. Тарновский, устраивал для своего приступа чрезвычайно сложную обстановку через преданное ему лицо, знавшее его болезнь. Заранее нанималась отдельная квартира, в которой помещалась проститутка в виде госпожи и при ней кухарка и горничная из ее товарок. Наступал приступ. Больной, не видавший никого из подговоренных лиц, являлся в указанную квартиру, где его раздевали, подвергали всевозможным насилиям в половом отношении,

---

[1] Тарновский В. М., там же, с. 20.

онанировали, секли и т. п. — все в известном порядке и согласно сделанным указаниям. Больной, по-видимому, сопротивлялся, бранился, сердился, просил прощения, но тем не менее исполнял все требования. Затем ему давали чего-нибудь поесть, приказывали лечь спать, несмотря на протесты, били его, если он не слушался. Так продолжалось несколько дней. Когда приступ кончался, что узнавало по некоторым признакам доверенное лицо, издали наблюдавшее за больным, но не показывавшееся ему, больного выпускали. Через несколько дней он являлся к своей семье, жене и детям, не подозревавшим его болезни. Умный, очень образованный, деловой, богатый, он всегда находил основательные предлоги для исчезновения во время приступа, повторявшегося иногда и два раза в год[1].

4. Четвертую форму извращения половых влечений составляет то, что Крафт-Эбинг называет *фетишизмом* или *сладострастной обожательностью.* Это состояние выражается в том, что половое удовлетворение соединяется с каким-нибудь предметом или даже с представлением о каком-нибудь явлении, имеющем лишь очень отдаленное отношение к тем представлениям, с которыми в нормальном состоянии связано половое чувство. Большей частью предметами сладострастного обожания служат какие-нибудь части женской одежды, например башмаки, чулки, передники, чепчики и т. п.; мастурбация при помощи этих предметов или просто различные манипуляции с ними (например, надевание женской сорочки) вызывают половое удовлетворение, часто невозможное у таких субъектов естественным путем. Иногда предметом сладострастного обожания являются части женского тела, не имеющие, однако, сами по себе значения признаков полового различия, например волосы, косы, притом часто какой-нибудь определенной формы, как, например, маленькие руки или сморщенное лицо старухи. У иных людей половое удовлетворение вызывается только воображением какого-нибудь события, например борьбы, драки, насилия, грабежа. В большинстве случаев подобного рода нормальные половые отношения с женщинами становятся возможны только тогда, когда субъект, одержимый половым фетишизмом, воображает себе предмет своего обожания: без этого эрекция часто совсем не происходит.

Об одном из больных этой категории так рассказывает Маньян: «Благодаря психопатической наследственности, наш пациент уже с пятилетнего возраста страдает насильственным представлением, которое не оставляет его до сих пор. В этом возрасте он спал с одним родствен-

---

[1] *Тарновский В. М.* Извращение полового чувства: Судебно-психиатрический очерк // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1884. № 2. С. 23.

ником 30 лет, и, как только этот последний надевал на голову ночной колпак, он испытывал половое возбуждение, и у него появлялась эрекция. Около того же времени ему случилось видеть, как раздевалась старуха служанка — опять возбуждение и эрекция, когда она надевала чепец. Впоследствии ему достаточно было вообразить себе старушечью голову, некрасивую и покрытую морщинами, в ночном колпаке, чтобы вызвать половой оргазм. Он никогда не искал противоестественных половых отношений; и женское, и мужское обнаженное тело не производило на него никакого впечатления. До 30 лет он не испытывал половых отношений; в этом возрасте он женился на девушке 24 лет, которую очень любил. В первую ночь он оказался бессильным, в следующую — положение осталось бы то же, если бы он в отчаянии не вызвал в своем воображении образ сморщенной старухи в чепце; результат не заставил себя ждать, и он немедленно оказался в возможности исполнить супружеские обязанности. Он женат уже 5 лет и до сих пор не может обойтись без этого приема, так как бессилен до тех пор, пока не вспомнит о привычном образе старухи. Это странное состояние, заставляющее его, как он выражается, профанировать жену, сильно его мучает. Время от времени он подвержен приступам угнетения с влечением к самоубийству и почти постоянно испытывает разные немотивированные страхи и опасения, например, боится, что стена или дом, мимо которого он проходит, обрушится на него»[1].

Мне лет десять назад пришлось наблюдать одного студента, у которого с детства половое возбуждение появлялось при поглаживании меховых вещей. Затем, как-то борясь с товарищами, он почувствовал эрекцию, и впоследствии достаточно было ему присутствовать при драке, чтобы появлялась эрекция и половое возбуждение. Мало-помалу сложилось так, что половое возбуждение теснейшим образом связалось у него с представлением о мехе и о борьбе или даже просто о несправедливости. Он часто вызывал сам сладострастное чувство и эякуляцию поглаживанием меха (мягкого, пушистого, а не жесткого) или представлением драки. Всякое представление насилия и борьбы вызывало у него эрекцию, и он жаловался, что вследствие этого не может в газетах читать о городских происшествиях, если в них описывались случаи грабежа. Наиболее сильное половое возбуждение являлось у него, когда было соединение представлений о мехе, о грабеже, какой-нибудь несправедливости, особенно если эта несправедливость касается его самого и какой-нибудь женщины. Так, желая вызвать у себя наиболее сильное сладострастное чувство, он воображал, что идет где-нибудь в глухом переулке с женщиной, которую *несправедливо* считают находящейся с ним в половой связи; на них нападают грабители, завязывается борьба, во время которой с них стаскивают мягкие меховые шубы... Во время подобных мечтаний половое возбуждение больного достигало высшей степени и совершалась эякуляция. Больной мучился этим состоянием, испытывал обычные половые сношения, которые, однако, ему не уда-

---

[1] *Маньян.* Об аномалиях, уклонениях и извращениях полового чувства // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1884. № 2. С. 123.

вались: он рассказывал, что пробовал проводить ночи с очень красивыми женщинами, но они были для него совершенно индифферентны в половом отношении.

Страсть у подобных больных достигает иногда такой сильной степени, что они из-за нее готовы на преступление; так, описывались случаи воровства женского белья исключительно с целью полового удовлетворения; задерживались также полицией люди, следившие за молодыми девушками с целью незаметно обстричь у них косы.

Разбирая различные случаи аномалий половых влечений, мы прежде всего должны отметить тот факт, что в громадном большинстве случаев они наблюдаются у лиц неуравновешенных, с различными признаками, указывающими на большое наследственное предрасположение к нервным и душевным болезням, т. е. у дегенератов. Затем в большинстве случаев мы можем проследить зависимость этих аномалий от обстоятельств, вызвавших в раннем детстве ассоциацию сладострастных ощущений с каким-нибудь случайным явлением или впечатлением; случайно образовавшаяся ассоциационная связь в психике субъекта, предрасположенного вследствие дегенерации именно к закреплению всяких случайных сочетаний, становится прочной и постоянной, если правильным воспитанием или иным воздействием (нравственным или гипнотическим внушением) не удастся эту связь ослабить. Разбирая далее качества тех предметов или тех явлений, которые вызывают такие странные уклонения в половых влечениях, о которых мы говорили, мы можем почти всегда найти в них хотя очень отдаленное, но все-таки действительное соотношение с тем, что и у нормальных людей вызывает половое чувство, так, например, представление женского одеяния, насилия. В самом деле, ведь половое влечение и у каждого нормального человека далеко не есть исключительно реакция на впечатления от тела особы другого пола; в очень большой степени здесь всегда принимает участие и мир представлений другого, высшего порядка. Благодаря этому-то у нравственно развитых людей половые влечения возникают только по отношению одного, именно любимого человека и совсем не возникают по отношению к другим лицам другого пола. Врач, исследующий самым подробным образом женщину, не чувствует и намека на половое влечение. Половое чувство по отношению к ближайшим родственницам, например сестрам, не испытывается в христианских странах даже людьми, далеко не нравственными, между тем как у некоторых племен, у которых браки с сестрами считаются допустимыми, возможно возникновение полового чувства и между такими близкими родственниками; из этого ясно, что половое чувство возникает вообще в зависимости от представлений довольно отвлеченных, и *некоторые отвлеченные* представления делают решительно невозможным возникновение половых влечений у нормальных людей.

Если таким образом мы должны считать несомненным, что половые влечения связаны с теми или другими идеями, то нам сделается понятной возможность происхождения аномалий этих влечений от таких представлений, связь между которыми и половым чувством возникла

вследствие случайного сочетания по закону совместности и одновременности, или от представлений, имеющих хотя бы отдаленное сродство с теми представлениями, которые могут вызывать половое чувство у людей вообще. У людей, принадлежащих к разряду вырождающихся, существует часто особенная наклонность к образованию прочных сочетаний между идеями не по главным общим признакам, а по признакам несущественным, иногда даже прямо по контрасту; оттого у таких людей так легко являются разнообразные навязчивые ощущения, навязчивые идеи, «хульные мысли» и навязчивые стремления. Благодаря такой наклонности к прочным, но неправильным сочетаниям представлений, чувствований и влечений и является возможность появления таких состояний, как возбуждение полового чувства исключительно видом женского ночного чепчика, передника или представлением о насилии, или даже возникновения превратных половых ощущений по отношению к лицам одного пола. По-видимому, в некоторых случаях в основании установления связи полового влечения с тем или другим действием лежат какие-то бессознательные импульсы, коренящиеся на прирожденных предрасположениях, переданных по наследству от отдаленных предков (атавистические воспоминания). Может быть, в этом коренится основание полового насильничества, удовлетворения полового чувства путем борьбы, путем таких вещей, как мех.

Аномалии влечений к общению с другими людьми. Нормальному человеку свойственно влечение к общению с другими людьми. Конечно, это влечение существует в весьма различной степени и у людей здоровых; есть люди, которые постоянно ищут общества, другие, наоборот, нелюдимы, склонны к уединению. У душевнобольных в этом отношении замечается разница очень большая в различных случаях. Есть больные, которые решительно не могут оставаться одни; таковы большей частью больные, страдающие патологической боязнью смерти; некоторые из них не могут оставаться одни даже в своей комнате, другие не могут одни выезжать или выходить на улицу. Затем *усиленное влечение к обществу* замечается при маниакальной экзальтации в периодическом или циркулярном психозе и при начале маниакального состояния прогрессивного паралича. Больные в маниакальном состоянии быстро составляют знакомства, посещают общественные собрания, людей мало знакомых; оставаться одним, ни с кем не говорить — им скучно, хотя, с другой стороны, постоянное посещение общества, длинные разговоры, споры очень вредят таким больным, сильно возбуждая их.

Наоборот, при меланхолическом состоянии довольно часто больной желает удалиться от людей; некоторые под влиянием тоскливого чувства уходят из своих домов и блуждают по уединенным местам. Прежде даже был в употреблении один термин «melancholia silvestris» для обозначения такого рода мрачного по-

мешательства, при котором человек, мучимый тоской, скрывается в лесах. Галлюцинирующие больные тоже большей частью склонны к уединению. Нелюдимостью отличаются также больные, страдающие бредом преследования, и больные, находящиеся в апатичном, а тем более в ступорозном состоянии. При большинстве исходных форм психозов, т. е. при различных видах вторичного слабоумия, влечение к общению тоже значительно уменьшено. Больные такого рода склонны лежать или сидеть поодиночке; некоторые даже старательно уходят в темные углы или по целым часам готовы стоять, обернувшись лицом к стене. Поэтому в больницах для душевнобольных, в которых всегда бывает довольно большое количество случаев вторичного слабоумия или вообще затянувшихся хронических форм, нужно довольно много труда со стороны надзирателей и врачей, чтобы объединить больных для совместного времяпровождения. Правильная организация развлечений, занятий и работ больных служит при этом лучшим вспомогательным средством. Без энергичного объединяющего влияния врачей и хороших надзирателей жизнь больных в больницах для душевнобольных представляется чрезвычайно разрозненной и давяще-мертвенной. *Наклонности к солидарности у душевнобольных весьма мало*; этим, между прочим, объясняется и то, что бунты в домах умалишенных составляют очень редкое явление даже там, где условия существования довольно плохи; иной раз бывает, что несколько человек сговорятся вместе сделать какой-нибудь протест или возмутиться против надзирателей или врачей, но остальная масса остается безучастна и инертна.

Если вообще между душевнобольными замечается уменьшение влечения к общению и его нужно создавать и поддерживать влиянием здоровых, то есть случаи, где существует положительное *отвращение, боязнь какого бы то ни было общества*. Это бывает и у некоторых больных с ясным сознанием (некоторых меланхоликов, неврастеников и страдающих бредом преследования), но особенно у больных с затемненным сознанием и со смутным ожиданием опасности. Такие больные не допускают к себе в комнату, не позволяют до себя дотрагиваться. У таких больных часто является непреодолимая *потребность к противодействию*. Такие больные чрезвычайно упорно сопротивляются всякому передвижению и изменению положения их тела; при попытке заговорить с ними они закрывают глаза, отворачиваются, не произнося ни слова, закрываются одеждой или одеялом.

3. **Расстройства в действиях**. Вышеизложенным я закончу изложение расстройств, наблюдаемых в сфере отдельных влечений,

и перейду к рассмотрению расстройств, наблюдаемых при патологических условиях в *проявлениях* как влечений, так и хотений.

Влечения и хотения, как известно, проявляются в деятельности, т. е. *в действиях* (*в актах*). Деятельность человека может быть, как тоже известно, внутренняя и внешняя. Внутренняя деятельность есть деятельность внимания, деятельность, имеющая своею целью сочетание идей в известном направлении, построение умозаключений, образование выводов. Внешняя заключается в разнообразных двигательных актах. Собственно направление деятельности определяется стремлениями и мотивами, значение которых мы рассмотрели; но сам *акт деятельности* зависит от того, насколько правильно функционирует тот механизм, который служит для выражения этих стремлений. В зависимости от того, насколько человек способен к правильной деятельности внимания, или к правильному отправлению движений, является и различный характер всей деятельности. Поэтому болезненные условия, влияющие на деятельность внимания и правильность двигательных актов, влияют и на проявление психической жизни человека.

Расстройства акта внимания. С этой стороны у душевнобольных наблюдаются различные явления. Очень часто одним из первых явлений, которые наблюдаются у душевнобольных при самых разнообразных формах, является *слабость внимания* (*Aprosexia*). Больной делается неспособным сосредоточиваться. Внимание *вместо активного делается пассивным*. Это выражается сначала, с одной стороны, рассеянностью, неспособностью сосредоточиваться на впечатлениях, а с другой — затруднением целесообразного сочетания мыслей. При еще большей слабости внимания больной совершенно не в состоянии активно направлять его; его внимание исключительно пассивное, подчиняется всему, что — или из впечатлений внешнего мира или из воспоминаний, восстановляющихся из запаса, хранящегося в его психике, — случайно привлечет его. При быстром ходе идей — как это бывает при маниакальном состоянии — внимание блуждает с одной идеи на другую, не останавливаясь сколько-нибудь продолжительно ни на чем. Часто такое ослабление активного внимания бывает и без ускорения в течении мыслей при значительном истощении мозговой деятельности, происходящей при различных условиях. В других случаях слабость внимания обнаруживается в том, что и *пассивное* внимание падает; в таких случаях внешние впечатления не возбуждают сознания совсем или возбуждают его очень слабо. Это бывает при состояниях глубокого подавления душевной деятельности, например

при ступоре, глубоком слабоумии и отравлениях ядами, действующими на головной мозг (хлороформ, морфий, алкоголь и пр.).

Очень нередко приходится встречаться с явлениями *раздражительной слабости внимания*. При этом внимание легко подчиняется разнообразным стимулам и иногда чрезмерно приковывается к некоторым представлениям, которые поэтому и преследуют *неотвязчиво* сознание. Это особенно часто бывает у неврастеников при навязчивых идеях. Кроме того, у неврастеников очень часто замечается крайне резкая *утомляемость внимания*: достаточно очень непродолжительной умственной работы, как уже активное внимание резко слабеет; больной становится не в состоянии слушать или читать. У некоторых это бывает до такой степени, что является как бы сонное состояние, а некоторые прямо засыпают.

Такое состояние является иногда выражением общего ожирения или слабости сердечной деятельности; иногда оно есть следствие введения в организм каких-нибудь ядов или недостаточного выделения ядов, развивающихся в теле.

В очень резкой степени такая утомляемость внимания замечается при болезни, известной под названием *narcolepsia*, при которой субъект впадает в сон при самых неудобных условиях: засыпает на ходу, в обществе, во время разговора. Некоторые из таких больных, зная наклонность свою ко сну, стараются остановить сон тем, что постоянно колят себя булавкой, но большей частью и это не помогает, и они все-таки, несмотря на все усилия воли, засыпают.

В довольно резкой степени заметна *слабость активного внимания* при таких неврозах, как *хорея*, maladie des tics. В некоторых случаях хореи больной почти так же не в состоянии управлять своим вниманием, как и своими движениями. Пассивное внимание обыкновенно при этом может сохраняться, но иногда и оно расстраивается, вследствие чего больные представляются отупелыми, как бы невосприимчивыми к окружающему.

В некоторых случаях внимание может быть *односторонне усилено* (Hyperprosexia). Это бывает нередко при мрачном помешательстве, когда из сознания не выходят те или другие мрачные воспоминания; это же бывает при ипохондрии, когда внимание больного напряженно ищет каких-нибудь признаков заболевания то в желудке, то в сердце. Это же бывает при напряженных, доминирующих над сознанием идеях вообще и особенно часто при экстазах, когда внимание под влиянием аффекта восторга направляется на предмет, вызывающий восторженное чувство. Вообще на усиление внимания влияет усиление напряжения и возбудимости душевного чувства по отношению к каким-нибудь

впечатлениям или представлениям. Внимание есть проявление волевое, а волевые проявления, как известно, находятся в большой зависимости от интенсивности душевных чувств. Поэтому, чем напряженнее или живее эмоция, вызываемая каким-нибудь рядом впечатлений или воспоминаний, тем — в большинстве случаев — и напряженнее внимание в соответствующую сторону. Ввиду этого, для того чтобы сделать внимание интенсивнее, нужно, чтобы предмет, на который обращается оно, был ассоциирован в нашей психике с какой-нибудь живой эмоцией, влияние которой мы и ощущаем в себе в виде того, что называется интересом, увлечением, страстью. Это свойственно нормальной жизни; это же относится и к изменению внимания при патологических условиях.

Ко всему сказанному относительно болезненных расстройств внимания нужно, однако, прибавить, что до сих пор еще патология внимания, несмотря на всю важность ее не только для психиатрии, но и для педагогики, очень мало разработана, и зависимость внимания от состояния разных органов тела весьма мало оценена. Между тем несомненно, что сила внимания и его устойчивость находятся в большой зависимости не только от общего состояния питания организма (вследствие чего у слабых, истощенных детей и внимание обыкновенно слабо), но и от изменения в строении и функции некоторых отдельных органов. Так, например, на внимание имеет влияние состояние глазных мышц, что находится в связи с тем, что акт внимания тесно ассоциирован с функцией мышц, фиксирующих глаз и влияющих на аккомодацию. В последнее время отмечена зависимость внимания от состояния носовой полости (гипертрофия раковин, аденоидные разрастания носовых раковин). При некоторых страданиях раковин замечалось резкое ослабление внимания, делавшее очень трудным обучение детей (*Aprosexia nasalis*). Под влиянием местного лечения полости носа проходила и слабость внимания.

В высшей степени интересным представляется вопрос о том, насколько от каких-нибудь процессов в организме (аутоинтоксикации или неправильной деятельности тех или других желез), влияющих на ослабление деятельности внимания, развивается та крайне интересная и весьма важная в практическом отношении форма, которая выражается в преждевременной остановке развития умственных способностей у отроков и юношей (*преждевременное юношеское слабоумие*).

Расстройства во внешних двигательных проявлениях. *Внешняя* деятельность воли, выражающаяся в *двигательных актах*, тоже резко расстраивается при душевных болезнях. По всей

вероятности, расстройства этого рода находятся в зависимости от каких-либо изменений в функции психомоторной сферы и потому носят иногда название *психомоторных симптомов* при душевных болезнях. По отношению к расстройствам двигательных актов замечается, во-первых, изменение в степени *потребности к двигательным актам.* В некоторых случаях эта потребность уменьшается до того, что человек делается совершенно неподвижным; в других, наоборот, потребность к актам и зависящая от этого подвижность резко увеличиваются, как это бывает при мании и вообще при неистовстве.

При *усиленной подвижности* сами двигательные акты бывают неодинаковы в зависимости от степени усиления потребности к движениям. В более слабых степенях усиленная подвижность выражается в необычайной предприимчивости, наклонности к разъездам, к длинным разговорам, многописанию. Хотя часто акты, совершаемые при этом, недостаточно рассудительны, но тем не менее по форме они почти правильны. Но чем более усиливается подвижность, тем все более и более беспорядочны становятся поступки, тем все менее и менее в них заметен характер *произвольных действий* и тем все более они приближаются к движениям непроизвольным. С увеличением подвижности обыкновенно психическая мотивировка действий все более и более падает. Так, сначала появляется только уменьшенная мотивировка действий — в поступках замечается резкая беспорядочность, суетливость, нецелесообразность. При большей силе расстройства становится все менее и менее заметно сознательных психических мотивов двигательного акта и проявления душевного возбуждения все более и более приближаются к рефлексам. Больной в таких случаях производит ряд актов бесцельных, беспорядочных: бессмысленно кричит, скачет, стучит по стене, разрушает платье, мебель, пачкает, мажется. Если еще дальше идет увеличение двигательного возбуждения и соответственно этому увеличивается падение элемента произвольности в двигательном проявлении, то является ряд движений, не слагающихся уже в сложные акты: например, бессмысленное перебирание пальцами, бессмысленное поворачивание головы, трение головы о подушку, цепляние за попадающиеся предметы. Наконец, могут быть совершенно некоординированные движения, характеризующие самые сильные формы психомоторного возбуждения. Эти двигательные проявления стоят уже бок о бок с чисто физическими явлениями возбуждения в психомоторной сфере мозговой коры — с судорогами.

Такова постепенная градация в расстройстве двигательного проявления при усиленной степени двигательного возбуждения. Психиатру она должна быть знакома, потому что по ней мы очень часто судим о степени возбуждения мозга вообще.

При *ослаблении* стремления к двигательному проявлению мы замечаем *уменьшение подвижности* в большей или меньшей степени. Так, у некоторых больных дело ограничивается только вялостью, отсутствием предприимчивости, наклонностью к уединению, неразговорчивостью — словом, тем, что называют отсутствием энергии, при сохранении возможности заставить себя сделать то, что окажется необходимым. У других дело доходит до такой степени ослабления активности, что они не могут и заставить себя сделать что-либо, кроме самых обычных вещей. Они постоянно уединяются, почти не разговаривают, не могут работать. Наконец, в самых сильных степенях уменьшения подвижности больные доходят до полного остолбенения, как это бывает при ступоре и при том состоянии, которое называется status attonitus. Больные в этих состояниях часто по целым часам и дням лежат или сидят в одной позе, не выражая потребности к какой-либо перемене своего положения.

Кроме этих явлений общего увеличения и уменьшения подвижности мы должны еще отметить некоторые особенные проявления в двигательных актах, наблюдаемые нередко у психических больных. Так, очень часто у душевнобольных изменяется *характер их манер, характер обычной позы.* Очень резко изменяется манера держать себя в отношении, например, к своей одежде, в отношении к аккуратности во время еды, в обращении с другими людьми. Кроме того, нередко у душевнобольных приходится наблюдать совершенно своеобразные формы двигательных проявлений. Так, у некоторых бывают однообразные, как бы *судорожные подергивания* (tics convulsifs); у других является наклонность принимать какие-нибудь особенные позы, причем иногда эти позы похожи на театральные и часто сменяются, иногда же одна и та же поза остается в течение многих дней, даже месяцев. У некоторых больных бывают расстройства в двигательных проявлениях, очень характерные, выражающиеся в своеобразных явлениях напряжения и называемые иногда *кататоническими явлениями*, так как чаще, хотя далеко не исключительно эти явления наблюдаются при «кататонии», о которой будет сказано ниже.

К *кататоническим явлениям* причисляются: каталепсия, чрезмерное напряжение мышц (тетания) и чрезмерное расслабление их, наклонность к отрицанию (negativismus) и стереотипность движений.

Каталепсия, или **восковая гибкость (flexibilitas cerea)**, выражается в том, что руки, ноги, голова и туловище больного остаются в том положении, которое мы им придадим: согнем руку, рука так и застынет в приданном положении, поднимем ногу — она так и останется. Можно больному придать самое неудобное положение — и он в нем останется. Иной раз это явление очень сильно выражено, так что, действительно, части тела сгибаются и удерживают долго свое положение, как будто они из воска; в других случаях мы замечаем, что больной удерживает положение не надолго, и при попытке придать его руке ту или другую форму — как будто сам предупреждает то движение, которое вы хотите произвести, сохраняет приданное положение, пока вы смотрите, а потом скоро опускает. В этих случаях особенно заметно, что так называемая восковая гибкость обусловливается внушением, связанным со своеобразным ощущением в мышцах и, вероятно, с иллюзией в области иннервационных ощущений. Больные и по выздоровлении обыкновенно путаются в объяснении того, почему они удерживали свои члены в приданном положении. Некоторые говорят, что они думали, что «так надо было держать», а что они могли бы и изменить положение, другие, что «ими владела какая-то сила, что движения конечностей были не в их власти». Восковая гибкость соединена почти всегда со своеобразным изменением выражения лица, неподвижностью взгляда и остановкой внимания, так что иной раз, подойдя к больному, сразу можно видеть, что при поднятии руки можно обнаружить каталептоидное состояние. Состояние это бывает то скоропреходящее, то длительное, продолжающееся недели и месяцы.

Тетания у душевнобольных проявляется в судорожном сокращении почти всех сгибательных мышц. В наиболее сильной степени этого состояния больные съеживаются как бы в комок, голова сильно наклонена книзу, колени прижаты к груди, туловище сгорблено, плечи направлены вперед, предплечья поджаты, пальцы сжаты в кулак; мускулы лица напряжены, брови сдвинуты, глаза закрыты, зубы стиснуты; больной при этом обыкновенно совершенно молчит, противодействует всему; малейшая попытка вывести его из этого положения усиливает еще более напряжение мускулов. Это состояние чаще всего приходится наблюдать при кататоническом помешательстве с мрачными бредовыми идеями, при меланхолическом умопомешательстве, а также при глубоком слабоумии и при прогрессивном параличе.

Подобно чрезмерному напряжению мышц, у некоторых больных замечается чрезмерное *расслабление их.* Больные в этих состояниях лежат неподвижно, руки и ноги их откинуты по тя-

жести, никакому движению не встречается противодействия, но конечности не остаются в приданном положении, а, будучи опущены, тотчас падают. Если больного посадить, то он скатывается со стула, голова отвисает. Больной как будто находится в обмороке, но на самом деле обморока нет, а большей частью существует лишь сновидное состояние сознания и внушающее влияние какой-нибудь идеи.

Под именем **болезненного противодействия (negativismus)** известно состояние, при котором больные отказываются от всего, что им предлагают. В наиболее высшей степени это заметно в сочетании с тетанией, но может быть и без нее; больные в таких случаях отказываются есть, когда им предлагают, повторяя: «не хочу есть, не хочу есть», а когда уносят тарелку, говорят: «зачем унесли, хочу есть, хочу есть». Если поставить тарелку — опять следует отказ. И так относительно всего: одеванья, раздеванья, прогулки, медицинского исследования и т. п. Оставаясь в комнате, больные твердят: «не хочу здесь оставаться, хочу гулять», а чуть только поведут на прогулку — упираются изо всей силы, и, выведенные в сад, постоянно стремятся к двери; но стоит только отворить дверь и повести в дом, как больные, упираясь, говорят, что хотят остаться в саду.

Стереотипность действий является нередким спутником разнообразных душевных болезней, например слабоумия, кататонического умопомешательства, юношеского помешательства (гебефрении). Многие больные по целым часам, дням, а иногда и месяцам проделывают крайне *однообразные движения головой, руками, туловищем*; у некоторых эти стереотипно повторяющиеся движения состоят в какой-нибудь постоянной, как бы судорожной гримасе, у других в постоянном сосании, вытягивании губ в виде хобота, втягивании воздуха носом, у третьих в более бурных проявлениях — однообразном катании, совершенно одинаковом порывистом прыгании, квакании или в стремлении хватать себя за половые органы, крутить или вытягивать их, в стремлении кусать губы и язык. Такого рода явления наблюдаются особенно часто при *кататоническом помешательстве* и представляют крайнее затруднение для ухода за больными, потому что влечение к производству опасных движений бывает часто непреодолимо и нужно беспрерывно удерживать больного; стоит его на минуту отпустить, как он стремительно бросается производить свое излюбленное движение, например кидается с кровати или кувыркается через ее спинку.

Хотя, как было сказано выше, стереотипные движения наблюдаются особенно часто при кататоническом умопомешательстве,

но было бы неправильно считать их исключительно принадлежностью этой болезненной формы. Они бывают и при вторичном слабоумии, и при прогрессивном параличе, словом, при разных болезнях. Вообще нужно заметить, что почти все душевнобольные, перешедшие из первого острого периода болезни, наклонны к тому, чтобы в своих движениях быть очень однообразными. Это мы замечаем и при мании; когда болезнь находится в 5-м, 6-м месяце своего течения, и движения и слова больных монотонны, однообразны, а иногда и стереотипны; но *насильственные* стереотипные действия, совершенно бессмысленные, вызываемые какой-нибудь странной идеей, действительно, составляют почти исключительное проявление кататонического помешательства.

К области расстройств в двигательном проявлении душевного состояния должно быть отнесено и **расстройство в выразительных движениях**, т. е. в позе, мимике и речи. **Поза** больных часто соответствует форме болезни. У большинства больных с депрессивным состоянием преобладает напряжение сгибающих мышц как проявление подавленного состояния и страха, вызывающего движения самозащиты. Наоборот, у больных экспансивных преобладает деятельность разгибателей, и движения носят характер агрессивный. Крайнее однообразие позы, остающейся неподвижной в течение многих часов, характеризует состояние ступора или кататонии и сродных форм также глубокого слабоумия или, наконец, подчинения всего сознания одной какой-нибудь бредовой идее. По своеобразной позе прислушивающегося или что-то созерцающего человека мы узнаем галлюцинанта по лицемерно просительному виду, быстро переходящему в раздраженно-негодующий; узнаем сутяжно помешанного; по вялой, малоподвижной позе, характеризующей ничем не интересующегося, живущего почти одной животной жизнью, узнаем вторично слабоумного или паралитика; по томной, вычурной, эффектной позе — истеричку; по дисгармонии выразительных движений — тяжелого дегенерата.

Что касается **мимики**, то она расстраивается в большей или меньшей степени почти всегда, и некоторые формы душевных болезней имеют даже свои определенные характерные черты. Так, при психических болезнях, при которых существует связанность, заторможение психических процессов, как, например, при меланхолии, мы замечаем неподвижность, напряженность и, так сказать, несвободу в мускулатуре лица. Наоборот, при мании, при которой психические процессы облегчены, иногда разнузданы, мы встречаем и в мимике массу быстро сменяющихся выражений. При ослаблении умственной жизни мы встречаем

расслабление и в мимических движениях, вследствие чего лицо делается невыразительно, нет никакой игры физиономии.

Особенно резка «маскообразность» лица при прогрессивном параличе, когда слабоумие достигло уже большой степени развития. При некоторых формах, характеризующихся неправильной координацией психических актов, мы встречаем аналогичные черты и в физиономии. Так, у дегенератов очень нередко мимика крайне своеобразна и неправильна, соответственно дисгармонии их психической жизни; например, в верхней части лицо очень подвижно, в нижней же представляет неподвижную маску; у некоторых дегенератов заметны необычайные для здоровых людей движения мягкими покровами волосистой части головы и ушами.

Обычно мимика соответствует эмоции, испытываемой человеком. У некоторых больных приходится наблюдать извращение соотношения мимики и эмоции: при печали мимика удовольствия, и наоборот. Это явление называется *парамимия*; бывает оно в формах дегенеративных и у истеричных; еще чаще приходится его наблюдать при психозах, связанных с органическими изменениями мозга. Нередко при такого рода формах можно отметить совершенно несоответствующую настроению мимику смеха или плача.

Благодаря особенностям мимики и позы при различных состояниях у душевнобольных, опытные психиатры иногда чрезвычайно быстро ориентируются как в определении формы болезни, так особенно в определении перемен, совершающихся в течении болезни. Нужно, однако, прибавить, что до сих пор еще нет достаточно хорошего анализа мимики душевнобольных, и пока еще определение состояния больного по мимике есть дело личного опыта, а не результат научного анализа.

При описании отдельных форм душевных болезней мы остановимся на соответствующих изменениях в мимике.

Изменения речи при душевных болезнях бывают очень часто. Они выражаются как в самом акте произношения (*анартрия*) и в несоответствии произносимых звуков с понятиями и идеями (*афазия и парафазия*), так и в самом *характере* речевого выражения. Первого рода изменения являются физическими расстройствами, сопутствующими психическим симптомам душевных болезней, второго же рода — само по себе выражение ненормального душевного состояния. Соответственно этому изменения первого рода будут рассмотрены нами в следующей главе, а теперь мы остановимся над теми, которые составляют сами по себе выражение душевных расстройств. Этого рода изменения в речи определяются в громадном большинстве случаев содержа-

нием душевной жизни больного, его настроением, состоянием внимания и большей или меньшей степенью двигательного возбуждения. При известной степени двигательного возбуждения речь изменяется в своем темпе, делается быстра, словообильна (*logorrhea*), плавна, больной сыплет ритмами, созвучиями, поговорками и говорит стихами. При большей степени возбуждения мы видим, что в разговоре мысль не доканчивается, фраза обрывается на половине, постоянно меняется тема речи, рассказ прерывается пением, побочными вопросами, обращениями. При еще большей степени возбуждения речь теряет смысл, представляется простым набором фраз, в которые вставляются без всякой надобности поговорки и бессмысленные, беспрерывно повторяющиеся присловия; дальше — расстраивается правильность образования фразы, являются синтактические и этимологические ошибки; затем вместо слов являются обрывки слов, наконец, нечленораздельные звуки.

Но *темп речи* может измениться и в другую сторону; речь может становиться все медленнее и медленнее. Это бывает при меланхолии и при других болезнях с подавлением душевной деятельности. Смотря по степени подавления речь делается то более, то менее медленной; сначала больной молчалив; затем в некоторых случаях больной говорит только вяло, в других еле-еле скажет слово. А бывает много случаев, когда молчаливость доходит до полного молчания — *mutacismus* или *mutismus*.

Различного рода неправильности в речи, как логические, так и грамматические, находятся в большой зависимости от состояния внимания и правильности сочетаний. При состояниях бессвязности и речь бессвязна, при слабоумии речь поражает однообразием, бедностью лексикона и оборотов, повторением однообразных шаблонных выражений и присловий; при состояниях, связанных с большой утомляемостью мозгового аппарата, мы можем заметить, как больной, начавши говорить связно, мало-помалу утомляясь, начинает путаться, говорить малосвязно, непоследовательно и, наконец, совсем бессмысленно.

Помимо этого нужно отметить со стороны речи еще четыре проявления.

Первое из них *стереотипия*. Это явление соответствует стереотипности движений у душевнобольных и бывает при тех же условиях. Оно выражается в том, что больные однообразно повторяют одни и те же крики, возгласы или отдельные слова. Второе — это то, что называется *вербигерацией*. Это явление выражается в насильственной беспрерывной, бессвязной, иногда

совершенно бессмысленной, большей частью монотонной болтовне. Вербигерация бывает также наиболее часто при той форме, которую Кальбаум описал под именем кататонии. Третье явление есть употребление в разговоре слов какого-нибудь *жаргона*, например извозчичьего, гостинодворского или неестественного сюсюканья, шепелявенья. Это особенно часто бывает при юношеском помешательстве (*гебефрении*) и считается некоторыми авторами одним из характерных явлений для этой формы. Четвертое явление есть образование несуществующих слов, разговор на несуществующем языке (*неологизмы*). Некоторые больные иначе не говорят, как на каком-то особенном, ими самими придуманном языке (под влиянием галлюцинаций, подсказывающих им некоторые слова, или под влиянием бредовых идей или своеобразной распущенности).

Кроме речи у душевнобольных часто изменяется и письмо. **Изменения в письме** у душевнобольных бывают разнообразны. В некоторых случаях мы видим изменения главным образом *в почерке*: почерк делается дрожащим, неровным; прямые линии — зигзагообразными, угловатыми; буквы выскакивают из строк. Особенно часто приходится это наблюдать при прогрессивном параличе, при старческом слабоумии, алкоголизме и других формах, при которых рядом с психическими симптомами существуют и физические. В других случаях не столько меняется почерк, сколько *сама форма письма*. Так, например, у *паралитичных* замечаются пропуски букв и целых слогов, перестановка слогов; беспорядочность в писании и крайняя неряшливость; они не разбирают, что пишут на конверте одну фамилию или одно имя без адреса; они пишут прошения в высшие учреждения карандашом на оберточной бумаге, телеграмму на отдельных маленьких клочках, притом так, что и сами не разбирают, что написали. У маниакальных больных, находящихся в *сильном возбуждении*, мы видим иногда чрезвычайно большую наклонность писать, причем они пишут очень разгонисто, недоканчивают слогов, исписывают много бумаги. Наоборот, *меланхолики* пишут обыкновенно мало, медленно, почерк их мелкий, сжатый. При начальных *формах бредовой формы бессмыслия* часто замечаются в писаниях отдельные междометия, воззвания; писания беспорядочны, несвязны; в них попадаются символические знаки, отдельные слова без фраз, восклицательные знаки. Письма *первично помешанных* (паранойиков) довольно правильны по внешности, но в них мы встречаем очень много подчеркиваний, некоторые слова подчеркнуты 3—4 раза. У них также попадаются символические изображения, и замечается наклонность к употреблению и по-

вторному писанию любимых согласных. Писания *слабоумных* обыкновенно крайне неразборчивы и монотонны не только по содержанию, но и по сходству букв, так что иногда нет возможности отличать одну букву от другой. Очень нередко можно встретить массу листов, исписанных такими больными вдоль и поперек. Больные хранят их у себя и дают всякому новому посетителю больницы. Характерны также по своей монотонности, мелочности в изложении и длинноте некоторые прошения *сутяжных больных*. Эти больные особенно охотно дают свои прошения посетителям больницы, особенно если считают их за лиц значительных.

Изменения в письме душевнобольных имеют довольно большое значение, особенно в *судебных случаях*: иногда, например, при вопросах о духовных завещаниях бумаги, написанные больными, составляют очень важный материал, на котором эксперт основывает свое заключение о состоянии умственных способностей завещателя. Необходимо помнить, что неправильности писания не всегда обусловливаются душевной болезнью. Много лиц, и не представляющих резких признаков душевной болезни, пишут с большими особенностями как почерка, так и характера письма. Для того чтобы признать за письмом патологическое значение, нужно почти всегда не только взвесить все другие обстоятельства дела, но и сравнить представленное для суждения письмо с прежними, написанными в состоянии несомненного здоровья.

ТЕЧЕНИЕ ДУШЕВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ИСХОДЫ ИХ

Симптомы, которыми проявляются душевные заболевания, являясь в известной совокупности, дают, как мы знаем, картину того или другого *психического состояния.* Мы в начале курса уже изложили различные виды психопатических состояний. Эти психические состояния обыкновенно не остаются совершенно неизменными даже у одного и того же больного; с течением времени и с течением болезни они изменяются, и состояние одного рода переходит в другое. Так, очень нередко, в начале заболевания мы имеем состояние психической неуравновешенности, потом меланхолическое состояние, а потом состояние спутанности, потом состояние слабоумия. В других случаях состояние неуравновешенности, которое бывает в начале болезни, переходит в состояние маниакальное или параноияльное, или прямо в слабоумие. Все зависит от того, какая форма болезни существует у больного и какую конституцию представляет сам больной. В зависимости от этого из последовательной смены психопатических состояний слагается картина *болезненного процесса.* С течением болезненных процессов у душевнобольных мы и должны теперь познакомиться.

При душевных болезнях нам почти всегда приходится ограничиваться изучением течения одной только *клинической* картины болезненного процесса, так как в большинстве случаев соответствующих ему анатомических изменений при современном положении науки мы не можем знать, тогда как *клиническая* картина течения психозов доступна нашему наблюдению. Нужно, впрочем, прибавить, что и относительно изучения клинической картины психозов условия не особенно хороши. В самом деле, проявления душевных болезней вообще чрезвычайно сложны и разнообразны; это разнообразие увеличивается еще влиянием индивидуальности лица, у которого развилась болезнь, и обстановкой лечения. Кроме того, душевные болезни тянутся обыкновенно долгое время, больные переходят от одного врача к другому, и часто приходится относительно самых ин-

тересных перемен в состоянии больного делать заключение по кратким сведениям истории болезни, при составлении которых очень часто имеют большое значение и личные особенности наблюдателя, вследствие чего факты передаются не вполне объективно. Вследствие всей этого, чрезвычайно трудно, сделать верные обобщения и представить верную картину последовательной смены явлений, которая должна служить типом. Этим объясняется то, что до сих пор относительно очень многих форм душевных болезней мы не имеем достаточно точной типической клинической картины всей болезни, и *в этой области правильному наблюдению предстоит еще много плодотворной работы.*

По своему течению психические заболевания разделяются, как и соматические, на **острые и хронические**. Эти термины употребляются в психиатрии, однако не совсем в том смысле, как в других отделах патологии. Так, например, острая психическая болезнь в большинстве случаев тянется несколько месяцев, а то и целый год и более; лихорадочного состояния при острых душевных болезнях тоже почти никогда не бывает. В психиатрии острыми болезнями называются такие, которые развиваются довольно быстро, и начальный период которых, действительно, имеет острое течение. Эти формы большей частью такие, при которых есть надежда на то, что болезнь кончится благополучно, т. е. выздоровлением; оттого в большинстве случаев термин «острая форма» обозначает «излечимую форму». Наоборот, термином «хроническая форма» обозначаются обыкновенно такие болезни, которые почти не дают надежды на излечение и которые поэтому тянутся очень долго. Иногда они бывают самостоятельны, причем начало их постепенное, медленное; иногда же они развиваются из острых форм, как их исходы. Так, например, болезнь может начаться острой формой — меланхолией; до поры, до времени надежда на излечение еще остается, и в большинстве случаев болезнь в течение от 8 до 12 месяцев кончается выздоровлением; но в некоторых неблагоприятных случаях болезнь не кончается выздоровлением, а через год, через два приобретает такие черты, что мы принуждены сказать, что меланхолия уже кончилась, а началась другая форма — вторичное слабоумие. Вторичное слабоумие есть уже хроническая неизлечимая форма.

Иной раз бывает, что у одного и того же больного рядом существуют и приступ острого душевного расстройства, и хроническая душевная болезнь. Это особенно часто приходится наблюдать в случаях психозов, связанных с какой-нибудь дегенерацией, наследственной, алкогольной или какой-либо иной. Весьма нередко

на *почве дегенерации* развивается *острое* психическое расстройство; оно может при благоприятных условиях пройти, но те проявления психического расстройства, которые составляли выражение дегенеративной конституции, остаются в виде *хронической* болезни.

Острые душевные болезни продолжаются различное время. Как я сказал, чаще всего они тянутся несколько месяцев (именно от 4 до 9 месяцев). Но острая болезнь иногда может продолжаться и год, и два, и даже более. Есть, однако, случаи, где болезнь течет чрезвычайно быстро, всего немного дней и недель, как, например, острый бред и некоторые формы острого галлюцинаторного помешательства. Иногда формы с таким очень быстрым течением обозначаются термином «*острейшая форма*» (*acutissima*).

Иногда бывают заболевания, продолжающиеся всего несколько часов; в таком случае форма называется «*скоропреходящая*» (*transitoria*).

Бывают случаи, где болезнь развивается довольно постепенно, но все-таки называть ее хронической нельзя. Тогда ее называют *подострой* (*subacuta*).

Нельзя не сознаться, что во всей этой терминологии много неопределенного; поэтому эти термины теперь употребляются все реже и реже, и, по всей вероятности, при дальнейшем развитии наших знаний они заменятся другими, более подходящими.

Периоды болезни. В большинстве случаев душевная болезнь совершает свое течение, проходя через *несколько периодов*. Этим периодам соответствует обыкновенно смена различных психопатических состояний, так, что болезнь представляется совершающей известное правильное течение, одинаковое для большинства типичных случаев. *Первый период — продромальный, период предвестников*, чаще всего обнаруживается явлениями неустойчивого равновесия в душевной сфере. Так как у многих индивидуумов и в нормальном состоянии существует порядочная неуравновешенность, то очень нередко начало душевных болезней совсем не замечается окружающими, особенно это бывает в тех случаях, где болезненное нарушение равновесия начального периода выражается чрезмерным развитием тех свойств, которые присущи характеру заболевающего, или где болезнь развивается вслед за каким-нибудь поводом, который и здорового человека может вывести из состояния равновесия, как, например, сильное огорчение, испуг, истощение. Как бы то ни было, в большинстве случаев в начале заболевания является лишь изменение самочувствия, раздражительность, чрезмерная впечатлительность, наклонность к навязчивым идеям, к одно-

стороннему восприятию впечатлений, к односторонней окраске; утомляемость, неспособность заниматься, несдержанность, беспокойство, неусидчивость, метание из стороны в сторону; часто довольно резко выступают на первый план проявления эгоизма, надоедливость по отношению к окружающим. Рядом с психическими симптомами обнаруживаются и физические — изменения мимики, выражения глаз; сон делается тревожным, являются головокружения, головные боли; больные жалуются, что голова плохо работает, впечатления не усваиваются или при мышлении чувствуется какое-то тягостное ощущение; многие сознают совершающееся в них изменение, нетерпеливо жалуются своим близким и знакомым и настойчиво ищут врачебной помощи.

Это — одно проявление периода предвестников, наблюдаемое обыкновенно при психозах функциональных; но часто бывает и другое. Так, при органических психозах иногда не столько заметна раздражительность, усиленная впечатлительность, сколько умственная слабость, проявляющаяся в рассеянности, забывчивости, проявлении отупелости и глуповатости.

Период предвестников продолжается различное время; иной раз он длится лишь несколько дней и недель, иногда же его можно проследить за несколько месяцев или даже лет до начала резко выраженных симптомов второго периода; лишь в немногих случаях его совсем нет, как, например, при психозах, вследствие отравления угаром, после необыкновенно сильных моральных потрясений или при психозах, развивающихся непосредственно из какой-нибудь острой болезни, как тиф, острый ревматизм сочленений, воспаление легкого. В некоторых случаях периодических психозов приступ болезни тоже развивается совершенно внезапно.

Второй период — период расцвета, или развития, болезни — обыкновенно проявляется в быстром или постепенном изменении всей личности, изменении содержания сознания и влечений, причем признаки расстройства эмоциональной сферы (сферы душевного чувства) выражены почти всегда в этом периоде очень резко. В этом периоде бывает особенно часто или чрезвычайно резко выраженное тоскливое состояние, причем отчаяние влечет человека к самоубийству, или сильная экзальтация, экспансивное возбужденное состояние, влекущее больного к неустанному передвижению, бесконечному говорению, проповедованию, мотовству, бесцельным покупкам и пр. В это время самочувствие уже настолько изменяется, что некоторые больные ощущают себя совсем иными, чем они были в здоровом состоянии; они иначе чувствуют, иначе воспринимают, склад мыслей и

действий их совсем иной. Очень часто при этом акт мышления нарушается: делается или крайне односторонним или прямо неправильным; являются или заторможение мысли, или вихрь идей, или неправильные ложные выводы, или, наконец, полная спутанность и бессмыслие.

Смотря по форме болезни, явления, которыми будет обнаруживаться период развития ее, весьма различны, и мы познакомимся с ними ниже. Здесь мы должны отметить лишь то, что в этом периоде происходит обыкновенно резкое нарушение *гармонии* отдельных душевных процессов, борьба между здоровыми элементами личности и проявлениями болезни, причем последние постепенно нарастают и все более и более господствуют в душевной жизни, заслоняя собой или даже совсем угнетая нормальные проявления личности.

Смотря по интенсивности болезни и по ее свойству, эта победа болезненных проявлений над нормальными свойствами личности будет то полнее, то слабее, то медленнее, то быстрее, в зависимости от чего картина болезни в этом втором периоде будет различна. Иной раз дело идет необыкновенно скоро, как, например, в случаях остро развивающегося бессмыслия или, первичного слабоумия, при приступах эпилептического психоза, когда нормальные свойства с каждым днем, иногда с каждым часом или даже мгновенно подавляются и извращаются болезнью, в других же случаях, как, например, при хроническом первичном помешательстве, период развития тянется несколько лет.

Отличительным свойством его считается резкое проявление *расстройства эмоциональной сферы, наличность аффектов* разного характера. Это расстройство эмоциональной сферы является естественной реакцией того глубокого изменения самочувствия, которое происходит под влиянием органических ощущений, сопровождающих болезненное изменение личности.

Развившись до той или другой степени, болезнь переходит в третий период. *Третий период — период стационарный, или полного развития болезни* — начинается с того времени, когда болезнь достигла вершины (acme) своего развития и тянется более или менее долгое время, причем симптомы остаются довольно однообразны, представляя лишь колебания в своей интенсивности. И в этом периоде, смотря по форме болезни, симптомы ее у различных больных бывают очень разнообразны; в отличие от второго периода здесь мы видим, что новых симптомов почти не прибавляется; мысли, аффекты и действия больных становятся монотонны, однообразны, как бы заключаются в очень определенный круг. День за днем, неделя за неделей проявляются в

стереотипных словах, заключенных в однообразный довольно узкий круг идеи; одни и те же действия служат проявлением однообразных аффектов и влечений. Правда, и здесь бывают взрывы тоски и гнева, бывают состояния спокойствия и возбуждения, но все это в такой одинаковой, почти стереотипной форме, что окружающие больного лица, обладая известным вниманием, могут изучить мельчайшие подробности проявлений душевной жизни больного, с точностью знать, когда и при каких условиях явится тот или другой акт, обнаружится тот или другой аффект. Такое состояние длится весьма различное время, в большинстве случаев месяцы, а иногда и годы. В других же случаях третий период бывает очень короткий: болезнь, едва достигнув вершины своего развития, начинает спускаться и переходит в период поправления. Это бывает в случаях наиболее острых психозов.

Четвертый период душевных болезней далеко не одинаков в различных случаях. В одних случаях четвертый период совпадает с поправлением больного, в других с переходом болезни в неизлечимое состояние. Соответственно этому мы будем иметь две разновидности *четвертого периода.*

а) *Период поправления* характеризуется наклонностью к исчезновению всех болезненных симптомов: постепенно, шаг за шагом (а иногда и очень быстро) проясняется сознание, если оно было затемнено, расширяется заколдованный круг, в котором были сжаты мысли и чувствования больного, является способность заниматься, больной становится внимательнее к тем впечатлениям, которые прежде почти не влияли на него, выступают нормальные свойства личности; поведение, отношение к окружающим становится правильнее; пропадают галлюцинации, бледнеют и, наконец, исчезают бредовые идеи. Обыкновенно дольше другого остаются расстройства эмоциональные, в виде монотонного, но все более и более сглаживающегося изменения настроения или в виде чрезмерной возбудимости и раздражительной слабости. Улучшается сон, наступает общее физическое поправление, увеличение веса, возвращение нормальных физических отправлений, например менструаций у женщин. Такой ход четвертого периода бывает или быстрый, или медленный, растянутый на много месяцев с колебаниями в ту и другую сторону («смена хороших и дурных дней»). Бывают случаи, когда он продолжается и очень короткое время, например, в некоторых формах периодических психозов.

б) Вторую разновидность четвертого периода составляет *направление болезни в неизлечимое состояние.* Эта разновидность ха-

рактеризуется тем, что монотонность болезненных проявлений, которая наблюдалась и в третьем периоде, но за которой нередко все-таки можно было различить элементы нормальной личности, лишь заслоненные болезнью, становится все резче и резче, вместе с тем все более и более появляется понижение интеллекта, ослабление памяти, соображения и высших душевных свойств; все у́же и у́же становится круг душевной жизни, и в некоторых случаях дело доходит до полной утраты ее; часто в этой разновидности четвертого периода наступает резкое изменение личности, характеризуемое как распадение ее на отдельные, необъединенные элементы.

Эти две главные разновидности четвертого периода в некоторых отдельных случаях *комбинируются между собой*, и тогда перед нами является странная картина сочетания понижения интеллекта и нарушения единства личности с исчезновением других болезненных явлений, как, например, бредовых идей, галлюцинаций, спутанности сознания, болезненного настроения. Иной раз так дело и остается надолго, иной раз явления дефекта все более и более увеличиваются, и развивается полная картина неизлечимого состояния; иной же раз, наоборот, явления умственного дефекта делаются все меньше и меньше: иерархическое господство направляющей силы ума восстанавливается, элементы личности объединяются, и больной поправляется.

Ход поправления через период своеобразной глуповатости был означаем прежними авторами термином *«moria»*.

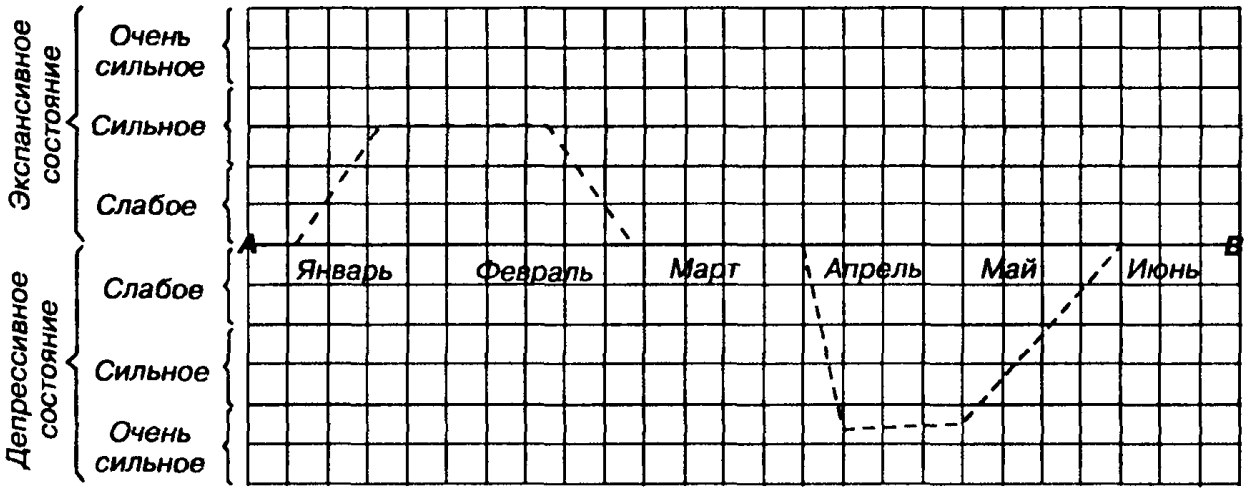
Таковы 4 периода процесса душевных болезней, которые можно отметить в большинстве психозов. Психозы, которые протекают в такой последовательности, можно назвать *типичными*. Но следует иметь в виду, что иной раз течение болезни не укладывается в рамки указанных периодов; является неправильный ход болезни: например, вслед за наступившим уже стационарным периодом неожиданно начинается новый скачок, как бы новый приступ болезни, или вдруг является неправильная смена диаметрально противоположных состояний, например, экспансивного и угнетенного. Такие случаи можно назвать *атипическими психозами*. Атипические психозы чаще всего бывают при сочетании двух или нескольких форм душевных расстройств между собой, например сочетание меланхолии с наследственно-дегенеративными формами, или с эпилепсией, или с алкоголизмом (так называемые *сложные психозы*).

Здесь можно прибавить, что в прежнее время с отдельными периодами связывалось представление об обязательности в течение их определенных психопатических состояний; так,

например, считалось, что первый период всякой душевной болезни должен выражаться в меланхолическом состоянии; затем если болезнь не оборвется на этом периоде, то во втором периоде должно быть маниакальное состояние. Если болезнь не купируется в это время, она перейдет в третий период, период помешательства, а потом в четвертый — период слабоумия. Но беспристрастный анализ наблюдаемых случаев не подтвердил такого воззрения. Хотя есть случаи, в которых, действительно, болезнь совершает именно такой цикл, но эти случаи далеко не очень часты, и ставить этот цикл правилом для всех форм — значит прибегать к большим натяжкам в угоду предвзятой идеи.

Но во всяком случае изучение смены состояний в зависимости от периода болезни имеет очень большой интерес, и лица, занимающиеся клинической психиатрией, обращают на это большое внимание. К сожалению, с одной стороны, сложность симптомов, а с другой — очень большая продолжительность душевных болезней, причем, как я заметил выше, нередко больной не во все время своей болезни находится под наблюдением одного и того же врача, очень мешают тому, чтобы можно было составить много точных историй болезни и сделать выводы о последовательной смене состояний. В болезнях соматических это легче, потому что и сами болезни вообще короче, да и методы исследования гораздо точнее. Так, например, есть возможность во многих случаях прибегнуть к точному измерению степени тех или других симптомов, например степени повышения температуры, ускорения пульса и дыхания, изменения в обмене веществ и т. п. Получаемые цифры дают возможность составить кривые хода температуры, пульса, дыхания, обмена веществ и пр., что чрезвычайно облегчает составление ясного представления о ходе болезни. Применение графического метода, столь полезного при соматических болезнях, при душевных болезнях несравненно труднее, потому что симптомы с трудом поддаются беспристрастной количественной оценке. Объективного мерила нет, а на субъективную оценку вполне полагаться нельзя. Тем не менее потребность в составлении правильной картины болезни у психиатров так велика, что многие согласны довольствоваться хотя бы приблизительной оценкой симптомов, чтобы иметь более наглядное представление о ходе болезни при помощи графического метода. Работы в этом отношении производятся в различных психиатрических центрах, но пока еще дали только небольшие результаты. То, чем теперь пользуются, сводится к следующему.

Возьмем бумагу, разделенную на квадратики. Проведем на средине ее по горизонтальной линии жирную черту **АВ**. По ней



будем отсчитывать время, смотря по условию — по дням, по неделям или месяцам, соответственно тому, какой величины рисунок мы хотим составить. Допустим, что мы желаем отсчитывать по неделям. Тогда всякое одно деление горизонтальной черты будет соответствовать неделе, каждые 4 деления — месяцу, а вся линия — почти 6 месяцам. Эта же линия будет соответствовать норме психического состояния, т. е. отсутствию болезненных симптомов со стороны психической деятельности, а различные уклонения от нормы будут отмечаться или вверх от линии **АВ**, или вниз от нее. Можно условиться так, что вниз отмечаются состояния депрессии, меланхолической подавленности, а вверх— состояния возбуждения — экспансивные, маниакальные состояния. Смотря по интенсивности этих состояний, отметка их в каждую неделю будет делаться то ближе к нормальной линии, то ниже. Чем более интенсивны патологические проявления, тем и отметка должна ставиться далее от линии **АВ**, чем они менее, тем ближе к ней. Если мы потом соединим отметки между собой, то получится кривая, указывающая на ход болезненного процесса.

Конечно, отметки интенсивности возбуждения или угнетения будут ставиться наблюдателем по его субъективной оценке, и потому правильнее делать не очень дробные степени. Можно ограничиться принятием трех степеней: слабого напряжения, сильного и очень сильного. В этих границах производить оценку уже не так трудно и, следовательно, можно составить приблизительную кривую течения болезни. Так, например, в нашем рисунке, в котором каждое деление по горизонтальной линии соответствует одной неделе, болезнь, начавшаяся во вторую неделю января слабым маниакальным возбуждением, достигла в четвертую неделю сильного. На этой степени болезнь держалась

4 недели; потом степень возбуждения стала падать, и через 2 недели возбуждение исчезло, и было нормальное состояние в продолжение четырех недель; затем явилось депрессивное состояние. Депрессия с каждым днем увеличивалась и быстро достигла степени очень сильной. Продержавшись на этой степени около трех недель, стала уменьшаться и к половине июня совершенно исчезла; наступило опять нормальное состояние.

Аналогичные кривые можно составить для многих случаев, правда, далеко не для всех. Чтобы сделать приложимым графический метод для всех болезней, придумывались различные приспособления, но пока еще не выработано ничего, что можно было бы рекомендовать для всеобщего употребления.

Во всяком случае применение графического метода при изучении течения болезней, даже при том несовершенстве его, которое существует в настоящее время, представляет большие удобства. Оно дает возможность не только сразу видеть колебания психического состояния, но и соотношение этих колебаний с другими кривыми, например с кривой веса, кривой, обозначающей число часов сна, со временем наступления регул у женщин и и пр.

Колебания в течении душевных болезней. Течение душевных болезней, как показывают наблюдения, не всегда бывает ровное. Иногда оно, действительно, заслуживает название *ровного*. Это в тех случаях, когда болезнь, достигнув известной степени высоты, держится на нем некоторое время без значительных колебаний и затем, постепенно уменьшаясь, кончается выздоровлением. Однако это бывает далеко не во всех случаях. В некоторых случаях болезнь *постепенно или скачками* идет вперед, все ухудшаясь: это — течение *прогрессивное*. В других случаях болезнь как бы обрывается в начале периода расцвета, — это так называемые *абортивные формы*. Затем часто бывают резкие колебания в течении болезни. Иногда эти колебания очень часты, совершаются чуть не каждый день: например, при меланхолии нередко бывает заметно, что утром состояние больных гораздо хуже, чем вечером. У некоторых больных резкое усиление интенсивности болезни наступает каждый месяц (что у женщин обусловливается влиянием менструального периода). В таких случаях тип течения болезни называется *ремитирующим*, причем периоды ухудшения называются *экзацербациями*, а периоды улучшения — *ремиссиями*. Иногда ремиссии могут быть и очень продолжительны, например, длиться несколько месяцев.

Если наступает настолько глубокая ремиссия, что в промежутках не заметно никаких признаков душевного расстройства,

то это будет тип *интермитирующий*, причем промежутки между экзацербациями будут называться интермиссиями, или *светлыми промежутками* (intervalla lucida).

Приступы болезни и следующие за ними промежутки при интермитирующем типе психоза бывают иногда очень коротки (например, день или два при психозах, обусловленных малярией), иногда же более длинны. Если отдельные приступы продолжаются несколько дней или недель, а затем сменяются светлым промежутком, длящимся тоже несколько дней или недель и в свою очередь сменяющимся новым приступом, то тип болезни можно назвать *рекуррентным*. Если появление отдельных приступов психоза совершается через более или менее правильные периоды, то мы имеем тип *периодический*. При периодических психозах, как это мы увидим впоследствии, промежутки между отдельными приступами бывают иногда в течение нескольких лет, и все-таки нужно смотреть на эти приступы как на проявление особенного свойства данного организма — свойства представлять через известные промежутки времени явления душевного расстройства. Периодические психозы носят название *циклических круговых* или *циркулярных*, если через известные промежутки более или менее *правильно* сменяются состояния депрессивные (меланхолические) и экспансивные (маниакальные) или другие разновидности психопатических состояний.

От повторения приступов *периодического* психоза нужно отличать простые *возвраты* (непериодические) душевной болезни, т. е. случаи, где у одного и того же индивидуума болезнь бывает несколько раз, но каждый раз как самостоятельная болезнь, вызванная достаточными для каждого отдельного возврата причинами.

При этом в некоторых случаях это бывают, действительно, не что иное, как повторные заболевания, развившиеся под влиянием нового влияния болезнетворного агента; в других же случаях на возвраты болезни следует смотреть скорее как на продолжение прежней, только отделенной от первого приступа ее большим светлым промежутком, симулировавшим выздоровление.

Исходы душевных болезней

Исходы психических расстройств бывают различны. Самый приятный исход есть, конечно, **исход в выздоровление**. Этот исход бывает, как показывает статистика, приблизительно в 30—40% всех случаев душевных заболеваний, причем для некоторых форм болезни он повышается до 80—90%, а для других он

падает до 0. Так, белая горячка (delirium tremens) дает 90% и более выздоровления; отдельные приступы меланхолии тоже дают 70—80% выздоровления, а прогрессивный паралич не дает ни одного процента. Правда, по отношению к выздоровлению от душевной болезни нужно всегда делать различие в определении выздоровления от *данного приступа* и выздоровления не только от данного приступа, *но и от болезненной конституции*, на почве которой развился данный психоз; выздоровление в последнем смысле бывает *несравненно реже*, чем выздоровление от единичного приступа. Так, например, выздоровление от приступа эпилептического психоза бывает часто, а выздоровление от эпилептической конституции очень редко; точно так же отдельные приступы периодического психоза проходят весьма часто, а конституция, лежащая в основе периодического появления болезни, почти не излечивается.

Выздоровление от данного приступа психоза совершается большей частью постепенно — *литически*; постепенно симптомы болезни уменьшаются, и нормальные свойства личности выступают на первый план. Бывают, однако, случаи, где выздоровление наступает и очень быстро, чуть не в один день все болезненные явления исчезают. Это — *критическое* окончание, сопровождающееся иногда некоторыми особенными, так называемыми критическими явлениями, каковы поносы, кровотечения (геморроидальные и маточные), паротиты.

Замечая улучшение в состоянии больного, мы не всегда можем утверждать, что это начало выздоровления. Улучшение может быть только ремиссией. Но есть все-таки *признаки, по которым выздоровление узнается*. Эти признаки таковы.

Прежняя, здоровая личность, все более и более вытесняя болезненные проявления, наконец, совершенно подавляет их. Человек становится тем, чем он был до заболевания, может быть, с некоторыми особенностями, зависящими от усталости после перенесенной болезни (увеличенная утомляемость, наклонность к более продолжительному сну и пр.). При этом в громадном большинстве случаев он сознает свою болезнь, сознает, чем он обязан лицам, за ним ухаживающим. Очень часто больной, во время болезни и начинающегося поправления настойчиво просившийся домой из больницы, при выздоровлении перестает надоедать врачу своими просьбами о выпуске. Поэтому большей частью оказывается справедливым то положение, что, *пока больной навязчиво просит его выпустить, это значит, что он еще болен*; когда он совсем выздоровеет, он поймет, что судья относительно времени выпуска — врач, а не он сам. Правда, иногда приходится отпус-

кать больных из больницы ввиду их неотвязчивых просьб и ранее выздоровления, но это только потому, что можно надеяться, что выздоровление, если оно действительно началось, пойдет и в домашней обстановке. Но если домашние условия неблагоприятны, обыкновенно не следует выпускать больных по их настоятельным просьбам, потому что эти просьбы указывают именно на то, что болезнь еще не прошла. Иной раз, правда, раз начавшееся выздоровление продолжается даже и при дурной домашней обстановке, но все-таки отпуск больного невыздоровевшего в обстановку дурную есть риск. Затем одним из главных признаков выздоровления служит соответствующее уменьшению психических симптомов *физическое поправление больных*: увеличение в весе, улучшение сна, изменение мимики, характера речи, а в некоторых случаях возвращение некоторых обычных болезней, которыми страдал больной до психического заболевания, например геморроидальных кровотечений, мигрени, фурункулов.

В некоторых случаях исходом душевной болезни бывает неполное выздоровление, а *выздоровление с дефектом*. В этих случаях болезненные симптомы хотя и исчезают, но личность человека остается после нее не такова, какова была до болезни. Человек как будто бы и тот, а сущность его не та, какова была раньше. Иногда самое лучшее, что в нем было, то, что составляло самую драгоценную его особенность, именно и утрачивается; исчезает прежний широкий взгляд на вещи, исчезает прежняя деликатность, способность живого сочувствия к другим людям, энергия и предприимчивость. Иногда при этом развивается необычная раздражительность, скорая утомляемость, слабость воли и ослабление памяти.

Иной раз после протекшей душевной болезни остается особенная неустойчивость, неуравновешенность, характеризующая длительное конституциональное изменение (*психопатическая конституция после душевной болезни*).

В других случаях и совсем не наступает выздоровления, а болезнь или кончается *смертью,* или остается *неизлечимой.*

Некоторые болезни неизлечимы уже с самого момента их появления. Таков, например, прогрессивный паралич помешанных. В других случаях болезнь, сама по себе излечимая, переходит при неблагоприятном течении в **неизлечимое состояние**. Большей частью при этом острые формы, каковы: меланхолия, мания и др., переходят или в хронические формы с тем же названием («хроническая меланхолия», «хроническая мания»), или в другие исходные формы — во вторичное помешательство или вторичное слабоумие. О явлениях, которыми характеризуются

исходные неизлечимые формы душевных болезней, мы будем говорить в соответствующей главе частной психопатологии.

По истечении какого времени совершается этот переход, это бывает различно. Переход этот совершается обыкновенно постепенно, и в громадном большинстве случаев очень трудно определить, уже наступил он или еще нет. Во многих случаях проходит и год, и два от начала болезни, а все еще можно считать, что не наступило хроническое неизлечимое состояние.

Нужно заметить, что вообще излечение душевных болезней совершается чаще всего в первом году от начала, именно через 6—9 месяцев. Но бывают случаи излечения и после двух, трех лет болезни. Изредка описываются случаи излечения и после 6—10—15 лет от начала болезни. Правда, при этом в большинстве случаев выздоровление бывает с большим дефектом.

Что касается до **смерти**, то некоторые душевные болезни представляют непосредственную опасность для жизни. Так, *острый бред* (delirium acutum) кончается часто смертью; *прогрессивный паралич, старческое слабоумие* в конце концов ведут к смерти. В других случаях смерть может быть от последствий некоторых симптомов болезни: так, например, больной может покончить жизнь *самоубийством*, возбужденный больной — умереть *от истощения*, отказывающийся от пищи — *от голодания*; больные с наклонностью проглатывать предметы, попадающиеся им на глаза, — от прободения внутренностей; больные, требующие внимательного надзора и заботы, часто погибают от *несчастных случаев*, будучи предоставлены самим себе (от ожогов, падения, от того, что глотают слишком большие куски пищи).

Осложнения. В конце концов всякая неизлечимая форма душевных болезней кончается смертью, но большей частью в связи с какими-нибудь *осложнениями*, например, в связи с легочной чахоткой, мозговыми страданиями, страданиями кровеносных сосудов, скорбутом. Благодаря таким осложнениям, как чахотка и скорбут, в переполненных больными заведениях для душевнобольных процент смертности обыкновенно бывает очень велик, иногда достигает 20 и более общего количества пользованных. Но и в относительно непереполненных больших заведениях смертность обыкновенно равна приблизительно 10% общего количества больных. Хотя из душевнобольных есть некоторые, которые доживают до очень глубокой старости, оставаясь более полувека в больнице, но это редкие случаи. Большей же частью смертность между душевнобольными значительно больше, чем между нормальными людьми.

Этому несколько противоречит ходячее мнение, что помешанные живут долго и не подвергаются так легко простуде и другим осложнениям, как здоровые. Но 1) некоторые из душевных болезней сами по себе кончаются смертью, как, например, прогрессивный паралич, старческое слабоумие, и сравнительно малый процент остается на действительно живучих субъектов и 2) хотя, действительно, простуда и некоторые другие неблагоприятные моменты меньше влияют на душевнобольных, но болезни, развивающиеся вследствие скученности (чахотка, скорбут), у иных являются чаще, чем у здоровых.

Осложнения, бывающие у душевнобольных, конечно, не всегда ведут к смерти; некоторые из них переносятся довольно благополучно, лишь не надолго ухудшая положение больных. Из наиболее часто встречающихся осложнений нужно отметить следующие:

1) *Расстройства пищеварительного аппарата,* являющиеся нередко вследствие неправильного приема пищи, недостаточного разжевывания, употребления в пищу неудобоваримых вещей и введения инородных тел. Недостаточное внимание больных к опорожнению кишечника также служит поводом к расстройству пищеварительных путей, к появлению страданий прямой кишки (проктиты, prolapsusani); долговременное скопление кала ведет иногда к самоотравлению организма продуктами разложения.

2) *Страдания дыхательных путей*: очень часто является ларингит как последствие беспрерывного крика; воспаление легкого бывает нередко осложнением при органических заболеваниях мозга, связанных с нарушением иннервации дыхательных органов, а также у очень истощенных больных (гипостатическая пневмония); вследствие расстройства глотания и попадания в дыхательные пути кусков пищи бывает своеобразная форма пневмонии, иногда переходящая в гангрену легкого. Плеврит и воспаление легкого бывают иногда и как явление, следующее за переломом ребер. Но самое частое осложнение со стороны дыхательных органов есть *туберкулез*, развивающийся частью вследствие непосредственного заражения больных друг от друга вследствие скученности помещения, частью вследствие общего истощения организма; не следует забывать, что туберкулезная и психопатическая наследственность идут часто рука об руку.

3) Расстройства со стороны *сердца и сосудов*; опыт показывает, что у душевнобольных нередко развивается эндокардит и пороки клапанов (особенно митральной заслонки); артериосклероз тоже является ранним явлением у больных, страдающих долгое

время бессонницей. Иногда, особенно при тяжелых формах мании, бывает неожиданный коллапс и смерть от паралича сердца.

4) Расстройства со стороны *мочевых органов* бывают часто вследствие задержания, загнивания мочи и последовательных изменений со стороны пузыря (катар мочевого пузыря, пиелит, страдание почек).

5) Расстройства со стороны *нервной системы* — кровоизлияния в головной мозг, эмболии, тромбозы мозговых артерий.

6) *Из общих болезней*, являющихся у душевнобольных в качестве осложнения, кроме общего *туберкулеза* на первом плане стоит еще *скорбут*, которым особенно часто поражаются хронические, вечно лежащие больные в скученных, плохо проветриваемых помещениях. Чем лучше обставлено заведение, чем более обращено в нем внимания на организацию работ на чистом воздухе, чем менее переполнение и лучше пища, тем меньше в нем и скорбута. За поранениями следуют иногда рожа, пиемия и септицемия.

Само собой разумеется, что и другие общие болезни, как, например, *инфекционные*, являются в качестве осложнений у душевнобольных, но в этом отношении нет большой разницы в том, что бывает и у здоровых; нужно только заметить, что *иногда* лихорадочные болезни у душевнобольных протекают с меньшим поднятием температуры тела, чем у здоровых; что касается до их влияния на душевную болезнь, то иногда они при своем появлении вызывают у больных приступ возбуждения, иногда же изменяют состояние больных к лучшему. Ниже мы скажем о том, что наблюдались даже случаи, когда больные после тифа, оспы и других острых инфекционных болезней, выздоравливали.

7) Из *хирургических* болезней в качестве осложнений бывают всевозможные травмы, кровоподтеки, ожоги, переломы, вывихи, введение инородных тел в пищевод и желудок, прямую кишку, во влагалище, в мочевой канал, в наружный слуховой проход.

Особенно важное осложнение составляет введение инородных тел в желудок. Больные иногда удивительно успешно проглатывают вещи очень крупные, острые и притом в большом количестве. У многих душевнобольных при вскрытии находят предметы металлические, иногда очень тяжелые, которые при жизни не вызывали заметных расстройств в деятельности желудка. Иногда же проглоченные предметы вызывают воспалительные состояния и прободение стенок желудка. В одном случае, описанном П. П. Стрельцовым, проглоченные больным металлические щипцы для раскалывания орехов через два года вызва-

ли прободение покровов живота в области желудка и были извлечены, причем больной остался жив. В другом случае, описанном д-ром Фрикером из Одессы, было извлечено оперативным путем 37 предметов, весивших в общем 261,85 г. Тут были: вилки в 20 см длиной, 2 чайные ложки, ключ, вязальный крючок, несколько иголок, шпилек, осколков стекла, пуговиц. Больная осталась жива. Очень часто больные проглатывают кресты, образки, тряпки, волосы, которые в желудке сваливаются в комки, достигающие иногда нескольких фунтов веса.

О частоте *переломов костей* (*особенно ребер*) у тяжелых душевнобольных мы уже говорили, так же как о появлении отематомы вследствие небольших сравнительно повреждений. У тяжелых больных, особенно параличных, развиваются *пролежни* острые и хронические; очень частыми явлениями бывают различные сыпи и фурункулы. Паротиты, флегмоны с последующей пиемией тоже нередки. Очень нередко пиемические явления обнаруживаются в появлении множества гнойников на покровах (pyaemia peripherica).

У душевнобольных наблюдалась также *жировая эмболия* легочных сосудов, являющаяся как следствие нарушения целости жировой ткани вследствие травматических повреждений у душевнобольных и влекущая за собой быструю смерть.

В заключение я должен отметить, что кроме тех физических осложнений, которые сопровождаются весьма нежелательными явлениями, иногда осложнения влияют и *благоприятным образом* на душевную болезнь.

Так, довольно нередко наблюдаются случаи, что душевнобольные, получившие острую инфекционную болезнь, как, например, *тиф, рожу, оспу и т. п., выздоравливая от этих болезней, выздоравливают и от душевного заболевания.* Иногда это наблюдалось даже в случаях, считавшихся до этого неизлечимыми. Однако не следует думать, что инфекционные болезни действуют в таком роде на течение душевного заболевания часто. Большей частью они, как сказано выше, не оказывают никакого влияния, а часто даже ухудшают психическое состояние больных.

От чего зависит наблюдаемое иногда благоприятное влияние инфекционных болезней на исход психозов, решить довольно трудно; тут можно предположить влияние и отвлечения внимания, и высокой температуры, изменяющей обмен, и токсинов, действующих антагонистически на яды, отравляющие нервную систему. Ввиду такого рода возможности были произведены даже опыты с искусственным повышением температуры у душевнобольных при помощи впрыскивания туберкулина Ко-

ха в надежде получить благоприятный исход в затянувшихся психозах, но опыты эти не привели к желаемому результату.

Как осложнение при душевных болезнях нужно считать также беременность и роды.

Беременность и роды в большинстве случаев не влияют дурно на бывшую до этого душевную болезнь. Бывают даже случаи, где душевная болезнь, начавшаяся ранее зачатия, во время беременности проходит; но, конечно, из этого не следует, чтобы можно было когда-либо дозволить для душевнобольной возможность забеременить; нужно помнить, что ребенок, рождающийся при таких условиях, имеет очень много шансов родиться хилым, чрезвычайно наклонным к нервным и психическим заболеваниям.

К ВОПРОСУ ОБ ОСТРЫХ ФОРМАХ УМОПОМЕШАТЕЛЬСТВА

Вопрос об острых формах умопомешательства в настоящее время вызывает всеобщее внимание. Это доказывается тем интересом, который возбудило описание острых форм умопомешательства Мейнертом в его клинических лекциях[1], и появлением довольно многих работ, посвященных этим формам как у нас, так и за границей. К сожалению, врачи не пришли еще к соглашению по различным частностям этого вопроса, вот почему и желательно выяснение взглядов на него русских невропатологов и психиатров, вот почему он и поставлен в программу занятий нашей секции. Конечно, вряд ли нам удастся выяснить его в одном заседании, но, может быть, из обмена мыслей обнаружится то направление, по которому следует идти для разъяснения его в будущем.

Тема наша сводится к изучению тех форм, которые Мейнерт описал под названием «Die akuten Formen des Wahnsinns» и затем дал им название amentia, отношению этих форм к тем, которые до сих пор носят название первичного помешательства, и к некоторым формам, которые описывались различными авторами под названием мании, острого слабоумия, ступора и т. п.

Подробно излагать историю предмета я не стану, так как она хороша известна из русских работ П. И. Ковалевского[2], Б. С. Грейденберга[3], С. Н. Успенского[4] и П. Я. Розенбаха[5]. Из

---

1 *Мейнерт.* Клинические лекции по психиатрии на научных данных. Для студентов, врачей, юристов и психологов. Перев. Харьков, 1890. 135 с. (*Прим. ред.*)

2 *Ковалевский П.И.* Первичное помешательство. Харьков, 1881. 221 с. и др. работы. (*Прим. ред.*)

3 *Грейденберг Б.С.* К учению об остром галлюцинаторном помешательстве // Вестн. клинич. и судеб. психиат. и невропатологии. 1885, 11, 67—80 и др. работы. (*Прим. ред.*)

4 *Успенский С.Н.* К симптоматологии острого помешательства // Архив психиат. и неврологии и судеб. психопатологии. 1889. (*Прим. ред.*)

5 *Розенбах П.Я.* О некоторых острых формах помешательства и отношение их к первичному сумасшествию // Вест. клинич. и судеб. психиат. и невропатологии. 1890. № 2. (*Прим. ред.*)

этих работ видно, что в то время, когда в немецкой литературе появилось учение о первичном помешательстве, явилось и стремление выделить из форм, сюда относящихся, форму с острым течением. Оказалось, что к формам острого помешательства могут быть отнесены многие случаи, описывавшиеся до этого под названием мании. Затем было отмечено, что в этой форме на первом плане стоит расстройство сознания, его спутанность и помрачение, вследствие чего формы с острым началом и течением были выделены в особую группу, которой стали охотнее придавать название острого или полуострого слабоумия (Dementia primaria subacuta Шюле), острого галлюцинаторного умопомешательства (der akute [halluzinatorische] Wahnsinn) или острой спутанности (Verwirrtheit), сноподобного помешательства (И. Г. Оршанский[1]). Крафт-Эбинг в своем руководстве отделяет Wahnsinn, с одной стороны, от первичного помешательства, а с другой — и от острого излечимого слабоумия, которое составляет, по его мнению, особую форму из группы психоневрозов. Однако всем знакомым с клиническим течением Wahnsinn хорошо известно, что очень часто болезнь, начавшаяся как острая галлюцинаторная спутанность, переходит в состояние ступора и, таким образом, один психоневроз Крафт-Эбинга переходит в другой. Это заставляет, конечно, считать эти формы весьма близкими, и Мейнерт совершенно справедливо объединил их и придал им одно общее название. Он назвал эту форму amentia.

Читая лекции Мейнерта об аменции, конечно, соглашаешься с ним в очень многом. Тем не менее являются и сомнения; главным образом сомневаешься в том, не слишком ли увлекается Мейнерт, соединяя в аменцию очень много разнообразных случаев болезни. Уже один тот факт, что состояние эпилептического petit mal он тоже причисляет к amentia, заставляет думать, что название amentia скорее есть обозначение симптомокомплекса, чем формы болезни. Далее, приданное им название ведет к недоразумению. Под amentia не очень давно еще разумели бессмыслие, а в тех случаях, которые описывает Мейнерт под названием amentia, не всегда бывает бессмыслие: между относящимися сюда случаями, конечно, есть и такие, в которых умственная деятельность больных не так глубоко пала, чтобы название amentia не было бы для этих случаев натяжкой; в некоторых случаях, которые можно отнести сюда, существует наплыв галлюцинаций и бредовых идей, неокончательно подавляющий сознание, следовательно,

---

[1] *Оршанский И.Г.* О сноподобном помешательстве // Практическая медицина. 1888, 11, 12. (*Прим. ред.*)

есть только расстройство умственной деятельности, а не бессмыслие. Эти сомнения в верности взгляда Мейнерта заставляют вновь считать вопрос об острых формах помешательства далеко не решенным.

Кроме Мейнерта и другие выдающиеся немецкие психиатры, как Шюле, Крепелин, занимались вопросом об острых формах помешательства; но я не останавливаюсь на изложении их взглядов частью за краткостью времени, частью потому, что и ими вопрос далеко не разрешается. Я скажу только несколько слов о том, что во французской литературе вопрос об этих формах стоит на совсем иной почве, чем у нас и у германцев, хотя и там согласия во взглядах различных авторов нет. Случаи, относящиеся сюда, распределяются по самым различным группам, и если мы возьмем, например, школу Маньяна, то большая часть случаев, относящихся сюда, причислена им и его учениками (Легрен) к случаям delire d'emblée chez les dégénerés и частью к manie et mélancolie chez les dégénerés. Очень желательно было бы, чтобы присутствующие русские психиатры высказались и по этому вопросу. Мне кажется, что в высшей степени трудно согласиться, что *все* случаи острого помешательства бывают у дегенерированных, т. е. представлявших до появления психоза физические и психические признаки дегенерации, особенно если сопоставить это с тем, что Маньян считает свой delire chronique à évolution systematique болезнью, свойственной лицам, у которых признаков дегенерации не должно быть (что, кстати, совершенно противоречит взгляду Крафт-Эбинга, считающего типический бред преследования за форму дегенеративную).

Я не стану также касаться взглядов английских и итальянских психиатров, так как на развитие русской психиатрии они не имели значительного влияния, и перейду к изложению своих взглядов на этот вопрос.

Прежде всего я должен сделать оговорку на счет термина «*острый*», который стоит в заглавии моего реферата. Термин этот постоянно употребляется, когда говорят о формах, относящихся к нашей теме, но тем не менее нельзя его употреблять без оговорки. Термин «острый» употребляется в психиатрии для обозначения болезней, хотя и длительных, но с быстрым началом. Конечно, это название весьма условное. Ведь в применении к соматическим болезням оно обозначает не только начало, но и острое течение, и потому применяемое к психическим расстройствам, продолжающимся несколько месяцев и даже более года, оно звучит довольно странно. Поэтому было бы удобно

совсем не употреблять этого термина в таких сомнительных случаях, но в силу нашей привычки к нему устранение его вряд ли произойдет скоро.

Термин «острый» применяется к различного рода психозам: и меланхолия, и мания причисляются в большинстве случаев к острым формам; к ним же относятся и острое слабоумие, и острое галлюцинаторное помешательство, и острый бред. Но к нашей теме относятся не все так называемые острые психозы, а только те, которые будут подходить к группе помешательств. Таким образом, сюда будут относиться формы, описываемые Крафт-Эбингом, под названием primäre heilbare Demenz и der akute (halluzinatorische) Wahnsinn. Эти формы Мейнерт соединил в одну под названием amentia, причислив сюда и ту особую форму, которую называют острый бред (delirium acutum).

Случаи, которые теперь причисляются к amentia, прежде назывались острым первичным помешательством — *paranoia acuta.* Но теперь острые случаи взяты из paranoia, а название «paranoia» остается за случаями очень затяжными, с хроническим течением. Но, как видно будет из последующего, для нас остается еще вопросом, нет ли случаев, которые по быстроте развития и по течению подходили бы к острым формам, а по свойству интеллектуального расстройства более подходили бы к паранойе, чем к аменции. Если такие случаи есть, то и они должны быть причислены также к острым формам умопомешательства и должны входить в нашу тему.

К вопросу об острых случаях паранойи мы еще вернемся, а теперь я остановлюсь на тех случаях, которые называются Мейнертом *amentia.*

По-русски эту форму называют сумасшествие (П. И. Ковалевский), общее помешательство (П. Я. Розенбах), сноподобное помешательство (И. Г. Оршанский), острая спутанность; я предпочитаю называть эту форму *безумием.* Я уже высказывал, что название amentia я считаю не совсем подходящим. Оно более соответствует русскому переводу — бессмыслие; а не все страдающие острым безумием так бессмысленны, как это говорит Мейнерт. Ввиду этого правильнее было бы найти другой термин, и мне кажется более подходящим термин «*dysnoia*». Это название указывает на более или менее глубокое затруднение мышления, на общее нарушение *правильности* в умственной жизни, на спутанность представлений и, по моему мнению, соответствует наблюдаемым при безумии явлениям. Оно тем более пригодно, что в него входит тот же термин для обозначения умственной дея-

тельности, как и термин «paranoia». Главное различие между проявлениями dysnoia и paranoia я вижу в степени сохранения ясности сознания. При dysnoia расстройство сознания стоит на первом плане, оно при этом или совсем падает до степени ступорозного состояния, или спутано массой галлюцинаций и иллюзий и неправильных суждений. При paranoia сознание может быть относительно ясно, но изменено его содержание, притом чаще всего частично.

Описывать проявление острой спутанности или безумия я подробно не стану, так как ее картина хорошо известна из описаний Мейнерта, Крафт-Эбинга и др. Я отмечу только те существенные черты, которые необходимы мне для дальнейшего изложения.

Начинается эта форма большей частью коротким периодом предвестников, начинается быстро, причем с самого начала являются признаки выпадения в сочетании ассоциаций, расстраивается способность правильно ориентироваться и управлять своим вниманием. Является почти всегда наплыв идей и аффекты страха и тоски. Довольно быстро развивается полиморфный бред, сильно волнующий больного, вызывающий в первое время довольно бурную реакцию. При этом бывают: бессонница, часто лихорадочное состояние, достигающее в первые дни 39°, обложенный язык, отказ от пищи, резкое похудание, запор, красная моча, изменение в деятельности сердца. Дальнейшее течение бывает различно. В одних случаях описанное состояние по истечении нескольких дней и недель переходит в состояние небольшого ослабления энергии психической жизни, продолжающееся тоже недолго и кончающееся выздоровлением. В других случаях после первого периода с бредом и бурной реакцией, продолжающегося несколько дней или недель, наступает *ступорозное состояние*, более или менее глубокое и продолжающееся чаще всего несколько месяцев и даже лет. В третьих случаях после описанных выше начальных явлений развивается *маниакальное состояние*, тоже довольно длительное. Наконец бывают случаи, где после первого взрыва болезни, продолжающегося чаще всего несколько дней, наступает ремиссия, длящаяся неделю, две или три; затем является опять спутанность и возбуждение; этот второй приступ иногда затягивается надолго, иногда тоже скоро проходит. Иногда болезнь состоит из целого ряда таких отдельных, сравнительно коротких приступов, причем часто вслед за периодом возбуждения с усиленной подвижностью наступают промежутки с подавленным состоянием и малоподвижностью, так что болезнь неско-

лько напоминает циркулярные формы с очень короткими фазами. Нередко в этих случаях кратковременное подавление психической деятельности доходит до степени ступора.

Как известно, безумие во всех его видах может оканчиваться выздоровлением, хотя время наступления его далеко не одинаково. Иногда дело оканчивается в несколько дней и недель, иногда затягивается на 2, на 3 года. Однако нередко излечения и совсем не наступает.

Разнообразие в течении интересующей нас формы очень велико, и потому как для теоретических целей, так и для прогностики и терапии довольно важно сгруппировать сходные случаи вместе. Это делали почти все авторы, занимавшиеся этим вопросом. Так, Крафт-Эбинг отделил в отдельную форму stupiditas от akuter (halluzinatorischer) Wahnsinn; Конрад разделяет безумие на формы ступорозную, маниакальную и смешанную; Ковалевский — на amentia acutissima, acuta et chronica. Я, с своей стороны, тоже разделяю наблюдавшиеся мной случаи, причем главным критерием для разделения считаю различие в течении болезни, в том, переходит ли первоначальное бредовое возбуждение в ступор, в манию, в слабоумие или кончается как-нибудь иначе. Затем критерием для разделения служат: степень запутанности сознания бредовыми идеями, наплывом воспоминаний и галлюцинациями, признаки маниакального состояния, признаки меланхолического состояния и частичных дефектов сознания.

Соответственно вышеизложенному представлению течения безумия я разделяю дизнойю на следующие формы, причем считаю необходимым признать и возможность переходных форм между определяемыми мной типами.

I. *Ступорозное безумие — dysnoia stuporosa.* Сюда относятся те случаи, в которых вслед за первым приступом спутанности она переходит в длительный ступор, т. е. в глубокое подавление психической деятельности. В большинстве случаев этой формы можно встретить и кататонические явления.

II. Бредовое безумие — dysnoia deliriosa — выражается не столько подавлением сознания (хотя оно всегда отмечается и при этом виде безумия) и прекращением психической реакции, сколько *беспорядочностью* в сочетании идей, наплывом бредовых представлений, чаще всего связанных с иллюзиями и галлюцинациями. В этой форме я отличаю несколько подвидов.

Так, в одних случаях бывает *типическое (простое) бредовое безумие (dysnoia deliriosa typica)*; в этих случаях на первом плане бывает запутанность сознания, иногда достигающая крайней

степени (степени псевдаофазической спутанности) с более или менее бурной реакцией, со взрывами аффектов. По истечении некоторого времени, иногда чрезвычайно короткого, иногда более длинного, наступает выздоровление. В некоторых случаях этого подвида выздоровление долго заставляет себя ждать; в таких случаях после первого приступа бреда с возбуждением развивается довольно продолжительное состояние, в котором приходится наблюдать и резко выраженный бред, и более или менее глубокую запутанность, и подавление психической деятельности, подходящее то к ступору, то к слабоумию с довольно частыми припадками возбуждения. Это состояние длится месяцев 6—12 и чаще всего кончается выздоровлением, хотя далеко не всегда. Эти случаи я называю *затяжными* случаями типического бредового безумия.

Второй подвид бредового безумия составляют те случаи, в которых к начальным явлениям dysnoia deliriosa присоединяются рано (иногда в первые дни, иногда в первые недели) признаки *маниакального состояния*: увеличенная подвижность, постоянная говорливость, быстрая смена идей (хотя большей частью в очень небольшом, ограниченном круге), суетливость, относительно веселое, благодушное, иногда, впрочем, гневливое настроение. Его нередко смешивают с манией, но от мании он отличается начальным периодом запутанности сознания, признаками запутанности сознания, существующими во все течение болезни, и большим однообразием, почти стереотипностью в проявлении двигательного возбуждения и сравнительной бедностью, узкостью содержания интеллектуальной жизни. Эту форму я называю маниакальное безумие — *dysnoia deliriosa maniacalis*. Она обыкновенно кончается через 5—6 месяцев прояснением сознания, причем большей частью полное выздоровление наступает через более или менее длинный период апатии и психической вялости.

В третьих случаях бредового безумия с самого начала в содержании бессвязного бреда заметно преобладание *идей неприятного содержания*; больной находится под влиянием аффектов страха, ужаса и тоски. Двигательная реакция его соответствует мрачному содержанию его душевной жизни. Очень нередко после первых дней такого состояния наступает длительный ступор и развивается ступорозная форма безумия; но в некоторых случаях бессвязный бред с мрачным содержанием остается во все течение болезни и выступает во все время на первый план. Такие случаи я называю *меланхолическое безумие — dysnoia deliriosa melancholica*. Они прежде назывались melancholia activa

или passiva, но отличаются от меланхолии начальным периодом спутанности сознания, присутствием спутанности сознания во всем течении болезни и малосвязным бредом первичного происхождения. Эти случаи довольно часто переходят в длительную, затяжную форму.

Затем четвертый подвид случаев, относящихся к бредовому безумию, составляют те случаи, в которых бывают в течение болезни значительные промежутки между отдельными приступами, причем иногда заметна смена фаз депрессивной и возбужденной. Эти случаи можно называть в одних случаях интермитирующей дизнойей (*dysnoia intermittens*), *в других* — дизнойей циркулярного типа (dysnoia circularis). Они также часто кончаются выздоровлением.

Таковы виды второй формы дизнойи, т. е. бредового безумия.

III. Третью форму составляют случаи дизнойи, в которых болезнь проявляется не столько общим помрачением сознания или наплывом бредовых идей, сколько частичными дефектами в интеллектуальной деятельности — выпадением звеньев в ассоциациях, что обнаруживается в более или менее резком недомыслии. Больной в таких случаях не представляет явлений бреда или ступора, но поражает несообразительностью, отсутствием критики и несоответствием поступков с требованиями окружающих его обстоятельств, причем способность восприятия окружающего довольно порядочно сохраняется. Эту форму я называю *dysnoia dementica*. Она бывает в различной степени, развивается иногда после чрезмерного утомления или морального потрясения. Во многих случаях тоже можно отметить начальный, хотя короткий период спутанности, за которым быстро наступает период слабоумия. Эта форма также может кончаться выздоровлением, но иногда (особенно у молодых людей) оставляет неизгладимый след.

IV. Переходим к четвертой форме dysnoia. Бывают случаи, в которых болезнь представляет только как бы начальный продромальный период дизнойи: у больного заметна рассеянность, неспособность владеть вниманием, подчинение сознания случайно набежавшей идее, большей частью тревожного содержания, неспособность последовательно мыслить, чем-либо заниматься, беспокойство, чувство какого-то неопределенного ужаса. Наблюдая такого больного, так и кажется, что сейчас явится полная спутанность сознания и бред; и иногда, действительно, спутанность сознания является, но в виде коротких приступов — на несколько часов и затем проходит.

Такое состояние может продолжаться и недели, и месяцы; болезнь как бы стоит на пороге умопомешательства, но через него не переступает. Эти формы я называю абортивными формами дизнойи (*dysnoia abortiva*). Формы эти большей частью соединены с соматическими симптомами неврастении. Мне случалось их видеть у людей невропатичных после утомления, после острых болезней (например, influenza), родов, выкидышей и т. п.

Таковы формы дизнойи, которые я отмечаю.

Но, как я сказал, остается еще открытым вопросом, не протекают ли в форме так называемых острых психозов и некоторые формы *паранойи*? В настоящее время большей частью относят к паранойе случаи с постепенным началом и длительным течением. Но если это для большинства случаев и верно, то все-таки есть случаи с относительно скорым течением и оканчивающиеся выздоровлением, которые должны быть причислены скорее к первичному помешательству, чем к безумию. Главным признаком, отличающим паранойю от безумия, я считаю относительную ясность сознания — способность ориентироваться в окружающем, способность целесообразных действий — существование ложных идей на первом плане и наклонность ложных идей к систематизированию; при этом большей частью является особая наклонность делать свою собственную личность центром событий, целью всех влияний, связывать с судьбой своей личности восприятия и воспоминания. При этом бред почти всегда бывает частичный, т. е. ложные идеи касаются только части содержания сознания; значительное же количество идей совершенно правильны. Когда мы встречаем такие случаи, то большей частью мы ставим диагностику паранойи и высказываем плохую прогностику. А между тем такие случаи иногда кончаются и выздоровлением.

Относящиеся сюда случаи, наблюдавшиеся мной, я могу отнести к следующим типам: первый тип представляют собой те случаи, где бред связан главным образом с продуктами фантазии. Продукты фантазии и галлюцинаторные явления (чаще всего псевдогаллюцинации Кандинского) у таких больных почти постоянны. Они вместе с наклонностью к символизации и с односторонними воспоминаниями (ошибками воспоминаний) дают специальную окраску значительной части получаемых восприятий. Тем не менее больной может так отчетливо воспринимать окружающее, что нередко продолжает заниматься своей профессией (торговля, архитектура и т. п.). Правда, отношения к людям и отношения к делу под влиянием бредовых идей резко изменя-

ются, но именно так, как это бывает у параноиков. Конечно, впрочем, внешнее проявление болезни весьма разнообразно, смотря по содержанию бреда, смотря по степени сохранения самообладания. Болезнь в таких случаях обыкновенно констатируется не сейчас после ее появления, но когда больные обращаются к врачу, то можно большей частью констатировать существование обширного бреда, нередко довольно систематизированного. То больной оказывается преследуемым своими сослуживцами, которые во всем стараются показать ему презрение, насмешки; то он оказывается охваченным планами преобразования государства и церкви, причем одни члены государства стоят за него, другие против него; то это оказывается борец за добро против зла, олицетворяемого Бисмарком, а он, больной, имеет за собой архангела Михаила и весь мир и все явления разделяет на принадлежащие к сфере влияния демона Бисмарка или архангела Михаила. Если же отвлечь внимание больного от идей бреда, то оказывается, что он может прекрасно рассуждать о многом; купец с постоянным бредом преследования и с преобразовательными идеями отлично говорил о торговле; архитектор давал хорошие советы по постройке дома, рисовал планы и т. п. Как я заметил, эти случаи могут кончаться выздоровлением, хотя нередко дело кончается слабоумием; кроме того, болезнь, по моим наблюдениям, наклонна к повторению. Форму эту я называю *paranoia hyperphantasica.*

В некоторых случаях этой формы на первый план выступают идеи неприятного содержания (преследования, влияния злых сил, соответствующая символизация восприятий), в других преобладают идеи величия или святости и бывает повышенное самочувствие. Чаще всего, однако, в начале болезни преобладают идеи неприятного содержания, а потом выступают на первый план идеи, соответствующие повышенному самочувствию.

Эта форма по справедливости должна быть поставлена как переходная форма между формами, принадлежащими к паранойе, и бредовой формой безумия (дизнойи). Некоторые сюда относящиеся случаи по обширности круга бредовых идей и затруднению процесса мышления очень близко подходят к бредовой форме дизнойи, другие же, наоборот, ближе подходят к чистой паранойе.

Сколько я мог заметить, эта форма встречается у лиц с большой наследственностью и наклонна к повторению. Нередко она заканчивается и слабоумием.

Второй тип — это та форма помешательства, в которой болезнь тесно связана с болевыми ощущениями и различными парестезиями. В этих формах тоже больной нередко может хорошо ориентироваться в окружающем, имеет правильные восприятия по отношению ко многому, но содержание его интеллектуальной жизни занято бредовыми идеями, связанными с болевыми ощущениями и парестезиями. Об этой форме подробно говорит Шюле и описывает относящиеся сюда случаи под названием Dysphrenia neuralgica mit Transformation. Эти случаи тоже могут кончиться выздоровлением. Я называю ее *paranoia neuralgico-paraesthetica*; она нередко развивается у лиц с повышенной возбудимостью чувствующего отдела нервной системы — у неврастеников, мастурбаторов, истеричных.

Как третий тип паранойи с острым началом я отмечаю форму *меланхолического помешательства (paranoia melancholica).* При этой форме рядом с угнетенным настроением, с очень сильной тоской, отчаянием или ужасом существуют идеи преследования, разорения, ожидание мучений от врагов без ясно выраженного бреда самообвинения. Эта форма очень близка к меланхолии и чаще всего диагносцируется как таковая, но от чистой формы меланхолии отличается тем, что бредовые идеи являются одновременно с тоской (первично) и не носят характера бреда самообвинения. Она часто встречается у потаторов, у женщин в климактерическом периоде, у лиц, перенесших сифилис, стариков и т. п. По сущности своей она составляет сочетание меланхолии с паранойей. По-видимому, между этой формой и той, которую я называю dysnoia deliriosa melancholica, могут быть случаи переходные.

Наконец, четвертый тип острой паранойи составляют случаи, в которых нелепые идеи (большей частью в очень ограниченном количестве) быстро заполоняют внимание, благодаря своей крайней напряженности, по степени подходящей к напряженности навязчивых идей. Мне случалось видеть, что в таких случаях бредовые идеи, явившись вдруг и продержавшись некоторое время, также вдруг исчезали.

Почти всегда при этой форме появление бредовых идей сопровождается появлением тревожного настроения, раздражительности, страха и иногда тоски. По сходству ее с психозом в форме навязчивых идей я называю ее *paranoia ideo-obsessiva.* Эта форма бывает у лиц, плохо уравновешенных, дегенератов, ипохондриков и т. п.

Может быть, существуют и другие типы паранойи с острым началом, но я могу в настоящее время остановиться только на этих.

Кроме различных типов дизнойи и паранойи, к интересующей нас теме острых форм умопомешательства могут быть отнесены и некоторые формы, начинающиеся сразу глубокой деменцией, формы так называемого *острого слабоумия (dementia acuta, s. dementia primaria)*. В настоящее время нельзя еще сделать окончательного вывода относительно этих случаев. Я могу только сказать на основании своих наблюдений, что некоторые из них суть случаи психоза на органической подкладке (менингит, lues cerebri), другие можно отнести к полиневритическому психозу, третьи же могут быть отнесены к дизнойе, быстро переходящей в деменцию.

Что касается до острого бреда (delirium acutum), то эта болезнь тоже должна быть отнесена к нашей теме. Взгляды на эту форму, как известно, различны. Мейнерт прямо причисляет ее к видам amentia. Другие авторы смотрят на нее как на самостоятельную болезнь. Я, с своей стороны, не имею достаточных данных, чтобы склониться в ту или другую сторону.

Таким образом, разбирая случаи, которые могут быть отнесены к «острым» формам умопомешательства, я составляю им такую классификацию:

I. Dysnoia stuporosa (catatonica)

A. Dysnoia. Безумие
- II. Dysnoia deliriosa
- III. Dysnoia dementica
  - D. del. tyopica
    - Быстротечные случаи
    - Затяжные случаи
  - D. del. maniacalis.
  - D. del. melancholica.
  - D. del. circularis s. intermittens
- IV. Dysnoia abortive

B. Paranoia. Первичное помешательство
1. P. Hyperphantasica.
2. P. Neuralgico-paraesthetica.
3. P. Melancholica.
4. P. ideo-obsessiva.

C. Dementia primarn acuta (?).
Острое первичное слабоумие.
D. Delirium acutum (?).
Острый бред.

К такому разделению различного рода случаев, относящихся к общей группе умопомешательств, приводит меня разбор историй болезни, находящихся у меня под руками. Но делая это разделение, я не могу не поставить себе вопроса: представляет ли оно само по себе выделение действительно отдельных болезней или нет? На этот вопрос я должен ответить так: если смотреть на болезненные формы с точки зрения теперешних классификаций, то до некоторой степени — да, но и то в том

случае, если можно допустить возможность переходных форм. Но спрашивается, правильно ли поставлено вообще в настоящее время разделение душевных болезней на отдельные болезненные формы? Я думаю, большинство психиатров согласится, что вряд ли в теперешних формах — меланхолиях, маниях, аменциях, паранойях — мы действительно имеем отдельные болезни; большей частью это суть только состояния, этим большей частью обозначается совокупность симптомов, которые могут встретиться при различных болезнях. Для подтверждения этой мысли достаточно привести хотя бы взгляд Мейнерта, который в одну форму аменции вводит и delirium tremens, и petit mal, и состояния истерического расстройства сознания, и многое другое; достаточно вспомнить различные взгляды врачей хотя бы на то, что нужно называть меланхолией. Если при этом сопоставить эту неточность наших представлений о болезнях, соответствующих так называемым психоневрозам, с той определенностью взглядов, которая существует относительно прогрессивного паралича помешанных, то, конечно, мы скажем, что в прогрессивном параличе мы имеем гораздо более определенную болезнь, чем в психоневрозах. Может быть, она еще недостаточно изучена, может быть, существуют многие пробелы в деталях нашего знания об этой болезни, но все-таки в том, что это есть очень определенная болезненная форма, никто не сомневается. И что же мы видим в ней: при ней бывают и меланхолические состояния, и маниакальные, и состояния помешательства и спутанности, т. е. состояния, соответствующие различным психоневрозам, и это нас ни на минуту не заставляет говорить, что это есть меланхолия или мания, или что другое, когда мы можем сказать, что мы имеем дело с прогрессивным параличом. К выделению таких форм, форм той же ценности, как прогрессивный паралич, мы и должны стремиться. Но, к сожалению, пока форм таких выделено еще мало, хотя понемногу они и выделяются. Из числа этих вновь выделяемых форм я не могу не указать на ту форму, которую я называю *полиневритическим психозом.* Лица, которым приходилось наблюдать случаи этой болезни, вероятно, согласятся со мной, что при ней тоже приходится в одних случаях наблюдать и картину спутанности, и картину деменции, и картину беспокойства, подходящего к тому, что описывается под названием ажитированной меланхолии или ипохондрической меланхолии; в некоторых случаях бывает и односторонний бред при достаточно ясном сознании, как при помешательстве. И несмотря на это, все-таки когда мы можем установить, что случай, наблюдаемый нами, есть полиневритический психоз,

для нас это гораздо более выясняет дело, чем термины «помешательство», «ажитированная меланхолия», указывающие только на внешнее проявление, при том, может быть, случайное, преходящее. Я останавливаюсь в настоящем докладе на этой болезни потому, что, по моему мнению, изучение ее может пролить свет и на те формы, которые составляют главную тему настоящего доклада, т. е. на острые формы умопомешательства. В самом деле, мне не раз приходилось наблюдать случаи, которые могли бы быть, так сказать, переходными формами между полиневритическим психозом и теми формами, которые Мейнерт называет аменцией. Особенно часто это бывает в случаях послеродового помешательства. После родов при неблагоприятных условиях, главным образом при условиях, при которых можно с величайшей вероятностью говорить об аутоинтоксикации организма различными токсинами, бывает полиневритический психоз со всеми характерными его признаками. Но после родов иногда развивается также и обычная форма послеродового помешательства, чаще всего в виде галлюцинаторной спутанности. Это дает мне возможность спрашивать себя, не есть ли тоже и послеродовое помешательство проявлением влияния причины, действующей на весь организм и, в частности, локализующейся в головном мозгу, в его коре. В подтверждение этого я могу, с одной стороны, привести мнение многих авторов, считающих послеродовое помешательство за болезнь, развивающуюся под влиянием аутоинтоксикации (Гансен, Крамер и др.[1]), а с другой, — то, что в очень многих случаях, если не в большинстве, можно найти и условия для аутоинтоксикации в остатках каких-нибудь послеродовых заболеваний в области genitalia. Наконец, для меня указанием на это служат и нередко бывающие у таких больных боли по тракту нервных стволов и парестезии, указывающие на поражение других отделов нервной системы, кроме коры. Таким образом, предположение о зависимости послеродового психоза от аутоинтоксикации не совсем неосновательно. Если так, то это есть общая болезнь всего организма, но которая больше всего поражает центры психической деятельности. Почему? Может быть, вследствие особого свойства яда, может быть, вследствие особой неустойчивости психического равновесия у заболевшей.

Но если можно так смотреть на типичное послеродовое помешательство, то отсюда нетрудно перейти уже и к другим формам спутанности, так как послеродовое помешательство еще

---

[1] *Kramer L.* Zur Lehre von den Puerperalpsychosen. Medizinische Wander-Vorträge, Berlin. 1890.

Фюрстнер[1] определяет как острую галлюцинаторную спутанность (Verworrenheit). Не есть ли и то, что я называю dysnoia, Мейнерт — amentia, Крафт-Эбинг — der akute, halluzinatorische Wahnsinn, тоже проявление аутоинтоксикации, главным образом коры полушарий, но отчасти и всего организма? В пользу этого говорит появление этой болезни при условиях, благоприятствующих самоотравлению, например, после острых болезней, после сильного утомления и при прямых интоксикациях, например при интоксикации атропином, при алкоголизме и т. п. В пользу этого же говорит и существование при этой болезни признаков со стороны всего организма, особенно в начале заболевания, а именно нередко лихорадочного состояния, обложенного языка, изменения в качестве мочи, резкого похудания и у женщин нередко прекращения регул. В пользу этого, по моему мнению, говорит и быстрое начало болезни. Конечно, немалую роль играет и та почва, на которой развилась болезнь. Само заболевание, вероятно, в значительной мере обусловливается свойствами психических центров данного индивидуума; этими же свойствами, вероятно, обусловливается и внешнее проявление заболевания: вначале, в первые дни или недели болезни обыкновенно реакция довольно однообразная у всех больных, свидетельствующая о глубоком расстройстве сознания и всех сфер душевной деятельности — чувства, интеллекта и воли. Но потом обыкновенно начинает выделяться преимущественное поражение той или другой сферы, вследствие чего болезнь и принимает характер то маниакальной спутанности, то ступорозной с различными оттенками, то затяжного бредового безумия. Отчего это зависит, этого, конечно, нельзя сказать определенно, но можно думать, что это обусловливается *индивидуальными* свойствами пораженных нервных центров и неодинаковой устойчивостью различных отделов душевного механизма, вследствие чего после первого периода — всестороннего расстройства душевной жизни — в последовательном периоде реакция различных отделов психического организма неодинакова, и восстановление нормальных функций происходит не во всех отделах равномерно и гармонично.

Я не стану распространять этот взгляд дальше, не стану за недостатком времени говорить о том, как объяснить с точки зрения этой теории влияния наследственного предрасположения и наклонность к возвратам интересующей нас формы, — объяснение это я во всякое время могу представить; не стану

---

[1] *Fürstner C.* Ueber Schwangerschafts und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. 1875. № 5. P. 505—543.

по той же причине указывать и на то, каков должен быть взгляд с этой точки зрения на некоторые другие психозы, кроме рассматриваемых в этом докладе. Я остановлюсь только на том, что, если смотреть с этой точки зрения, то мы действительно будем иметь в формах некоторых случаев, относящихся к мейнертовской amentia, нечто своеобразное, нечто такое, что можно определить как отдельную болезнь и болезнь не только психическую, но до известной степени общую для всего организма.

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИКИ У МИКРОЦЕФАЛОВ

Прежде чем приступить к изложению систематического курса психиатрии, я представлю вам больную, которая может доставить вам случай освоиться с характером и основными свойствами тех расстройств, изучением которых занимается психиатрия.

Когда больная вошла, она, вероятно, сразу поразила вас своей внешностью, своим странным поведением и обращением. Вам ясно, что движения ее неуклюжи, неловки, и вы видите, что в них совсем нет того порядка, того особенного отпечатка, который существует в актах вполне развитого человека. В то же время вам, вероятно, бросается в глаза выражение ее лица — неосмысленное, удивленное, иногда без всякого повода хохочущее. Обращая на нее далее внимание, вы видите, что у нее совершенно особая голова — очень маленькая — именно по отношению к величине черепа. Если вы станете подвергать больную тем методам исследования, которые вам знакомы из других клиник, то вы — я вам скажу наперед — не найдете в ее органах ничего такого, что вы могли бы счесть за патологическое. Вы узнаете, что пищеварительные органы ее действуют хорошо (...), совершенно правильно, ее не тошнит, кишечник действует регулярно; будете исследовать легкие и сердце — и также ничего не найдете. Ничего ненормального нет и в мочевых органах, и в половых. Больная еще менструирует, несмотря на свои 44 года.

Если вы станете исследовать больную по отношению к движению и поражениям органов чувств, т. е. по отношению к физической стороне нервной системы, то вы увидите, что параличей и судорог у нее нет; вы узнаете также, что у больной функционируют правильно все органы чувств. Она видит, она слышит, чувствует запах, вкус, она чувствует прикосновение и боль. Заставьте ее производить мелкие движения, как завязывание узла, и она это сделает. Таким образом, нет и тех симптомов, которые вы уже знаете из клиники нервных болезней. Однако, исследуя чувствительность и движения, вы уже наталкиваетесь на некоторые явления, которые остановят ваше внимание и ко-

торые вы должны признать как ненормальные, как патологические. Так, исследуя зрение и спрашивая больную, что она видит, вы услышите иногда ответ верный, иногда же такой, что вы убедитесь, что больная не понимает того, что видит: «Что видишь?» — «Ключ». — «А это что?» — Ответа нет. То же самое, если вы приступите к ней с исследованием при помощи эстезиометра — тоже увидите, что она решительно не может понять, чего от нее хотят. Итак, вы убеждаетесь, что у больной что-то крайне расстроено, и вы формулируете, что больная очень плохо понимает самые обычные вещи.

Затем, присматриваясь к ее движениям, вы тоже заметите неправильность. Параличей у ней нет, нет и расстройств координации в тесном смысле слова, но движения неуклюжи, и вы ясно видите — нерешительны. Из двигательных актов особенное внимание обратите на речь и с этой стороны вы найдете очень резкие расстройства: во-первых, больная произносит слова неправильно. Она часто не так выговаривает, как следует; но главное — вы слышите у нее фразы, но в этих фразах редко когда вы заметите смысл; чаще всего это почти механическое воспроизведение разных слов и фраз. Больная плохо сама понимает то, что она говорит.

Итак, уже из исследования движений и чувствительности вы приходите к заключению, что у больной чрезвычайно слабо понимание и того, что она воспринимает, и того, что она делает.

Это уже признаки очень важные, на которых вы должны остановиться и которые заставят вас произвести анализ понимания, произвести тот анализ, который вы еще не привыкли производить, но которому именно вы должны научиться в нашей клинике.

Итак, мы пришли к заключению, что понимание и смысл у больной страдают, но мы должны более подробно ознакомиться с тем, в какой мере это страдание. И для этого мы должны постараться обнаружить содержание ее понимания и степень ее смысла. Самый удобный способ для этого — разговор. И вот мы начинаем разговаривать с больной и тут сразу убеждаемся, что больная почти ничего не понимает из того, что ей говорят. Оказывается, она знает много слов, но не знает, какие слова соответствуют каким предметам. Вот перед глазами ее ключ. Она, видимо, узнает, говорит: «Это ключ» — показывает платок: «Это платок», — нос: «Нос», — а целый ряд предметов совсем не знает, что такое. Множество предметов не знает. Итак, она видит и знает некоторые предметы и может их назвать. Но ведь у каждого предмета есть известные свойства, известный смысл. Знает ли

больная этот смысл? Дайте ей ключ и скажите: «Запри». Что она сделала? Она подбежала, похлопотала около двери и вернулась назад довольная, точно она что-то сделала, а она ровно ничего не сделала; вы видите, что смысла ключа она не понимает. Она повторила только движения, которые она много раз видела; сиделки берут ключ, подходят к двери, что-то делают и уходят. И она воспроизводит последовательность актов без смысла, без сознания цели.

Эту неосмысленность ее вы увидите еще в таком акте, когда она завязывает узел на платке; она часто возьмет на руку как будто булавку и воткнет — точно дело сделано.

Итак, смысла совсем нет. Прислушиваясь к ее словам, вы слышите фразы, слова, но тоже напрасно ищете смысла; и сколько бы вы ни говорили, вы не услышите суждения, умозаключения. Вы услышите воспроизведения, иногда сочетающиеся с воспоминаниями, например, когда звонят в коридоре, она суетится и кричит: «Ключ». Но это только подражание сиделкам или это вопроизведение давно слышанного без всякого отношения к данной минуте; иногда вдруг кричит: «Корова убежала, ах батюшки!» — без всякого смысла.

Итак, повторяю, суждения от нее вы не дождетесь. Вследствие этого такие слова, которые должны лежать в основе известного суждения, для нее — пустые звуки. Как, например, долг, обязанность. Нет суждения, нет и мысли, и вы видите, что мыслить больная совсем не может.

Подытожим, что же мы нашли: ощущения у больной есть; слова она говорит. Она знает некоторые предметы, но далеко не все — очень мало; понимать их значение почти не может и вообще очень мало понимает из окружающего, а мыслить не может.

Все эти отправления суть действия интеллекта, ума. Итак, они у больной очень неправильны. Нельзя сказать, чтобы у нее совсем не было интеллектуальной деятельности: она существует. Это доказывается тем, что она знает, что такое ключ, нос, но она чрезвычайно слаба. Что она есть, это доказывается тем, что она говорит; но что она говорит? Присматриваясь, вы убеждаетесь, что это набор слов и часто воспроизведение пережитого. Больная что-то видела, это запоминается ею и потом воспроизводится без смысла, без повода. У нормального человека тоже то, что накоплено его знанием и опытом, воспроизводится, но со смыслом и последовательно, а у нее этого совершенно нет. У нее это чисто автоматически, без последовательности, без цели. Ее умственная деятельность вся совершенно лишена продуктивности.

Кроме этих ненормальностей, вы встретите у больной и целый ряд других; вы видите, что она без надобности хохочет, весела, вы узнаете, что ее деятельность состоит в суетливой и беспорядочной беготне, перестановке мебели и т. д. и что никакого осмысленного акта, кроме опять некоторых привычных, которые она выучила механически, — одеваться, раздеваться, искать клозет.

Все эти подробности перечислил я не сразу, потому что мы еще будем иметь случай говорить о больной; теперь я только укажу, что все эти рассмотренные аномалии в жизни больной составляют аномалии в проявлении того, что называется психическая деятельность человека, и эти аномалии у нашей больной чрезвычайно резко выражены. Вот этими-то аномалиями и занимается психиатрия. Правда, эти аномалии далеко не всегда выражены так резко. Здесь они крайне заметны, а у многих больных их нужно долго и внимательно искать. Но как бы то ни было и в какой бы ни было степени эти аномалии относятся к ведению психиатрии.

У нашей больной мало того, что аномалии психической деятельности резко выражены, но мы можем сказать, в какой мере эти аномалии находятся в связи с организмом.

Вы помните, что я указал вам, что исследования ее организма показывают одну аномалию, именно, неправильную форму головы. Присматриваясь к голове, вы видите, что действительно голова очень неправильная: лицо правильное, но свод черепа крайне мал. Этот тип головы носит название микроцефалии, малоголовия. Если рассматривать череп микроцефала, то окажется, что кости основания развиты достаточно, но кости свода чрезвычайно недостаточно. Это обусловлено чрезвычайно ранним зарастанием швов черепного свода, вследствие чего рост костей останавливается. Вследствие этого вместимость черепа уменьшается и головной мозг гораздо меньше и именно та часть, которая составляет передний мозг, в состав которого входят полушария головного мозга. Вот с этим-то и нужно связывать недостаток интеллекта у нашей больной — с недостаточностью переднего мозга.

Таковы и другие болезни психические. Они тоже суть страдания переднего мозга. Но далеко не всегда можно это констатировать не только на живом человеке, но и на трупе; вскрытие вследствие недостаточности наших методов исследования не показывает часто заметных аномалий, хотя часто и показывает. Возвратимся опять к нашей больной. Если вы спросите, когда сделалась у нее эта болезнь, то вы услышите, что она такая с дет-

ства, у нее душевная жизнь никогда не была нормальной. Это врожденное психическое недоразвитие. Подобные врожденные недоразвития носят название идиотизма. Но психические болезни не всегда врожденные, они бывают и приобретенные; человек до известного времени остается здоровым, а потом у него начинают появляться те или другие признаки душевного расстройства. Эти приобретенные формы составляют самые частые формы психических болезней (...).

Итак, из этого случая вам стало до некоторой степени понятно, с чем вам придется иметь дело при изучении так называемых душевных болезней, и потому я могу приступить к чтению систематического курса психиатрии.

РАССТРОЙСТВО ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ И ОТНОШЕНИЕ ЕГО К РАССТРОЙСТВУ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕВРИТАХ НЕАЛКОГОЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

I

В последнее время алкогольный паралич обратил на себя внимание многих невропатологов. Во Франции, Англии и Германии появилось довольно большое число работ, посвященных симптоматологии и патологической анатомии этой болезни. Так как мне пришлось наблюдать довольно большое число случаев алкогольного паралича, то я счел уместным описать как эти случаи, так и вообще сгруппировать все то, что нам известно об этой форме. Работа моя об алкогольном параличе уже закончена и скоро будет напечатана. Занимаясь этой работой и изучая клиническую картину алкогольного паралича, я, между прочим, заметил, что в иностранной литературе сравнительно мало обращается внимания на одну группу симптомов, именно на расстройство психической деятельности; хотя почти все авторы указывают на то, что психическая сфера расстраивается при алкогольном параличе, но большинство из них говорит о психических симптомах мимоходом, и только немногие, как Дрешфельд[1] в своей последней статье, обращают внимание на то, что эти расстройства носят особенный характер. Во многих из тех случаев, которые пришлось видеть мне, психическая сфера была расстроена весьма характерно, вследствие чего я мог составить себе более подробное представление о свойстве этого расстройства; изложение характерных особенностей его и составит предмет этой статьи.

Прежде чем приступить к описанию симптомов расстройства психической сферы при алкогольном параличе, я считаю нужным обрисовать клиническую картину этой болезни вообще.

Алкогольный паралич в тесном смысле слова проявляется в параплегической форме, симметричной на обеих сторонах тела. Поражаются при нем большей частью мышцы конечностей, нижних и верхних; мышцы туловища поражаются лишь в очень тяжелых случаях; тазовые органы тоже поражаются редко. В ко-

---

[1] *Dreschfeld J.* Further observations on alcoholic paralysis. Brain, 1885—1886. № 8. С. 433—446.

нечностях паралич обыкновенно сильнее всего выражен в периферических отделах — в ступнях и в костях рук. Экстензоры поражаются более, чем флексоры. Нижние конечности более поражены, чем верхние. Паралич сопровождается похуданием и атрофией мышц, изменением электрической реакции; пателлярные рефлексы рано исчезают. Наряду с параличными явлениями, бывают и расстройства чувствительности в виде болей, гипералгезии и анестезии. Расстройства чувствительности также более всего выражены в периферических отделах конечностей — в ступнях, голенях и кистях рук. Боли имеют характер болей ломящих или дергающих, стреляющих, рвущих. Гипералгезия выражена частью в коже, частью в мышцах. Особенно характерна для алкогольного паралича болезненность икр и ступней при давлении, так же как и болезненность при давлении на нервные стволы. Парестезии выражаются в чувстве онемения, ползания мурашек или чувства холода в ступнях и голенях. Анестезия обыкновенно бывает не сильно выражена, но в некоторых случаях бывает довольно значительна; при этом довольно характерным является расстройство чувства температуры — нечувствительность к ощущениям тепла и чрезмерная чувствительность к холоду; также характерно понижение электрокожной чувствительности в ступнях и концах пальцев рук. Кроме этого, в пораженных конечностях бывают трофические и вазомоторные расстройства в виде расстройства питания кожи и отеков, иногда очень больших. Ступни и кисти рук большей частью влажны и синеваты. Иногда бывают судорожные подергивания и контрактуры в сгибателях.

Наряду с этими физическими симптомами во всех 20 наших наблюдениях и в большинстве случаев из 114, собранных нами в литературе, было более или менее резко выраженнее расстройство в психической сфере — иногда только в начале болезни, иногда же во все течение болезни. Психическое расстройство выражалось то в форме раздражительной слабости, то в форме спутанности, то в форме характерного расстройства памяти. Наряду с этими симптомами, иногда существуют и другие — рвота, учащенный, иногда неправильный пульс, уменьшение количества мочи, общая слабость и другие явления.

Болезнь эта развивается большей частью у лиц, в продолжение долгого времени злоупотреблявших спиртными напитками, и притом большей частью у тех из них, у кого существует невропатическое предрасположение. В большинстве случаев задолго до паралича существуют продромальные симптомы в виде болей, чувства онемения в конечностях, чувства ползания мурашек, судорог (crampi) и т. п. У многих больных бывали приступы

белой горячки. Собственно алкогольный паралич развивается большею частью после какого-нибудь повода, нарушающего равновесие экономии организма. Чаще всего это происходит вследствие присоединения какой-нибудь болезни вроде катаральной пневмонии, туберкулеза, диареи; иногда это нарушение равновесия экономии организма вызывается травмой, операцией, иногда геморроидальным кровотечением или нравственным потрясением. Вслед за действием того или другого повода болезнь открывается обыкновенно расстройством в сфере головного мозга; то это приступ галлюцинаторной спутанности, вроде белой горячки, то характерное расстройство памяти, то просто возбуждение и бессонница. Иногда вместе с этим или еще ранее является упорная рвота. Некоторое время эти симптомы стоят на первом плане, затем через несколько дней делается заметна слабость в ногах: больной шатается, быстро утомляется, наконец, совсем не может ходить. В это время пателлярные рефлексы пропадают, и являются более или менее выраженные расстройства чувствительности в виде болей и парестезии. Обыкновенно скоро заметно бывает, что в ногах extensor hallucis и extensor digitorum communis, а также m. quadriceps femoris более всего поражены. В верхних конечностях обыкновенно вначале не заметно паралича, но через несколько времени он является и в верхних конечностях, причем разгибатели кисти и пальцев поражаются всего сильнее. В средних случаях обыкновенно дело и ограничивается поражением нижних и верхних конечностей, но в тяжелых поражаются и мышцы туловища, и мочевой пузырь. Обыкновенно в таких случаях болезнь носит характер восходящего паралича; в конце концов поражаются глазные мышцы, глотание и дыхание, и может последовать смерть вследствие паралича диафрагмы; если этого не произойдет, то обыкновенно болезнь, дойдя в течение первого месяца до высшей точки, начинает понемногу ослабевать, причем те области, которые были захвачены болезнью последними, восстанавливаются первыми, так что раньше всего восстанавливаются глотание и дыхание, а потом уже другие пораженные функции. Иногда восстановление идет довольно быстро — в течение 3—4 месяцев, иногда же затягивается надолго; в таких случаях обыкновенно развиваются атрофии в мышцах и контрактуры; часто является чрезвычайная гипералгезия, боли, особенно по ночам, отеки и т. п. В таких случаях болезнь затягивается иногда на несколько лет; тем не менее, несмотря на затяжное течение болезни, она сама по себе имеет тенденцию к поправлению, и если силы организма позволяют, то во многих случаях наступает полное выздоровление, хотя с большой наклонностью к рецидивам.

Таково течение форм алкогольного паралича *в тесном смысле слова.* Но во многих случаях болезнь не доходит до такой степени — паралича не развивается, а является только слабость и расстройство правильности движений. Такие формы известны под именем алкогольной атаксии или pseudotabes alcoholica. Эти формы иногда тоже сопровождаются расстройством психической деятельности, но не постоянно, и большей частью в небольшой степени.

Анатомическим субстратом алкогольного паралича считается в настоящее время множественный неврит. Довольно значительное число вскрытий констатировало, что в большинстве случаев спинной мозг бывает совершенно здоров, а в периферической нервной системе существуют обширные расстройства. Неврит при алкогольном параличе имеет характер паренхиматозного неврита — выражен он всего более в мелких веточках, кожных и мышечных; в крупных стволах он выражен менее и, приближаясь к центру, все уменьшается в своей интенсивности, т. е. среди данного отрезка нерва попадается все менее и менее больных волокон; наконец, в корешках дегенерированных волокон почти не встречается. Подобные изменения встречаются и в нервах конечностей, и в некоторых из головных нервов, как n. vagus, и др.

Большинство авторов находили спинной мозг здоровым, однако вакуолизацию клеток передних рогов видели и Калер, и Пик[1], и Эттингер[2]. Кроме того, есть и другие данные считать, что иногда и спинной мозг бывает изменен при алкогольном параличе, хотя очень вероятно, что в основе собственно паралитических явлений лежит множественный неврит. На состояние головного мозга было обращено мало внимания. Только Хан[3] в одном из своих случаев нашел довольно значительно выраженную атрофию нервных клеток коры.

Сделав общий обзор сведений, которые мы имеем в настоящее время об алкогольном параличе, мы можем приступить к главной теме настоящей статьи — к описанию расстройства психической деятельности, постоянно встречающегося при алкогольном параличе. Еще раз повторяю, что, вследствие бедности сведений из литературы по этому отделу, я буду руководствоваться в своем описании главным образом собственными наблюдениями.

---

1 *Kahler und Pick.* Beiträge zur Pathologie und pathologische Anatomie des Zentralnervensystems. Prager Vierteljahresschrift. Bd. 79, 141—142.

2 *Oettinger W.* Etude sur paralysies alcooliques (névrites multiples chez les alcooliques). Paris, 1885. 111 p.

3 *Hun H.* Alcoholic paralysis. American journal of medical sciences. April 1885. 89, 372—388.

Расстройство психической деятельности в той или другой форме было во всех 20 случаях алкогольного паралича, которые я наблюдал. В 7 случаях оно было только в начале болезни, в остальных 13 оставалось до конца ее. Оно было в разной степени и неодинаково по своему проявлению; в некоторых случаях ограничивалось только резко выраженной раздражительной слабостью психической сферы, в других принимало характер спутанности сознания с галлюцинациями и иллюзиями, в третьих, наконец, принимало характер своеобразного ослабления умственных способностей без резко выраженной спутанности, но с особенно заметным упадком памяти. Нужно, впрочем, сказать, что деление на три эти формы довольно произвольное; оно делается только для удобства изложения потому, что очень часто бывает, что психическое расстройство представляет смешанные черты из различных форм.

Простая раздражительная слабость бывает в тех случаях, когда психическое расстройство выражено слабо. Обыкновенно она проявляется в том, что на больного нападает неопределенное беспокойство, какой-то страх, являются навязчивые мысли, которые так неотступно преследуют больного и ассоциированы с таким сильным аффективным состоянием, что он теряется, постоянно умоляет о помощи, ждет, что вот сейчас с ним что-нибудь случится. Большей частью при этом являются ипохондрические идеи: кажется, что сердце разорвется или случится еще что-нибудь такое же страшное. При этом каждое, даже небольшое болезненное ощущение вызывает в больном тяжелое настроение, ажитацию, а если при этом существуют боли, то больной решительно не может с собой справиться — стонет, плачет, зовет к себе на помощь. В таком случае часто приближение к больному вызывает в нем беспокойство, боязнь, чтобы не усилили его боль. Перекладывать таких больных для перемены белья составляет целую историю; они кричат, что их сейчас уронят, хотя решительно для этого нет никакой возможности. В то же время они боятся и оставаться одни, требуют, чтобы кто-нибудь сидел с ними, утешал их. Обыкновенно есть какая-нибудь личность, на которую обрушивается вся тяжесть их требовательности; эта личность — муж или жена, сестра—не могут ни на шаг отойти; едва их нет, больной или больная посылает послов за ними, раздражается, плачет, при этом уговоры не действуют; часто больные понимают, что нельзя же безотлучно при них находиться, но, как сами говорят, справиться с собой не могут. «Я рад бы не звать, да не могу, сил нехватает», — говорил один больной. От близких лиц такие больные постоянно требуют вни-

мания, утешения, разговора с ними, словом, чтобы чем-нибудь занимали их мысли; если этого нет, они волнуются, хнычут, жалуются на свою судьбу. Всего хуже состояние таких больных бывает ночью. Обыкновенно в начале болезни они не спят, особенно если при этом существуют боли, тоже усиливающиеся по ночам. И вот тогда начинается мученье — каждое болевое ощущение вызывает стоны, рыдания, слова отчаяния, богохульство, брань окружающих, брань врачей за то, что они не могут вылечить, и т. д. Под утро это обыкновенно проходит, больной засыпает часа на 2 на 3 и просыпается более спокойный, но уже с середины дня беспокойство усиливается, а с вечера опять доходит до очень большой степени. Всякое утомление усиливает это состояние, некоторые способы лечения тоже: особенно дурно чувствуют себя такие больные после сеансов электричества. Обыкновенно подобное состояние в резко выраженной форме существует довольно долго, не менее месяца, иногда более и только постепенно начинает проходить. Сначала больной становится сдержаннее, не так бранится, терпеливее, лучше спит, не так подчиняется каждой навязавшейся идее, начинает более объективно относиться к своему состоянию, не испытывает такого страха и, наконец, совсем успокаивается.

Это *ажитированная форма раздражительной слабости.*

Кроме этого, бывает и другая — гораздо более спокойная; больной на вид представляется почти здоровым психически; он обо всем рассуждает, охотно высказывается, нет никакого бреда. Однако, если присмотреться внимательнее, окажется, что это совсем не тот человек, что был прежде: он как-то легкомыслен, ко всему относится с юмористической точки зрения, хотя его положение вовсе не наводит на веселое настроение, беспечен; умственный горизонт сузился и глубины ума почти не проявляется; вся деятельность ума заключается в повторении старого и притом в довольно однообразном повторении; рассказывает старые пикантные анекдоты, интересные по внешности происшествия, но какого-нибудь серьезного обобщения больной сделать не может, вдумывается во все с большим трудом, интересы удовлетворяются очень немногим. При этом очень небольшого внешнего стимула достаточно, чтобы больной расхохотался чуть не до истерики или пришел вообще в очень веселое настроение, так что готов запеть, хотя это и не совсем удобно в его обстановке. Бессонница бывает и при этой форме раздражительной слабости, но она не так мучительна. Обыкновенно в таком состоянии больной и остается до тех пор, пока ухудшение болезни не ухудшит и психического состояния, или

до поправления. В последнем случае понемножку ум его делается крепче, активнее, больной делается не так смешлив, как прежде, лучше управляет своим вниманием, начинает интересоваться чтением и т. п. и мало-помалу поправляется.

В некоторых случаях раздражительная слабость нервной системы принимает, вероятно, и другие формы, и на этой почве легко могут развиваться разные неврозы. Между этими неврозами заслуживает внимания самобытный гипноз; хотя я его не видал ни при одном случае вполне выраженного алкогольного паралича, но мне пришлось видеть его у одной больной, которая сильно злоупотребляла спиртными напитками и у которой в значительной степени были выражены продромальные симптомы алкогольного паралича — боли в конечностях, шаткость походки и отсутствие сухожильных рефлексов. У этой больной по временам были судорожные припадки, характерные для алкоголизма, а затем вместо этих припадков стали являться приступы самопроизвольного гипноза; достаточно было, чтобы больная просидела несколько минут в тишине в полутемной комнате, как веки ее смыкались, она впадала в сонное состояние с возможностью появления каталепсии и с возможностью подчиняться внушениям.

Конечно, прежде всего является вопрос, не есть ли это случайное совпадение алкогольного расстройства с истерией? Я сам не берусь решить этого вопроса, но считаю все-таки нужным отметить этот случай, потому что состояния транса и сомнамбулизма описаны у хронических алкоголиков[1], и самобытный гипноз нашего случая может быть поставлен в некоторую связь с этими состояниями. К этому я могу прибавить еще, что в одном случае *послеродового* множественного неврита мне тоже пришлось наблюдать явления, относящиеся к той же области: больная, перед тем как заснуть, впадала в особенное состояние сна, в котором она, будучи с закрытыми глазами, отвечала на вопросы, разговаривала как бы наяву, а потом ничего об этом не помнила.

Я должен во всяком случае прибавить, что не смотрю на эти симптомы как на непосредственное следствие того заболевания нервной системы, о котором мы теперь говорим, а только как на случайное осложнение, для которого почвой служит раздражительная слабость нервной системы, так часто бывающая при алкогольном параличе.

---

[1] *Мержеевский И.П.* К вопросу об алкоголизме // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1883. № 2. 14—58, а также:
Говсеев А.А. К вопросу о так называемом автоматизме и сомнамбулизме пьяниц // Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии. 1885. № 5, 1, 90—99.

Вторую форму психического расстройства при алкогольном параличе составляет *спутанность*. Форма эта довольно хорошо известна[1], потому что она бывает и без паралличных явлений у лиц, злоупотреблявших спиртными напитками. Поэтому подробно описывать картину этой формы нет надобности, а можно только ограничиться указаниями, специально относящимися к проявлению этой формы при алкогольном параличе.

Обыкновенно симптомы этой спутанности довольно определенно выражены уже в начале болезни, вскоре после влияния на больного вызывающей причины. Первыми признаками является плохой сон, беспокойное настроение, навязчивые идеи с тревожными аффектами, часто неопределенный, но резко выраженный страх. Наряду с этим заметно еще, что больной делается как-то неясен в выражении мотивов своих беспокойств, неопределенен в своих требованиях и желаниях. Речь его делается непоследовательна: начав говорить одно, он конец приводит совершенно не относящийся к делу, и сам часто не замечает этого. Способность управлять своим вниманием, способность ассоциировать представления резко расстраивается; поступки отличаются какой-то рассеянностью, несообразительностью, нецелесообразностью: больной, например, закуривает папиросу не с того конца; берет вместо одной вещи другую, говоря о чем-нибудь, высказывается часто так неопределенно, что трудно решить, что он хочет сказать, потому что, начавши говорить про Петра, он потом упоминает что-нибудь, что свойственно не Петру, а Павлу; иногда, начавши что-нибудь говорить, больной останавливается и не знает, как докончить свою фразу; если ему подсказать что бы то ни было, он подхватит это, как будто он именно это и хотел сказать, при этом путает место, время, примешивает к действительности небылицы. Часто вместе с этим является болтливость, желание постоянно быть с людьми, чувство тревоги, когда с ним никого нет. По временам бывает раздражительность, тупое упрямство. К вечеру обыкновенно больному делается хуже. Он больше ажитируется, делается требователен, постоянно зовет к себе, заставляет подавать себе то ту, то другую вещь, требует пунктуального исполнения каждой мелочи, расспрашивает настойчиво о разных пустяках, хочет вставать, выходить на улицу, не слушая при этом никаких уговоров. У некоторых больных при этом является особенный страх, подозрительность; они боятся воров, требуют постоянно, чтобы смотрели, заперты ли окна, двери, нет ли кого под кроватью. Так проходит вся ночь, потому что обыкновенно сна у

---

[1] См. описание острого алкогольного бреда у Мержеевского в цитированной выше статье.

таких больных нет. Обыкновенно очень скоро спутанность увеличивается — иногда уже в самые первые дни болезни больной примешивает в свои разговоры много фантастического, представляет себя где-нибудь в другом месте, рассказывает, как он ездил в разные места, какие с ним были в дороге происшествия — и при этом с такими подробностями, точно это на самом деле было. Иногда оказывается, что эти рассказываемые события суть отголоски воспоминаний дальних лет, иногда просто фантазия больного, но при этом высказывается это с такой положительной уверенностью, что, очевидно, для больного нет никакого сомнения, что все это было на самом деле. При этом в начале болезни все его рассказы имеют обыкновенно определенный оттенок; то это рассказы, как на него хотели напасть разбойники или как его терзали собаки; соединены они с аффективным состоянием, со страхом. К вечеру и страх, и фантазии увеличиваются. При этом являются характерные зрительные галлюцинации — в виде собак, кошек, мышей, страшных физиономий и т. д. Больной пугается, ловит их, сгоняет с постели. Иногда спутанность так быстро растет, что больной решительно перестает сколько-нибудь управлять своими мыслями и весь подчиняется бредовым идеям тревожного характера и галлюцинациям устрашающего свойства. Он делается крайне беспокоен, настойчив, говорит отрывочные фразы, из которых и можно понять, что ему кажется, что его сейчас убьют, отдадут зверям и т. д. Иногда спутанность еще более увеличивается: больной начинает повторять одни и те же слова для выражения самых разнообразных ощущений и потребностей, ищет чего-то, разбрасывает вещи, не узнает окружающих, пугается, кричит от малейшего прикосновения, делается крайне упрям.

Как мы сказали, иногда такая сильная спутанность развивается очень быстро, но большей частью она не долго продолжается: через несколько дней, особенно если употребляется соответствующее лечение (главным образом снотворное), больной засыпает, сознание делается яснее, тревога пропадает, и во многих случаях больной совсем приходит в себя, так что психическое расстройство исчезает, а остаются только одни параличные явления. Обыкновенно в этих случаях продолжительность психического расстройства не более нескольких недель и настолько носит характер белой горячки, что обыкновенно в анамнезе таких больных и говорится, что после того или другого повода у больного развилась белая горячка, а вслед за ней параличные явления, но, как мы уже говорили, обыкновенно внимательный наблюдатель может уже в первое время болезни, когда только еще развивается психическое расстройство, заметить начало паретических

явлений — слабость ног, боли при сдавлении мышц, похудание мышц, изменение сухожильных рефлексов, а потом и отсутствие их. Во всяком случае, хотя очень может быть, что параличные и психические симптомы начинают развиваться одновременно, но психические раньше достигают степени, резко бросающейся в глаза, но зато часто в таких случаях скорее и исчезают.

Не во всех случаях, однако, эта спутанность протекает так счастливо; бывают случаи, в которых спутанность принимает хроническое, вялое течение. Некоторые из этих случаев начинаются так же быстро и бурно, как мы только что описали; но у них не бывает такого резкого окончания, а мало-помалу ажитация, беспокойство уменьшаются, страх почти прекращается; больной делается вялее, апатичнее; галлюцинации исчезают; но спутанность делается все больше и больше. В других случаях вялая форма спутанности носит такой характер с самого начала: в самом начале является бессонница, неопределенное беспокойство по поводу каких-нибудь явлений, например по поводу упорной рвоты, которой, как мы говорили, часто начинается болезнь, затем больной начинает смешивать сны с действительностью: рассказывает, например, про какое-нибудь происшествие и говорит, что он это читал в газетах, а на самом деле этого не было. Сначала он сам может вспомнить, что действительно этого не было, а потом с каждым днем он все больше и больше смешивает действительность с фантазиями; наконец, теряет ясное представление о месте, где он находится, о времени, о лицах, среди которых живет, словом, развивается полная спутанность.

Иногда в таком состоянии больные находятся долгое время, и психическое расстройство долго не подвигается ни в ту, ни в другую сторону. Такие больные производят очень своеобразное впечатление. Когда увидишь больного в первый раз, то по приему, который он окажет врачу, трудно даже представить ту глубокую спутанность сознания, которая у него сущетвует: он встретит приветливо, отвечает сначала на все вопросы правильно, несколько времени рассказывает довольно дельно, но потом заметно, что внимание больного быстро утомляется, истощается, и он начинает путать: сначала впутает в рассказ какую-нибудь небылицу — что вот он сегодня ездил туда-то, а потом или сам по себе или на вопрос рассказывает целый ряд фантастических происшествий с рельефными подробностями, со всеми внешними признаками правдивости, причем примешивает лиц давно умерших, представления давних лет, приводит разные несообразности; например, говорит о пальме в умеренном климате, или, например, один больной говорил мне, как его привезли

из одной Москвы в другую Москву, совершенно такую же — взяли да через забор и перебросили, — и теперь он выхода не найдет. Иногда, начавши одно, переходит совсем на другое; по мере продолжительности разговора сознание все более и более спутывается: больной сначала узнает гостя, потом уже называет его другим именем — по какой-нибудь случайной ассоциации. При этом рассказывает, где он с ним виделся, и выдумывает небылицы. Резко заметно, что ход ассоциаций крайне неправильный, и больной пассивно подчиняется всякой навернувшейся мысли, и мысль, явившись в сознании, сейчас же приобретает значение достоверного факта, как бы она ни была противоречива со всем, что только что было сказано больным, и со всеми его прежними познаниями; чем больше утомляется больной, тем это делается все более и более. Разговор обыкновенно ведется тихим голсом, довольно медленно, без всякой неуверенности. Больной совершенно спокойно говорит всевозможные небылицы; при этом часто бывает довольно веселая улыбка, больной охотно посмеивается над окружающими, наделяя их по какой-нибудь случайной ассоциации теми или другими комическими свойствами. При этом часто употребляет поговорки, которые он любил в здоровом состоянии, но обыкновенно ни к селу, ни к городу. Если очень долго говорить с больным, то он начинает, наконец, путать слова, вместо одного слова говорит другое и не замечает этого. Разговор делается все вялее и бессмысленнее.

Обыкновенно из разговора с такими больными можно заключить, что память их глубоко страдает; большей частью они сейчас же позабывают то, что с ними сделалось — забывают, кто у них только что был, то, что они больны, и т. д. Но это не у всех. У других, хотя память и слабеет, но далеко не в такой степени. Они и удерживают впечатления лучше, и способны иногда припомнить довольно подробно разные факты из их болезни, как из давнего, так и из недавнего: иногда так бывает, что какой-нибудь один факт больной хорошо помнит, а другой, почти одновременный, который, казалось бы, он еще лучше должен бы был помнить, он не вспоминает.

Такого рода больные обыкновенно лежат тихо, спокойно, апатично; когда с ними не говорят, и они не говорят; лицо их спокойное, малоподвижное, глаза смотрят в одну точку, лицо носит какой-то мертвенный отпечаток. Пов-идимому, мышление их совершенно ничем не занято, и непременно нужен какой-нибудь стимул, чтобы заставить мысль работать. Этим стимулом обыкновенно служит разговор, но если существует не-

сколько повышенная возбудимость больного, то такое же влияние имеет всякое движение, приход нового лица: сейчас является какая-нибудь мысль, лицо немного оживляется, но большей частью ненадолго. Иногда, впрочем, больные бывают поживее, и в это время ассоциации их совершаются правильнее; большей частью это бывает после сна или после пищи, или после приема возбуждающего. Иногда такое же действие производит приход того или другого нового лица, особенно если больной и в здоровом состоянии оживлялся в присутствии этого лица; первое время он начинает так говорить, что поражает своей ясностью: все говорит впопад, так что может ввести гостя в заблуждение относительно степени расстройства умственных способностей. Зато потом упадок делается еще резче.

Не все больные бывают, впрочем, покойны. Некоторые больные бывают довольно ажитированы; по вечерам и ночью является требовательность, постоянные приказы принести то или другое; особенно беспокойны бывают те больные, у которых существуют иллюзии зрения (собственно галлюцинации не бывают при этой вялой форме спутанности) или какие-нибудь парестезии, так часто бывающие при алкогольном параличе. Так как для этих больных в их ощущениях всегда есть стимул для того, чтобы мысль возникала, то они очень часто зовут к себе, чтобы отогнать змею или мышь или паука, которых они видят на постели. Одна больная, у которой было чувство сжатия в животе, которое в ее сознании ассоциировалось с беременностью, ежеминутно звала к себе, уверяя, что она сейчас должна родить. Когда есть такие иллюзии и парестезии, то обыкновенно спутанность приобретает несколько своеобразный характер: кроме резко выраженной спутанности, заметны и довольно стойкие бредовые идеи, т. е. одна группа идей является почти постоянно — именно та, которая связана с парестезиями; к таким бредовым идеям относится, например, представление о беременности и родах, вследствие чего та больная, о которой мы сейчас упоминали, во всех приходящих к ней видела акушеров и акушерок. При этом может произойти и измененное представление о своей личности, о своем общественном положении и т. п.

Течение этой вялой формы спутанности бывает различное. Если физическое состояние организма становится все хуже и хуже, то и умственная жизнь делается все слабее и слабее. Является глубокая апатия, больной едва говорит, мешает слова, впадает в сонливость, прерываемую по временам вздохами или отрывочными криками, или, наконец, умирает.

В тех случаях, когда физическое здоровье поправляется и организм укрепляется и психическое состояние становится несколько лучше, больные перестают возбуждаться по ночам, становятся ровнее, спокойнее. Понемногу начинают ориентироваться относительно места и времени, начинают запоминать окружающих, хотя все еще часто называют их не принадлежащими им именами.

Быстрота прояснения сознания и восстановления памяти, впрочем, бывает очень различная. В некоторых случаях, когда дело идет о людях молодых, крепких, когда болезнь *не очень глубока*, восстановление умственных сил совершается довольно скоро; уже через месяц или два после начала болезни психическое расстройство, достигнув высшей своей точки, более не прогрессирует, а остановившись на несколько дней или недель без перемены, потом начинает во всех отношениях улучшаться и в несколько недель оканчивается полным прояснением сознания, восстановлением памяти и способности сосредоточивать внимание. В большинстве случаев, впрочем, не наступает полного психического здоровья, а обнаруживаются симптомы раздражительной слабости психической деятельности, выражающиеся в капризах, плаксивости, навязчивых идеях, вызывающих легко аффективное состояние, в нетерпеливости и т. п., которые уступают мало-помалу по мере общего поправления больного.

В других случаях дело идет чрезвычайно медленно. Развившись до глубокой степени, спутанность сознания с глубокими расстройствами восприятия представлений и памяти очень долго остается на одном уровне. Больной целыми месяцами представляет признаки глубокого монотонного слабоумия — иногда с временными возбуждениями, иногда с однообразными стойкими, часто абсурдными бредовыми идеями; только спустя 6—9—12 месяцев от начала болезни можно заметить, что умственный горизонт начинает расширяться; начинается более правильное восприятие представлений, некоторые обстоятельства из окружающей жизни запоминаются; больной начинает понимать, где он, кто именно его окружает, начинают пробуждаться нормальные интересы, мысль работает более активно; больные начинают работать, читать; постепенно отходят на задний план бредовые представления, а все более и более приобретают значение действительные факты; в конце концов развивается критическая оценка и способность устранять из сознания ложные, идеи, и, таким образом, нормальная умственная жизнь возрождается. При благоприятных даже обстоятельствах у людей довольно крепких, жизнеспособных возрождение это растягивается на несколько лет, да и то я сомневаюсь, чтобы оно достигло

полного восстановления умственных сил. При неблагоприятных же условиях, когда организм сам по себе уже представляет признаки дряхлости, улучшение происходит так медленно, что и совсем не достигает хотя бы сколько-нибудь сносной даже для обыденной жизни степени.

Третью форму психического расстройства при алкогольном параличе составляет своеобразное ослабление умственных способностей, выражающееся главным образом чрезвычайно *резким расстройством памяти, амнезией* при относительном сохранении рассудочной деятельности и ясности сознания. Амнезия при алкогольном параличе встречается очень часто. В наших случаях она встречалась в чистой форме 7 раз, а вместе со спутанностью 5 раз. В литературных случаях она тоже отмечена 18 раз из 114 собранных мной случаев алкогольного паралича. В некоторых случаях амнезия маскируется одновременно существующей глубокой спутанностью сознания (как мы это видели в предыдущей форме), но в других она выступает на первый план, и этими-то формами мы теперь займемся. Когда эта форма наиболее характерно выражена, то можно заметить, что почти исключительно расстроена память недавнего; впечатления недавнего времени как будто исчезают через самое короткое время, тогда как впечатления давнишние вспоминаются довольно порядочно; при этом сообразительность, остроумие, находчивость больного остаются в значительной степени. Так, например, больной не может вспомнить — пообедал он или нет, хотя только что убрали со стола, а между тем играет хорошо в преферанс, в шашки. При этом он действует предусмотрительно, наперед видит дурные последствия плохого хода своего противника и может вести игру, руководствуясь во все время одним планом. Если все партнеры сидят на своих местах, он хорошо представляет себе ход игры, но, когда они случайно пересядут, он не в состоянии продолжать игру. Только что убрали шашки или карты, все следы игры скрыли, он позабывает об игре и говорит, что давно не играл. То же самое относительно лиц: больной узнает их, если видел до заболевания, рассуждает, делает свои замечания, часто остроумные и довольно находчивые по поводу того, что он слышит от этих лиц; может поддержать разговор, довольно интересный, а чуть только ушли от него, он готов уверять, что у него никого не было. Если лицо, с которым он говорил минуты за две до данной минуты, снова войдет и спросит, видел ли он его, больной отвечает: «нет, кажется, не видел». Имен лиц, которых он не знал до начала болезни, он не в состоянии запомнить, а каждый раз эти лица являются для больного как бы совершенно незнакомыми.

Вообще память ограничивается только тем, что было до начала болезни. То же, что было после начала болезни, больной совершенно не помнит. Контраст полнейшей амнезии относительно недавнего и сравнительной стойкости памяти давнего поразительный. Так, один больной прекрасно описывал свои путешествия, настолько рельефно и картинно, что каждого увлекал своим рассказом — и все это были не фантазии, а действительные факты; но в то же время он совершенно позабывал, что этот рассказ он повторяет 10 раз кряду в течение одного часа. Другой больной отлично пересказывал свои литературные работы, которые были до болезни, а о той повести, которую он писал перед самым заболеванием, имел очень смутное понятие: начало ее помнил, а какой конец повести должен был быть — решительно не мог представить. Третий больной, превосходный знаток хирургической анатомии, с педантической точностью описывал расположение сосудов той или другой части тела и в то же время решительно ничего не помнил из того, что делается во время его болезни. Больные обыкновенно уверяют, что относительно прежнего они решительно все помнят, и действительно, заставить их вспомнить можно почти все, что доступно памяти среднего человека. Иногда, впрочем, заметно, что и с этой стороны память их несколько ленива: вспомнить они действительно все могут, но большей частью нужно их о подробностях расспрашивать, руководить их вниманием, иначе они и о давно прошедшем будут говорить не ясно, избегая подробностей. Зато те вещи, которые в здоровом состоянии больным очень часто повторялись, например некоторые поговорки, заученные фразы, теперь повторяются постоянно в одной и той же стереотипной форме: тот больной, который хорошо изучил хирургическую анатомию, каждый раз давал ответы из этой области в совершенно одинаковой, стереотипной форме; описания путешествий, которые делал другой больной, были совершенно в одних и тех же выражениях (нужно заметить, что больной и в здоровом состоянии любил рассказывать о своих путешествиях, и рассказы его во время болезни были повторением прежних рассказов).

Наряду с этим видимым сохранением памяти давно прошедшего, чрезвычайно резко бросается в глаза отсутствие памяти недавнего: часто больной не только не помнит, сколько времени он болел, но даже иногда не помнит, что он настолько болен, что и встать не может; от одного больного приходилось слышать почти постоянно следующее: «я залежался сегодня, сейчас встану — только вот сию минуту ноги как-то свело — как только они разойдутся, я и встану». У него была длительная контрактура в

коленях, но он, не помня о ее существовании, считал, что это только дело данной минуты. Этот же больной категорически утверждал, что у него никаких болей в ногах нет, а между тем у него были очень сильные стреляющие боли: когда стрельнет, он закричит, а потом сейчас же на вопрос ответит, что у него решительно никаких болей нет. Краткость времени, в продолжение которого впечатления уже сглаживаются, поразительна: этот же больной, читая газету, мог десять раз подряд прочесть одну и ту же строчку как нечто совершенно новое; бывало так, что случайно глаза его остановятся на чем-нибудь интересном, пикантном, и он эту строчку прочтет вслух своей матери и рассмеется; но в это время он, конечно, на несколько секунд оторвет глаза от того места, которое он читал, а потом, когда глаза его опять нападут на это место, хотя бы сейчас же, он опять с теми же словами: «послушай мама» — читает это место, и таким образом может повторяться много раз. Один больной в продолжение 10-минутного сеанса электричества раз 5 повторял мне, как он всегда боялся электричества и, когда был гимназистом, бегал из физического кабинета. Каждый раз он говорил это мне, как будто говорил что-нибудь новое, и все в одной и той же стереотипной фразе. Я так уже и знал: как только я прикасался электродом к его коже, сейчас начнется: «ох, уж это электричество, я его всегда боялся», и т. д. Вообще такого рода больные повторяют постоянно одни и те же вопросы, одни и те же фразы: большей частью бывает так, что какая-нибудь вещь, вызвавши известное замечание больного, уже долго будет вызывать все это же замечание, как только попадется на глаза больному; живущие с такими больными знают, что совершенно одни и те же замечания при каждом событии они могут повторять без конца, совершенно не помня, что они когда-нибудь это говорили.

Вследствие этого, конечно, если долго говорить с больным, то поражавшая с первого раза его находчивость, остроумие окажутся очень небольшими: 1) окажется, что для своих рассуждений больной пользуется исключительно старым, давно накопленным материалом; впечатления же нового времени почти не входят в состав его мышления; 2) и из старого-то у больного возникают по преимуществу рутинные комбинации, давно заученные фразы; 3) круг идей, среди которых вращается мышление больного, делается крайне узок, и в этих узких рамках большей частью совершаются все однообразные комбинации.

Такие больные очень монотонны; мышление их большей частью вызывается не внутренней потребностью, а внешними впечатлениями; начнут с ним говорить — он начинает говорить,

увидит вещь — сделает свое замечание, но сам ничем не интересуется; из данной посылки, впрочем, больные могут делать верные умозаключения, чем и объясняется довольно искусная игра в шашки и карты, когда на столе положение шашек и записи дают возможность больному сразу определить свое положение в данную минуту, не прибегая к воспоминаниям. Но для этих правильных умозаключений всегда нужны впечатления, действующие именно в настоящую минуту, которые и дают базис мыслям. Без этого мыслей почти пет, или если они и есть, то крайне смутны и неясны и больной о них и не говорит. Поэтому пока с больным не разговаривают, он или молчит, или напевает какой-нибудь один стих или молитву, время от времени призывая к себе окружающих, чтобы дать закурить или дать поесть. Эта слабость продуктивности мысли заметна и тогда, когда под влиянием внешнего стимула заставишь мышление работать: больные, как мы сказали, охотно рассказывают, но при этом никогда не заметно, чтобы больной увлекся, чтобы одна мысль влекла у него целый ряд новых мыслей, представление новых планов или он стал бы делать выводы из того, что он сказал, как это бывает у здоровых людей. У этих больных все одни и те же, как бы заученные, комбинации, и жизненности, вдохновения нет и следа. Интересов решительно никаких нет, кроме интересов физических — поесть, попить, поспать, покурить. Да и в этом отношении интенсивность желаний, по-видимому, резко уменьшена: больные хотя часто повторяют: «вот теперь бы закусить что-нибудь», но это так вяло, так ненастойчиво, что производят впечатление, что этим словам не соответствует очень сильное желание.

К своему положению больные относятся большей частью поверхностно, хладнокровно. Многие из них понимают, что у них памяти нет, но не придают этому серьезного значения. Удивившись, например, что он позабыл, что только что со мной виделся, больной говорит, что, впрочем, всегда у него память была не особенно хороша, и больше об этом не думает. Мучительного процесса неудающегося воспоминания, которое бывает у здоровых людей, у них обыкновенно не существует. У двух больных я, впрочем, видел определенное сознание, что память их очень шатка; поэтому один из них, когда ему скажут, что у него был тот или другой из гостей, спрашивал тревожно: «не сказал ли я гостю чего-нибудь неприятного, не обидел ли кого, не сказал ли глупости?» Такого рода больные во время разговора довольно старательно наблюдают, чтсбы по возможности не впасть в ошибку, не высказать своего беспамятства; поэтому они стара-

ются говорить о вещах неопределенно, в общих чертах, избегая случаев высказываться определенно относительно подробностей. Нужно еще заметить, что иногда у таких больных под влиянием волнения от присутствия какого-нибудь лица, перед которым больному не хочется высказать своего недостатка, действительно память как будто изощряется: больные как будто больше помнят и не впадают в такие ошибки, в какие они впадают, оставшись с людьми, к которым привыкли. Впрочем, это удается больным сравнительно не на долгое время — скоро напряжение их утомляет, и они приходят в обычное свое состояние.

Стараясь по возможности точнее определить, что именно утрачивается из памяти этих больных, мы могли, как уже сказали, заметить, что позабывается все недавнее; то, что было до болезни, помнится, а те впечатления, которые действовали на больного со времени начала болезни или немного ранее начала, исчезают из сознания. У большинства больных воспоминания оканчиваются за месяц или за две недели до начала заболевания. Так, в приводимом ниже наблюдении 2 больной не мог вспомнить, что та повесть, которую он начал писать, уже частью напечатана, хотя он ее видел напечатанной за 3 недели до своего заболевания; другой больной (наблюдение 1) не помнил того сильного аффекта, который вызвала его болезнь, хотя помнил хорошо все то, что было ранее двух недель от начала болезни. Так бывает в большинстве случаев.

Итак, в типичных случаях утрачиваются из памяти впечатления, полученные в течение болезни и недели за 2, за 3 до начала болезни. В большинстве случаев в известный период болезни такая утрата памяти касается всех родов восприятий как из органов чувств, так и внутренних процессов мышления. Но, разбирая подробнее некоторые случаи, можно вывести интересные заключения. Прежде всего поражает то, что хотя больной нисколько не сознает, что у него остались следы тех впечатлений, которые он получает, но все-таки следы эти, по всей вероятности, остаются и так или иначе влияют на ход представлений, хотя и в бессознательной умственной деятельности. Только этим иногда можно объяснить быструю догадливость некоторых больных; так, например, двое больных хотя до болезни совсем не знали меня, всегда догадывались, что я врач, хотя сами решительно уверяли, что видят меня (каждый раз) в первый раз. Другой случай такой: одного больного я электризовал гальваническим током аппарата *Шпамера*. Как-то я спросил больного: «что теперь я с вами буду делать? Что я каждый раз де-

лаю, когда бываю у вас?» Он решительно стал втупик — говорит: «не помню, не знаю». Я попросил его посмотреть на стол, где стоял ящик с машинкой. Тогда он сказал: «должно быть, электризовать». Между тем мне известно, что он с этой машинкой познакомился только во время болезни; следовательно, если бы у него не осталось следа, что этот ящик заключает в себе электрическую машинку, он бы и не мог так быстро догадаться. Затем иногда бывает так, что войдешь к больному в первый раз — он подает руку, здоровается. Затем уйдешь и через 2—3 минуты опять придешь, больной уже не протягивает руки, не здоровается, хотя на вопрос, прямо поставленный: «видел ли он меня сейчас?» отвечает, что не видал. Однако из его отношения можно видеть, что как будто след того, что он меня уже видел, остался в его психике и так или иначе подействовал на проявления его душевной жизни. Наконец, в пользу того, что следы впечатлений, действующих во время болезни, при существовании резкой амнезии все-таки остаются, говорит и тот положительный факт, что, когда больные начинают поправляться, они рассказывают некоторые события, которые были во время их болезни и которые они, казалось, позабыли; при улучшении здоровья следы этих впечатлений всплывают и делаются доступными сознанию. Так, больной в наблюдении 1, у которого я в тот период его болезни, когда он в продолжение целой зимы позабывал решительно все через 2—3 минуты, снимал кривую пульса аппаратом Дэджена, через 1 1/2 года от начала болезни как-то вдруг припомнил, что я приносил маленькую машинку и описал мне ее внешний вид. Такого рода фактов у этого больного было много, так что можно было с положительностью сказать, что очень многое из того, что совершалось и говорилось около него в то время, когда, казалось, он все позабывал бесследно, оставляло след, который обнаруживался много месяцев спустя.

Далее, интересно то, что, по-видимому, часто при утрате следов от внешних восприятий и от тех умственных процессов, которые совершаются в голове больного, у некоторых больных сохраняется память того чувства, которое было произведено на больного; по отношению больного к тому или другому предмету бывает иногда заметно, что хотя вид предмета исчез из памяти больного и появление этого предмета не вызывает в больном ощущения, что он уже видел его, но оно сопровождается отголоском того чувства, которое вызвал этот предмет в первый раз; это заметно на отношениях к людям, которых больные узнали уже в период болезни; лиц их они не узнают, а все считают, что видят их в первый раз; тем не менее к некоторым из них они от-

носятся постоянно симпатично, к другим несимпатично. Точно так же и относительно предметов: одному больному сеанс электризации был очень неприятен, и вот когда он видит электрическую машинку, у него делается неприятное настроение, хотя он готов уверять, что я его теперь только в первый раз хочу электризовать. Мне кажется, этого нельзя объяснить иначе, чем предположением, что память чувства сохраняется несколько более, чем память образов.

Затем, при поправлении больных можно заметить, что вообще болезнь поражает не совсем равномерно память различных представлений, и ход поправления в этом отношении представляет интерес. Обыкновенно сначала расстройством поражена память почти вся сплошь, а потом при поправлении начинает обнаруживаться, что одно восстанавливается скорее другого. В некоторых случаях заметно, что особенно сильно поражается и долго не восстанавливается способность запоминать время, т. е. локализовать представления во времени. Иногда при этом факты сами по себе помнятся порядочно; больной говорит, что он видел тот или другой предмет, у него было то или другое лицо; лиц, с которыми он знакомится, он узнает при встрече, но он решительно не может определить, что было раньше и что позднее, — было ли данное событие 2 недели назад или 2 года назад; все переживаемые события не представляются в сознании в определенной временной перспективе; иногда эта перспектива времени существует, но она очень не глубока, т. е. все давнишние представления кажутся гораздо ближе к настоящему, чем они на самом деле.

Так же глубоко поражается и потому долго не восстанавливается память умственных процессов, совершающихся в голове самого больного: уже будучи в состоянии запоминать новые лица, новые места, он не в состоянии помнить, что он говорил и чего не говорил, и потому такие больные долго продолжают повторять одно и то же.

Вообще наблюдение над поправлением тяжелых случаев амнезии может дать много интересного для определения качественных отличий разбираемой нами формы. Нам пришлось наблюдать ход этого поправления в одном случае. У этого больного первоначально была полная потеря памяти недавнего в той форме, как мы ее описали. Затем через год от начала болезни он начинает понемному запоминать, он уже узнает меня в лицо, может узнавать вещи, предметы, запоминает то, что с ним было недавно, но не имеет возможности определить время, когда что было, и по-прежнему часто повторяет одно и то же. Читать он

почти не может, так как прочтенное сейчас забывает, хотя теперь при виде того, что им уже было прочитано, может сказать, что это уже он читал, — но что именно там написано, определить не может. В то же время ему иногда припоминается и кое-что из того, что было в самый тяжелый период его амнезии: вдруг какое-нибудь событие, совершившееся за это время, явится в его сознании, и он его описывает совершенно согласно с действительностью. Однако эти воспоминания являются еще как-то без всякого влияния его собственной воли и без последовательности между собой. Стимулом для того, чтобы что-нибудь из этого прошедшего явилось в сознании, служит обыкновенно какое-нибудь внешнее сходство впечатления данной минуты с забытым впечатлением. Произвольно восстановить в сознании целый ряд последовательных событий за протекшее во время болезни время больной не в состоянии; у него есть из этой жизни отдельные эпизоды, но который из них был раньше, который позднее, больной не помнит. Однако, если уже раз больной вспомнил какое-нибудь событие из этого темного для его сознания периода болезни, то это событие он уже потом будет в состоянии и активно вспоминать; оно делается достоянием его сознательной жизни. Таким образом, мало-помалу этот темный период начинает наполняться воспоминаниями о событиях. Эти воспоминания все еще далеко не тверды и не совсем ясны; дело в том, что вспоминаются не только события, но и слова, которые говорились при больном, и, может быть, даже его собственные фантазии, — все это теперь сделалось достоянием сознательной жизни, но все это составляет малосвязный хаос, тем более что когда какое-нибудь событие и вспомнится больному, он не в состянии решить, действительно ли это было или это только ему думалось: след от реального факта, действительно существовавшего, мало разнится по своей интенсивности от следа, оставленного сновидением или просто мыслью самого больного. Ввиду этого он считает часто за действительность то, что только существовало в его воображении. Когда такого рода воспоминаниями наполнилась до некоторой степени темная область первого года болезни, заметно стало, что больной начал приводить эти воспоминания в известную связь. Однако связь эта выходила совершенно несогласная с действительностью. Это сделалось особенно резко на третьем году болезни, когда больной стал высказывать ложные бредовые идеи. Так, он говорил, что знает, что его отравили. Отравили его свинцом, и он помнит, как именно я сказал это в самом начале его болезни. Он помнит даже, как его отравили — налили уксуса на свинцовую доску. Это ему ска-

зала уже во время его болезни та самая особа, которая его отравила, — она была у него, больного, и говорила ему это (эту особу больной решительно не видал во время болезни). Эта особа будто бы потом умерла от злобы, что не удалось отравить до смерти, и т. п. Больной говорит, что так ему кажется, что он думает, что это так и было, но соглашается, что, пожалуй, он смешивает то, что действительно было, с тем, что ему тогда слышалось и что он сам думает в настоящее время. Затем у больного во время его болезни пропали 2 монеты из собранной им коллекции. Когда он стал поправляться, он очень огорчился, узнав, что этих монет нет. Дня через 2 после этого он уже утверждал, что эти монеты взял его зять, и с большими подробностями рассказывал, как зять приходил к тему, показал ему монеты и сказал: «не видать тебе их больше». Повторяя этот рассказ, больной совершенно убедился в верности его и решительно не слушал никаких уверений, что этого никогда не было. Таким образом, больной населил фантастическими фактами темную область прошедшего, другими словами, у него развился бред. В то же время собственно память у него восстановлялась. Так, на третьем году он уже хорошо помнил все, что делал в течение дня, хотя читать все еще не любил, так как мало запоминал прочитанное.

Очень может быть, что такое течение поправления амнезии в этом случае было не совсем правильное и именно потому, что больной, поправляясь от своей болезни, мало-помалу стал опять пить вино в порядочном количестве — в третий год болезни он выпивал уже до двух бутылок красного вина в день. Может быть, некоторую долю в развитии бреда у больного можно приписать и этому продолжающемуся злоупотреблению спиртными напитками.

В другом случае поправления от тяжелой алкогольной амнезии, который мне пришлось наблюдать, развития бреда, по-видимому, не было. В этом случае мне пришлось видеть больного только на пятом году после его заболевания. Это был присяжный поверенный, который чрезвычайно сильно пил до 1881 г. В 1881 г. он заболел какой-то лихорадочной болезнью, после которой развилось глубокое расстройство психической деятельности и паралич нижних конечностей. Больной был помещен в больницу, и, по его словам, через несколько месяцев параличи прошли, но с тех пор страдает глубоким расстройством памяти, которое, впрочем, постепенно проходит. Первое время по выходе из больницы он решительно ничего не помнил из того, что делалось вокруг него; все сейчас же позабывалось им. Однако умственные способности его были настолько хороши, что он мог

хорошо исполнять должность корректора одной газеты; в каждой данной строчке он мог определить все ошибки, которые в ней есть, а чтобы не терять строки, он делал последовательные отметки карандашом; не будь этих отметок, он мог бы все время читать одну и ту же строчку; место, где он жил, новых знакомых он решительно не узнавал. Когда газета, в которой он принимал участие, прекратилась, то он остался без занятия, и тогда наступили для него тяжелые времена, о которых он сохранил смутные воспоминания. Мало-помалу, однако, память понемногу восстановлялась, и он через четыре года после начала болезни начал опять вести некоторые дела в качестве присяжного поверенного. В это время мне и пришлось его видеть первый раз. Это был 40-летний мужчина, хорошо сложенный; признаков бывшего паралича у него не было никаких: ноги были крепки, пателлярные рефлексы хотя слабы, но все-таки были; только на подошвенной поверхности большого пальца ноги была нечувствительность к индуктивному току. Что же касается до памяти, то она была очень сильно расстроена. Больной с большим трудом вспоминал то, что недавно случилось. Разговор, который он вел вчера, забыт им сегодня. Вчера он занимался, разбирал бумаги данного дела, а сегодня он решительно не помнит, что это за дело, насчет чего оно, и т. д. Если ему нужно что-нибудь сделать завтра, то он, ложась спать, должен написать это и поставить на видное место, иначе он и не вспомнит, что ему следовало делать. Само собой разумеется, что такое постоянное забвение всего, что с ним случается, ставит больного в положение очень тяжелое. Однако он сам заметил, что это не есть полное забвение, а только неспособность воспоминания по собственному произволу — и вот вся его хитрость идет на то, чтобы ставить себя в условия, благоприятные для воспоминания. Так, например, идет он защищать дело (впрочем, клиенты его большей частью нетребовательные люди), и когда становится на свое место, то решительно не может припомнить, о чем будет речь, хотя прочел дело накануне. Но, чтобы не быть в неловком положении, он: 1) пишет себе конспектик и, когда его читает, подробности дела восстанавливаются перед ним, и 2) старается говорить так, чтобы избегать фактических подробностей, а говорит общие места, удобные во всех случаях. Он говорит, что ему удается таким образом порядочно проводить дела, тем более что раз у него есть исходная точка, он может рассуждать правильно и приводить разумные доводы.

Другое тяжелое положение его бывает тогда, когда, например, при встрече с кем-нибудь ему напоминают о вчерашнем го-

рячем споре, который он сам же вел; он решительно не помнит, что это такое, зачем этот вопрос. Но, зная слабость своей памяти, он старается как-нибудь устроить, чтобы тот, кто говорит ему, сам высказал ему, в чем дело. Он отвечает общим местом и ставит сам вопрос, и мало-помалу ему вспоминается вчерашний спор, хотя нерельефно, не образно, но так, что он может продолжать разговор на ту же тему, не высказывая противоречия с тем, что вчера говорил. Однако в его собственной голове постоянно копошится вопрос: «да то ли это, что я вчера говорил? Может быть, я вчера говорил совершенно противоположное?», но, как говорит больной, все его знакомые уверяют его, что он не ошибается, что он последователен, что он говорит, всегда держась одних и тех же принципов, и противоречия в его словах нет. Это соответствие его слов и догадливость удивляют самого больного; он говорит, что почти ежеминутно бывает в таком положении, что думает: «ну, черт возьми, теперь совсем попался, — решительно не помню, о чем тут разговор», и все-таки мало-помалу дело ему выяснится и он скажет то, что следует. Это дает ему некоторую уверенность, и потому за последнее время, хотя мало помнит, но все-таки стал общительнее и не стал бояться встречаться с людьми. Впрочем, он заметил, что теперь он все-таки больше помнит, чем прежде: большую часть событий он помнит, хотя воспоминание это какое-то общее, неопределенное — подробностей, как он ни старается, он не в состоянии припомнить, если же благоприятный случай встретится, то часть этих подробностей восстановится в его сознании, хотя с такой нерельефной окраской, что он никогда не может утверждать, что так это и действительно было.

Эта слабость памяти касается главным образом событий, т. е. изменений во времени; что же касается до пространственных восприятий и зрительных впечатлений, то они вообще гораздо лучше помнятся. Больной один ходит по улицам и узнает сразу дом, где уже был, может на память нарисовать, дом, где живет, дачу, где прожил лето, узнает всех новых знакомых, но разговора, который он вел с этими знакомыми, он решительно не помнит и даже не помнит, что он вел когда-нибудь разговор.

По временам больному припоминаются события, бывшие в период его тяжелого состояния: большей частью какое-нибудь случайное впечатление по сходству вызывает вдруг целый ряд ассоциаций из прежней жизни, и часто это суть воспоминания обид, перенесенных в то время. Больной чувствует эти обиды, но, по его уверению, как-то вяло, не энергично. Затем эти тяжелые представления исчезнут. Вообще, по словам больного, он «с большим трудом устанавливает непрерывность представлений в

себе», представления как будто случайны и отрывочны, но тем не менее — что замечательно — больной все-таки не противоречит себе, с внешней стороны кажется, что он говорит, придерживаясь определенного плана, а он сам только следит за тем, чтобы говорить одно за другим, а если его спросить, о чем начался разговор, то он решительно не будет в состоянии ответить. Ввиду этого и чтение для больного невозможно; он прочтет 2—3 страницы, а потом уж ему нужно возвращаться к началу, чтобы вспомнить, о чем была речь.

Сознавая свое состояние, больной старается анализировать его, но этот анализ его носит черты расстройства памяти: он все вертится около одного и того же, повторяя по нескольку раз высказанное. Эта наклонность к повторениям заметна и в его речи, так что в общем речь его представляется речью сильно поглупевшего человека.

Он сам сознает, что живости, жизненности в нем нет. Вспоминая, чем он был прежде, он чувствует глубокую разницу: прежде он был горячий, энергичный человек, возмущавшийся горячо несправедливостями, теперь он почти не возмущается — в нем какое-то особенное хладнокровие, но не вследствие силы, не вследствие особенной высоты миросозерцания, а вследствие слабости жизненных порывов.

Для более рельефного представления его душевной жизни я привожу письмо его. Нужно заметить, что я много раз просил его описать свое состояние, как он его понимает, но более того, что следует ниже, он не мог написать.

«16 мая 1886 г.

Перед тем как идти к вам, я должен что-то написать о себе. Мне лучше во всех отношениях, но не скажу, что я вполне жизнен. Текущим я заинтересован всегда меньше, прошлое (больное) привлекает к себе больше, и потому часто бывает так, что какой-нибудь рассказ посторонний вызывает в памяти целый год жизни, такой притом год, когда беспамятство мое было для всех как факт, да и сам я едва ли смотрел на себя как на годное. Бывало так, что события крупного ничтожества волновали меня, ненадолго, конечно; а бывало и так, что очень важный факт, как, например, выгон с квартиры в полночь, я переживаю с образцовым равнодушием, без всякого болезненного сознания собираюсь идти в частный дом с мыслью заявить там, чтобы позволили переночевать, и только... Дальнейших же соображений ровно никаких не было во мне. Меня, конечно, воротят, уложат спать, и на другой день все забыто, искренно забыто. Теперь, когда это и многие подобные факты проходят в моем со-

знании, я на всю обстановку их смотрю так, как будто они по значению своему так же дешевы, как и пыль на улице: сколько угодно глотай, никто не скажет: «подожди усердствовать!» Но не скажу, чтоб с этим прошлым я расстался решительно и навсегда. Довольно часто бывает так: окружающие ведут разговоры, не имеющие никакого отношения ко мне, и вдруг фраза какая-нибудь выгоняет из забытья длинный ряд последовательных фактов за месяц и более. Понятно, что на другой день я опять бессвязной с прошлым жизнью живу... Теперь это очень странным представляется, что, очевидно, зависит от правильного отношения к пережитому (извините за это храброе выражение!). Вообще я с большим трудом устанавливаю в себе непрерывность представлений: выходит все, будто голова моя и я не всегда дружны в мыслях, хотя не могу указать на какое-нибудь резкое противоречие (на несколько минут вышел перерыв и я не мог, садясь вновь за письмо, определить, на чем я остановился). Итак, я выгляжу чем-то заинтересованным, но, право же, жизненно тревожащего или, вернее, встряхивающего ничего нет для меня, хотя в мыслях быстро проходят события когда-то острых беспокойств. Я не объясняю это равнодушием к жизни и себе, па такую стоическую высоту взобраться без сознательного мужества невозможно, я объясняю это более просто: я не в силах охватить текущую жизнь потому, что от прошлой ничего интересного не имею. Очевидно, стало быть, что я на каком-то перепутье или, вернее, в столбняке с стихом: сердце пусто, празден ум (продолжение же не подходит потому, что "жизни шум" понимаю немножко — он не томит меня тоской), притом же решительно затрудняюсь, что выбрать для (начинки?) заселения этих необходимых для жизни территорий (разумея ум и сердце без сказуемых). Искренно желаю, чтоб трагедия и водевиль отсутствовали, а был бы лишь простой, но величавый эпос. Это я постараюсь положить в основу новой жизни, не определяя заранее ни того, что она (жизнь) сама в себе, ни того, что именно пригоднее для нее. Страшусь лишь злоупотреблений жизнью и в жизни, хотя бы и ясно из прошлого, до каких очаровательных (можно и слово «чумовых» пустить в оборот) прелестей доводят они нашего брата гражданина, щедро увеличивавшего государственный сбор с питий, продаваемых и явно, и тайно. Таким образом, для меня вовсе не представится странным, если в данное время жизни я признаю себя лишь формой для личности, но не совсем личностью с определенным «я» и «мое».

Все это, прочитанное мной еще раз, не уяснило, однако, моего положения внутреннего. Для житейского обихода я ни недостато-

чен, ни достаточен. Просто-напросто жалкая посредственность сказывается. В то же время я представляю, что был еще в горшем положении, когда безнадежность была вовсе не праздной мыслью. Стало быть, теперь мне лучше, и я сам лучше. А раз начало хорошо, мне, уже достаточно искусившемуся, продолжение рисуется более лучшим».

Из этого письма мы видим, что резонерство у больного порядочно развито, что стремление заменить формой действительную сущность очень заметно, заметна склонность к выспреннему тону; словом, есть признаки ослабления умственной деятельности.

Действительно, наряду с амнезией, как мы видели, существуют у такого рода больных и другие признаки ослабления умственной деятельности, именно, прежде всего отсутствие живости интересов, полное отсутствие умственной энергии, доходящее в иных случаях до очень большой степени. Наряду с этим, несмотря на то что сохраняется способность делать поверхностные суждения как будто правильные — глубина мысли исчезает, делать глубокие выводы больные не могут: умственный горизонт их резко падает, так что присутствие слабоумия в большей или меньшей степени можно констатировать во всех таких случаях.

Что касается до настроения таких больных, то оно бывает разнообразное. Чаще оно индифферентное, но бывает и грустное, и веселое. У одного больного (наблюдение 3) настроение несколько месяцев подряд было апатичное, грустное, плаксивое, затем веселое, но с таким же вялым весельем, как вяла была грусть. Чаще всего заметно, что настроение меняется, смотря по тем впечатлениям, которым подвергается больной в данную минуту: так, если заговорить с ним о печальных предметах, он может сделаться грустным, расплакаться, затем завести разговор о веселом — он сделается весел, расхохочется, начнет и сам рассказывать анекдоты.

У большинства больных заметны резкие признаки неврастении в виде большой утомляемости нервной системы; она выражается или тем, что больной делается раздражительнее после долгого влияния на него впечатлений, или в том, что является какое-то беспокойство, тоскливость. Нужно прибавить, что и эти больные обыкновенно ночью раздражительнее, ажитированнее, чем днем. Они большей частью до утра не засыпают и в это время беспокоят окружающих однообразными вопросами, требованиями и т. п.

К неврастеническим явлениям относится и особенность, встречающаяся часто у таких больных; это особенная боязнь к

передвижению: боязнь, что их уронят, что они упадут. Иногда это ощущение долго мучит больного: после того как его положили на место, он все повторяет окружающим: «а что — я не упаду?» Некоторые больные, кроме того, бывают довольно упрямы, не хотят принимать лекарство и т. п., большей частью мотивируя это тем, что еще не время, что примут через 5 минут, а проходит 5 минут — они опять повторяют то же.

Описанная форма ослабления умственной деятельности с наиболее выраженной амнезией бывает, как мы сказали, часто при алкогольном параличе. Степень ее, впрочем, далеко не всегда одинакова. В некоторых случаях амнезия бывает чрезвычайно глубокая, в других, напротив, амнезия неглубока: хотя больной и позабывает все очень скоро, но тем не менее не так быстро, как мы только что описали; иногда забывается не все, а самые крупные впечатления остаются в памяти. Бывает и так, что собственно факты помнятся, но теряется способность локализировать их во времени. Словом, степени расстройства вариируются; с одной стороны, это происходит от глубины болезни, с другой — от того, в каком периоде мы встречаем больного, потому что, как мы видели, восстановление здоровья сопровождается увеличением памяти.

Развитие этой формы психического расстройства большей частью тесно связано с развитием параличных явлений. В некоторых случаях оно, впрочем, является раньше параличных явлений, хотя вообще незадолго, и есть, таким образом, первый признак болезни. В редких случаях оно является вслед за состоянием острой спутанности сознания, т. е. первоначально психическое расстройство выражается в спутанности, бреде, галлюцинациях, а потом бред, галлюцинации исчезают и остается расстройство памяти. Дальнейшее течение зависит от интенсивности болезни. В тех случаях, когда дело начинается остро и причина, вызвавшая болезнь, исчезла, организм жизнеспособен и понемногу укрепляется — происходит и восстановление памяти. Дошедши до высшей степени упадка в период наибольшего развития всех других явлений алкогольного паралича, память начинает восстанавливаться; иногда это совершается довольно быстро, в течение нескольких месяцев, после которых нельзя заметить признаков амнезии, а остаются только симптомы раздражительной слабости психических центров. Однако это бывает только в случаях не очень тяжелых. В случаях тяжелых восстановление хотя и идет, но совершается крайне медленно, так что даже через несколько лет можно заметить глубокие расстройства памяти. Примеры того мы приводили. В таких случаях всегда почти мож-

но заметить и порядочно выраженное слабоумие, т. е. слабость соображения, а в некоторых случаях развиваются и бредовые идеи. Мы уже привели такой пример (см. ниже наблюдение 1); в другом случае (3) через год после существования глубокого расстройства памяти также стали заметны признаки понижения уровня миросозерцания больного: он стал впадать то в особенно легкомысленное состояние, не стесняясь, говорил о своих половых потребностях, а потом, когда этот период прошел, стал тосковать о грехах своих, причем самый большой грех видел в том, что он вскрывал трупы в воскресенье и на святой неделе; по целым дням читал молитвы и т. п.

В других случаях, когда болезнь сама по себе ведет к истощению организма, расстройство памяти делается все глубже и глубже. Потеря памяти не ограничивается уже только недавними впечатлениями, а захватывает и отдаленные; присоединяется резко выраженная спутанность, сознание делается очень неясным, соображение все вялее и вялее; иногда из всего психического запаса остаются только самые примитивные идеи, давно заученные привычки; наконец, позабываются слова и значение вещей, развивается спячка и почти полное отсутствие проявления душевной жизни; в конце концов и физическая смерть не заставляет себя долго ждать.

Только что описанная форма амнезии была замечена и другими исследователями, наблюдавшими алкогольный паралич. Еще М. Гусс в некоторых своих случаях отмечал, что память больных крайне слабела. Затем другие авторы тоже об этом упоминают, хотя большей частью неопределенно. Шарко в своей лекции об алкогольном параличе говорит тоже, что больные позабывают все только что случившееся. Эттингер[1] упоминает об этом расстройстве коротко, именно только то, что у некоторых больных очень слабеет память. Более подробно высказывается Бриссо[2]. Вот его слова: «Почти всегда, особенно у женщин, можно заметить расстройство интеллекта, настолько характерное, что по нему можно сделать диагностику в сомнительных случаях. Главным образом характерна потеря памяти — неполная по отношению к давнишним вещам и полная — к недавним. Больные вследствие этого делаются равнодушны ко всему, что их окружает; понимают они, однако, все, что им говорят, и отвечают осмысленно, но они тотчас же забывают разговор и, если к ним обратиться снова с тем же вопросом, на который они сейчас ответили, они отвечают совершенно то же самое, не сознавая,

---

1 *Oettinger.* Paralysies alcooliques. Paris, 1885.

2 *Brissaud.* Les paralysies toxiques. Paris, 1886.

что уже дали ответ на этот вопрос. Эта амнезия напоминает старческую амнезию».

В диссертации Руйара[1], в которой, между прочим, рассматриваются и алкогольные амнезии, и в диссертации Бабиле[2], специально посвященной алкогольным амнезиям, мы не находим сведений по интересующей нас форме. У Бабиле, впрочем, в двух случаях (наблюдения 10 и 11, стр. 104—107) описаны аналогичные расстройства памяти, но так коротко, что можно только заключить, что у этих больных это расстройство памяти было, но о его характерных свойствах нельзя составить никакого представления. Более характерно описано расстройство памяти Дрешфельдом в его последней заметке по алкогольному параличу[3], но все-таки очень коротко.

Такая краткость сведений, которые мы имеем относительно этого рода амнезий, и заставила меня остановиться подробно на описании ее. Я не стану здесь вдаваться в подробное изложение теории описанной амнезии, скажу только несколько слов о том, каким образом объяснить себе то, что в известный период болезни решительно ничего не запоминается из недавнего, только что случившегося, а потом, когда больной начинает поправляться, все то, что казалось позабытым, не оставившим следов, может быть вспомянуто. Мне кажется, что условия для такого явления лежат главным образом в расстройстве ассоциационного аппарата. Вследствие расстройства этого аппарата впечатление, только что полученное, если и вступает в ассоциационную связь с впечатлениями, раньше бывшими, то во всяком случае в весьма небольшую, так что два даже последующие один за другим впечатления не находятся друг с другом в прочной связи. Вследствие этого достаточно только перевести внимание больного с одного предмета на другой, чтобы он совершенно позабыл о первом. Этим объясняется и то, что хотя следы воспринимаемых впечатлений и хранятся, но ходом ассоциации идей они не могут быть восстановлены. Однако в дальнейшем течении болезни при поправлении и ассоциационный аппарат восстановляется, и тогда ассоциационные связи между следами впечатлений, бывшие прежде слишком слабыми для того, чтобы проявлять функцию достаточной интенсивности, становятся крепче, а функция их может быть уже достаточно сильна; и вот

---

1 *Rouillard. Essai sur les amnésies principalement au point de vue étiologique: Dissertation. Paris, 1885.*

2 *Babilée.* Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme (et plus particuliérement l'amnésie alcoolique). Paris. 1886. 192 p.

3 *Dreschfeld J.* Further observations on alcoholic paralysis. Brain, January 1886.

те следы, до которых прежде иннервационный процесс не доходил, делаются доступны иннервационному процессу и могут благодаря этому восстановляться.

В самом деле, если нервные элементы, довольно прочно хранящие следы воспринятых впечатлений, и будут удерживаться, но если ассоциационные связи их будут обладать дурной проводимостью, то иннервационный процесс или совсем не будет доходить до этих элементов, или будет доходить в такой небольшой степени, что хотя и вызовет восстановление этих следов, но не в такой степени, чтобы они могли сделаться доступными сознанию. Впоследствии же, когда при благоприятных условиях, при возрождении нервной системы, проводимость ассоциационных путей станет лучше, иннервационный процесс будет доходить к этим элементам в большей степени и интенсивность возбуждения их будет больше, вследствие чего и следы, хранимые ими, будут восстановляться уже в сознании.

Что такая особенность касается только следов тех впечатлений, которые восприняты во время болезни, а не тех, которые были задолго до болезни, объясняется, мне кажется, тем, что прежние следы уже закрепились довольно прочными и многочисленными связями и потому иннервационный процесс находит к ним, если не тот, то другой путь; а новые впечатления уже воспринимаются таким мозгом, который не способен образовать в данную минуту прочных связей.

Итак, главное условие развития описанной формы амнезии, мне кажется, лежит в расстройстве аппарата, заведующего ассоциацией представлений. При этом, конечно, могут одинаково быть поражены и конечные нервные клетки этого аппарата, и соединяющие их волокна. Какие из этих элементов более поражаются, мы не можем сказать, но во всяком случае для многих случаев нужно допустить, что это поражение такого свойства, что оно может изгладиться, так как восстановление описанной формы амнезии, как мы видели, возможно. Притом нужно предполагать, что ассоциационный аппарат страдает при этой амнезии не в полном своем составе, а по частям; вследствие этого делается возможным сохранение памяти для давних впечатлений и отсутствие ее для недавних. Этим же, конечно, и объясняется то относительно хорошее сохранение рассудочной деятельности, которое бывает при этой форме амнезии.

Допуская расстройство ассоциационного аппарата для объяснения механизма развития амнезии, наблюдаемой при алкогольном параличе, мы должны прибавить, что и другая форма психического расстройства при алкогольном параличе — та, кото-

рую мы рассматривали как вторую, т. е. форма спутанности, тоже имеет в основе своей поражение ассоциационного аппарата. В самом деле, что мы видим в той форме? — тоже глубокое расстройство памяти и, кроме того, спутанность сознания, проявляющуюся в неправильном сопоставлении, часто в полном несоответствии представлений, в расстройстве гармонии идей, в глубоком расстройстве внимания. Все это особенно резко выраженное расстройство сопоставления представлений и есть не что иное, как расстройство ассоциаций, и, действительно, ассоциации идей у больных этой категории совершаются крайне неправильно, так что и для них нужно допустить существование глубокого расстройства ассоциационного аппарата в основе их психического расстройства. Почему в одних случаях психическое расстройство проявляется в своеобразной амнезии, в других — в спутанности, конечно, мы не можем сказать; вероятно, разница зависит частью от количества пораженных ассоциационных путей, частью от способа развития болезни и от интенсивности процесса. Во всяком случае сходством основных условий происхождения обеих форм объясняется возможность перехода одной формы (т. е. амнезии) в другую (спутанность) и то, что резких существенных границ между этими двумя формами нет.

Как я уже сказал, выводы мои относительно расстройства психической деятельности при алкогольном параличе основываются на 20 случаях этой болезни, которые мне пришлось наблюдать. Истории болезни этих случаев будут описаны в работе «Об алкогольных параличах»; здесь же я приведу три наблюдения, в которых *расстройство памяти* было выражено особенно характерно.

Наблюдение 1. Больной Ш. 25 лет, приехал из Я. в июле 1883 г. со следующим анамнезом. Больной происходит из семьи впечатлительной. Воспитание получил крайне избалованное; хотя были способности, но он нигде недоучился, так как волю больного нисколько не старались развивать — он вследствие этого рано познакомился со всеми житейскими соблазнами, рано стал пить; сифилиса никогда не было. За последние годы жизнь была крайне неправильная: ночи проходили в кутежах с женщинами, днем спал или пил вино, но пил помногу, так что выходило бутылок пять красного вина в день; кроме того, выходило около бутылки простой водки. Весной 1883 г. он уже стал чувствовать некоторую слабость: так, иногда чувствовал шаткость в походке, по утрам часто тошнило, однако он не обращал на это внимания. Больной проводил лето 1883 г. в деревне, на Волге. 26 июня около его поместья проплывали плоты, которые зацепили за купальню и сломали ее. Больной крайне вскипятился, узнав это, бросился на плоты, схватил топор и начал рубить связи. Целый час кричал, ругался, причем все время ноги были в воде.

Наконец, он ослабел так, что его на горку ввели с поддержкой, после чего он упал. Хотя он и успокоился, но после этого вообще был слаб, а дней через пять почувствовал, что у него двоится в глазах. Хотя он продолжал немного ходить, но ходил, очень сильно шатаясь; около 10 июля совсем слег. Двоение в глазах исчезло, но взамен этого развивалась слабость в ногах. Слабость эта быстро увеличивалась, так что больному сделалось невозможным вставать с постели; явились сильные боли в ногах: дергающие, стреляющие. Через неделю или две явилась слабость в руках. В начале августа было дня два трудно глотать, затем ноги чрезвычайно похудели, явилась контрактура в коленях. Вместе с этим память больного чрезвычайно ослабела. В таком состоянии больной приехал в Москву, и я его в первый раз увидал 10 августа.

В то время он был в таком состоянии: больной молодой человек хорошего сложения. Цвет лица и кожи крайне бледный с желтоватым оттенком. Говорит слабо. Исследование различных органов показывает следующее: язык чист, аппетита решительно нет; что ни съест больной — его рвет. Кроме того, бывает самостоятельная рвота слизью. Живот вздут, наклонность к запорам, так что ставится клизма через неделю. Моча идет правильно, очень сильно окрашена; белка и сахару нет. Печень не представляет изменений, легкие также. Пульс очень слабый, неправильный, тоны сердца слабы; изменений никаких в тонах нет. Со стороны нервной системы такие изменения.

Больной постоянно лежит, сидеть решительно не может, ноги сведены в коленях под очень острым углом. Движения в них очень слабы; в голеностопном суставе и в пальцах ног движений совсем нет, ступни отвисают, если приподнять ногу. В коленном суставе возможно сгибание в ограниченных пределах. Разгибание активное невозможно; пассивное — в очень небольшой степени; пассивному разгибанию препятствует контрактура сгибателей: если стараться усиленно разогнуть, больной кричит от боли. В тазобедренном суставе нога тоже согнута. Движения в тазобедренном суставе, однако, все возможны, хотя очень слабы. Мышцы крайне похудели; на голенях и стопах почти одна кожа; мышцы стопы и голени вполне атрофированы, икры чрезвычайно тонки и дряблы. Extensor femoris quadriceps также. Мышцы, сгибающие голень, очень тонки, glutaei также. Сократительность от индукционного и гальванического тока совершенно отсутствует в мышцах нижних конечностей. Сухожильных рефлексов нет. При щекотании подошв является отдергивание ноги в тазобедренном суставе. Сдавление мышц бедер, икр и стоп вызывает очень сильную болезненность. Давление на нервные стволы не так болезненно; чувствительность кожи понижена, но не очень; расстояние ножек циркуля плохо различается больным только на подошвах, а на голенях и бедрах хорошо. Чувство давления и чувство температуры также порядочно сохранено; только на подошвах не может различить температуры, разнящейся на 3°R, а на голенях — 1 1/2°; на бедрах различает менее 1°. Болевая чувствительность сохранена.

Больной жалуется на боли в ногах; так как у него замечается особенное состояние памяти, вследствие чего он не помнит прошедшего,

он иногда отрицает эту боль совсем, так как не чувствует ее в данный момент, но когда она есть, он вскрикивает и говорит, что ему стреляет то в ту, то в другую голень или стопу. Иногда он довольно долго жалуется на колющую боль в одном месте и все спрашивает, не попала ли в постель булавка. Ноги холодны, особенно стопы, всегда влажные, синеватые. В верхних конечностях тоже значительная слабость. Слабость главным образом в мышцах кисти и пальцев. Наиболее поражены разгибатели кисти и пальцев, вследствие чего рука отвисает, причем пальцы остаются несколько согнутыми в первой фаланге и разогнутыми во второй и третьей. Эта флексия первых фаланг более в III и IV пальцах, менее во II и V, вследствие чего оба последние пальца немного выстоят. Пальцы несколько раздвинуты, и вся кисть отклонена немного к локтю. Движение всеми мышцами возможно, но слабо. Особенно слабо действуют m. extensor carpi rad. и extens. digitor. comm. Действие interossei также слабо; мышцы, сгибающие пальцы, слабы, схватывать предметы больной не может. Супинация возможна, хотя слабее нормальной. Флексия и экстензия в локте тоже. В плечевом суставе мышцы действуют порядочно. Мышцы похудели, атрофированы, но не так, как в ногах. От индукционного тока сокращения слабы, постоянный ток вызывает сокращения довольно обширные. Извращения в отношении к полюсам нет. Чувствительность притуплена только в концах пальцев. Субъективные жалобы на онемение, на чувство, что что-то лежит. В руках болей почти нет, но давление на мышцы болезненно. Кисти рук также влажны и холодны. В мышцах туловища слабость — сидеть не может. Мышцы живота тоже ослаблены, живот вздут. Диафрагма работает порядочно. Мышцы шеи хорошо действуют, голову больной вертит свободно. В мышцах лица никаких уклонений нет, то же в глазодвигательных. Глотает больной совершенно хорошо. Речь не изменена. Со стороны психической на первом плане чрезвычайный упадок памяти недавнего. Больной забывает все, что только перестает действовать на его органы чувств. Стоит кому-нибудь уйти от него на минуту, и он уже забывает, что это лицо он только что видел, и здоровается, как в первый раз. Прочтет газету, обратит внимание на что-нибудь интересное, скажет об этом матери, а потом опять попадает глазами на это место и опять расскажет матери и т. п. Вследствие этого он повторяет одно и то же, решительно не сознает времени и не отдает себе отчета в своей болезни; он не представляет себе, что лежит давно, а не улегся сейчас; говорит, что ему только теперь свело ноги, а то он недавно ездил туда-то и туда-то и скоро опять поедет. Рассказывает о своих воображаемых поездках с большими подробностями. То, что он видит, в данный момент он обсуждает хорошо, часто бывает довольно находчив и остроумен, но так как у него решительно нет посылок из недавних восприятий, нет способности ориентироваться относительно времени — он и не в состоянии делать правильных умозаключений относительно своего состояния. О прежнем он хорошо вспоминает, хотя и тут заметно несколько более общее запоминание фактов, а мелочные подробности не так легко вырисовываются из старого; понятия вспоминаются чаще, чем представления. По-видимому, больной помнит до половины мая 1883 года, а что

дальше мая — не помнит. На вопросы отвечает: «не помню, решительно забыл»: по-видимому, у него нет мучений от этого; мучительного процесса неудающегося воспоминания у него нет. По-видимому, однако, некоторые общие следы остаются; так, например, все-таки он всегда ко мне относится как к доктору, хотя прежде меня не знал. Он говорит, что это потому, что когда я позвонил, то сказали, что доктор; но иногда этого не бывало, а отношение его такое же, как к доктору. Ему не нужно постоянно вновь рекомендовать меня или сиделку, которую тоже он узнал только во время болезни. По-видимому, общее понятие оставляет свой след гораздо более, чем представление мелочей. По-видимому, воспоминание, например, о чувстве неприятном, тоже сохранено. Когда начинают электризовать, он говорит, что это теперь не так сильно, хотя не может сказать, что было когда-нибудь сильнее; в действительности же бывало, что он за несколько дней до этого просил убавить силу тока вследствие болезненности. Далее, догадливость часто бывает очень быстрая. «Скажите, что я буду делать?» — спросишь его. — «Решительно не помню». — «Посмотрите», — и только что взгляд его остановится на ящике с электрической машинкой, далеко отстоящем от него, скажет: «электризовать». На вопрос, что он припомнил или нет, говорит, что он догадался. Вместе с неопределенным воспоминанием о болезни и ложным представлением о своей способности вставать, у него существует все-таки постоянное опасение, что ему сделают больно при пассивных движениях ногами или при перенесении с одной постели на другую. Он кричит тогда, что его уронят, просит оставить его в покое. Настроение духа раздражительное, нетерпеливое, особенно, когда боли в ногах сильнее. По ночам не спит, и ночью раздражение всего сильнее. Больному назначено было 1/3 gr. Opii pur. и Chinini hydrobromic. gr. j.

Через неделю рвота прекратилась, явился небольшой аппетит. Понемногу боли стали делаться реже и не так сильны, так что больной стал несколько покойнее спать. Тогда было назначено употребление Solut. Fowleri. К ноябрю самостоятельные боли совершенно исчезли, оставались только боли при сдавлении мышц. Запоры стали меньше, пульс стал немного полнее, хотя все так же неправилен. Параличные явления не увеличивались, а напротив, уменьшались. Прежде всего стало заметно, что руки стали лучше действовать, чем прежде; это было констатировано уже в начале октября 1883 г. Атрофия мышц заметно увеличивалась в первое время наблюдения. Мышцы предплечья и кисти резко похудели в августе; в мышцах ног похудание дошло до того, что оставались почти одни кости, обтянутые кожей. В руках электросократительность не исчезала совсем, а только значительно уменьшилась, а потом скоро (уже в октябре) пришла к норме, но в ногах незаметно было никаких следов электросократительности до марта 1884 г. В этом месяце в первый раз стали являться сокращения в m. extensor digitor. communis на обеих сторонах, правда, не всегда и, правда, очень слабые. Они являлись при замыкании катода. В это время руки уже действовали совершенно хорошо, мышцы рук стали полнеть, ноги же продолжали быть согнуты под острым углом в коленях. Чувствительность была нормальна, только больной жаловался на то, что на пальцах и подошвах как

будто что-то положено. Психическое состояние оставалось одинаково. Силы вообще крепче, хотя пульс все был неправильный. В таком состоянии больной был отпущен в деревню, где провел все лето до октября 1884 г., пользуясь тепловатыми солеными ваннами. Вернулся он в таком состоянии:

Весь он значительно пополнел; в подкожной клетчатке скопилось довольно большое количество жира. Аппетит хорош, отправления кишечные правильны; моча светла, выводится вполне свободно. Пульс все еще неправильный, хотя значительно полнее прежнего. Руки совершенно хорошо действуют. Сидит больной хорошо. Ноги в таком состоянии:

1) Контрактура гораздо меньше в колене. Ноги согнуты не под острым углом, а под тупым. В стопе контрактура резко выражена. Нога в положении pes equino-varus, причем поверхность подошвы вогнута более нормального. Пальцы ног имеют положение когтей.

2) Стопы еще холодны, часто покрываются холодным пóтом.

3) Мышцы бедра крепки, полны; хотя сгибатели все еще резко сильнее разгибателей. Мышцы голени слабее, но тоже движения их довольно сильны. Мышцы стопы еще очень худы.

4) Электросократительность от индукционного тока очень слаба; вызываются сокращения очень слабо в mm. tibial. antic., extensor digitor. commun., peronei — и то не всегда. В мышцах бедра сокращений не удается вызвать.

5) Чувствительность нормальна.

6) Болей в мышцах бедра и в икрах нет. Есть небольшие боли при сдавлении стопы.

7) Пателлярных рефлексов нет.

8) Память больного значительно лучше. Он теперь значительно дольше удерживает воспринятые впечатления, хотя все-таки далеко не так, как следует. Так, например, он теперь хорошо знает всех, кто у него бывает и с кем он даже недавно познакомился. Но то, что прочтет, забывает скоро; поэтому чтение романа ему не доставляет удовольствия, потому что он, читая одно, мало помнит предыдущее. Однако заметно все-таки, что, если больной и помнит полученные впечатления, все-таки самостоятельное припоминание затруднено. Нужно навести его на мысль или нужно очень сходное внешнее возбуждение, чтобы вызвать прежнее представление. Отдаленные ассоциации не могут вызывать еще воспоминания. Если же под влиянием случайной ассоциации вызовется воспоминание, то явление припоминается у него с довольно большими подробностями, и он ясно себе его представляет. Однако при этом резко бросается в глаза, что он, помня факты, решительно не может определить их время: ему все кажется гораздо недавнее, чем на самом деле. Он и сам сознает, что он решительно не помнит времени.

Круг интересов его несколько расширился, но все-таки он остается очень ограниченным; потребностей, желаний очень мало, но больной и не чувствует их недостатка. Он, по-видимому, совершенно довольствуется тем ограниченным кругом умственной жизни, которая теперь существует, своего положения ясно не сознает, т. е. представляет его себе

лучше, чем на самом деле. Ждет в очень скором времени, что встанет. Сон хорош.

Интересно, что, несмотря на некоторые обстоятельства, которые могли бы действовать на него возбуждающим образом в эротическом отношении, поллюции у него ни разу не было, эрекции тоже незаметно; по его признанию половых желаний нет.

Лето 1885 г. больной опять провел в деревне и приехал в Москву только в октябре 1885 г. Он значительно поправился: может один ходить, хотя должен носить для этого довольно высокие каблуки, потому что pes equinus все еще остается. Стопы все еще не пришли в нормальное состояние: они худы и положение стоп неправильное; кроме pes equinus, заметно еще, что свод стопы круче, чем следует, подошва более вогнута; большие пальцы все еще несколько оттянуты от II пальца и несколько повернуты, так что тыльная поверхность обращена кнутри более, чем в нормальном состоянии. Другие пальцы еще находятся в состоянии когтя. Подошвы холодны, влажны. В коленях никакой контрактуры нет, мышцы бедер и голеней сильны, хорошо развиты. Руки хороши. Болей никаких нет.

Со стороны психической состояние больного значительно изменилось: память больного стала значительно лучше; он хорошо помнит лица, события, может обо всем разговаривать; тем не менее он не может правильно сопоставлять события, так как, с одной стороны, смешивает их относительно времени, а с другой — не может ясно отличить среди своих воспоминаний то, что действительно было, от того, что являлось только в его воображении, или о чем при нем говорили.

Вследствие этого больной рассказывает небылицы: он говорит, что его хотели отравить, что это ему сказала одна женщина, которую он будто бы встретил во время одной из своих прогулок, что обо всем этом ему говорила даже сама отравительница. Ничего этого в действительности не было: кое-что об этой особе говорилось при нем в самое тяжелое время болезни, тут же говорилось об ядах — это оставило у больного след в голове, который и представляется в его голове как след от действительного события. Таких вещей больной говорит довольно много, так что производит впечатление, что у него есть бред. Он высказывает с убеждением все это, но если ему приводить основательные доводы против этого, соглашается, что, может быть, он это и перепутал, так как «память у меня очень слаба». Больной все-таки очень малоактивен: он не читает, не занимается ничем, а большей частью сидит, как будто отдыхая, даже мало говорит. Если с ним разговориться, он охотно отвечает, говорит свои суждения, но сам не имеет активных жизненных интересов и нет у него потребности чем-нибудь заняться. Спит хорошо.

Нужно заметить, что слабохарактерная мать, ухаживавшая за больным, не могла найти в себе достаточно силы, чтобы отказывать больному в вине, и с лета 1885 года он опять стал выпивать в день около 1—2 бутылок красного вина, что, вероятно, значительно задерживало поправление.

В продолжение 1886 г. улучшение шло медленно; психическое состояние оставалось приблизительно такое же, т. е. память улучшилась,

но все еще была довольно слаба; больной был вял, не имел ни живых желаний, ни обширных интересов. В то же время были некоторые ложные убеждения. Так, больному, например, показалось как-то, что во время его болезни его зять взял его древние монеты, — и вот он утверждает, что это действительно так и было, и рассказывает все происшествие с такими рельефными подробностями, точно это было на самом деле. Таких ложных убеждений существует, впрочем, немного, в остальном же больной рассуждает вполне правильно. Сон все еще не хорош. Ходит он лучше, но походка несколько напоминает походку аиста. Контрактуры в стопе еще есть, особенно в левой. Болей в мышцах нет. Сила мышц хороша. Индукционная электросократительность восстановилась. Пателлярных рефлексов все еще нет. Пульс неправильный.

В этом случае у молодого человека, сильно злоупотреблявшего спиртными напитками, развился быстро паралич четырех конечностей и туловища. Было кратковременное поражение глазных мышц. Было резкое изменение деятельности сердца. Вместе с этим были сильные боли в ногах, затем развилась атрофия мышц в чрезвычайно большой степени, электросократительность в ногах исчезла, пателлярные рефлексы также. Вместе с физическими симптомами развилось психическое расстройство в форме характерного расстройства памяти недавнего.

После того как болезнь в течение первого месяца все усиливалась, она потом остановилась и стала понемногу уменьшаться, причем улучшение физической сферы шло параллельно с улучшением психической.

Что болезненные симптомы со стороны физической сферы были симптомами множественного неврита, мне кажется, не может быть сомнения. Происхождения этот неврит, вероятно, смешанного, т. е. тут могла влиять и простуда, и аффект (гнев), но главным образом, вероятно, имело значение предшествовавшее злоупотребление спиртными напитками, потому что уже до появления собственно параличных явлений у больного были признаки хронического алкоголизма — рвота, шаткость походки и др.

Наблюдение 2. Больной О. 37 лет. *Анамнез*: больной всегда пользовался хорошим здоровьем, был человек очень крепкого сложения. В жизни своей делал большие поездки, путешествовал по России, живал в Сибири. В последнее время жил литературным трудом. С очень давних лет стал пить много, сколько именно, трудно сказать, но штоф водки в день вовсе не составлял для него редкости. Водка почти не сходила с его стола. Он был очень крепок к вину и сильно пьян не бывал. Припадков белой горячки не было. За последние года два он стал все-таки чувствовать, что вино сильнее действует на него, и уменьшил количество выпиваемого вина; впрочем, все-таки выпивал рюмок 15 в день водки, да иногда бутылки две пива.

За последний год приятели больного замечали, что память его стала слабее прежнего, так что ему часто приходилось напоминать, что ему нужно делать в тот или другой день; тем не менее он продолжал работать — писал в разных изданиях оригинальные и интересные повести. Кроме забывчивости, заметно было, что он стал не так твердо ходить. Так шло дело до 25 июня 1884 г. В этот день больной почувствовал себя нехорошо и резко уменьшил количество выпиваемой водки. Для окружающих казалось, что он просто позабывал о том, чтобы пить, так как сам он ничем не мотивировал, почему он стал вдруг пить гораздо меньше. Ночью на 26 июня он плохо спал, был взволнован, тревожен, часто задавал одни и те же вопросы, просил сидеть с ним. На следующий день такое состояние продолжалось, но волнение усилилось; забывчивость тоже усилилась. Видимо, больной потерял способность запоминать только что происшедшее событие, не помнил, что ему говорили, вследствие этого спорил с окружающими; ночью не спал, чего-то боялся.

Я увидел его 30 июня. Он представлял собой мужчину очень крепкого сложения. Лицо несколько одутловатое, с небольшим желтоватым оттенком. Главные явления, обращавшие на себя внимание, были со стороны психической деятельности. В этом отношении замечено было следующее. Резко выраженное расстройство памяти. Больной совершенно забывал то, что случалось с ним в самое недавнее время; он не мог ответить, ел ли он сегодня или нет, был ли у него кто-нибудь или нет. То, что было с ним за 5 минут до данной минуты, он не мог вспомнить и, если ему напоминали, готов был горячо спорить, что этого вовсе не было. Иногда, впрочем, соглашался, говоря, что, может быть, он и позабыл, так как, говорил он, «у меня всегда память была слабая». То, что было задолго до болезни, больной хорошо помнит, рассказывает с подробностями; но то, что было уже около времени начала болезни, приблизительно за весь июнь месяц, больной помнит довольно плохо. Так, например, он в июне писал повесть и довел ее до половины, а теперь позабыл, чем она должна кончиться. Кроме того, он получил в июне несколько важных для него писем из редакций, а теперь об этом не помнит и, когда ему напоминают, весьма удивляется и говорит: «не может этого быть».

Вследствие этого, конечно, кругозор его значительно сужен; тем не менее рассуждения его правильны — из данных посылок он делает совершенно правильные выводы, всем вещам придает их настоящее значение, относится ко всему совершенно правильно; при этом мысль его не ограничивается одним суждением, а является целый ряд последовательных суждений, правильно вытекающих одно из другого и не лишенных находчивости и остроумия. Но если прервать нить его разговора, он совершенно позабывает, о чем он говорил, и сейчас же готов повторить все то, что говорил; то, что в его голове происходил тот или другой процесс, он совершенно забывает и вследствие этого очень часто повторяет одни и те же рассказы, одни и те же фразы, и все как будто новое. Эти фразы иногда поражают своей стереотипностью: одно и то же впечатление у него вызывает стереотипную фразу, которая произносится таким тоном, точно больной только что эту фразу придумал, как будто это новый продукт его мысли, до этого не бывший в голове.

Направление хода мыслей большей частью подчиняется внешним влияниям и, отвлекши на минуту больного от данной темы, можно очень скоро направить его совершенно на другую, поставив перед его глазами предмет, который вызовет у него новое направление мыслей. Материал для суждений, для мыслей, высказываемых больным, черпается, конечно, из прежде добытого умственного капитала, из прежде усвоенных впечатлений, так как новое не оставляет у больного заметного следа.

Однако в этом отношении было несколько фактов, указывающих, что, очень вероятно, в бессознательной сфере душевной жизни оставались следы и от недавних впечатлений. Так, например, меня он до своего заболевания не знал, а когда я бывал у него, все-таки сразу принимал за врача, только положительно утверждал, что лица моего не знает и фамилии не помнит. Отношение его, довольно симпатичное, тоже оставалось всегда; из этого можно подозревать, что память чувства и тех бессознательных восприятий, которые в совокупности дают представление о значении человека или вещи, у него более сохранилась, чем память времени, места и формы.

О том, что он сам делал, больной решительно не помнит и говорит о себе то, чего никогда и не было; так, говорит, что он написал такую-то повесть, а он ее еще только думал писать; рассказывает с подробностями, куда он вчера ездил, а он давно в это место не ездил, и все подробности суть просто плод его воображения; когда же ему сказали, что это его фантазия, никак не хотел верить.

Сознание своего состояния довольно смутное. Он говорит, что голова его не так ясна теперь, как прежде, но все-таки говорит, что ничего особенно не чувствует, а «память у меня и давно слаба». Настроение духа меняется; тоскует и чего-то боится, когда остается один, зовет к себе, хочет, чтобы его занимали или слушали то, что он говорит. Водки не спрашивал. Лекарство принимает неохотно, говорит, что ему не нужно и что только что принимал. Воспоминания о вкусе лекарства нет, но смутное нерасположение к лекарству чувствует (лекарство горькое).

С физической стороны — небольшая шаткость походки; впрочем, ноги крепки и довольно сильны; мышцы не худы, пателлярные рефлексы сохранены. Сдавление икроножных мышц немного болезненно. В руках небольшое дрожание; едва заметное изменение почерка. Аппетит плохой; иногда бывает тошнота. Печень болезненна при давлении; размеры тупого звука ее увеличены. Запора нет. Моча красна. Пульс за 100, довольно мягкий.

Больному назначено было употреблять Chin. grj, Opii puri grj 3 раза в день.

В течение следующих дней память его оставалась совершенно без перемены, но беспокойство по ночам, чувство безотчетного страха и тревоги усилилось, так что больной не давал окружающим спать. Аппетита не было. Рвота бывала довольно часто. Больной был помещен в Мариинскую больницу, где и продолжал лечение. Рвота довольно скоро прекратилась, беспокойство по ночам тоже, но память не восстановлялась. Больному давали железо, ставили мушку. Последняя мушка была в начале августа

1884 г. Вскоре после нее стала слабеть сначала левая нога, потом, на другой или на третий день, правая нога. Парез ног увеличивался постепенно, но не очень быстро. Вместе с этим сохранявшиеся долгое время пателлярные рефлексы исчезли, боли в икроножных мышцах усилились. Парез усилился до того, что в половине августа больной уже в постели плохо мог двигать ногами, и в это время явился парез сначала в левой руке, а через два дня в правой. В таком состоянии я видел больного 22 августа. Паралличные явления в этот день были в таком виде, больной лежал в постели и с трудом ворочал ногами. Мышцы, разгибающие стопу и пальцы на обеих ногах, совершенно парализовались. Мышцы икроножные чуть-чуть действуют. Сгибание и разгибание голени возможно, но слабо, при этом сгибание сильнее. Полное разгибание в колене очень затруднено вследствие того, что в сгибателях заметна наклонность к контрактуре. В тазобедренных суставах движения все возможны, хотя не сильны. Мышцы похудели. Удары молоточком по ним вызывают их сокращение. Сухожильные рефлексы колена отсутствуют. Кожные с подошвы сохранены. Чувствительность сохранена; прикосновение к ногам больной хорошо чувствует и правильно локализирует. В левой руке паретическое состояние сильнее, чем в правой. Оно особенно заметно в разгибателях пальцев и кисти. Межкостные мышцы действуют, но слабо и неправильно. Мышцы, сгибающие пальцы и кисть, значительно сильнее, но тоже слабы. Супинация слабее, чем пронация. Biceps действует порядочно. Мышцы несколько похудели. Удары молоточком вызывают в них сокращение.

В правой руке заметно только небольшое уменьшение силы сжимания и разжимания. Распределения парезов по группам мышцы незаметно. Чувствительность в обеих руках нормальна.

Сдавление мышц рук и ног очень болезненно, особенно при сдавлении икр и ступней. Мышцы туловища и лица не парализованы; больной сидит хорошо, ворочается тоже. Глотание и речь вполне хороши. Моча выводится свободно; испражнения правильны.

Больного я больше не видал, но сведения, полученные мной о нем, были такие: через несколько дней после 22 августа резко ослабела и правая рука, а левая рука и ноги парализовались совершенно; потом вполне парализовалась и правая рука, резко ухудшились дыхание и глотание. Речь оставалась довольно внятной. Мышцы туловища тоже резко ослабели. У больного стали являться приступы удушья, и при явлениях затруднения дыхания он скончался 4 сентября 1884 г. Сознания он не терял до последней минуты, хотя вообще сделался в последние дни жизни сонливее, чем был прежде.

В этом случае злоупотребление спиртными напитками было чрезвычайно сильное, и болезнь была, по-видимому, в прямой зависимости от хронического отравления алкоголем: после некоторых признаков, которые могли указывать на готовящуюся опасность, болезнь, наконец, проявилась в резкой форме и сначала именно выразилась в расстройстве памяти недавнего. Затем по истечении месяца от начала болезни к психическим рас-

стройствам присоединились параличные явления, которые, начавшись в нижних конечностях, постепенно распространялись вверх; по истечении месяца расстроилось дыхание, и больной умер от паралича диафрагмы.

Течение подобного рода встречается в очень тяжелых случаях алкогольного паралича (как случай) Бродбента[1] и, мне кажется, нет основания сомневаться, что и в нашем случае паралич обязан своим происхождением хроническому алкоголизму.

Наблюдение 3. Больной 49 лет. *Анамнез*: больной принадлежит к семье, в которой у 2 членов был рак. Сам больной с детства был золотушен и затем постоянно страдал накожными болезнями; у него постоянно были угри, воспаление сальных железок, атеромы в разных частях тела, особенно на шее. Всегда был своеобразный, несколько односторонний человек, очень трудолюбивый и педантичный в исполнении обязанностей. Образ жизни вел очень монотонный; человек он был холостой. Злоупотребления in venere не было. Занимался много и большею частью по ночам. Водку и пиво пил; сколько именно — трудно определить; по некоторым сведениям 1/2 бутылки водки и бутылок 5 пива в сутки, иногда случалось пить и больше, хотя это, по-видимому, никогда не мешало ему правильно исполнять свои обязанности. Года 2 назад он несколько уменьшил количество выпиваемого вина, так как стал чувствовать, что оно на него стало дурно действовать; тем не менее все-таки продолжал пить как водку, так и пиво. Вечерние занятия обыкновенно соединялись с употреблением пива, причем почти всегда выходило 3—4 бутылки. За последние года 1 1/2 он стал жаловаться на плохое состояние желудка, на дурной вкус во рту; с год как по утрам стала делаться рвота слизью. Он стал угрюмее, стал чаще поговаривать, что у него делается рак, но, несмотря на мнительность, боялся лечиться. Вместе с этим он стал чувствовать усталость больше, чем прежде, и силами стал слабее, чем прежде, так что, например, последний год по утрам не мог писать вследствие трясения в руках.

Из прежних болезней нужно отметить, что в 1861 г. у него была специфическая язва на члене и после нее сыпь, которую пользовавшие его в то время врачи считали сифилитической, лечили ртутью. Больной, однако, сам не считал, что у него был сифилис, и с того времени ни на какие симптомы сифилиса не жаловался. Кроме того, он давно кашляет вследствие хронического бронхита и эмфиземы.

Начало настоящей болезни нужно считать с апреля 1884 г. Он как-то ехал на извозчике в пролетке; пролетка упала, и больной упал на мостовую, причем получил ушиб левого плеча с кровоподтеком. Потери сознания не было, больной сам приехал домой и первое время жаловался только на боль в плече. Мнительность его при этом усилилась; он стал говорить, что это может быть перелом, засел дома. Он жаловался при этом на общую слабость, нездоровье. Знакомые его спрашивали, что именно заставляет его так сидеть и так бояться пустой болезни? Он отвечал, что

---

[1] *Broadbent.* Alcoholic poisoning. Lancet. February 16, 1884. 294—295.

болит плечевой сустав; но потом оказалось, что боль в суставе совсем прошла, а больной все не решался выйти из дому. Серьезное внимание на болезнь было обращено, когда больной сказал одному из знакомых: «я сегодня уж в залу не выйду, потому что ноги ослабели». Попробовали провести — действительно оказалось, что ходит он очень плохо. Однако это случилось не вдруг, а можно было добиться, что ноги слабели в течение нескольких дней. Констатировано ослабление ног было в июне 1884 г. С того времени ноги делались все слабее и слабее, так что в начале июля больной уже совсем не мог вставать с постели; в половине июля появился отек в ногах. Вместе с этим менялось и психическое состояние: больной стал плаксив, тупее, память его заметно стала слабеть.

Так шло дело до 20 июля, когда я в первый раз исследовал больного. Status praesens в то время был такой: лицо больного несколько одутловатое, покрытое угрями. На шее много больших мешетчатых опухолей. На коже спины и груди множество угрей и расширенных и увеличенных сальных желез.

Больной сидит в постели, жалуется на слабость, на свое скверное положение. Встать с постели не может вследствие пареза ног.

Ноги в таком состоянии: мышцы, разгибающие стопу и пальцы, очень слабо действуют, так что стопа большей частью отвисает. M. extensor quadriceps тоже очень слаб. Немного сильнее икроножные мышцы, еще посильнее мышцы, сгибающие голень. В тазобедренном суставе движения значительно сильнее. Вполне разогнуть ногу в колене нельзя, потому что мускулы, сгибающие голень, напрягаются сильно и растяжение их вызывает резкую боль (контрактура сгибателей в слабой степени). Мышцы все очень дряблы, очень худы. Сокращения в них получаются только при употреблении сильных токов. Ступни и голени немного отекли. Давление на мышцы икроножные, мышцы стопы и бедра вызывает резкую боль. Давление на нервные стволы тоже болезненно. Кроме того, больной жалуется иногда самостоятельно на боль около tuber ischii. Анестезии нет. Все виды чувствительности порядочно сохранены. Пателлярных рефлексов в обеих ногах нет. При щекотании подошва ноги отдергивается в тазобедренном суставе. Обе ноги расстроены совершенно одинаково.

В верхних конечностях паретические явления заметны в кистях. Сгибание и разгибание пальцев слабо, причем не заметно, чтобы разгибатели были слабее, чем сгибатели. Мышцы рук похудели, но не очень. Сокращения от индукционного тока хорошие. Сдавление мышц болезненно, но не так, как в ногах. Сдавление нервных стволов тоже болезненно. Анестезии нет.

В мышцах туловища паралича нет, но заметна большая утомляемость. В мышцах лица и глазодвигательных паралича нет. Глотает хорошо. Произношение правильно. Дыхание тоже.

Выведение мочи совершенно правильно, моча красная, белка и сахара не содержит. Наклонность к запору, так что дня через 4 дается слабительное.

Пульс около 100 в минуту, мягкий, наполнение ниже среднего. В сердце никаких шумов нет; больной кашляет, но не больше, чем обык-

новенно — скорее меньше. Много сухих хрипов в обоих легких. Небольшая эмфизема. Лихорадочного состояния нет.

Со стороны психической больной представляет очень резкие симптомы. На первом плане стоит расстройство памяти. Больной совершенно позабывает то, что только что случилось, и вообще не помнит того, что случилось за последнее время, за время его болезни. Впечатления исчезают из головы очень быстро: он забывает совершенно все, что он видел за 2 минуты до настоящего, что он слышал, что он сам говорил. Между тем рассуждает он довольно правильно: найдя какой-нибудь исходный пункт, он строит последовательно умозаключения довольно правильно; так, если его спросить что-нибудь из предмета, который составляет его специальность, он ответит совершенно правильно, без малейшей ошибки. Если спросить его мнение о какой-нибудь вещи, он его выскажет правильно. Если спросить, которое нынче число, то он не скажет; но если в комнате есть какой-нибудь предмет, который может дать возможность рассчитать, какое число, например газеты, — он спросит газету и назовет, какое число. Таким образом, способность делать правильные умозаключения вполне сохранена, но только в эти умозаключения совсем не входят данные, добытые из представлений, полученных уже во время болезни. Кроме того, так как больной забывает о тех выводах, которые он делал, и о том, что он говорил, то его рассуждения постоянно повторяются. Так, при виде одной и той же вещи больной может несколько раз подряд повторить одну и ту же стереотипную фразу; так, например, он в продолжение 10 минут сеанса электризации повторял мне 5 раз, как он в детстве боялся электричества и бегал из физического кабинета в гимназии. Каждый раз он эту фразу повторяет как новую. Всех знакомых узнает, называет по имени, но едва только кто-нибудь уйдет, он готов уверять, что никто у него и не был. Когда к нему приходят, он разговаривает охотно, хотя сам редко спрашивает и редко что говорит, а если говорит, то большей частью все одно и то же — одни и те же рассказы из прошлого; иногда делает замечания по поводу того, что видит перед глазами; большей же частью довольно вял и апатичен. Довольно охотно играет в карты, в преферанс и хорошо ведет запись и может подвести итоги, если все данные у него налицо и все партнеры сидят на своих местах.

Свою забывчивость больной отчасти сознает и старается так ответить, чтобы другие не могли его поймать на ошибке; старается избегать подробностей, употребляет в разговоре общие места; по окончании разговора спрашивает бывших при этом, не сказал ли он чего-нибудь неправильно, не обидел ли кого-нибудь. Иногда, однако, все-таки прорывается: так, больной, позабыв, что он болен уже давно, рассказывает, что он на днях ездил в гости, в Петергофский парк, как там его встретили, радушно угостили. Ничего этого, конечно, не было. Вследствие всего вышеописанного больной вял, апатичен, энергии мысли почти никакой нет. Лицо выражает скуку, малоосмысленно.

Настроение духа часто меняется, большей частью оно индифферентно, меняется от влияния внешних впечатлений; так, если спросить

его о болезни, он начинает плакать, хныкать, что вот он какой калека; если же перевести разговор на веселое, он скоро начнет смеяться. На вопрос, что он сам чувствует, отвечает, что у него тоска, в голове неясно и печальные мысли не выходят из головы.

Кроме описанного, заметна еще особенная боязливость: когда его начнут сажать, он кричит, что его сейчас уронят; часто бывает, что он неловко повернется и начнет кричать, что он сейчас упадет. Сна почти нет. Ночью бывает большей частью тревожен, зовет к себе, плачет.

Течение болезни. Больному назначено было употребление небольших доз морфия (1/12 gr.) с хинином (gr.j) и индукционный ток на ноги. Питательная пища.

В течение нескольких дней состояние его стало лучше, явился аппетит, отправления кишечника стали правильнее, отеки стали значительно меньше. 2 августа назначено было Natrii jodati (...) 3 ложки в день. Уже 5 августа аппетит стал хуже, а 6-го больной совсем не ел и очень ослабел. Температура вечером была 37,8°, что для него было лихорадочное состояние. Констатировано было притупление в области верхней доли правого легкого. Кашель усилился. С этого дня на первый план выступили пневмонические явления — притупление увеличивалось, явились хрипы, довольно обильные, бронхиальное дыхание, мокрота с кровью. Лихорадочное состояние было небольшое — не более 38° по вечерам, но больной очень ослабел, потерял вполне аппетит, сделался еще вялее и апатичнее. Пульс сделался част и слаб. Во рту появилась молочница, так что казалось, что больной не далек от кончины. Мокрота была исследована, ни туберкулезных бацилл, ни диплококков замечено не было. Так шло дело до 20 августа.

С 20 августа стало меньше мокроты, она сделалась (...) слизисто-гнойная, хрипов стало значительно меньше. Общее состояние при этом, однако, продолжало быть плохим — пульс сделался неправильный, явились перебои; больной был в сонливом, апатичном состоянии. Временами являлась икота, не прекращавшаяся по нескольку часов. Аппетита не было до 1 сентября. С первых чисел сентября явился аппетит, и вместе с тем больной стал поживее. Хотя притупление в области верхней доли оставалось, но хрипов стало гораздо меньше. Пульс стал немного получше. Однако в это же время паретические явления довольно резко ухудшились. С 5 сентября стало заметно довольно быстрое усиление степени параличей, так что в течение 5 дней, т. е. к 10 сентября, паретические явления были уже в такой степени:

Стопы совершенно отвисли. Никакого движения той и другой стопой больной произвести не мог. Разгибание ноги в коленях было очень слабо, сгибание посильнее. В тазобедренном суставе движения были тоже слабы; небольшая контрактура в мышцах, сгибающих колено. Мышцы очень похудели, при давлении очень болезненны.

В руках тоже паретические явления усилились. Сначала в правой руке, а через два дня и в левой стало заметно, что разгибатели кисти и пальцев очень резко ослабели, рука отвисла, как при параличе n. radialis. Сгибатели кисти и пальцев тоже ослабели, но не так сильно. Больной потерял способность удерживать вещи в руках. Мышцы,

двигающие в локтевом суставе, тоже ослабели, но не так резко; мышцы похудели, очень болезненны при давлении. Мышцы туловища несколько ослабели. Больной очень устает сидеть и большей частью лежит на правом боку. В мышцах лица парезов нет. Моча выводится свободно. Наклонность к запору. Чувствительность совершенно нормальна. Самостоятельных болей нет. С психической стороны заметен значительный упадок умственной деятельности — вялость, отсутствие интересов, потеря памяти такая же, но свои замечания по поводу видимых предметов больной делает гораздо меньше, чем прежде, сам почти не вмешивается в разговор и отвечает на вопросы всегда коротко. Менее сознает свое положение. Ночи все продолжает плохо спать.

Вместе с усилением параличных явлений увеличился и отек в ногах. В то же время отек явился и в руках. Около 10 сентября отек в руках выражался только в опухлости кистей, но с 10 сентября заметно было резкое увеличение отека в левой руке (т. е. не на той стороне, на которой обыкновенно спал больной). Отек довольно быстро — в 3—4 дня — достиг очень значительной степени, но резко ограничивался локтем; выше локтя не шел. В правой руке отек долго держался только в кисти, но в конце сентября стал распространяться и на предплечье. В ногах отек был в голенях и бедрах. Белка в это время не было в моче; в сердце шумов не было, так что отек нельзя было объяснить расстройством сердца или почек.

Электросократительность парализованных мышц трудно было в точности определить в это время. С одной стороны, отек мешал проводимости тока, а с другой стороны, повышенная болевая чувствительность мешала употреблению токов большой силы; та же сила тока, которую можно было применять, не очень мучая больного, не вызывала сокращений в ногах и мышцах кисти и предплечья. Больной принимал в это время горькие капли и немного вина. Аппетит держался небольшой. Лихорадочного состояния не было. Так шло дело до 5 октября, когда опять появилось лихорадочное состояние, вызванное правосторонним плевритическим экссудатом, развившимся без всякой видимой причины. Экссудат был небольшой, по-видимому, серозный. Появление его сопровождалось лихорадкой, которая доходила до 39°, но через 4 дня прекратилась. Аппетит оставался довольно хорошим. В параличных явлениях никакого изменения не было.

В половине октября некоторыми из товарищей, ввиду крайне тягостного положения больного и ввиду данных, указывавших, что когда-то больной имел сифилис, предложено было попробовать впрыскивания Pepton-sublimat'a no 1/6 gr. через день. Впрыскивания начаты были 17 октября, но можно было произвести их только три, потому что в состоянии больного произошла резкая перемена: у него чрезвычайно быстро стали прибавляться отеки. Ноги отекли до высшей степени, руки — тоже. Подкожная клетчатка живота, спины и груди представляла тоже отек высшей степени; мошонка растянута до крайности. В лице отек был, но в значительно меньшей степени. Отек достиг таких размеров, что больной уж не мог лежать, должен был сидеть в кресле. Интересно, что асцита у больного не было. Живот был раздут

газами. Общее состояние больного тоже резко ухудшилось. Пульс сделался очень слаб, аппетита никакого не было, мочи очень мало. Состояние психическое крайне вялое, апатичное, вполне индифферентное, наклонность к сонливости, особенно днем. Отеки увеличивались до первых чисел ноября. В то же время был без видимой причины легкий понос. В конце октября казалось, что больной должен умереть на днях: явилось задержание мочи (на один день, впрочем), судорожные подергивания в мышцах шеи. Однако, к счастью, после этого неожиданно стало наступать улучшение. В первых числах ноября отек стал как будто поменьше; в то же время больной стал охотно пить молоко, и пользовавший его врач воспользовался этим, чтобы назначить молочное лечение, которое и удалось применить. Отеки стали исчезать довольно быстро при увеличенном количестве мочи, и к 20 ноября отеки оставались только в ступнях и голенях. Молоко больной стал пить в большом количестве — стаканов 15 в день. С этого времени общее состояние его стало, видимо, поправляться. Он сам стал поживее, пульс полнее, паретические явления стали значительно меньше. Они равномерно уменьшались в руках и ногах, но так как в ногах парезы были сильнее, то руки поправились раньше, чем ноги. К концу декабря руки больного поправились настолько, что он уже мог писать; в руках оставалась только небольшая слабость мышц кисти и пальцев и никакой резкой разницы между силой разгибателей и сгибателей не было заметно. В ногах все движения стали возможны, хотя мышцы стопы и пальцев все еще были слабы и разгибатели слабее сгибателей. Контрактура стала меньше. Боли при сдавлении мышц стали гораздо меньше, а в руках совсем исчезли. В конце декабря отек оставался только в небольшой степени в ступнях. Плевритический экссудат начал всасываться. В дальнейшем течении продолжало идти улучшение. Мышцы рук стали вскоре порядочно сильны, причем правая рука была слабее левой. Мышцы ног все более укреплялись и полнели, однако и в марте все еще оставалась порядочная слабость в ногах, особенно в левой ноге. Легкая контрактура еще держалась в правой ноге (при движениях колена этой ноги слышался небольшой треск). Мышцы стали полнее, болезненность при сдавлении исчезла. Электросократительность, однако, не появлялась еще в мышцах ноги, а в руках была очень понижена, так что едва выносимый ток вызывал только очень небольшие сокращения.

Со стороны психической перемены шли медленнее. Правда, больной стал живее, повеселее, но память его все оставалась крайне расстроенной относительно недавнего, так что психическое состояние все продолжало быть похоже на то, какое было в июле 1884 г. Впрочем, больной стал покойнее по ночам, стал спать хорошо, плаксивости не было. Во все время болезни поллюции и эрекции у больного не было, хотя о половых потребностях больной говорил довольно часто.

В мае 1885 г. больному стало опять немного похуже. По-видимому, ему пришлось в день своего рождения выпить вина больше, чем он обыкновенно пил. На другой же день он стал как-то тоскливее, беспокойнее, стал жаловаться на головную боль; несколько ночей не спал. Потом это удалилось, и он пришел в относительно покойное состояние,

но все-таки стал мрачнее прежнего, чаще вздыхал, больше молился. С июля особенно стало заметно изменение в настроении больного, именно явилось особенное религиозное настроение: больной при всяком слове говорил какие-нибудь молитвенные слова, часто крестился, напевал псалмы; в разговорах говорил о том, что он грешник и должен свои грехи отмаливать; при этом, впрочем, не было особенной тоскливости, а было только монотонное повторение фраз о том или другом грехе, в котором он считал нужным каяться. Это религиозное настроение проникало довольно последовательно во все проявления душевной жизни больного: в разговор, поступки. Он крестился, отказывался в некоторые дни от скоромной пищи, отказывал себе в некоторых удовольствиях и т. д. Память все продолжала оставаться в том же состоянии, т. е. больной сейчас же позабывал те представления, которые исчезли с глаз.

Умственный кругозор стал очень узок; суждения его стали крайне односторонними, не соответствовали прежней степени интеллекта. Больной разговаривал очень неохотно, равнодушно относился к приходу знакомых и приятелей. Апатия. При этом высказывал противодействие всякой перемене в своей обстановке, не слушая никаких убеждений, ни за что не соглашался переехать на дачу, брать ванны, протестовал против электризации. Слабоумие стало крайне резко заметно. Упадок умственных сил продолжался до марта 1886 г., когда бронхит больного усилился и он, ослабев, скончался 17 марта.

В этом случае у больного, значительно злоупотреблявшего спиртными напитками и у которого были уже некоторые признаки хронического алкоголизма, после ничтожного повода развились симптомы как со стороны психической сферы, так и со стороны физической. Со стороны психической дело началось с вялости, апатии, меланхолического настроения и глубокого упадка памяти. Со стороны физической сначала была только слабость в нижних конечностях, потом явился небольшой отек и парез мышц голени. Сухожильные рефлексы исчезли. Боли были небольшие. Затем болезнь усиливалась, причем ухудшение шло скачками и совпадало с ухудшением общего состояния организма и появлением осложнений со стороны грудных органов. Таким образом, в течение нескольких месяцев болезнь достигла высшей точки своего развития, причем был паралич нижних конечностей, парез верхних, атрофия мышц, уничтожение электросократительности и слабое расстройство чувствительности. Примечательное явление составлял в этом случае громадный отек подкожной клетчатки во всем теле. Достигнув высшей точки развития, болезнь стала уменьшаться, отеки исчезли и парезы уменьшались. Однако психическая сфера не улучшилась: память оставалась резко расстроенной и, кроме того, явились признаки глубокого слабоумия. В последний год болезнь оставалась стационарной, не представляя наклонности к улучшению.

Болезнь носила характер полуострого (почти хронического) восходящего атрофического паралича с глубоким расстройством психической деятельности. По громадности отеков она очень напоминала описываемые случаи beri-beri. Но ввиду того что этой болезни у нас нет, а те самые изменения, которые лежат в основе beri-beri, бывают и при алкогольном параличе, я и счел возможным допустить, что одно из главных условий для развития болезни у этого больного, кроме общего предрасположения, был хронический алкоголизм. Другой причины для развития болезни у него решительно не было, разве только можно предположить развитие какого-нибудь яда внутри самого организма. Но это было бы уже очень смелое, почти ни на чем не основанное предположение.

II

Расстройство психической деятельности в формах выше описанных встречается не при одном только алкогольном параличе. Мы встречаемся с такой же спутанностью, с такими же особенностями расстройства памяти и при различных органических заболеваниях головного мозга — опухолях, кровоизлияниях, при травмах головы, при старческом слабоумии и т. п.[1] Правда, в группировке симптомов всегда есть при этих формах некоторые отличительные черты, но тем не менее в общем психическое расстройство, присоединяющееся иногда к этим страданиям головного мозга, имеет много общего с тем, что мы наблюдаем при алкогольном параличе. Это и понятно: как при алкогольном параличе, так и при органических болезнях головного мозга психическое расстройство зависит от глубокого нарушения питания в одном и том же органе — в коре полушарий, и потому симптомы должны быть в значительной степени сходны. Тем не менее смешивать эти симптомы нельзя уже потому, что как развитие болезни, так и соединение симптомов психического расстройства с определенными физическими симптомами при алкогольном параличе представляют большие отличия от органических страданий головного мозга. Характерными признаками для расстройства при алкогольном параличе является именно соединение психического расстройства с целым рядом признаков, характеризующих множественный неврит, т. е. своеобразное распределение парезов в конечностях, парестезии, анестезии, боли самостоятельные и при сдавлении мышц, отеки и потеря сухожильных рефлексов.

---

[1] См. «Органические амнезии» в речи Фореля (139): *Forel A.* Das Gedächtnis und seine Abnormitäten. Zürich, 1885. Так же у Руайра, цитировано выше.

Степень, в которой проявляются все эти физические симптомы при существовании данного психического расстройства, бывает очень различна. Иногда физические симптомы чрезвычайно резко выражены, так что выступают на первый план, оставляя в тени психическое расстройство; иногда, наоборот, психическое расстройство чрезвычайно выражено, а физические симптомы сведены до минимума и могут остаться незамеченными; в таких случаях дело ограничивается только небольшой слабостью в ногах, похуданием мышц, легкими отеками в ступнях и изменением пателлярных рефлексов. Этот последний признак — изменение пателлярных рефлексов — один из самых драгоценных во многих случаях, когда симптомы паралича не резки, когда существуют основания думать, что слабость в конечностях не есть паретическая слабость, а есть выражение общего упадка сил; тогда исследование пателлярных рефлексов, их исчезновение или крайнее ослабление может указать на то, что кроме общей слабости есть еще процесс — множественный дегенеративный неврит. Этим же отличается расстройство психической деятельности при алкогольном параличе от тех функциональных расстройств головного мозга, происхождение которых приписывается истощению головного мозга; по совокупности психических симптомов эти формы иногда могут быть сходны с тем, что мы описали для психозов при алкогольном параличе; но если при этом не будет признаков расстройства периферических нервов, их в большинстве случаев нельзя смешивать. Итак, соединение психического расстройства с симптомами множественного неврита, выраженного в большей или меньшей степени, является характерным для симптоматологии расстройств психической сферы при алкогольном параличе. Это соединение замечено было, как мы говорили, многими авторами.

Естественно возникал вопрос, в каком отношении находятся друг к другу эти две группы явлений, т. е. психическое расстройство и симптомы множественного неврита? Большинство авторов, как Фишер[1], Левенфельд[2], Штрюмпель[3] и др., считают это соединение почти случайным, т. е. считают психическое расстройство за самостоятельное выражение алкоголизма и связывают его именно с алкоголизмом, а не с множественным

---

[1] *Fischer G.* Ueber eine eigentümliche Spinalerkrankung bei Trinkern, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1882, XIII, I, 1—49.

[2] *Löwenfeld.* Zur Kenntnis der multiplen degenerativen Neuritis, Archiv für Psychiatrie, 1883, XIV, 342.

[3] *Strümpell A.* Zur Kenntnis der multiplen degenerativen Neuritis, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1883, XIV 2, 339—358.

невритом. Однако Мюллер при описании своего случая множественного дегенеративного неврита[1] указывает на то, что связь между психическим расстройством и множественным невритом может быть более тесная. Хотя он относительно своего случая и высказывается, что в нем «расстройство психической деятельности достаточно объясняется старческим возрастом больной, так же как алкоголизмом и предшествовавшим ревматизмом», однако указывает и на то, что вообще совпадение множественного неврита с психическим расстройством наблюдалось. Так, Жоффруа[2] и Грэнджер Стюарт[3] наблюдали каждый по одному случаю с резко выраженным слабоумием. В одном наблюдении Лейдена[4] перед появлением множественного неврита в продолжение двух лет были своеобразные припадки потери сознания. Дено и Пьере описывают приступы потемнения сознания, явившиеся к концу остро развившегося множественного неврита.

С другой стороны, клиницисты легко могли заметить, что совершенно аналогичное психическое расстройство может быть не только при алкогольных параличах, т. е. при алкоголизме, но и при самых разнообразных условиях, могущих вызвать множественный неврит: после тифа, после оспы, при различных хронических интоксикациях (мышьяк, сероуглерод и т. д.); наконец, психическими симптомами иногда сопровождается и та эндемическая форма множественого неврита, которая известна под именем beri-beri. Все это указывало на то, что интересующее нас психическое расстройство находится в связи не только с алкоголизмом, но и вообще со всякими условиями, могущими вызвать множественный неврит. Правда, в большинстве случаев при этом связь между психическими и физическими симптомами не отмечалась рельефно и потому не останавливала на себе внимания клиницистов; но тем не менее она есть, и всего яснее она доказывается теми случаями множественного неврита, которые не связаны с интоксикациями. В случаях интоксикационных невритов можно ведь всегда предполагать, что это случайное соединение; но если мы увидим, что совершенно такое же психическое расстройство развивает-

---

1 *Müller F. C.* Ein Fall von multipler Neuritis, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1883, XIV 3, 669—677.

2 *Joffroy A.* De la névrite parenchymateuse spontanée, généralisée ou partielle, Archives de physiologie normale et pathologique, 1879, 2, 6, 172—198.

3 *Stewart G.* On paralysis of hands and feet from disease of nerves, Edinburgh medical journal, 1880—1881, 26, 865—880.

4 *Leyden E.* Ueber Poliomyelitis und Neuritis, Zeitschrift für klinische Medizin, 1880, 1, 3, 387—434.

ся при множественном неврите не прямо интоксикационном, то можно будет сказать, что связь между ним и множественным невритом более тесная, что обе эти группы явлений составляют две стороны выражения одной и той же болезни.

На возможность такого соотношения намекал, как мы сказали, Мюллер. Я надеюсь, что некоторые виденные мной случаи поставят это соотношение вне всякого сомнения. Случаи множественного неврита, которые я сейчас приведу, не находились в связи с введением какого-нибудь яда, а первый из них развился даже без всякого предшествующего истощения организма, которым бы, пожалуй, можно было тоже в некоторых случаях объяснять появление психических расстройств как случайное выражение истощения.

Наблюдение 4. Больная — замужняя женщина 28 лет. *Анамнез* таков: наследственное невропатическое расположение; у одной из сестер есть явления, указывающие на наследственный сифилис. Несколько лет назад перелом patellae не сросшийся, так что больная хромала. Вышла замуж 25 лет. Первого ребенка родила на первом году после замужества — 8-месячного, мертвого. Во время второй беременности, предшествовавшей настоящей болезни, больная очень береглась, чтобы выкидыш не повторился. Под конец беременности ей предписано было лежать в постели. Больная жаловалась на ломящие боли в ногах и в крестце; ноги несколько отекли и ослабели. Все это приписывалось беременности и довольно полному сложению больной. 3 октября она родила недоношенного ребенка (8-месячного); движения ребенка прекратились дня за три до этого, так что ребенок умер еще в полости матки. При родах кровотечение было небольшое. После родов первое время была довольно покойна, но всю ночь не спала, а посылала узнавать, не беспокоится ли ребенок (она не знала, что он мертвый). На другой день ей, однако, это сообщили; она приняла это как-то слишком спокойно, спросила только, окрестили ли его, и, получив удовлетворительный ответ, больше не спрашивала. На следующий день, т. е. 6-го, жаловалась на боли, особенно в левой ноге, а к вечеру явилось вдруг необыкновенно сильное чувство страха (панфобия), боязнь смерти, беспокойство; в то же время жаловалась на сильные боли в крестце, в ногах и руках. Возбуждение продолжалось всю ночь, но потом стихло. Но с того времени стало заметно ослабление памяти, неясность сознания. Боли все усиливались в ногах, так что больная кричала от болей. 10 октября были поставлены 3 пиявки к копчиковой кости без всякого эффекта. 12-го: стала жаловаться на онемение в руках и ногах; можно было заметить парез m. extens. cruris utriusque. К вечеру тоска, сильный страх. Сна совсем нет. 13-го: задержание мочи, катетеризация; запор. 14-го: очень сильные режущие боли в конечностях; моча задерживается. 16-го: резь в отверстии мочеиспускательного канала; частый позыв на мочеиспускание, но не может вывести мочу. 17-го: судорожные подергивания в ногах, вечером — в руках. Опоясывающие боли. 19-го: сознание все хуже, капризы, крики.

Боли в разных частях тела, подергивания; сидеть еще может. 20-го: маниакальное возбуждение с галлюцинациями, спутанностью сознания. Сильный пот. 21-го: припадки удушья и сердцебиения; повторяет одни и те же вопросы. Парез аддукторов бедра и левой стопы. 22-го: моча выводится свободно. Ночью рвало желчью. Сидеть не может. 23—24-го: чувство сжатия в горле; подергивания, похожие на хореические, в руках. 25—26-го: головная боль, кратковременное расстройство речи, судорожные подергивания в лице. 27 октября 1880 г., когда я в первый раз увидел больную, я нашел следующее.

Это была женщина порядочного сложения, полная. Из симптомов на первом плане было расстройство психической деятельности. Больная лежит в совершенно темной комнате, так как всякий свет ее раздражает. Когда я вошел, она вдруг испугалась, начала пристально вглядываться, говорить: «кто это, кто это... нет, я не знаю... кто это?». Ей сказали. Она все продолжала вглядываться. Ей припомнили, что я лечил ее двоюродную сестру. Она как будто не поняла, ничего не припомнила и продолжала говорить, обращаясь к мужу: «Ваня, это Иван Яковлевич? Да, да это Иван Яковлевич»... Через минуту опять начинает спрашивать то же самое: «кто это? Это Иван Яковлевич?». Опять всматривается. Потом вдруг вскрикивает от боли и начинает бранить сердобольных, которые ей подкладывали за 1/4 часа до этого судно: «Ваня, прогони их; как они мучили меня, ломали, не давай им меня, Ваня, не давай, не давай, не давай...» (громко кричит и плачет). Потом замолчала, а через минуту, взглянув на меня, опять повторяет: «кто это?» и т. д. Вдруг вскрикивает: «Ваня, Ваня! Вынь у меня из руки булавку, тут что-то есть». Ей сказали, что вынули, — успокоилась. Через несколько секунд опять крик: «Ваня, Ваня, что это у меня в щеке — нарыв, нарыв, ух, как больно!» Когда ей напомнили о ребенке, зарыдала: «у меня отняли второго, отняли подлецы, мерзавцы»... Но плач продолжался недолго — явилась новая мысль, быстро сосредоточившая на себе все внимание больной. Только что мы вышли из комнаты, она потребовала к себе с криком: «что такое у меня в сердце? ах, какой ужас у меня в сердце!». Двух слов достаточно, и мысль о сердце исчезает совсем из памяти. Так продолжается целый день: каждая боль, какое-нибудь новое ощущение сразу вызывает у нее страх, крайнее беспокойство, крик. Она кричит, что умирает, не отпускает мужа. Несмотря, однако, на интенсивность психической реакции, которой сопровождается всякое ощущение, оно не оставляет долгого следа: стоит отвлечь внимание, и оно исчезает, хотя новое ощущение в том же роде снова вызывает такую же интенсивную психическую реакцию. Вследствие этого психическая жизнь больной находится постоянно в подчинении какой-нибудь одной интенсивной идеи, но эти идеи постоянно меняются; большей частью эти идеи неприятного свойства, и материалом для них служат болевые ощущения, которые существуют у больной.

В то же время у больной заметна некоторая спутанность сознания; представления о людях у нее перемешиваются. Память глубоко расстроена: хотя больная и помнит большую часть фактов, но очень неясно. Вопросы она повторяет постоянно, не помня, что уже она их делала.

Ответы, которые ей дают, как будто не оставляют никакого следа в ее сознании. Ночью бессонница: в это время возбуждение и страх достигают высшей степени, особенно если боли в конечностях очень сильны.

Со стороны физической на первом плане стоят боли. Больная постоянно жалуется на боли в той или другой части тела (в ногах, руках, туловище и лице). Боли эти то жгучие, то режущие, то дергающие; то иногда является ощущение постороннего тела, приложенного к коже. Боли эти отчасти постоянны, небольшие; отчасти моментальные, заставляющие больную вскрикивать. При исследовании оказывается, что кожа нигде не болезненна, кроме правой ягодицы, где находится поверхностный струп; но давление на мышцы и на нервные стволы вызывает резкие боли в стопе, голенях, бедрах и предплечьях. В спине боль при давлении невелика: чувствительны преимущественно верхние грудные позвонки. Кроме болей больная жалуется на какое-то неприятное чувство в пальцах рук: «там песок, насыпано что-то», — постоянно повторяет она. Анестезия и аналгезия заметны на внутренней и передней стороне бедер и по внутренней стороне голени (область нервов поясничного сплетения). В других местах, если есть анестезия, то она гораздо меньше. По-видимому, кожа нижней части живота менее чувствительна, чем верхней. В области нервов поясничного сплетения чувствительность настолько понижена, что больная иногда совсем не чувствует прикосновения.

Кроме того, существует расстройство движений. Больная лежит постоянно с разведенными ногами. Свести бедра активно не может, развести может. Пассивно сдвинуть бедра можно, но они потом опять раздвигаются. Ротаторные движения бедра внутрь и кнаружи совершаются, но слабо. Согнуть в колене ноги больная может немного, разогнуть тоже.

Почти нет движений пальцами ног: стопы повернуты подошвой кнутри. Таким образом, в ногах вполне парализованы mm. adductores, gracilis и pectineus; неполный паралич в m. quadriceps femoris, sartorius, semitendinos., semimembran., biceps femoris; мышцы glutaei, quadratus lumber, gemelli действуют слабее нормального, так же как и ileopsoas. Мышцы голени действуют едва заметно. Сидеть больная не может. Сама не может поворачиваться. Мышцы живота действуют слабо. Руками производит все движения, но сила сгибания рук очень невелика.

Сухожильные рефлексы отсутствуют, кожные есть. По временам бывают судорожные явления: они являются в мышцах рук и лица. Начинается подергивание, вроде гримасы, в лице и дергание рукой, имеющее такой вид, точно больная от чего-то отмахивается. При этом сознание иногда затемняется, иногда больная резко вскрикивает. Иногда затемнение сознания бывает и помимо судорог; при этом иногда бывают галлюцинации зрения. Иной раз бывают припадки удушья и сердцебиения с интенсивными ощущениями страха смерти. Фотофобия очень резкая. Моча очень темна, сахара и белка не содержит. Теперь выводится самостоятельно. В сердце небольшой анемический шум. Пульс около 120 в минуту. Температура все время нормальна. Аппетит есть; запор.

Дальнейшее течение болезни было такое: больная несколько дней оставалась все в таком же состоянии, но судорожные явления стали уменьшаться и к 1 ноября совсем исчезли. Анестезия в области поясничного сплетения тоже стала меньше выражена. Психическое состояние было крайне однообразно: постоянные крики, страхи, плач. Повторение одних и тех же жалоб и вопросов. Очень слабая способность припоминать. Мочу иногда приходится спускать катетером; она светла. 31 октября замечено, что правая нога наклонна принимать положение, согнутое в колене. Пассивное разгибание вызывает боль под коленом. Позывы на мочу и испражнение остаются очень долго после катетеризации и послабления. Левая рука слабее прежнего. 1 ноября: несколько более может владеть собой, не так много кричит. Моча испускается катетером. Боли в груди, руках и ногах. 2-го: парез левой руки усилился. Поражены особенно разгибатели кисти и пальцев. Боль в спине, шее и нижней челюсти. Зуд в промежности. Анестезии почти не заметно. 3-го: левая рука еще более ослабела. Боли в нижней челюсти; чувство сдавления в груди. Глотает не совсем хорошо. Исследование электросократительности (крайне болезненное и мучительное для больной) показало, что в мышцах (...) сократительность уничтожена. В левой руке разгибатели слабее сокращаются, чем в правой. В руках заметна анестезия пальцев. 4-го: боли в нижней челюсти и в шее меньше. Мочится сама. Глотает хорошо. 6-го: несколько лучше поворачивается. Спокойнее. Сон лучше. Контрактура правой ноги установилась. 7-го: чувство сдавления в груди и удушье. Диафрагма работает, живот вздут. 8-го: бессонница. Опять задержание мочи. Постоянная отрыжка: 10-го: сильное вздутие живота, постоянная отрыжка. 11-го: параличи в той же степени. Легкое изменение чувствительности (ощущение, что что-то лежит между прикасающимся телом и кожей) доходит до шеи. 12-го: головная боль и судорожные подергивания в лице; мочилась сама. 14-го: хореоподобные движения в руках, являются приступами. Остальные явления также. 15-го: отрыжка, икота непрерывная. Чувство сдавления в груди и животе. Монотонное ипохондрическое настроение. Капризы. Память очень плоха. Сегодня опять спускали мочу катетером. В руках бывают движения, похожие частью на хореические, частью на атетоз. Гальваническая реакция в мышцах ног отсутствует; в руках есть. Реакции перерождения незаметно. Движения в левой руке стали лучше. Заметно похудание мышц нижних конечностей. 16-го: регулы. 18-го: замечено активное движение аддукторов бедра. 23-го: регулы прекратились. Психическое состояние то же: отрыжка и икота. Вздутие живота; жалобы на боли в ногах и руках меньше. Но при поворачивании и давлении на мышцы болезненность очень велика. 25-го: движения в руке лучше. Атрофия заметна и в мышцах рук, особенно в mm. interossei. В ногах похудание мышц идет быстро. Сама больная покойнее, но остается тоскливое ипохондрическое настроение. Страх перед началом каждого нового дела. Боится начать есть, потому что в животе будет хуже, боится мочиться, потому что боль в мочевом пузыре будет. Перемена белья вызывает всегда беспокойство и крики. Спит все плохо. 26—30-го: атрофия увеличивается, в руках заметна в mm. interossei, extens. carpi ul-

naris, в thenar, hypothenar. В ногах мышцы дряблы. По временам бывает еще задержание мочи. 1 декабря: замечено, что при альтернативе m. tibialis anticus сокращается. Движения в руках улучшаются. 7-го: появилась сократительность в extensor digitor. commun. обеих ног. Моча иногда задерживается. 10-го: говорит, что не чувствовала, как выходят испражнения. 11-го: чувствительность в ногах больше. 20—31-го: в бедрах вместо анестезии резко выраженная гипералгезия. Контрактура в колене менее. Психическое состояние покойнее, но крайне монотонно. Все внимание сосредоточено на различных субъективных ощущениях.

К 1 января 1881 г. состояние было такое:

В ногах полный паралич мышц, двигающих пальцами и стопой. В коленях возможны небольшое сгибание и разгибание. В тазобедренном суставе небольшие движения возможны. В правом колене контрактура сгибателей. Мышцы атрофированы. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Электросократительность от гальванического тока есть, только незначительная в mm. extensor digitor. commun., extensor hallucis и tibialis anticus. Осязательная чувствительность понижена на подошвах и на пальцах ног. На бедрах и голени гипералгезия. Давление на мышцы и нервы крайне болезненно. В руках парез мышц кисти, преимущественно межкостных мышц. Значительная атрофия их, вследствие чего резко выраженная main en griffe, особенно на левой руке. На предплечье мышцы дряблы. Сокращения от индукционного тока есть, но болезненны. В пальцах рук чувствуются ползания мурашек, покалывания иголок, ощущение, точно они перебинтованы. Небольшая анестезия. В туловище парез мышц спины и живота; живот немного напрягает, но слабо. Большей частью он вздут. Запор. Послабления происходят через 5—6 дней и то от Ol. ricini. Часто не чувствует, как выходят испражнения. Моча все еще часто спускается катетером. Пульс 88 в минуту.

Субъективных ощущений очень много; особенно мучают больную боли в руках и ногах, боли стреляющие, рвущие, тянущие. При перемене положения сильнейшие боли во всех членах. При глотании боль в стороне пищевода и ощущение, точно пища останавливается. Постоянное ощущение сдавления в груди, точно пуды лежат. Постоянная отрыжка и икота. В животе боль; позывы на мочеиспускание часты, но моча не идет. В психическом отношении крайняя степень раздражительной слабости: больная легко приходит в состояние бешеной злости; главным образом это бывает после всяких переворачиваний, перемены белья; очевидно, боль вызывает в ней сильное раздражение. Содержание мыслей крайне однообразное. Хотя она теперь воспринимает все представления правильно и отчасти запоминает их, но смешивает их во времени: не помнит, были ли они день назад или много месяцев. Время своей болезни не помнит. Сон большей частью хорош, но не сознается, что спит. Принимает Chinin. hydrobrom. Электризация рук и ног и ароматические ванны. В течение января состояние немного улучшилось. К концу января больную можно было посадить (конечно, опираясь на подушки). Психическое состояние то же. По временам приступы несдержанной злости. Анестезия в ногах меньше. Гипералгезия больше. Часто гальванизация становится невозможной вследствие болей. Иногда

после гальванизации бывают головокружения. В феврале улучшение продолжалось. Боли вообще стали меньше, хотя все-таки очень сильны. Переворачивание не так болезненно. В ногах гипералгезия. При прикосновении холодным предметом чувство холода ощущается не только в месте прикосновения, но и вверх и вниз.

Движения руками значительно лучше. С 5 февраля к катетеру не прибегали. Психическое состояние лучше; хотя приступы раздражительного гнева бывают, но не так часто. Круг мыслей пошире. С больной можно разговаривать о различных вещах, кроме ее болезни. Суждения правильны, хотя односторонни. Память слаба: факты помнит, но локализировать их во времени не может. Не представляет себе всей картины болезни, живет только данной минутой и не хочет верить, что ее состояние было еще хуже. Контрактура в коленях исчезла. Из новых симптомов появился отек в ступнях. Регулы правильны.

В течение марта 1881 г. улучшение продолжалось. Боли меньше, движения в руках значительно меньше; отрыжек, изжог нет. Психическое состояние такое: приступы гневного раздражения бывают реже. Иногда бывает весела, смеется, охотно разговаривает; но после всякого значительного передвижения, которое очень болезненно, является приступ гнева, злобы; ругает всех окружающих, на подходящих близко плюет, бросает подушки, старается укусить. Такой приступ продолжается от получаса до двух часов. При этом часто говорит, что удавится цепочкой от креста. После прекращения приступа делается покойнее, но мышление все-таки крайне монотонно и одностороннее: почти исключительно говорит про свои болезненные ощущения; других интересов нет. Память стала лучше, но все еще очень плоха: не помнит, был ли данный факт вчера или три месяца назад. Забыла, что нога была согнута. Соображение лучше, но сдержанности никакой нет. Эгоизм очень развит: ей нет дела ни до кого, ни до чего.

В апреле и мае движения в руках стали лучше. В правой руке движения свободны; в левой «гриф» еще резко заметен. В ногах движения немного обширнее. Мышцы все еще очень худы. Лучше сидит, может лежать на боку. Давление на мышцы очень болезненно. Живот менее вздут. Отрыжка менее. Жалобы на стеснение в горле и в груди те же. Боли не так сильны, но парестезии сильны. Ипохондрическое монотонное настроение; по временам вспышки злобного гнева.

Были сделаны прижигания вдоль позвоночника термокаутером, но больную это так взволновало (лишило сна), что более двух раз его не делали.

26 мая. Состояние больной было настолько лучше, что ее можно было перевезти на дачу, правда, в очень удобной повозке. На даче в течение июня, июля и половины августа поправление шло гораздо скорее. Боли почти исчезли; самостоятельных болей почти нет, а боли при давлении на мышцы гораздо меньше. Больную можно свободно перекладывать и пересаживать. Сидеть может без всякой поддержки, может двигать туловищем вперед и назад. Руки довольно хорошо действуют, так что больная может писать; похудание в руках почти незаметно. В ногах движений значительно больше. Ягодичные мышцы работают до-

вольно сильно. В коленях ноги сгибаются и разгибаются порядочно (правая нога лучше левой). В правой ноге заметно небольшое сгибание и разгибание стопы. В левой действуют только икроножные мышцы. Мышцы ног все еще худы. Pes equinus. Анестезии нет. Прежней гипералгезии на бедрах тоже нет. Парестезии еще есть. Жалобы на сдавление в груди менее. Отрыжка и чувство удушья меньше. Запоры небольшие. Мочится сама. Со стороны психической более спокойное отношение к окружающему; круг интересов больше; рассудительности и сдержанности значительно больше. Но ипохондрическое настроение остается. Помнит факты, но время не помнит. Я не видал больную более двух месяцев, а ей кажется, что только неделю.

Затем больная была отправлена в Ялту, где лечилась электричеством, ваннами и массажем. Состояние ее понемногу улучшалось. Осенью 1884 г. она приехала в Москву в несравненно лучшем состоянии. Никаких болей уже не было, движения рук были совершено хороши; руки сильно пополнели. Движения в ногах все еще недостаточны. Больная может передвигаться, только опираясь крепко на обе руки, да и то несколько шагов. Хотя бедра и голени пополнели чрезмерно, но сила мышц еще не вполне восстановилась. Слабее всего m. rectus femoris; кроме того, мышцы стопы еще слабы. Стопы находятся в состоянии pes equinus; они еще очень худы сравнительно с голенями и бедрами. Психическая сторона больной несравненно лучше. Кругозор больше, интересов больше. Она любит общество, говорит много; но все-таки видно, что умственных сил у нее меньше, чем было в нормальном состоянии. Сосредоточиться на чтении не может; серьезных интересов никаких. Память много лучше, но локализация во времени все еще не вполне хорошая, хотя много лучше.

В апреле 1885 г. движения в стопе стали лучше; больная могла больше ходить (опираясь на обе руки), но pes equinus все еще оставалась. Пателлярные рефлексы явились снова. Больная снова уехала в Ялту, и я более не видал ее, хотя по получаемым известиям улучшение все еще продолжается.

Итак, в этом случае после родждения мертвого, несколько разложившегося ребенка, через 2—3 дня развились симптомы как со стороны психической, так и со стороны физической. Со стороны психической симптомы сначала выражались довольно бурно: панфобией, возбуждением, спутанностью, галлюцинациями, бессонницей; затем возбуждение стало стихать, но развилось очень характерное расстройство памяти относительно недавнего и особенно расстройство памяти времени. Вместе с этим были резко выраженные симптомы раздражительной слабости в психической сфере.

Параллельно с этим развивались и физические симптомы — параличи в конечностях, сначала в нижних, потом в верхних. Паралличные явления развивались в восходящем направлении; были поражены и мышцы туловища и отчасти мочевой пузырь (задер-

жание мочи). На короткое время было расстроено глотание и речь. Паралич был более выражен в экстензорах конечностей, чем во флексорах. Он сопровождался чрезвычайно сильными болями, гипералгезией кожи и мышц и небольшой анестезией. Мышцы были атрофированы и потеряли электросократительность. Была контрактура сгибателей. Начавшись остро, протекая вначале как полуострый восходящий паралич, болезнь, дойдя до высшей точки своей, стала уменьшаться и приняла хроническое течение с наклонностью к выздоровлению.

Мне кажется, нельзя сомневаться, что физические симптомы у этой больной объясняются существованием множественного неврита. По крайней мере более характерный случай трудно найти. Между тем мы видели, что психическое расстройство в нем развивалось совершенно параллельно с физическими симптомами: никак уже нельзя было сказать, что психическое расстройство есть осложнение множественного неврита; все течение болезни указывало на то, что оно и явления неврита суть две стороны одной и той же болезни, две группы симптомов, обязанные своим происхождением одной и той же болезнетворной причине. В чем заключалась эта болезнетворная причина? Тут не было ни интоксикации, ни даже общего истощения, ни какого-нибудь лихорадочного процесса; единственное условие, на котором невольно приходилось останавливаться, было пребывание в матке больной разложившегося плода. Может быть, развивающиеся при разложении вредные продукты (птомаины?) могли быть причиной болезни в данном случае и, как очевидно, эта болезнетворная причина одновременно вызвала поражение периферических нервов и психической сферы (а может быть, также и спинного мозга). При этом поражение психической сферы, как мы видели, было совершенно своеобразное и очень характерное, близкое по своей картине к тому, которое мы описали при алкогольных параличах.

Наблюдение 5. Больная 22 лет. *Анамнез*: больная из невропатической семьи; до замужества была всегда здорова. По выходе замуж вскоре забеременела; перенесла беременность хорошо, только ноги отекли в последние два месяца (белка не было). 26 августа 1885 г. родила здорового ребенка. Было задержание последа, который был вынут довольно поздно. Вслед за этим явилась септическая лихорадка (температура 40—40,5°). Лихорадочное состояние продолжалось весь сентябрь. В октябре можно было прощупать параметрический экссудат. В конце октября через задний проход выходила гнойная масса. В самых последних числах октября (при продолжавшейся еще повышенной температуре) явились рвоты, очень упорные. Больная очень ослабела. 1 ноября был резко выраженный бред. В первых же числах ноября двоилось в глазах;

затем развился парез рук и ног, на который, впрочем, не было обращено внимания, так как состояние больной было крайне тяжелое. Пульс был около 200 в минуту, а 11 ноября был неправильный, интермитирующий, так что ждали смерти. В то же время сознание было затуманено, был бред, полная забывчивость. Были сильнейшие боли в конечностях, от которых больная вскрикивала. Задержание мочи (катетер); моча очень красна. После 11 ноября состояние больной стало улучшаться; температура стала ниже (38,5°), пульс стал правильнее и реже. Однако спутанность сознания, галлюцинации зрения, бред все продолжались. К декабрю, впрочем, психическое состояние улучшилось в том отношении, что бред был только исключительно ночью; днем бреда не было, но было заметно резкое ослабление памяти: больная тотчас же забывала, что происходило перед ее глазами. Ноги были совершенно неподвижны; руки почти совершенно парализованы. Боли чрезвычайно сильны, особенно по ночам. В конце ноября начала развиваться атрофия в мышцах рук и ног, которая все прогрессировала. В декабре же стал появляться иногда отек в ступнях и тыле кистей рук.

В течение января температура стала гораздо лучше, изредка поднималась за 38°, большей частью была 37,5°. Гной выделялся иногда с испражнениями, но в полости таза гинекологи уже не находили ничего патологического. Силы больной улучшались; вместе с этим улучшалось и психическое состояние. Бред по ночам стал редкий и стал носить другой характер: больная говорила как бы в сомнамбулическом сне и, будучи с закрытыми глазами, как бы спящая, могла отвечать на вопросы окружающих. Память становилась лучше: больная значительно больше удерживала в памяти. Боли в ногах оставались еще очень сильные, но движения в руках стали значительно лучше.

Я видел больную только один раз и нашел следующее: паралич в ногах почти полный; может чуть-чуть отводить бедра; сближать их не может. Ноги вытянуты в коленях; согнуть их не может. Ступни вытянуты; свод стопы больше, чем в нормальном состоянии. Пальцы флексированы к подошве. В левой ноге pes equino-varus. В голеностопных суставах пассивные движения ограничены сильно натянутым ахилловым сухожилием. В колене контрактур нет, но пассивные движения крайне болезненны. Мышцы чрезвычайно атрофированы. Механической и электрической возбудительности нет вовсе. Рефлексов пателлярных и кожных нет. Чрезвычайная болезненность при давлении на мышцы и на нервы. Больная ужасно боится всякого неосторожного прикосновения к ногам. Иногда бывают самостоятельные боли в ступнях, ломящие, дергающие, стреляющие. Бывают они приступами, чаще всего по ночам. Во время этих болей является тягостное, крайне раздражительное душевное настроение. Анестезия, неполная, впрочем, заметна на подошве и на стопе; выше к туловищу она исчезает.

В руках возможны движения в плече и локте, хотя очень слабые: кисти руки отвисли; экстензоры кисти и пальцев на обеих руках совсем не действуют. Супинация и пронация совершаются, но в ничтожных размерах. Из движений пальцами существует только небольшое сгибание большого и указательного пальцев, небольшое отведение указатель-

ного пальца (только 3 дня, как это движение явилось). Атрофия в мышцах резко выражена. Механической и электрической сократительности нет. Давление на мышцы и нервы крайне болезненно; пассивные движения чрезвычайно болезненны, так что больная с ужасом смотрит, когда дотрагиваются до ее руки. Парестезии — чувство связанности пальцев, чувство ползания мурашек, чувство покалывания и т. д. Сидеть больная не может, даже с поддержкой. Мускулы спины слабы. Давление на мускулы туловища вызывает сильную боль, точно так же как давление на грудную часть позвоночника. Мочится произвольно, но после мочеиспускания остается часто очень долго чувство жжения в области мочеиспускательного канала.

Больная решительно не может выносить сильного света, громкого разговора; это ее крайне волнует. Со стороны психической во время моего посещения явления были уже не очень сильны: больная совершенно ясно сознавала окружающее, сознавала свое положение, отвечала на вопросы охотно. Но, однако, память ее представляет резкие дефекты; хотя она большую часть фактов помнит и даже вспоминает то, что было в самый тяжелый период ее болезни, но сама вспоминать их может только с трудом: почти всегда нужно наводить ее на воспоминание; при этом иногда больная сначала совершенно отрицает, что помнит тот или другой факт, а потом он вдруг возникает в ее сознании со всеми подробностями. Лучше всего больная помнит лица и вообще зрительные впечатления, хуже всего время; когда что было, решительно не помнит; не представляет ясно, сколько времени она больна. Нарушение памяти касается только недавнего. Давнее, бывшее до болезни, она все помнит, а то, что было перед началом болезни, и течение самой болезни не помнит, хотя, как я уже сказал, теперь некоторые эпизоды из этого темного для нее периода вдруг вспоминаются верно.

Большей частью настроение больной довольно индифферентное; она любит, чтобы около нее сидели, особенно муж. Иногда, впрочем, бывают периоды общей раздраженности: она не выносит никакого звука, плачет, приходит в отчаяние. По вечерам вообще она беспокойнее; иногда вечером нападает безотчетный страх; иногда при этом вдруг представления начинают путаться, и она говорит вздор, вроде того, что горничная выходит за турецкого пашу, и т. п. Иногда при этом вдруг начинает петь; после этого засыпает и утром частью помнит, что было ночью, частью забывает. Иногда этого нет, а больная как будто спит, но отвечает монотонным голосом на вопросы, которые ей делают. Однако в это время она спит, и нужно употребить усилие, чтобы ее разбудить.

Общее состояние больной удовлетворительное. Ест хорошо; запоров нет. В груди в порядке все. Пульс 120 в минуту, маленький. Температура все иногда поднимается до 37,7°, что, вероятно, еще указывает на продолжение процесса в полости таза.

Больше я больную не видал, но, по сведениям, которые я имел, состояние здоровья ее все улучшалось. Память почти восстановилась к июню 1886 г.; боли стали гораздо меньше, движения рук стали улучшаться.

В этом случае множественный неврит развился также вслед за послеродовым процессом, но здесь ему предшествовали гнойный параметрит и пиемия. По истечении более двух месяцев начался множественный неврит; сначала явилась рвота, затем психическое расстройство в виде спутанности сознания, страха, иллюзий, возбуждения, особенно по ночам. Вскоре к этому присоединились резко выраженные физические симптомы — парез нижних и верхних конечностей, глубокая атрофия мышц, характерная гипералгезия. Болезнь после 3-недельного полуострого развития остановилась и перешла в длительное хроническое течение, причем психические симптомы шли параллельно с физическими. И в этом случае не остается сомнения, что одна и та же болезнетворная причина вызвала психические симптомы и симптомы множественного неврита; и всего вероятнее, причина этого лежала в предшествовавшей пиемии. Если мы обратим внимание на характер психического расстройства, то и в нем заметим те характерные черты, которые мы отметили для психического расстройства при алкогольном параличе — начальный период спутанности, страха, иллюзий, затем спутанность с глубоким расстройством памяти, затем поправление с значительным ограничением умственного кругозора и высокой степенью раздражительной слабости. Нечего говорить, что злоупотребления алкогольными напитками здесь не было (больная пила вино только в тяжелое время болезни как лекарство).

Наблюдение 6. Больная 28 лет, замужняя, бездетная. Больная вина не употребляет, но происходит из семьи, в которой много пьяниц. Много лет изредка повторяются припадки с характером эпилептическим. Несколько лет назад была больна сифилисом (язвы и roseola). Больная пользовалась хорошим здоровьем до октября 1884 г. Была женщина полная, веселая, работающая (портниха). 17 октября 1884 г. больная простудилась. Это совпало со временем регул, но они не явились, а сделалась сильная боль во всем животе, особенно внизу. Температура поднялась до 40,2°. В продолжение нескольких дней температура все держалась за 40°; затем, в течение ноября месяца, была между 39° и 40°, в декабре спустилась ниже 39°, в течение января 1885 г. редко переходила за 38°, но иногда переходила.

Болезнь сначала определялась как воспаление в матке. Через неделю после начала болезни явилась сильная рвота, не уступавшая никаким лекарствам. Ввиду всех этих симптомов врачи, видевшие больную, смотрели на ее болезнь весьма различно. Одни говорили, что она беременна и простудилась; другие — что она беременна, но неправильно, т. е. что у нее внематочная беременность; третьи считали, что у нее вообще воспаление брюшины. Большинство, впрочем, склонялось к тому, что у нее гнойник в полости таза и лихорадка пиемическая. Как бы то ни было, сущности болезни ясно себе не представляли, тем более что каждый из

врачей-гинекологов видел ее по одному разу, а лечил больную фельдшер. Для успокоения рвоты и болей он делал больной впрыскивания морфия, иногда до 1/2 gr. 2 раза в день; для укрепления давалось вино. В декабре, как мы сказали, лихорадочное состояние стало поменьше, но больная, которая до этого могла ходить, в половине декабря стала слабее на ноги, сделалась очень раздражительна, не могла спать по ночам. В конце декабря слабость в ногах настолько усилилась, что больная с трудом передвигалась, а в начале января 1885 г. совсем слегла в постель. Паралич ног все увеличивался, сделался почти полным; в них явились чрезвычайно сильные боли. В половине января резко ослабели и руки и больная резко похудела. В то же время у нее стало сводить ноги в коленях, развились резко выраженные контрактуры. Параллельно с параличными явлениями развивалось и расстройство психической деятельности. Сначала, в половине декабря, явились раздражительность, нетерпеливость, полная бессонница. Затем больная сделалась крайне ажитированной, особенно вечером и ночью; она делалась крайне требовательна, кричала, звала к себе, просила сделать ей впрыскивание морфия, жалуясь преимущественно на боли в ногах; при этом возражений никаких она не слушала, как будто бы эти возражения совсем не относились к ней; воспринимала все как-то тупо, упрямилась, говорила не своим голосом. Мало-помалу сознание стало очень путаться, явилось глубокое расстройство памяти: больная постоянно заблуждалась в отношении места и времени; уверяла, что она куда-то разъезжает, видится с знакомыми. По временам воображала себя в каких-то собраниях, пела, хохотала. К вечеру обыкновенно настроение резко менялось: она делалась ажитированной, постоянно звала мужа, ругала его, обвиняла в неверности. Рыдала, приходила в исступление. Часто при этом бывали иллюзии, галлюцинации зрения и ошибки воспоминания. Ночи большей частью проводила без сна; засыпала часа на 3 только под утро.

Рвота прекратилась у больной в конце декабря. С развитием всех вышеописанных явлений она вообще очень ослабела; пульс сделался мал и част; иногда затруднялось дыхание. Больная ела очень мало. В половине января появился небольшой пролежень. Регулы не являлись от начала болезни.

Я увидал ее в первый раз 12 февраля 1885 г. и нашел ее в таком состоянии:

Больная — крайне исхудалая женщина с очень бледным лицом, с слегка желтоватым оттенком кожи. Слизистые оболочки очень бледны. Постоянно лежит в постели. Сама может переворачиваться, может приподниматься; держит голову довольно твердо. Ноги сведены в коленях; разогнуть их вполне нельзя вследствие напряжения мышц сгибающих; если разгибать далее известного предела, то больная кричит от боли. Движения ногами очень слабы: едва заметное сгибание пальцев ног и сгибание стопы. Разгибание абсолютно невозможно. Движения в коленном суставе более обширны, хотя также очень слабы. В тазобедренном суставе посильнее. Мышцы очень дряблы, худы; икры, точно мешки. Сдавление мышц крайне болезненно. При постукивании молоточком по мышцам голени сокращения в них появляются очень слабые. Электро-

сократительность в mm. extens. digit, comm. и extens. hallucis глубоко изменена: от индукционного тока сокращения не получаются (при едва выносимом больной токе); от гальванического же получаются сокращения довольно живые при 4 миллиамперах как при AS, так и при KS. Нужно заметить, что в руках ток такой же силы сокращения не вызывает. Пателлярных рефлексов нет, кожные — с подошвы — есть. Руки очень слабы, но все-таки много сильнее ног. Кисти рук слабее других частей; резкой разницы между параличом сгибателей и разгибателей нет.

Параличей мышц туловища, языка, лица, глазных мышц нет. Дышит больная очень часто, 30 дыханий в минуту; диафрагма работает слабо. Чувствительность, по-видимому, несколько притуплена, но больная все-таки в большинстве случаев узнает, когда прикасаются к ней, даже на подошвах. Ввиду психического состояния больной трудно определить степень поражения чувствительности. Во всяком случае чувствительность расстроена гораздо менее, чем движения. Чувство температуры тоже не очень расстроено: на подошвах различает разницы в 1 1/2°, а на кистях рук — менее 1°R.

Кроме небольшой анестезии, у больной существует резко выраженная гипералгезия кожи и мышц. При сдавлении мышц нижних и верхних конечностей больная кричит от боли. Пассивные движения тоже очень болезненны. Прикосновение к коже стопы очень болезненно. Кроме того, больная постоянно жалуется на холод в ступнях, старательно кутает их. По временам жалуется на самостоятельные боли в ногах большей частью ноющего характера. Мочевой пузырь функционирует правильно. Пульс 140 в минуту, правильный, но очень слабый.

Психическое состояние резко изменено: когда подойдешь к ней, она сначала отвечает правильно, кое-что припоминает из своей болезни, высказывает довольно правильные суждения относительно разных обстоятельств. Но чем дальше говорить с ней, тем все больше и больше начинает она путать: говорит, что она теперь здорова, что недавно ездила в город за покупками, покупала себе бурнус, который будто бы лежит в соседней комнате; по дороге встретила знакомого, тот звал ее на бал; она хочет ехать, хочет танцевать. Память глубоко расстроена; если, поговоривши с ней полчаса, уйти от нее, а через 5 минут опять прийти, она не помнит, что уже видела это лицо. Смешивает знакомых лиц одних с другими, хотя, впрочем, часто вначале и определяет правильно, кто именно пришел к ней. Когда остается одна, то, если она в хорошем настроении духа, поет песни, улыбается, хохочет. Иногда настроение резко меняется, она вдруг делается беспокойна; на нее нападает страх, она требует, чтобы кто-нибудь сидел около нее; иногда кричит, что сейчас свалится с постели и расшибется. Иногда возбуждение доходит до неистовства. Обыкновенно состояние ухудшается к вечеру; тут являются страх и галлюцинации зрения; больной представляются различные рожи, звери. Она требует, чтобы их искали, хочет сама вставать; когда ее удерживают, ругается. Так проходит бóльшая часть ночи; только под утро больная засыпает, а проснувшись, решительно ничего не помнит, что было ночью.

Кроме всех этих явлений, у больной был мной замечен плевритический экссудат на левой стороне, неизвестно когда появившийся. По исследованию гинекологов в полости таза оставалась какая-то опухоль, которую одни толковали как параметрический экссудат, другие — как внематочную беременность. Температура все по временам повышалась до 38,5°.

Дальнейшее течение было такое.

Наркотические впрыскивания морфия и большие дозы хлорала были постепенно оставлены. Больная первое время совсем не спала, сильно кричала, но затем стала спокойнее. Уже в марте 1885 г. она стала меньше путать, стала правильнее относиться к людям, не стала петь днем, стала лучше запоминать. В апреле в течение дня она уже могла хорошо разговаривать, память была хороша. Только по ночам появлялись беспокойство, страх, нетерпеливость и иногда галлюцинации. Наконец и это прошло, так что в мае больная с психической стороны стала совершенно здорова, только бессонница оставалась, да и то главным образом вследствие того, что ночью являлись особенно сильные боли в ногах. Физическое состояние ее улучшалось значительно медленнее. В первое время, т. е. в феврале, состояние ее даже ухудшалось: гипералгезия увеличивалась, самостоятельные боли по ночам сделались очень мучительны; также увеличилась контрактура в коленях. В марте также постепенно развивалось неправильное положение стопы: развилась pes equinus, и пальцы приняли положение когтя. Нужно, впрочем, отметить, что степень неправильности этого положения постоянно менялась: то она была очень велика, то слаба; особенно усиливало эту неправильность влияние внешнего холода. Впоследствии иногда случалось замечать, что изменение в положении пальцев развивается на глазах: пальцы то сгибаются, то несколько разгибаются, стопа то больше скрючится, то меньше; эти изменения развивались непроизвольно и несколько напоминали движения при атетозе. Лихорадочное состояние хотя становилось меньше, но все еще не прекращалось. Плевритический «экссудат исчез только к маю. Руки улучшались быстрее; к лету они уже были почти здоровы.

Впрочем, к лету и ноги стали уже поправляться: движения в бедрах и коленях стали обширнее, бедра стали немного полнеть. Летом можно было перевезти больную из Москвы, и я с тех пор не видал ее; по сведениям, которые я имею, улучшение постепенно прогрессировало, а в течение зимы 1885/86 г. больная стала ходить, хотя ступни все еще оставались очень слабы. Со стороны психической, кроме явлений раздражительной слабости, ничего не оставалось.

В этом случае картина болезни очень походила на описанную в наблюдении 5: также вслед за каким-то заболеванием в полости таза, заболеванием, соединенным с высокой лихорадкой, явилась упорная рвота (которая, впрочем, в этом случае продолжалась очень долго), а затем развилась классическая картина множественного неврита. Параллельно с невритическими явлениями развивалось расстройство психической деятельности.

Оно так походило на то, что мне случалось видеть при алкогольных параличах, чго я старательно допытывался узнать, употребляет ли она вино или нет. Однако мне удалось только узнать, что в семье ее действительно много пьяниц; отец и мать сильно пили. Сама больная употребляла прежде вино, но уже 6 лет, как совсем ничего не пьет. Во время болезни действительно давали портвейн, но только по предписанию врача. Правда, кроме алкогольной интоксикации, здесь могла быть интоксикация морфием, но как бы то ни было, если это и имело влияние на развитие болезни, все-таки как психические симптомы, так и физические (неврит) развились параллельно, и, вероятно, от действия одной и той же болезнетворной причины.

Наблюдение 7. Больная А., девица 19 лет. Поступила в мою лечебницу 23 января 1886 г. (приезжая из К.) с таким описанием болезни, подписанным видевшим ее местным врачом.

«В начале 1885 г. упала во время танцев. С тех пор регулы стали запаздывать в своем появлении, иногда бывали болезненны. В начале августа ради шутки сразу спустили на землю поднятую доску весов, на которой стояла больная. Она почувствовала сильный толчок болезненным ощущением в животе и с трудом дошла до своей постели. Через день она встала, и, по-видимому, последствия падения перестали ее беспокоить. Около половины августа она вышла потная из церкви, не одевшись; было прохладно. Вскоре за этим почувствовала сильный озноб и жар; слегла в постель. Лихорадочное состояние, по-видимому, скоро прошло, но у больной осталась упорная и постоянная рвота, вызывавшаяся каждым введением пищи, часто и без него. Чувствуя сильную слабость, больная скоро совсем слегла в постель. В сентябре я видел ее раз на консилиуме, на котором предложил пользующему врачу, между прочим, исследовать и мочу. По его словам, было найдено много белка; лечение он вел сильное, изменяющее. Во второй раз я видел больную в конце октября. Рвота по-прежнему продолжалась. Больная представляла сильную степень исхудания; мышц почти не было, не говоря уже о подкожном жировом слое. Она лежала в постели, была немного апатична, но не обнаруживала никаких расстройств в психической сфере. Еще ранее, на консилиуме, была указана возможность связи болезней с половой сферой, со стороны которой были и тогда некоторые явления, именно: прекращение регул с половины августа, бели, чувствительность при давлении на живот. Так явления представлялись и в конце октября; в особенности была сильно выражена боль в животе, до которого нельзя было дотронуться, не вызывая сильной боли. Приглашенная женщина-врач нашла значительные изменения в матке (endometritis catarrhalis с увеличением и расширением полости ее). Лечение, направленное против этих изменений, сразу остановило рвоту. При помощи горьких средств восстановился аппетит, больная успокоилась и боль в животе стала проходить. Около 26 ноября у больной вдруг сделался приступ психического возбуждения, выразив-

шийся беспокойством, бессонницей, бредом; было задержание мочи. Это совпало с намазыванием Collod. cantharid. места на животе величиной в серебряный рубль.

Меня поражало при осмотре то обстоятельство, что, несмотря на хороший аппетит, она по-прежнему была худа, по-прежнему с резко атрофированными мышцами. Тут же при исследовании больной обнаружена контрактура в коленях (под прямым углом). Задержание мочи продолжалось 7 дней. Такое же время продолжалось и сильное психическое возбуждение. Затем она успокоилась; стала спать, совершенно правильно рассуждала; только по временам можно было заметить, что ее интересуют вещи, мало связующиеся с ее положением и возрастом. Около 20 декабря опять повторился приступ сильного психического возбуждения, сопровождавшийся бессонницей, но при отсутствии явлений со стороны мочевых органов. В настоящее время больная спокойна, ест и спит хорошо, правильно отвечает на вопросы, хорошо помнит, что происходит вокруг нее».

Мнение докторов, пользовавших больную, было различное. Вначале допускалось страдание почек, потом белка в моче не находили, и все объясняли расстройством половой сферы. Затем остановились на страдании головного мозга и, наконец, на страдании спинного мозга.

К сообщенным сведениям удалось добавить еще следующее:

«Больная совершенно перестала вставать с начала ноября. В ноябре же начали развиваться и контрактуры. Приступ беспокойства развивался так: 26 ноября были сильные боли в животе, она голосила, кричала, стала ругать Спасителя. То же продолжалось и на другой день — ругала Спасителя, приподнималась на постели, но ногами не могла двигать. Через два дня хуление бога прекратилось. После этого стало развиваться слабоумие: имела вид глупенькой, говорила, что она матерь божия, богородица, пророчица. Часто говорила сама с собой, возбуждение бывало около периода, когда должны быть регулы, которых нет с августа. Галлюцинации зрения были, хотя мало; видела «божество». Вина не пила. Никакими острыми болезнями, кроме описанной, не страдала. Была довольно полна. При лечении употребляли и морфий, и вино. В течение болезни были и боли, именно в декабре и январе. Больная сильно жаловалась на чрезвычайно сильную болезненность под ногтями; дотронуться до них было больно. В последнее время болезненность стала уменьшаться, и последнюю неделю ее почти совсем нет».

Status praesens 23 января 1886 г.

Больная лежит в постели. Лицо немного одутловатое, хотя исхудалое. Все тело представляет признаки сильного похудания; похудание распространяется и на мышцы, и на подкожно-жировой слой. Сознание больной довольно смутно; умственный кругозор очень ограничен. Когда к ней подходят, она здоровается, как будто давно знакома; иногда она и говорит, что знакома, называет какое-нибудь имя и отчество, говорит, что видала прежде, давно. Лицом делает гримасы, то зажмурит глаза, то закатывает их кверху; руками производит разные движения, то поднимает их кверху, то выворачивает руки, перебирает пальцами. Лицом делает умильную физиономию, часто берет руку, целует (очень лю-

бит целоваться). Просьбу сделать то или другое исполняет не всегда. Иногда исполняет, но неумело. Попросить показать язык — раскроет рот во всю ширину и долго держит высунутым язык, несмотря на то что говоришь ей, что пора его спрятать. То смеется сама с собой, то плачет; но и смех, и слезы имеют характер самый поверхностный. Сама не может сказать, отчего у нее настроение плаксивое или смешливое. Иногда говорит особенным дурачливым жаргоном. По-видимому, мало отдает себе отчет, где она, что с ней; по крайней мере активно она не отдает себе в этом отчета; на вопросы же отвечает иногда довольно правильно, что она больна, заболела в августе; но иногда вдруг говорит, что ей нужно ходить, хочет встать; но когда ей напомнят, что ноги ее плохи, скажет: «действительно, стали опять плохи»; через несколько времени опять повторяет то же. Вообще часто повторяет одно и то же, хотя иногда вспоминает многие вещи хорошо. Но ясного представления о времени, о событиях, об их связи, пространстве решительно нет. Вопросов «зачем» и «почему» совсем нет. Ответы большей частью короткие, иногда правильные, иногда совсем не соответствующие. Иногда вовсе не отвечает, а только кривит лицо какой-нибудь гримасой и закатывает глаза кверху. Это продолжается и тогда, когда остается одна. При этом иногда, впрочем, начинает разговаривать тихо, как будто с кем-то разговаривая. Разговоры эти состоят из набора слов. Вот образец разговора: «А я умею тоже говорить по-польски» (смеется, кривит лицо, жмурит глаза, закатывает их кверху). «То же, — ну, что же, приходите... и я приду» (руки поднимает кверху, перебирает пальцами). На вопрос: «Знаете меня?» — «Знаю, как не знать». — «Где вы меня видели?» — «В Херсоне». — «Когда?» — «Я знаю, когда... Видела, вы Иван Иваныч». — «Да вы разве бывали в Херсоне?» — «Была, я знаю когда». — «Зачем?» — «Я знаю зачем». — «Когда вы сюда приехали?» — «Приехала, сюда приехала, приехала, приехала». — «Вы откуда приехали?» — «Из К. приехала, из К. приехала, в Москву приехала» (хохочет потихоньку, что-то шепчет). — «Зачем приехали?» — «В гости, погостить» — «Давно ли вы здесь?» — «Давно приехала». — «А вы не лечиться приехали?» — «Не лечиться, лечиться». — «Что у вас болит?» — «Зубы болят, нет не болят, ножки болят». — «А они двигаются?» — «Двигаются хорошо». — «Попробуйте» (пробует). — «Ну, вот не двигаются, опять не двигаются, прежде было, опять стали не двигаться» (говорит равнодушно, смеется с глупым видом). — «Давно вы больны?» — «Именины были, и уехала в Москву». — «А сначала что было?» — «Сначала постилась, что съем, то назад, шесть недель». — «Отчего?» — «Постилась, живот болел». — «Где?» (показывает под ложечкой). — «А низ живота?» — «Болел, Александра Филипповна говорила, говорила; докторша... в августе, да...» — Потом потихоньку одна говорит сама с собой, вертит голову, руки, шепчет: «богородица, святители» и т. д.

По-видимому, по временам бывают галлюцинации зрения и слуха; при этом видит или злых духов, или святых. Оставшись одна, больная или лежит молча, закатив глаза кверху, или шепчет, причем смысла в словах ее никакого нет; это просто набор слов, имен святых и т. д.

Со стороны физической состояние такое.

Больная постоянно лежит в постели, так как обе ноги сведены в коленях. Контрактура под острым углом около 60°. Выпрямить далее 60° не может. Пассивному разгибанию представляется сильное сопротивление со стороны сгибателей голени. Если делать разгибание далее, то является сильная боль. В тазобедренном суставе пассивные движения возможны вполне. В голеностопном тоже довольно свободны, хотя небольшая ригидность в ахилловом сухожилии существует. При обыкновенном положении ступни подошва представляется несколько более вогнутой, чем в нормальном состоянии. Пальцы не представляют ригидности, положение их слегка согнутое. Активные движения возможны в тазобедренном и голеностопном суставах и в пальцах. В коленях движения возможны в тех границах, которые обозначены, — разгибание далее 60° невозможно. Сила всех движений значительно ослаблена, хотя полного паралича нет ни в одной мышце. Всего слабее сила в extensor cruris. Мышцы стопы и пальцев действуют, хотя сила также ослаблена. Мышечная сила в руках тоже ослаблена во всех мышцах равномерно. Сила сжимания кисти очень невелика; на динамометре не дает почти никакого отклонения указателя.

Сидеть больная может, хотя, по-видимому, скоро устает и предпочитает лежать. Брюшные мышцы работают, но сила их небольшая. Голову держит прямо. В мышцах лица параличей незаметно. Движения глаз совершаются во все стороны. Иногда при движении глаз вверх заметен легкий нистагм. Язык не дрожит; глотание правильно, но иногда после глотания являются движения, похожие на тошнотные. Диафрагма действует нормально. Питание мышц очень расстроено. Все мышцы дряблы, худы; особенно резкое похудание в нижних конечностях, где многие мышцы представляются резко атрофированными. Наиболее похудели rectus femoris, vastus internus, vastus externus, gastrocnem. extens. digitor. commun. и extensor hallucis. В руках похудание мышц очень большое, но совершенно равномерное.

Окружности	Правая	Левая
Antibrachii у мышелка	124 см	130 см
» у локтя	175 »	178 »
Середина плеча	165 »	168 »
» бедра	235 »	230 »
Икр	209 »	202 »
Подъем стопы	200 »	200 »

Похудание на обеих сторонах почти равномерно, хотя немного более оно выражено в правой руке и левой ноге.

Электросократительность от индукционного тока вполне хороша во всех мышцах верхних конечностей, в лице и туловище. Совершенно иное в нижних конечностях. Сокращения от индукционного тока вызываются легко во всех mm. glutaei и в мышцах стопы, не исключая и interossei. В мышцах, сгибающих и разгибающих бедра, а также в икроножных, mm. peronei, extensor, digit, commun., extens. hallucis и tibialis anticus сокращения от индукционного тока не получаются. В тех

мышцах, в которых нет сокращений от индукционного тока, их нет и от гальванического даже при 20 миллиамперах. В mm. glutaei сокращения вызываются при 8 миллиамперах (катод раньше анода), а в мышцах ступни — при 7 миллиамперах (тоже катод раньше анода). В мышцах верхних конечностей сокращения вызываются при 2,5 миллиамперах, почти одинаково катодом и анодом.

Чувствительность везде сохранена. Хотя, ввиду психического состояния, исследование всех видов чувствительности невозможно, но все-таки можно убедиться, что всякое прикосновение больная чувствует в руках и ногах. Тепловые ощущения тоже различает; болевые раздражения вызывают боль. Индукционный ток вызывает боль, хотя не очень сильную; гальванический ток вызывает боль довольно сильную, так что исследование очень сильными токами невозможно. При исследовании болевого чувства получается впечатление, что проведение болевых ощущений замедлено.

На самостоятельные боли жалоб нет. При давлении на мышцы бедра и икроножные вызывается порядочная боль, по-видимому, значительно большая, чем при давлении на мышцы верхних конечностей; впрочем, судить о степени этой боли приходится по выражению лица и стону больной, а не по ее словам. Кожные рефлексы сохранены. Пателлярные рефлексы отсутствуют. Механическая возбудимость в мышцах как верхних, так и нижних конечностей существует. Отека в ногах нет, но лицо слегка припухлое, как будто отекшее. Ступни большей частью холодные, влажные. На кистях тоже холодный пот.

Речь довольно ясная, только больная немного картавит. Аппетит порядочный. Иногда тошнотные движения. Живот втянут. При давлении на живот боль в подвздошной области. Моча идет свободно, но иногда больная мочится под себя. Один раз пустила стул под себя. Пульс 135, очень слабый; изредка перебои. Тоны сердца слабы, чисты. Кашель небольшой. Объективное исследование не показывает ничего ненормального. Вес 35 650 г. Температура 37°. 24-го: не спала ночью, говорила много, пела молитвы, говорила, что она богородица, крестилась. Днем довольно спокойна, целуется. Мышление очень вяло; сама ничего не говорит; на вопросы отвечает ужимками, гримасами, закатыванием глаз. Температура 37,4°, вечером 37°. 25-го спала 4 часа. Ела порядочно. Лежит, мало говоря; выражение лица малоосмысленное; часто повторяет одни и те же слова; смотрит в одну точку, закатывает глаза вверх. Температура утром 36,4°, вечером 37,4. 26-го: спала 5 часов. Ела хорошо. Слабило в кровати. Мочи 700 $см^3$; белка и сахара нет, ацетона тоже нет (реакция с нитропруссиднатрием). Температура утром 37,2°, вечером 37,6°. Говорит мало, целуется. Спустила ноги с кровати, как будто желая ходить. 27-го не спала. Была несколько беспокойна, галлюцинировала, хотела вскакивать с постели. Днем поспокойнее; но когда пришла мать, расплакалась. Небольшая катаральная ангина. Температура утром 37,8°; вечером 38,4°, 28-го ночью сильно беспокоилась, страшные галлюцинации: ей представлялся сатана с огненными глазами; кричала страшно. С утра поспокойнее, но тоже галлюцинации и смутное сознание. Прислугу принимает за что-то страшное. Вот образец бреда: «Пошла ты... (к

прислуге), как огнем жгет. Ай, ай... она задушит меня... (молчит, потом говорит в сторону). Да, как же... Убирайся вон, будет гвоздить (слышит стук в соседней комнате)... А может купеческая дочь... (закатывает глаза кверху, руки складывает крестом). Иисус бог, отец, творец, а ты только говоришь, вешаешь отца и мать на ветку... Страх..., то-то чудеса... Хорошо, ты говоришь... Собака... Я тебе дам, собака... Зась, зась, я тебе дам, зась... Через тебя я голос потеряла... Ты на квартире стояла у нас... Иисус хорош — еще бы. Ах, противный какой... (как будто отвечает кому-то). Татьяна и Евпраксия... 25 июля Олимпиада и Евпраксия... а ты кто? А голубые глаза у папаши, у Спасителя... прокляну?.. Я тебя скорее могу проклясть; ты глупый, на квартире у нас стоял, и ровен ты? Из деревни (вздыхает). Убирайся вон (закатывает глаза). Молчи ты... Верующие в Спасителя так не погибнут никогда, а ты только чепуху говоришь. О-лим-пи-а-да... Небо-вос-пе-ва-тель-ница... (открывает широко рот, дышит напряженно). Чего он там плюет? Нечего плевать, я может подороже тебя стою... дрянь какая... (хрипит, хочет откашлять мокроту). Охрипла через это, через него... (таращит в ужасе глаза, руками хватается, трясет, указывает пальцем в пространство, говорит торопливо). Смотрите — у...у...страшно, страшно... Крест Христов просвещает всех (крестит). Да воскреснет бог. Бог-отец — земли творец... (указывает на сиделку). Страшная, огненная... А... а... (стонет, стучит зубами)... Лицо, как огонь... Лица огненные... (говорит молитвы; читает стихи религиозного содержания, несколько строк подряд) и т. д.

Потом уснула. 4 часа спала. Слабило. Вечером поспокойнее; ангина меньше. Пульс 140°. Температура утром 36,4°, вечером 36,7°. 29-го ночью немного галлюцинирует. К утру спала 4 часа. Температура утром 37,9°, вечером 37,9°. Пульс 128. Днем спокойнее, не галлюцинирует, улыбается, кривляет лицо, разводит руками. Стыдливости мало: ноги и низ живота почти голые, и она не старается прикрыться. Памяти мало: имен совсем не помнит. Слабило. 30-го целует руки. 31-го то же.

Дальнейшее течение можно передать в общих чертах: галлюцинации и возбуждение по ночам продолжались недолго; в течение февраля они уже исчезли, и больная впала в довольно монотонное состояние апатического слабоумия. Она почти ничего не говорила, хотя на вопросы отвечала; чаще всего лежала тихо с обращенными кверху глазами, с умильной улыбкой на лице. Решительно не могла сказать, где она, кто ее окружает. По ее представлению, она где-то в гостях. Окружающих людей называет именами своих знакомых. Не может запомнить по имени ни одного из присутствующих и живущих с ней вместе. Иногда глупо хохочет. Спать стала много. В марте явились регулы после долгого отсутствия; появление их сопровождается ажитацией, бессонницей. Опять явилось беспокойство по ночам; затем больная опять сделалась такой же благодушной, слабоумной, как прежде. Ела она хорошо. Пульс делался покрепче. Сама она постепенно прибывала в весе. В таком состоянии провела она март и апрель. В апреле она стала слегка работать и называть по имени некоторых из служанок, хотя моего имени все еще не могла запомнить. Нужно заметить, что у больной все-таки

нельзя было констатировать именно то расстройство памяти, которое характеризуется забвением решительно всего только что случившегося: она некоторые вещи могла запоминать, другие же сейчас забывала. Но в общем все-таки ослабление памяти было очень резко. В течение мая, июня и июля память, хотя понемногу, но все-таки улучшалась, хотя до самого августа больная не знала моего имени. Она стала восприимчивее к окружающему, стала больше обращать внимания на других больных и стала ориентироваться; сознала, что она в лечебнице; стала понемножку работать и читать, хотя скоро забывала прочитанное. Говорила, впрочем, мало и большей частью одни и те же стереотипные фразы. По-прежнему она была спокойна, но только перед регулами делалась особенно впечатлительна, легко волновалась, жаловалась на тоску; иногда в это время бывали ощущения дурноты, чувство сдавления в груди и в горле. Всякое утомление, даже продолжительная прогулка в кресле на колесах в эти периоды, выражалось усилением нервных симптомов, иногда рвотой. Больная очень полнела, в весе прибавилась очень значительно, но, по-видимому, полнота обусловливалась большим развитием жира, мышцы же восстановлялись медленно. Правда, еще в мае появилась электросократительность в мышцах нижних конечностей, но чрезвычайно слабая, и такой оставалась она до выхода больной из больницы. Сила в руках и ногах увеличилась, но все еще была невелика. Контрактуры уменьшились. Нистагм исчез еще в марте. Летом она брала соленые ванны и употребляла Sol. Fowleri. В течение августа и сентября при лечении электричеством и легким массажем поправление пошло быстрее. Больная стала довольно хорошо запоминать, так что могла заучивать стихи, стала гораздо восприимчивее к окружающему, интересы стали шире, круг идей гораздо обширнее — она стала рассуждать хорошо, так что родственники ее уверяли, что почти такая она была и здоровая. Во всяком случае, все-таки кругозор был узок и интересы не обширны. Кроме того, резко заметна была значительная утомляемость; после всякого сильного впечатления больная быстро утомлялась, и это выражалось у нее в ощущении неопределенного беспокойства и плохом сне.

Со стороны физической: 1) она значительно окрепла и пополнела. Вес тела при выходе был 76 610 г; следовательно, она прибавилась на 40 960 г. Объем конечностей очень увеличился, именно:

Окружность	Правая		Левая	
	при поступлении, см	при выходе, см	при поступлении, см	при выходе, см
Antibrachii у мыщелка	124	150	130	145
» у локтя	175	243	178	235
Середины плеча	165	260	168	260
» бедра	235	440	230	435
» икр	209	300	202	290
Подъема стопы	200	240	200	230

2) Сила мышц значительно больше; однако все еще она не достигла нормы, так же как и объем мышц. Электросократительность едва заметна. 3) Контрактуры в коленях стали гораздо меньше; при поступлении ноги были согнуты под углом в 60°, а при выходе — под углом в 110°, и увеличение угла все продолжалось. 4) Пателлярных рефлексов нет. В таком состоянии больная вышла из лечебницы в сентябре 1886 г., и я уверен, что улучшение будет все продолжаться как со стороны психической, так и со стороны физической.

В этом случае диагноз болезни поставить было довольно трудно. В самом деле, болезнь началась какой-то болью в животе, затем явилась упорная рвота и затем при крайнем истощении явились психическое расстройство и контрактуры. При первом взгляде на больную легко было подумать, что она страдает истерией; в самом деле, было какое-то странное психическое состояние — то она скажет дельно, то путает, иногда хохочет, иногда плачет; при этом контрактуры без резко выраженных параличей. Однако при внимательном наблюдении легко было заметить, что психическое расстройство носит характер глубокого слабоумия и резко выраженной раздражительной слабости. Физические же симптомы совсем не соответствовали истерическим, так как пателлярных рефлексов не было; не было и электросократительности, и мышцы были очень худы, дряблы. Хотя в этом случае очень значительных болей и не было, но, зная, как часто даже самые тяжелые множественные невриты протекают без болей, я все-таки остановился на диагнозе множественного неврита у нашей больной и на предположении, что психическое расстройство вызвано той же причиной, которая вызвала и множественный неврит.

Аналогичные этому случаи, как мы сказали, есть и в литературе. О некоторых из них, как мы видели, упоминает Мюллер. Из случаев, им упоминаемых, мы отметим главным образом два: один Жоффруа и Дено и другой Грэнджера Стюарта.

Случай Жоффруа и Дено касался 33-летней туберкулезной женщины, у которой были частью параличи в нижних конечностях, особенно экстензоров, частью расстройство координации движений. Была атрофия мышц, ослабление пателлярных рефлексов. Умственные способности были резко ослаблены. Микроскопическое исследование показало целость нервных центров и присутствие паренхиматозного неврита в нервах конечностей. Случай Грэнджера Стюарта[1] касался 31-летнего мужчины, у ко-

---

[1] Цитировано из книги: *Buzzard* T. On some forms of paralysis from peripherical neuritis of gouty, alcoholic, diphtheritic and other origin. The Harveian lectures for 1885. London. 1886, 147 p.

торого сначала явились боли в ногах, потом в руках, чувство ползания мурашек, ослабление чувствительности с замедлением проводимости болевых ощущений. Произвольные движения мышц стопы и кисти были очень ослаблены. Электросократительность уменьшена. Давление на мышцы болезненно. Вместе с этим было резкое расстройство умственной сферы: вялость, сонливость, глубокое ослабление памяти. Смерть от пневмонии. Микроскопическое исследование показало резко выраженные изменения в периферических нервах верхних и нижних конечностей. Кроме того, были и изменения в спинном мозгу (в голлевых и боковых столбах), на которые автор смотрит как на последовательные.

К этим случаям мы можем прибавить еще 4 случая:

Случай Фирордта[1]. У больной 23 лет, туберкулезной и страдавшей сифилисом, развилась параплегия с резко выраженной гипералгезией, болями и анестезией. Пателлярных рефлексов не было. С течением времени развилась атрофия в нижних конечностях, а параличные явления распространились на мышцы верхних конечностей и туловища. Смерть последовала при явлениях паралича диафрагмы. Пульс учащен; температура нормальна. В последний период болезни явилась спутанность сознания; больная путала имена, позабыла, сколько времени она в больнице. При вскрытии констатирован множественный дегенеративный неврит.

Случай Роже[2]. У человека 18 лет болезнь началась без видимой причины сильными болями в конечностях и гипералгезией; затем присоединились параличные явления, развивавшиеся в восходящем направлении. Через 6 недель от начала болезни присоединились новые симптомы — рвота, конвульсии и бред. Эти явления повторились опять через две недели. После этого развились контрактуры и атрофия в мышцах. Постепенно все явления уменьшались, хотя полного выздоровления не наступило.

Случай Ремака[3]. Больная 30 лет заболела, по всей вероятности, ревматизмом. Через 3 месяца после этого невритические боли в конечностях, диплопия, чувство онемения в конечностях и парезы в ногах и руках. Параличи в конечностях носили резкий периферический характер. Пателлярных рефлексов не было. В пальцах рук были своеобразные судорожные явления, а

---

1 *Vierordt O.* Beitrag zum Studium der multiplen degenerativen Neuritis, Archiv für Psychiatrie, 1883, XIV, 3, 678—698.

2 *Roger H.* Des névrites péripheriques, L'Encéphale, 1885, 5, 140—169.

3 *Remak E.* Ein Fall von generalisirter Neuritis mit schweren elektrischen Alte-rationen auch der niemals gelahmten nn. facialis, Neurologisches Zentralblatt, 1885, 4, 313—320.

в лице был заметен паралич обоих nn. facialis. В то же время при общем хорошем состоянии питания при отсутствии лихорадочного состояния у больной заметно было изменение в психической сфере, выражавшееся в плаксивом, подавленном настроении, в безразличном отношении к окружающему и в значительном ослаблении памяти. Произношение с резкой запинкой напоминает несколько расстройство речи при прогрессивном параличе.

Случай Бука[1]. Больной 34 лет. За 8 лет до настоящей болезни имел сифилис без последующих рецидивов. С февраля 1884 г. чувство онемения в нижних конечностях; в июле походка стала неверная; сам больной сделался из спокойного и оживленного вял и печален; по временам делался очень странным, а в августе явились бредовые идеи. В то же время явились стреляющие боли в ногах. 20 августа ptosis oculi dextri — зрачки равномерны. Мускулатура конечностей очень болезненна при давлении. Чувствительность кожи ослаблена снизу до колен. Параличные явления в конечностях были резко выражены; электросократительность уничтожена в мышцах стопы, голени, кисти и предплечья. Параличные явления и расстройство чувствительности постепенно распространялись с периферических отделов конечностей на более центральные. Мышцы туловища оставались не поражены. Мочевой пузырь и прямая кишка тоже не были расстроены. 7 сентября: pares, n. abducentis sin., 9-го — смерть. При вскрытии исследованы только периферические нервы верхних и нижних конечностей. Микроскоп показал расширение и переполнение сосудов perineurii и всевозможные степени дегенерации нервных волокон с умножением ядер. В крупных стволах перерождены были только некоторые волокна. Дегенеративные изменения в мышцах.

Хотя в этих случаях, собранных нами в литературе, расстройство психической деятельности описано очень коротко, но зато в некоторых присутствие множественного неврита доказано вскрытием, и если их присоединить к нашим 4 случаям, то мне кажется, что этого будет достаточно, чтобы прийти к заключению, что в некоторых случаях та болезнь, которая известна под именем множественного неврита, сопровождается психическим расстройством, если этот неврит и неалкогольного происхождения.

Мы нарочно описали подробно наши 4 случая, так как в них особенно резко бросается в глаза, что физические симптомы

---

[1] *Boek.* Ender et Tiffälder af acut. Polyneurit. // Neurologisches Zentralblatt. 1886. № 5. С. 60.

множественного неврита и психическое расстройство развиваются параллельно, и притом во всех случаях решительно не было данных предполагать хроническую интоксикацию алкоголем; если вино и другие наркотические и употреблялись, то уже во время болезни; следовательно, происхождение болезни вряд ли можно было приписать им. Пожалуй, можно бы еще сказать, что в некоторых из этих случаев к симптомам множественного неврита присоединился бред от истощения (или лихорадочного состояния), так как три из наших больных были действительно очень ослаблены в период развития множественного неврита и лихорадки, но первая больная (наблюдение 4) вовсе не была истощена, напротив, она была в полном здоровье; лихорадочного состояния тоже не было у нее ни одного дня. Таким образом, остается одно принять, что психическое расстройство составляло такой же симптом болезни, как и параличи, боли и т. д.; другими словами, что та болезнь, которую мы привыкли называть множественным невритом, в этих случаях выражалась двумя группами симптомов со стороны нервной системы, из которых одну составляли симптомы собственно множественного неврита, а другую — психическое расстройство.

Спрашивается, в каком взаимном отношении находятся эти две группы симптомов? Нельзя ли как-нибудь объяснить психическое расстройство как последовательное вслед за невритом; например, нельзя ли думать, что вследствие болей, сопровождающих неврит (рефлекторным путем), расстраивается кровообращение в головном мозгу, и таким образом развивается психоз. Но против этого предположения говорит то, что во многих случаях именно психозом и открывается серия нервных симптомов, а боли являются уже впоследствии. Таким образом, остается одно признать, что при той болезни, которая называется множественным невритом, может расстроиться психическая деятельность так же первично, как могут расстроиться периферические нервы. Другими словами, болезнетворная причина, вызывающая «множественный неврит», может поразить различные отделы нервной системы, как центры, так и периферические нервы, и, смотря по тому, где она локализируется, будут или симптомы со стороны периферических нервов, т. е. симптомы собственно неврита, или симптомы со стороны головного мозга — психическое расстройство. Припомним, что к этому же выводу пришли в настоящее время и те невропатологи, которые занимались вопросом об отношении заболевания спинного мозга к множественному неврите. Именно ввиду того что существуют случаи множественного неврита с несомненными, хотя и не эквивалентными изменениями

в спинном мозгу (случай Эйзенлора[1] и Оппенгейма[2]), нужно полагать, как особенно резко высказал Штрюмпель, что болезнетворная причина, вызывающая множественный неврит, хотя всего чаще поражает периферические нервы, но во многих случаях может поразить и центры. А так как эта болезнетворная причина почти для всех так называемых множественных невритов есть влияние на организм какого-нибудь вредного вещества, т. е. или яда в тесном смысле слова, или миазмы, или, наконец, яда, развивающегося в самом организме (множественные невриты после утомления — Гирта) то становится понятным, каким образом может эта болезнетворная причина иметь такое распространенное влияние на нервную систему.

После всего сказанного, мне кажется, мы имеем основание допустить, что психическое расстройство во многих случаях является как одна группа симптомов той болезни, которую называют множественным невритом. Одну группу симптомов этой болезни составляют собственно невритические симптомы, другую — расстройство психической деятельности. Правда, последнее бывает не всегда при множественном неврите, но все-таки довольно часто, а при происхождении множественного неврита в зависимости от некоторых этиологических моментов даже почти всегда. К таким этиологическим моментам принадлежит алкоголизм; и действительно, множественные невриты алкогольного происхождения сопровождаются всегда большим или меньшим расстройством психической деятельности. Затем очень часто сопровождаются ими, как мы видели, некоторые поражения в полости живота или таза; какого рода эти поражения, мы не можем сказать, но что при них развивается какой-нибудь яд, поражающий нервную систему, это мне кажется вполне вероятным. Да, впрочем, и почти все другие этиологические моменты, могущие вызвать множественный неврит, могут вызвать вместе с этим и психические расстройства. Начнем хоть с настоящих ядов: при *мышьяковых* параличах, которые тоже мы имеем право причислять к невритическим, могут быть психические изменения. Правда, они не часты и не достигают той степени, как при алкогольных, но все-таки они бывают: выражается психическое расстройство при мышьяковых параличах после острого отравления или в виде галлюцинаторной спутанности в начале болезни (вроде delirium tremens), или в виде резко выраженной раздражи-

---

[1] *Eisenlohr C.* Ueber progressive atrophische Lähmungen, ihre zentrale oder periphere Natur // Neurologisches Zentralblatt. 1884. № 7—8.

[2] *Oppenheim H.* Beiträge zur Pathologie der «multiplen Neuritis» urrd Alkohol-Lähmung, Zeitschrift für klinische Medizin, 1886, XI, 2—3, 232—262.

тельной слабости. При параличах вследствие хронического отравления мышьяком Кирхгассер[1] описывает изменение настроения, тоскливость, раздражительность, депрессивное состояние. У многих, говорит Кирхгассер, пропадает память относительно недавнего, только что случившегося, тогда как прошедшее помнится довольно хорошо. При *свинцовых параличах*, при которых множественный неврит тоже доказан, тоже бывают психические расстройства, большей частью в виде галлюцинаторной спутанности, сопровождающей эпилептические припадки. При *отравлении сероуглеродом* тоже бывают психические расстройства. Хотя влияние этого отравления на развитие множественного неврита и не доказано, но картина болезни так похожа на алкогольные заболевания, что почти нельзя сомневаться, что вскрытие показало бы и при отравлении сероуглеродом изменения в периферических нервах. При этой болезни также бывают паретические явления в конечностях, сопровождающиеся ланцинирующими болями и потерей сухожильных рефлексов. Часто бывает характерное психическое расстройство: глубокая апатия и глубокое расстройство памяти. При отравлении *окисью углерода* бывают и поражения периферических нервов, иногда клинически протекающие как множественный неврит; при этом же отравлении иногда бывают глубокие расстройства психической деятельности, частью в форме слабоумия, нередко излечимого (как случай Гнаука)[2], частью в форме резко выраженного расстройства памяти, особенно к недавнему, с относительно хорошим сохранением рассудочной деятельности. Таковы случаи Маньяна, приведенные в работе д-ра Хардина[3].

Мы не станем останавливаться на других интоксикациях, при которых, хотя и можно предположить поражение периферических нервов, но оно не доказано (хлорализм, отравление табаком и т. п.), а перейдем к другой группе множественных невритов, именно к тем, которые развиваются после острых болезней или вообще при тяжелых острых болезнях. При них также являются психические расстройства и иногда очень характерные.

Из них на первом плане стоят *послетифозные заболевания*. Известно, что тиф располагает к появлению множественных неври-

---

1 *Kirchgasser G.* Ueber die Vergiftung durch grüne Zimmerfarben. Ein Beitrag zur Lehre von der chronischen Arsenikintoxikation, Vierteljahresschrift für gerichtliche und offentliche Medizin, Juli 1868, 96—160.

2 *Gnauck R.* Kasuistische Mitteilungen // Charité-Annalen. 1883. № 8. С. 399—415.

3 *Хардин В.* О послеугарных нервных заболеваниях и об изменениях в нервных центрах после отравления окисью углерода, Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. 1885. № 1. С. 88—170.

тов; иногда при этом невриты бывают не глубокие, скоропреходящие; иногда, наоборот, поражение захватывает глубоко нервные стволы, распространяется на массу нервов и вызывает клиническую картину полуострого восходящего паралича с расстройством чувствительности, с мышечной атрофией, потерей электросократительности, иногда с поражением мочевого пузыря, мышц глазных, дыхательных и глотательных. Очень часто параллельно с физическими симптомами развиваются и психические. Это было, например, в случае Рудова[1], где у больной при резко выраженных симптомах множественного узлового неврита была бессонница, слабая память, особенно относительно недавнего, и явления церебральной неврастении. Мне тоже приходилось видеть несколько случаев, где после тифа психические симптомы развивались параллельно с невритическими. Особенно помню я одну больную, которую я видел после очень тяжелого тифа; у нее был паралич нижних конечностей и слабость верхних с потерей сухожильных рефлексов и легким ослаблением чувствительности. Кроме этого, характерное психическое расстройство, выражавшееся в глубокой потере памяти и спутанности сознания; сначала был страх, панфобия, потом больная перешла в полусонное состояние; если с ней заговорить, она сейчас же начинала говорить о своих выездах, о том, какие она покупки делала час тому назад. Достаточно было на минуту отойти от нее, чтобы она позабыла, что уже видела это лицо. Больная вскоре умерла.

В других случаях психическое расстройство не сопровождается резко выраженной спутанностью сознания, а является то характерное расстройство памяти недавнего, которое мы видели при алкогольных параличах. Иногда при этой форме симптомы собственно неврита бывают очень маловыражены, а расстройство памяти глубокое. Я помню одного 40-летнего больного, у которого такое расстройство памяти так и оставалось в продолжение более трех лет после тифа, несмотря на ничтожность явлений неврита. У других больных, впрочем, память понемногу восстановляется. Я наблюдал одного капитана волжского парохода, у которого после тифа развился неврит многих нервов и вместе с этим психическое расстройство сначала в форме спутанности, а затем в форме расстройства памяти недавнего при относительно хорошем состоянии рассудочной деятельности. В первый год он решительно все забывал, что случалось со времени заболевания, не помнил ни своей квартиры, ни новых знакомых, хотя разговаривал всегда довольно дельно. Во второй год он уже запоминал улицы, лица и

---

[1] *Рудов М. И.* Случай множественного узлового неврита // Архив психиатрии, нейрологии и психопатологии. 1886. № 7, 1. С. 99—84.

имена новых знакомых и многие факты, хотя подробности забывал очень скоро. На третий год он мог уже ездить в качестве капитана парохода по Волге; так как знание плеса было давнишнее, то он мог отлично руководить пароходом, стоя на рубке; но если он сходил в каюту к пассажирам и не мог видеть, где именно теперь находится пароход, он не мог отдавать никаких приказаний. Один раз ему поручено было отвезти денежный ящик на одну из станций. Он совершенно забыл об этом и, когда по приезде на эту станцию у него спросили деньги, он был в полном недоумении, о чем его спрашивают; нужно было вернуться на станцию отправления, и только там лица, видевшие, куда он для безопасности поставил ящик, могли его найти. Память у этого больного постепенно восстановлялась, но на четвертом году он умер от случайной болезни.

Из невритов, после других острых болезней, часто психическое расстройство развивается в *послеоспенных*. После оспы, как известно, расстройства нервной системы выражаются или в симптомах острой атаксии, описанной Вестфалем и, вероятно, зависящей от рассеянного склероза, или в симптомах множественного неврита, доказанного Кэнко[1] и Жоффруа[2], или в формах переходных от одной из этих форм к другой. Во всех этих формах могут наблюдаться более или менее глубокие расстройства психической деятельности. Еще Вестфаль отметил глубокое расстройство памяти в одном из своих случаев атаксии. Подобный же случай описан Отто[3]. Кэнко описывает, как после оспы при начальных явлениях рвоты развились ряд физических симптомов и психическое расстройство сначала в виде острого слабоумия, иногда в виде ступора, по временам с сильной ажитацией. Мало-помалу, впрочем, психические функции восстановлялись, но очень медленно, так что в течение более $1^1/_2$ года больная еще не совсем поправилась.

Бэззард[4] описывает случай множественного неврита, развившегося *после перниционной формы перемежающейся лихорадки*. Кроме параличных явлений в верхних и нижних конечностях с уменьшением электросократительности было очень заметное расстройство памяти. Больной поправился.

---

1 *Quinqueaud E.* Sur quelques troubles nerveux consecutives a la variole (fausse ataxie), L'Encéphale, 1884, IV, 33—47.

2 *Joffroy A.* De la névrite parenchymateuse spontanée, généralisée ou partielle, Archives de physiologic normale et pathologique, 1879, 2, 6. 172—198.

3 *Otto A.* Kasuistischer Beitrag zu den nervösen Nachkrankheiten der Pocken, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1872, 29, 335—351.

4 *Buzzard T.* On some forms of paralysis from peripherical neuritis of gouty, alcoholic, diphtheritic and other origin. London, 1886.

После дифтерита, так предрасполагающего к множественным невритам, мне неизвестны случаи параллельного психического расстройства. Вероятно, это зависит от особенностей локализации дифтеритического яда.

Зато довольно часто присоединяется множественный неврит с психическими симптомами после различных *послеродовых заболеваний*. Такие случаи описаны нами выше. Здесь я укажу еще на случай Пика[1], который описывает характерное ослабление памяти к недавнему, развившееся у больной вслед за послеродовым перитонитом. Сначала недель через 5 после родов явилось психическое расстройство в форме галлюцинаторной спутанности с возбуждением по ночам, а затем было констатировано характерное расстройство памяти (вместе с асимболией), очень подробно описанное. Рядом с психическими симптомами были и физические: паретическая слабость некоторых мышц, неверность походки, но пателлярные рефлексы были нормальны. Психическое расстройство кончилось полным выздоровлением через 4 месяца после начала.

По-видимому, аналогичная комбинация психического расстройства с некоторыми физическими симптомами множественного неврита бывает и *после некоторых страданий кишечника*. Нынешним летом я наблюдал один случай такого рода.

Это был человек 65 лет, очень интеллигентный, из невропатической семьи. В течение зимы 1885/86 г. он страдал какими-то явлениями со стороны кишечника, которые заставляли предполагать развитие какого-нибудь злокачественного новообразования (боли, общее похудение). Несмотря на это, больной продолжал работать и значительно утомлялся. В конце июня 1886 г. после легкой простуды у него явилась упорная рвота, не прекращавшаяся ни от чего. Прошло несколько дней, рвота не прекращалась, испражнения нельзя было добиться; живот вздулся, петли тонких кишок были резко обрисованы. Был поставлен диагноз непроходимости кишечника, и, наконец, на 8-й день болезни явилась рвота с резким каловым запахом. Однако на другой день больного прослабило после большого приема каломеля; с тех пор стало его слабить постоянно; испражнения были очень жидки, водянисты. На место запора явился понос, который продолжался все время до смерти больного, последовавшей 14 августа при явлениях общего истощения и гипостатической пневмонии. Психическая сфера больного была резко изменена. В первую неделю болезни были только беспокойство, бессонница, тоскливость; но это объяснялось крайне мучительной рвотой. Но уже на 7-й день стало заметно, что больной иногда не может уверенно сказать, видел ли он какое-нибудь событие во сне или оно было в

---

[1] *Pick A.* Zur Pathologie des Gedächtnisses, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1886, XVII, 83—98.

действительности. Это являлось, впрочем, непостоянно, и больной сам смеялся над этим. На 9-й день, когда больного прослабило и рвота прекратилась, он стал как-то очень вял, апатичен, чрезвычайно быстро утомлялся. На 10-й и 11-й день вялость увеличилась, и по временам больной стал рассказывать небылицы, что он только что ездил к генерал-губернатору или ходил в сад собирать яблоки. Расскажет что-нибудь в этом роде, потом замолчит и лежит спокойно. С этого времени путаница все более и более увеличивалась. Если спросить больного, что он делал, он сейчас же расскажет, где он был, с кем виделся, и с такой правдивостью, точно это действительно было; при этом рассказывал, как он сейчас говорил со своим отцом, братьями (которые давно умерли). Днем он был в апатичном состоянии, по ночам же ажитировался, хотел вставать, требовал мундир и т. п. Постепенно развивался глубокий упадок памяти; сначала больной помнил, кто у него бывает, затем стал забывать, так что уже решительно не помнил того, кто только что вышел из его комнаты; при этом часто смешивал лица, называя одних другими. Постепенно усиливалась вялость; в последнее время больной уже путал слова: желая сказать одно слово, говорил другое, иногда имеющее какую-нибудь связь с желаемым словом, иногда совсем не имеющее. Иногда скажет только половину слова, а потом замолчит. Так продолжалось до самой смерти. Кроме этого, были и физические симптомы нервного расстройства. О рвоте мы уже упомянули; вероятно, она частью тоже зависела от расстройства нервной системы. Затем через 15 дней от начала болезни было констатировано отсутствие пателлярных рефлексов, развилась паретическая слабость в ногах, так что при попытке встать с постели у него подгибались ноги в коленях. Мышцы чрезвычайно похудели, сделались болезненны при давлении. Явились самостоятельные боли в межреберных нервах и парестезии. В начале второго месяца явился отек в ступнях и кистях рук. С самого начала пульс был част, слаб, по временам неправилен.

Отчего в этом случае произошла болезнь, решительно сказать нельзя; было ли действительно новообразование в кишечнике, или был другой процесс, неизвестно. Но во всяком случае были симптомы непроходимости кишок, а затем признаки паралича кишок. Вслед за этим развились психическое расстройство и симптомы множественного неврита, хотя в легкой степени. Была ли рвота, которой началась болезнь, начальным признаком нервного заболевания или следствием непроходимости кишок, так и осталось неразъясненным. Во всяком случае для нас интересно здесь видеть тоже сочетание физических симптомов множественного неврита с характерными психическими расстройствами. Сочетание этих симптомов, и именно в такой форме, бывает, впрочем, не очень редко; оно составляет заключительную картину многих тяжелых заболеваний. Большей частью при этом обращается внимание только на психические симптомы, и бред больных считается бредом от истощения. На состояние периферических нервов не обра-

щается внимания, и потому сочетание этих двух групп симптомов не останавливало на себе внимания клиницистов. Впрочем, вероятно, теперь на это будет обращено внимание, так как теперь доказано существование множественных невритов при различных кахексиях — туберкулезной, раковой, сифилитической. Очень вероятно, что при невритах, зависящих от этих кахексий, бывают иногда и характерные психические расстройства. При туберкулезе такого рода множественные невриты с психическими симптомами описаны Дено и Жоффруа и Фирордтом (в случае которого был также и сифилис). Недавно я видел один случай такого же рода, правда, не совсем чистый.

Больная женщина средних лет, страдавшая признаками базедовой болезни (зоб, частый пульс) и туберкулезным поражением верхушки правого легкого. Больная вообще была худа, но до последнего заболевания могла ходить и работать. Осенью нынешнего года врач дал ей Extracti filic. maris против предполагавшегося солитера. Ее вырвало, солитер не вышел. Вскоре вслед за этим началась упорная рвота, не прекращавшаяся ни от каких средств в продолжение двух недель. В то же время была бессонница, ажитация, постоянный страх смерти. Через две недели, однако, рвота прекратилась, но явилось психическое расстройство: больная хотела вставать, выезжать, то плакала, то смеялась, особенно по ночам; днем лежала спокойнее; могла сознательно отвечать на вопросы; но рядом с ответами, вполне верными, рассказывала с видом полной правдивости, к кому она сегодня выезжала, с кем разговаривала; при этом, если ей придет в голову сказать, что она видела что-нибудь печальное, она горько расплачется. Через минуту она совершенно забывает, что она говорила, и рассказывает совсем новую историю. В то же время больная крайне похудела (при нормальной температуре); мышцы почти исчезли; сухожильные рефлексы едва заметны; при попытке встать ноги подкашиваются в коленях. Давление на мышцы слегка болезненно. Больная вскоре скончалась, но при каких именно явлениях, я не знаю. Во всяком случае то, что я видел, было для меня достаточно, чтобы сказать, что мы имели ту комбинацию симптомов физических и психических, о которой мы теперь ведем речь.

Мне кажется, что существенным условием для развития такой комбинации симптомов была туберкулезная кахексия, причем поводом для ее появления было довольно резкое нарушение равновесия организма. Подобное же сочетание симптомов мне случалось видеть и при сахарном мочеизнурении. Известно, что при этой болезни часто развивается целый ряд нервных расстройств (парезы отдельных или многих нервов, стреляющие и другого рода боли, атаксия движений с потерей сухожильных рефлексов и т. п.), которые, вероятно, сводятся отчасти к рас-

стройству в периферических нервах[1]. Иногда рядом с этими физическими симптомами бывает и расстройство в психической сфере, то в виде неврастении, то в виде глубокой апатии, то, наконец, в форме слабоумия. Один такой случай мне пришлось наблюдать.

Это был пожилой человек (за 60 лет), очень интеллигентный и энергичный. Сахара в моче его было около 2%. Нервные симптомы начались у него с апоплектоидного инсульта, после которого явилась рвота и стала развиваться слабость в нижних конечностях, в мышцах поясницы и психическое расстройство. Слабость в конечностях дошла до того, что больной не только не мог ходить, но не мог и сидеть; сам не мог есть; сухожильные рефлексы исчезли; явились отеки в ногах. Психические симптомы сначала выражались в крайней утомляемости, затем в вялости, апатии, плохом усвоении впечатлений, а затем в глубоком упадке памяти, неспособности ориентироваться во времени и пространстве. Наконец, развилась картина почти полного апатического слабоумия с нечистоплотностью. Легко можно было думать, что мы имеем дело с неизлечимой формой старческого слабоумия. Однако по истечении полугода от начала болезни все явления стали уменьшаться, больной стал живее, восприимчивее, память стала восстановляться, ноги тоже стали крепче, и к лету больной уже мог считаться поправившимся. С тех пор прошло 6 лет, и он продолжает быть деятельным помещиком, несмотря на свои 67 лет.

В этом случае, мне кажется, я тоже имею право причислить комбинацию симптомов физических и психических к интересующей нас форме.

Эту же комбинацию мы находим и в той форме множественного неврита, которая известна под именем beri-beri. У бери-бериков очень часто бывают те или другие изменения в психической сфере, чаще всего или раздражительность, или апатия и упадок умственных способностей. Очень вероятно, что к такого же рода расстройствам нужно причислить и сочетание психических и физических симптомов при *пеллагре*. Очень может быть, что и при *эрготизме* сочетание психических симптомов с атаксией, болями и парестезиями, описанное Сименсом[2] и Тучеком[3] относится к той же группе, хотя собственно расстрой-

---

1 *Bernard D.* et *Feré* Ch. (158). Des troubles nerveux observés chez les diabétiques, Archives de neurologie, 1882, IV, 336—357, а также *Ziemssen.* Neuralgie und Neuritis bei Diabetes mellitus, Aerztliches Intelligenzblatt, 1885, 32, 618.

2 *Siemens F.* Psychosen bei Ergotismus, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1881, 11, I, 108—116; 2, 366—390.

3 *Tuczek F.* Ueber die Veränderungen im Zentralnervensystem, speziell in den Hintersträngen des Rückenmarks bei Ergotismus, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1882, XIII, I, 99—154.

ство периферических нервов при эрготизме не доказано, а, напротив, доказано поражение задних столбов спинного мозга.

Из всего вышеизложенного, мне кажется, достаточно ясно, что при влиянии различного рода причин является болезнь, симптомом которой служит, между прочим, расстройство различных отделов нервной системы — центральной и периферической. Чаще всего при этой болезни поражается периферическая нервная система, почему болезнь и называется множественным невритом. Но очень нередко рядом с поражением периферических нервов является и поражение головного мозга в виде расстройства психической деятельности. Форма психического расстройства в этих случаях, течение его, сочетание его с невритическими симптомами, — все это настолько характерно, что, мне кажется, это психическое расстройство должно быть выделено из ряда других *психозов и может быть названо хотя бы психозом при множественных невритах, или полиневритическим психозом.* Бросая беглый взгляд на характерные особенности этого психоза, мы будем в состоянии только немногое прибавить к тому описанию, которое сделано нами в начале статьи для психозов при алкогольном параличе, так как эти последние составляют только одну разновидность общей группы полиневритических психозов. Характерными признаками этих психозов, как мы сказали, является сочетание психического расстройства с физическими признаками неврита, течение болезни и, наконец, форма самого расстройства. Что касается до физических признаков неврита при этой форме психического расстройства, то, как мы уже упоминали, они могут быть выражены в очень различной степени. В некоторых случаях они настолько сильно выражены, что психическое расстройство отходит на задний план; это бывает при грозных формах множественного неврита, по течению подходящих к острому восходящему параличу, или при длительных тяжелых формах с гипералгезиями, контрактурами и мышечными атрофиями. В других, наоборот, физические симптомы неврита могут быть очень мало выражены и могут быть совсем просмотрены; иногда они сводятся только к существованию парестезии в конечностях (чувство холода, стягивания в ступнях, ползания мурашек), к легким расстройствам координации движений и утомляемости при ходьбе. Одним из хороших признаков служит уничтожение или, по крайней мере, ослабление сухожильных рефлексов. Иногда указанием на неврит является и легкий отек в конечностях, не объяснимый ни альбуминурией, ни страданием сердца; далее необыкновенная потливость конечностей. Рядом с этими симптомами обыкновенно существуют и

другие, которые указывают, что при этой болезни страдает не только нервная система, но и весь организм: чаще всего бывает общее похудание, истощение, иногда глубокий упадок сил, частый, иногда неправильный пульс, интенсивно окрашенная моча, упорная рвота, расстройство пищеварительных органов, задержка регул и т. д.

Симптомы самого психического расстройства довольно характерны, как мы видели. Несмотря на различие в нюансах в зависимости частью от причины болезни, частью от ее интенсивности, все-таки можно видеть, что основными симптомами при этой форме психического расстройства являются те, которые мы отметили в начале этой статьи: высокая степень раздражительной слабости психической сферы, затем более или менее глубокое расстройство хода ассоциаций и, наконец, расстройство памяти. Об особенностях проявления каждого из этих основных расстройств мы не станем говорить: это значило бы повторить все то, что мы говорили специально о психозе при алкогольном неврите. Здесь мы скажем только то, что самым слабым выражением участия психической сферы в болезни, называемой множественным невритом, является раздражительная слабость, выражающаяся в бессоннице, утомляемости мозга, причем утомление выражается часто чрезмерным возбуждением, аффективным состоянием. Наряду с этим бывает сужение кругозора вообще, неспособность управлять вниманием, устранять некоторые идеи, вследствие чего являются навязчивые идеи, большей частью тревожного и устрашающего характера. Идет расстройство психической сферы глубже, и вот является совершенная невозможность правильного хода идей, внимание решительно не может управлять сочетанием представлений; они перепутываются, возникают в сознании непоследовательно, неправильно. Если это развивается остро, то большей частью сопровождается резким аффективным состоянием, страхом, чаще всего в форме панфобии, соответствующим бредом, галлюцинациями и буйными поступками. Обыкновенно, впрочем, буйное состояние не долго продолжается, а или кончается скоро выздоровлением, или переходит в хроническую форму. Хроническая форма, со своей стороны, носит характер или ступорозного слабоумия, или вялой спутанности. Ступорозное слабоумие проявляется в глубоком расстройстве соображения с отрывочными бредовыми идеями, иллюзиями и галлюцинациями, часто с временными взрывами буйства. В некоторых случаях слабоумие достигает очень большой степени, больные делаются вполне бессмысленны, нечистоплотны. Так как иногда в этот период к

физическим симптомам множественного неврита (шаткость походки, изменение пателлярных рефлексов) присоединяются некоторые симптомы со стороны продолговатого мозга и головных нервов (расстройство речи, неравномерность зрачков и т. п.), то при поверхностном исследовании можно смешать болезнь с прогрессивным параличом и быть очень удивленным исходом в выздоровлении. Впрочем, случаи такого рода чрезвычайно редки; чаще бывает простой ступор с временными возбуждениями, кончающийся выздоровлением в 5—9 месяцев или остающийся неизлечимым. В других случаях, как мы сказали, хроническая форма невритического психоза носит характер вялой спутанности. Иногда она является исходом первоначальной бурной галлюцинаторной спутанности, иногда же она развивается с самого начала без предшествующего бурного периода. Характеризуется она смешением представлений, невозможностью ориентироваться во времени и пространстве, с массой заблуждений и глубоким расстройством памяти; аффективного состояния при этом незаметно, разве только легко являющаяся плаксивость или смешливость. Некоторые из больных, впрочем, будучи спокойны днем, делаются ажитированы по ночам. Эта форма спутанности чуть ли не самая частая. Она бывает то в большей, то в меньшей степени; иногда скоро проходит, иногда затягивается надолго; иногда она бывает так велика, что больной не только путает лиц знакомых с незнакомыми, но забывает значение вещей (апраксия), значение слов (псевдофазия), значение знаков (асимболия) и т. п. Почти всегда и при ней бывает расстройство памяти более или менее глубокое. Но в некоторых случаях, как мы видели, расстройство памяти может являться при относительной ясности сознания и сохранении соображения с теми характерными особенностями по отношению к забвению недавнего, которые мы описали выше. Течение болезни тоже характерно. Обыкновенно она является вслед за действием какого-нибудь повода, который можно отметить (влияние простуды, острой болезни, отравления, влияние сильного утомления), или при какой-нибудь кахексии в организме: очень часто болезнь начинается упорной рвотой; затем чаще всего при прекращении рвоты являются признаки психического расстройства в той или другой форме. Иногда в то же время, иногда же значительно позднее являются симптомы со стороны периферической нервной системы. В зависимости от условий, при которых развилась болезнь, она иногда течет остро, быстро доходит до высшей степени своего проявления, но чаще всего полуостро, редко — хронически. Если болезнь развилась на почве непоправимой кахексии, дело кончается смертью; если же это-

го нет, то после первого периода усиления болезненных явлений начинается поправление, причем обыкновенно улучшение в психической и физической сфере идет параллельно. Впрочем, часто психическая сфера восстановляется скорее, чем физическая, что, конечно, зависит от глубины поражения; в других случаях бывает и наоборот. Дольше всего протекают случаи с глубоким ослаблением памяти. Случаи с резко выраженной спутанностью обыкновенно поправляются быстрее. Поправление сопровождается обыкновенно общим укреплением сил, восстановлением некоторых прекратившихся функций (например, регул) и значительным увеличением в весе, главным образом насчет скопления жира. Очень часто после поправления остается все-таки очень большая утомляемость нервной системы вообще и психической сферы в частности и наклонность болезни к возврату.

Не знаю, успел ли я с достаточной рельефностью указать, как своеобразна симптоматология этой формы психического расстройства, ее сочетание с невритическими симптомами, ее этиология и течение. Если я успел в этом, то, мне кажется, вряд ли можно сомневаться, что описываемая форма должна составлять обособленную форму между психическими расстройствами; основание для этого есть как в характерности течения болезни, так и в постоянстве сочетания симптомов психических с физическими и до некоторой степени в определенности анатомического субстрата болезни. Анатомический субстрат этот пока заключается только в первичном множественном неврите (и иногда в некоторых изменениях в спинном мозгу), так как изменения в головном мозгу при этой форме еще не изучены. Иногда наблюдалась, впрочем, атрофия нервных клеток или развитие соединительной ткани в коре полушарий; но все эти сведения отрывочны, так как подробного исследования таких случаев, например, какое произведено Эммингаузом в одном случае dementia postfebrilis[1], еще не сделано.

Если эта форма заслуживает быть выделенной из других психозов, то в нее должны войти многие случаи из психозов интоксикационных и постфебрильных, главным образом те из последних, которые Крепелин называет «астеническими». Собственно говоря, название астенического психоза приложимо и к той форме, которую мы сейчас описали, потому что основанием всей клинической картины описываемой формы служит астения центров психической деятельности в различных степенях,

---

[1] *Emminghaus H.* Zur Pathologic der postfebrilen Dementia nebst Bemerkungen über die Nervenfasern der Grosshirnrinde, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1886, XVII, 795—819.

от самой небольшой до самой глубокой; однако назвать описываемую нами форму только астенической нельзя, потому что тогда в названии не будет заключаться никаких указаний на различие описываемой теперь формы с психическими расстройствами, развивающимися при других условиях, и в которых тоже комплекс клинических явлений сводится к астении в более или менее глубокой степени. Мне кажется, что название астенических психозов должно быть употребляемо как родовое название для целой группы психозов, куда как один из ее видов войдет и психоз при множественном неврите. В число симптомов и многих других видов из группы астенических психозов могут войти те симптомы со стороны психической сферы, которые входят в невритические психозы, т. е. раздражительная слабость, спутанность и амнезия, но сочетание этих психических симптомов с изменениями в периферической нервной системе будет составлять резкое отличие психоза при множественном неврите от других близких к этому психозу видов астенического душевного расстройства. При этом нужно заметить, что сочетание психических симптомов с симптомами со стороны периферической нервной системы, как мы видели в описываемой нами форме, не должно быть случайное. Напротив, не только психозы могут быть названы психозами при множественном неврите, которые обусловливаются той болезнетворной причиной, которая, влияя на всю нервную систему, вызывает чаще всего проявления, указывающие на расстройства периферической нервной системы, почему и болезнь, вызываемая ею, названа множественным невритом, но которая в то же время может сама по себе вызывать и расстройство в психической сфере. Во многих случаях, как мы говорили, изменения в физической сфере, т. е. симптомы неврита, стоят на первом плане; но иногда бывают случаи, когда эти симптомы бывают очень мало выражены, и на первый план выступают психозы. Весьма возможно, что в некоторых случаях изменения, вызываемые болезнетворной причиной в периферической нервной системе, будут так мало выражены, что заметных клинических симптомов они и совсем не дадут. Тогда мы будем иметь с клинической стороны только один психоз, который все-таки должны будем причислить к группе невритических психозов, хотя неврит будет в этих случаях, так сказать, только «в возможности».

В этом, конечно, заключается слабая сторона названия этих психозов, но это обусловливается тем, что та болезнь, которая теперь носит название множественного неврита, названа, по моему мнению, неверно. При этой болезни одна и та же болезнетворная причина поражает не только периферические нервы, но и спинной

мозг, и головной; следовательно, называть ее по имени той системы, которая наичаще поражается, хотя практически и удобно, но неверно. Впрочем, пока мы не знаем сущности этой болезни, мы поневоле должны держаться хотя бы и неверного названия, но все-таки довольно характерного. Может быть, дальнейшие исследования покажут, что эта болезнь не есть только болезнь нервной системы, а есть общая болезнь и, очень может быть, зависящая от развития в организме какого-нибудь вредного вещества, расстраивающего питание всех тканей, а главным образом нервной системы. Если мы узнаем это и узнаем сущность этой болезни, нам, конечно, придется переменить ее название «множественного неврита» на более верное, и тогда, конечно, найдется соответствующее название и для психозов, являющихся при этой болезни. Пока же приходится довольствоваться существующим названием и называть эти психозы «психозами при множественном неврите», «полиневритическими», или — для краткости — «невритическими». Однако, называя это психическое расстройство «полиневритическим» или «невритическим», мы должны помнить, что это название условное, не столько указывающее на необходимость поражения периферических нервов, сколько на условия развития болезни, на ее патогенез. Зная, что характерное свойство болезни, называемой polyneuritis, составляет то, что под влиянием одной и той же болезнетворной причины могут произойти своеобразные расстройства как в элементах периферических нервов, так и в элементах головного и спинного мозга, мы должны искать это условие в тех психозах, которые нам кажутся принадлежащими к полиневритическим. Тогда только нам будет возможно соединить в одну форму и такие из этих психозов, которые сопровождаются очень резкими изменениями со стороны периферических нервов, и такие, в которых эти симптомы сведены к минимуму или совсем незаметны при наших методах исследования. Наконец, тогда будут понятны и те из случаев, относящихся сюда же, в которых при существовании характерного психического расстройства физические симптомы будут зависеть не столько от расстройства в периферических нервах, сколько от изменений в спинном мозгу, которые, как мы знаем, тоже могут встречаться при множественном неврите.

Еще одно последнее замечание. Если для обозначения этой формы останавливаться на названии ее «невритическим психозом», то, мне кажется, следует обозначить ее как «*типическую форму* невритического психоза» в отличие от некоторых других форм, которые тоже имеют отношение к неврите. Такие формы, находясь по своему развитию в связи с теми или другими неври-

тами, могут представлять некоторые общие черты с только что описанной формой, но как в симптоматологии, так и в патогенезе представляют многие отличия, и потому, если и могут быть названы «невритическими психозами», то во всяком случае должны обозначаться как «нетипические». Впрочем, вдаваться в описание этих форм я считаю еще невозможным, так как относящиеся сюда случаи представляют большое разнообразие, и я не могу пока сделать обобщение из моих наблюдений, относящихся сюда.

ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Лечение душевных болезней, как и лечение болезней соматических, сводится: 1) к профилактике, 2) лечению самой болезни и 3) к симптоматическсму лечению, имеющему целью устранить некоторые более или менее тяжелые симптомы, встречающиеся у душевнобольных.

ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ПРОФИЛАКТИКА ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Профилактические меры относительно душевных болезней должны сводиться к устранению и предупреждению влияния тех причин, которые вызывают душевные заболевания.

Мы знаем, что одной из главных причин душевных болезней является *наследственность*: поэтому на обязанности врача лежит употреблять зависящие от него меры для того, чтобы предупреждать вредное влияние наследственности. Правда, сфера влияния врача в этом отношении весьма невелика. В самом деле, хотя многие ученые, а особенно желающие казаться учеными, видящие в наследственности коренную причину вырождения, с горечью указывают на то, что люди, так много заботящиеся о разведении хорошей породы лошадей, домашнего скота и собак и достигающие удивительных результатов, именно пользуясь, результатами изучения условий передачи наследственных свойств, нисколько не думают о том, чтобы таким же путем улучшить породу людей, все-таки задача изменения человеческого рода путем подбора слишком сложна: она сталкивается с самыми жизненными интересами человека — со свободой его личности, с невозможностью провести даже сравнительно простые и общепризнанные гигиенические требования в жизнь, раз они не находят себе сочувствия в сознании общества и раз они сталкиваются с идеями гуманности. А меры, которые следовало бы принять по отношению к такой причине, как наследственность, крайне сложны и в высшей степени стеснительны для отдельных личностей и притом для очень большого числа

личностей. В самом деле, если бы и можно было достигнуть запрещения брака между людьми, представляющими опасность в отношении передачи душевных болезней путем наследственности, то тут явится вопрос, много ли людей не представляют в этом отношении никакой опасности. Мы знаем ведь, что наследственная порча проявляется иногда в таком отдаленном родстве, что ни одного человека, у которого дядя или тетка были душевнобольны, нельзя считать свободным от опасности явиться посредником наследственной передачи болезни. Далее, наследственная неустойчивость является и результатом усиленного труда и результатом даже городской жизни. Можно ли запретить браки всем этим лицам? Да если бы и запретить *законные* браки, если бы разводить всех супругов, оказавшихся после брака дурными производителями, то как воспрепятствовать бракам незаконным? Правда, высказывались и такие крайние взгляды, что мужчин, могущих производить вырождающееся потомство, как, например, так называемых «прирожденных преступников», нужно кастрировать; но ведь этот взгляд граничит с изуверством, и его можно только теоретически высказывать, проводить же в жизнь решаются только некоторые американские техники-хирурги[1]. Правда, в прежнее время, когда на часть человечества смотрели как на рабочий скот, применялись охотно и такие меры для усовершенствования породы, но теперь мы далеко отошли от этого времени мрака и попирания личной свободы.

Ввиду всего этого врач по отношению к профилактике относительно наследственности не должен выставлять такие крайние требования; он должен изучать условия наследственности, просвещать в этом отношении общество, а запретительные меры должен рекомендовать только в сравнительно небольшом числе случаев. Так, врач должен энергично протестовать против браков с душевнобольными. Хотя и закон наш не признает браков, заключенных во время помешательства, но все-таки много браков совершается и с несомненно душевнобольными людьми, с одной стороны, потому, что болезнь иногда совершенно незаметна не специалистам, а с другой — потому, что родственники часто в браке видят средство для излечения душевного расстройства. На обязанности врача лежит разъяснение того, что многие чисто дегенеративные формы (как, например, половое извращение, нравственное помешательство), также эпилептическое психическое расстройство, циркулярный психоз могут протекать скрытно, проявляться в признаках нерезких, малозаметных для

---

[1] *С. С. Корсаков* здесь имеет в виду американского хирурга Окснера, который провел первую операцию стерилизации в 1899 году в Чикаго. (*Прим. ред.*)

окружающих, а тем не менее браки при этих болезненных формах в высшей степени опасны для могущего быть потомства. Точно так же опасны для потомства браки с алкоголиками.

Но ведь могут заболеть душевно и уже женатые люди. Закон тут большей частью бессилен, потому что развод по поводу душевной болезни допускается лишь в некоторых государствах (в некатолической Германии и вообще для лиц лютеранского исповедания), притом в случаях доказанной неизлечимости душевной болезни. Поэтому на обязанности врача лежит разъяснение супругам того крайнего вреда для потомства, который может произойти от половых отношений между супругами, если один из них душевнобольной. На практике нередко бывает трудно провести этот принцип, но я считаю его настолько важным, что если существует возможность деторождения от одного из душевнобольных супругов, то это является вполне достаточным основанием для изоляции больного или больной от семьи. То же самое относится и к эпилептикам, истероэпилептикам и алкоголикам.

Что касается возможности влияния на потомство предшествовавшей и окончившейся выздоровлением душевной болезни одного из родителей, то об этом я уже говорил в главе о прогностике; после выздоровления нужно во всяком случае запрещать на несколько месяцев половые отношения между супругами.

Кроме этих безусловных требований, врач, разумеется, должен проводить мысль о вреде для потомства браков с людьми хилыми; браков лиц очень юных, недоразвитых, браков лиц очень старых, но еще не лишенных способности к деторождению, браков между кровными родственниками из дегенеративных семей.

Зная, что не только душевная болезнь родителей отражается на потомстве, но и состояние их во время зачатия, врачу следует распространять в обществе мнение, что половые отношения, могущие повести к *зачатию, в состоянии опьянения* одного из родителей грозят потомству неисправимым вредом.

По вопросу о вступлении в брак врачу часто приходится отвечать на запросы заинтересованных лиц относительно болезни (настоящей или бывшей) жениха или невесты. Нередко является вопрос, может ли врач сообщать то, что ему известно. В этом отношении я считаю так, что *принцип врачебной тайны* должен быть свято соблюдаем; но не нужно понимать «тайну» слишком широко. Нельзя считать за тайну решительно все, что врач узнал по своему положению врача, и не все то, что он узнал как врач, он не имеет права обнаруживать, хотя бы для спасения другого человека. Если что-нибудь ему доверено *именно как тайна*, то,

конечно, должно быть безусловно и свято сохранено, но при этом желательно, чтобы врач обстоятельно узнал, абсолютно ли должен он хранить тайну или могут быть какие-нибудь обстоятельства, в которых и вверяющий тайну разрешает ее открыть. В других же случаях разум врача, его такт и сознание, что пустая болтливость вообще недостойна его высокого звания, — все это дает врачу возможность разобраться в каждом отдельном случае и понять, как он должен поступить. Очень часто есть возможность, не нарушая тайны, все-таки поступить так, чтобы предупредить дурные последствия, которые могут произойти от того, что кто-либо скрывает свою болезнь.

Вопрос врачебной тайны относительно душевнобольных вообще нельзя решать так категорично, как относительно некоторых других болезней. В самом деле, если к врачу придет душевнобольной, который выскажет ему свои болезненные намерения совершить самоубийство или убийство, то было бы странно, если он из-за принципа врачебной тайны будет это от всех скрывать.

Другие профилактические меры касаются *сохранения матери во время беременности* от вредных условий (от моральных потрясений, тяжелого труда, удаление из негигиенической местности, например, в местностях эндемического кретинизма), *сохранение ребенка от могущих произойти повреждений при родах*, для чего, например, приходится советовать ранние роды при узком тазе. *Условия развития в первом детстве* должны также иметься в виду как могущие вызвать предрасположение к душевным болезням (выбор кормилицы, запрещение употребления ею вина и наркотических средств).

Чрезвычайно важную сторону профилактики составляет *внимательное отношение к воспитанию*. В главе об этиологии душевных болезней мы уже говорили о том вреде, который может принести неправильное воспитание в отношении к нервно-психической организации. Воспитание наших детей грешит во многих отношениях. То мы видим детей слишком забитых суровым воспитанием, даже побоями, то, наоборот, избалованных; то дети растут, настолько бережно охраняемые от влияния среды, что не знают даже игр со сверстниками, то с детства окружаются всеми впечатлениями взрослых; мозг ребенка часто отягощается массою ненужных сведений, а не обращается ни малейшего внимания на укрепление и развитие в нем определенных и могучих руководящих начал. А между тем к душевным заболеваниям очень располагает как переутомление мозга, так и избалованность, отсутствие твердых основ, чувства долга, сознания обя-

занности трудиться, отсутствие самообладания и способности управлять своими влечениями и вниманием, отсутствие чувства удовольствия от труда и от принесения пользы и удовольствия другим людям. При этом всегда нужно помнить, что умственное и нравственное воспитание должно *идти параллельно с физическим*, а не в ущерб ему.

Очень часто ставится врачам-психиатрам вопрос о том, *как воспитывать детей тех родителей, которые страдают душевными болезнями*, что делать для того, чтобы болезнь не проявилась у кого-нибудь из них. Ответ на этот вопрос всегда довольно затруднителен. Тут, конечно, с особенной строгостью должны соблюдаться все основные правила разумного воспитания. Забота о всех критических периодах первого детства должна быть самая педантичная: крайне внимательное отношение к выбору и поведению кормилицы, к периоду прорезывания зубов, к разным, даже мелким болезням детского периода. Обучение таких детей не нужно начинать рано. Многие из них, правда, отличаются преждевременным умственным развитием и сами стремятся к учению; конечно, в таких случаях нельзя остановить того, что делается без труда, само собой, например обучение самоучкой чтению, письму, счету, но не нужно утрировать обучение и относительно таких, по виду очень способных детей: у них нередко быстро начинающееся развитие быстро и останавливается. По отношению к некоторым случаям, где в семье находятся душевнобольные, бестактно вмешивающиеся в воспитание или действующие вредно своим видом и примером, нужно советовать удалить ребенка из своей семьи и поместить в другую, где можно рассчитывать на правильное и ровное отношение. При воспитании детей, предрасположенных к нервным и душевным заболеваниям, нужно строго индивидуализировать каждого ребенка. Иному невропатическому ребенку, в высшей степени легко теряющемуся и конфузливому, важно то, чтобы кто-нибудь его ободрял и мало-помалу приучал не конфузиться. Другому, наоборот, нужна самая серьезная дисциплина, внедряющая в него определенные, необходимые для жизни среди общества привычки. Относительно некоторых детей, представляющих признаки слабости нервной системы, нужно прямо советовать оставить мечту об окончании курса в среднем учебном заведении, а поместиться в деревне среди простой обстановки, так как можно заранее предсказать, что обычные условия борьбы за существование, столь резко обостренной среди городской жизни, окажутся непосильными для нервной системы данного индивидуума. Относительно одних детей нужно особенно бояться

преждевременного развития половой потребности, увлечения мастурбацией и половыми отношениями, относительно других — употребления спиртных напитков. Вообще нужно сказать, что детям вино можно давать только в случае исключительной надобности; ежедневное же даже медицинское употребление вина может быть очень опасно. У некоторых детей нужно бояться слишком сильного развития фантазии, религиозного мистицизма, суеверия или чрезмерного развития тщеславия и обидчивости. Особенное внимание должно быть обращено на развитие во время полового периода; тут нужно иметь в виду и чисто физиологические явления (девочки, особенно растущие без влияния разумной матери, часто пугаются первых регул, у мальчиков преждевременные и частые поллюции ведут к истощению и ипохондрическому настроению), и психические — изменение характера, появление новых влечений, заносчивости, рассеянности, невнимательности к обучению, иногда странностей. Все это при разумном отношении воспитателей может пройти благополучно как временное явление: при непонимании же и нетактичном обращении может вести к целому ряду печальных последствий, начиная с порчи характера до развития полной нравственной искалеченности, покушений на самоубийство или формального психического расстройства. Из физических мер, полезных у невропатических детей, следует рекомендовать обливание и обтирание прохладной водой; также нужно обращать внимание на состояние носовой полости, правильное питание и физические упражнения.

При известном предрасположении к нервным и душевным болезням необходимо внимание и в других возрастах, кроме воспитательного; таков, например, *климактерический* период у женщин.

Разные профилактические меры по отношению к душевным болезням, естественно, вытекают из знания *причин душевных болезней.* Конечно, трудно устранить человека от действия хоть какой-нибудь из производящих причин, но при наличности одной причины нужно принимать серьезные меры для того, чтобы не явилась и еще другая. Поэтому-то относительно лиц, наследственно предрасположенных, должны быть приняты особенно тщательные меры к тому, чтобы другие причины были устранены; то же самое следует сказать относительно алкоголиков и людей, переутомленных умственно. Какие профилактические меры должны быть принимаемы в каждом отдельном случае, показывает во всех случаях знание и такт врача и лиц, на обязанности которых лежит попечение об общественном здра-

вии. Мы хорошо знаем, что бедность, пауперизм является одним из могущественных факторов к увеличению числа душевных болезней и прямо и косвенно, вызывая хилость, алкоголизм, распространение повальных болезней. *Борьба с пауперизмом* является поэтому одной из первых задач в деле попечения о народном здравии. Другая забота, несколько совпадающая с ней, *борьба с алкоголизмом*, забота *о здоровье женщины вообще, о правильном воспитании молодежи, о нормальном общественном строе, о разумном удовлетворении потребностей различных его слоев.* К сожалению, это последнее в высшей степени трудно достигается именно в наше время, когда вследствие быстрого усиления обращения между людьми, благодаря явившимся в XIX веке усовершенствованным путям сообщения, железным дорогам, пароходам, телеграфу, совпавшего с начавшимся в конце XVIII века подъемом умственного развития, явилось стремление к перетасовке общественных групп. Вследствие этого многие люди оказываются вышедшими из привычных условий, выбитыми из колеи, стремящимися часто к тому, к чему у них нет ни склонности, ни способности, ни сил. Отсюда масса не находящих себе дела неудачников, беспрерывная погоня за всеми благами зараз, стремление к неосуществимым целям, — отсюда разочарование и заражение всего общества гнетущим чувством неудовлетворенности. И это отмечается как у нас, так и в других цивилизованных странах.

Индивидуальные профилактические меры помимо тех, которые касаются наследственности и воспитания, должны, конечно, быть приняты по отношению *ко всем производящим причинам*, перечисленным в этиологии. Мы упоминаем здесь об устранении моральных влияний, об особенно вредном действии на некоторых лиц одиночного тюремного заключения, психической заразы (индуцированное помешательство), умственного переутомления, половых эксцессов и неправильностей половых отношений (онанизм, coitus interruptus и reservatus), негигиенического образа жизни, о влиянии травм, хирургических операций, некоторых профессий, соединенных с бессонными ночами, влиянием непомерного жара, отравлениями, о влиянии алкоголя и других ядов, о влиянии целого ряда острых и хронических болезней, особенно недостаточно леченного сифилиса, о влиянии беременности, родов и кормления.

Для лиц, имевших уже душевное заболевание, являются иногда специальные указания для предохранительного лечения. Так, для женщин, расположенных к заболеванию в период кормления, нужно воспретить кормление; у лиц, которые заболевали

вследствие утомления или малокровия, должно особенно строго соблюдаться правило о достаточном отдыхе и о своевременном лечении малокровия. Относительно женщин, страдавших послеродовым психозом, нередко возникает вопрос, могут ли они иметь еще детей. Ответ на этот вопрос всегда должен сообразоваться с индивидуальностью и с условиями первой болезни: зная, что в большинстве случаев послеродовой психоз есть следствие инфекции, мы не можем абсолютно воспрещать деторождение всем женщинам, болевшим психически после родов, но должны предписывать самое внимательное отношение к родовому периоду. Для некоторых женщин, у которых роды являются лишь поводом для обнаружения конституциональных психопатических расстройств, лучше устранить путем воздержания возможность беременности.

СОБСТВЕННО ЛЕЧЕНИЕ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Собственно лечение душевных болезней распадается на лечение наступающей душевной болезни, на лечение уже наступившей болезни, которое в свою очередь разделяется на лечение причинное и лечение самой болезни.

А. **Лечение наступающей болезни** особенно важно *в подготовительном, продромальном периоде* душевного заболевания. К сожалению, этот период очень часто ускользает от внимания не только окружающих больного не врачей, но даже и врачей. Нужно иногда большое внимание и специальное знание, чтобы увидать в изменении настроения человека, в изменении его поведения, влечений не простое изменение характера, а начало душевной болезни. Врач, очень опытный по другой специальности, а не по психиатрии, часто никак и не подозревает, что являющиеся у его пациента упорная бессонница, тревожное настроение, метание (яктация), неспособность сосредоточить мысли и отогнать навязчивую мысль, подвижность вазомоторной системы, иногда даже прямые жалобы на приближение душевной болезни составляют предвестники тяжелой формы душевного заболевания. А между тем принятие надлежащих мер в это время часто если не обрывает болезни, то удерживает развитие ее на сравнительно низкой степени. Меры, которые здесь приходится принимать, конечно, различны, смотря по обстоятельствам. Во всяком случае на первом плане будет устранение причины, могущей вызвать болезнь, перемена условий жизни, отдых от занятий и фармацевтические средства: снотворные, успокаивающие и укрепляющие. В большинстве случаев весьма полезно раннее применение постельного содержания, притом

довольно педантично проведенного с возможным ограничением посещений со стороны знакомых. Советовать дальние поездки нужно с большой осторожностью, так как болезнь может развернуться во время путешествия.

Б. **Лечение наступившей болезни**. Если болезнь уже развилась, то *при лечении наступившей болезни* прежде всего нужно считать за правило, чтобы им *руководил врач, сведущий в душевных болезнях* (конечно, за исключением случаев, где психическое расстройство чисто симптоматическое, как, например, лихорадочный бред). На его обязанности должно лежать и обсуждение вопроса, насколько другие болезни, которые могут быть у больного вместе с душевной, находятся в связи с психическим расстройством; на его обязанности лежит и определение причины болезни и того, в каком направлении должно быть предпринято лечение. Наконец, на его обязанности лежит и определение того, насколько душевнобольной может вредно влиять на окружающих его здоровых, и настаивать на отделении больного от семьи.

Определение причины болезни должно быть первым условием правильного лечения, так как от этого зависит и направление лечения и даже решение вопроса, где больного лечить.

Причинное лечение, т. е. лечение душевной болезни в зависимости от причины, которой она вызвана, в различных случаях бывает, конечно, очень различно, и я могу остановиться лишь на сравнительно немногих сторонах его. В одних случаях требуется устранение злоупотребления спиртными напитками, в других — прекращение занятий, прекращение кормления ребенка, в третьих — лечение каких-нибудь соматических болезней, лежащих в основе душевной болезни, например малокровия, малярийной инфекции, расстройства органов пищеварения (например, при запорах и отравлении организма продуктами разложения кишечного содержимого), поражений уха (например, при инородных телах в слуховом проходе, при ушных нарывах), носа (аденоидные разращения), глаз (например, в некоторых случаях вылущение пораженного глаза останавливало развитие душевной болезни), расстройства половых органов, лечение сифилиса.

В этом отношении не нужно, однако, поддаваться и увлечениям. Так, очень нередко врачи, специально занимающиеся лечением сифилиса, каждому психически больному, у которого был lues, предписывают йодистое и ртутное лечение, а между тем болезнь может находиться в зависимости и от другой причины. В случаях, где у душевнобольного существуют давнишние беспоко-

ящие его геморроидальные шишки, нередко происхождение болезни приписывается присутствию этих шишек; производится операция, — и мне известно несколько случаев, где, несмотря на успех операций с хирургической стороны, состояние душевнобольного после нее резко ухудшалось. Точно так же известны случаи, где женщинам с ипохондрическими идеями и другими психическими симптомами и сравнительно неважными женскими болезнями гинекологи делали серьезные операции, рассчитывая, что оперативное вмешательство устранит те жалобы па страдание половых органов, с которыми к ним являются пациентки. К величайшему их удивлению, вдруг оказывалось, что после операции жалобы только усиливались, и психоз иногда делал быстрые шаги вперед. А чего, кажется, стоило бы прибегнуть к обычному правилу медицинской логики и при помощи психиатра постараться выяснить патогенез болезни. Только знание патогенеза болезни и дает возможность определить, в каком случае и какое причинное лечение следует применить; а патогенез болезни должно определить по крайней мере по совещанию с психиатром.

В отношении причинного лечения нередко также ставится вопрос, не следует ли прервать беременность искусственным выкидышем, если во время нее началась болезнь. Иногда с просьбой о выкидыше являются и сами больные, у которых под влиянием болезненного настроения является крайнее желание избавиться от беременности — желание, доходящее иногда до покушения на самоубийство при отказе. Я держусь такого мнения, что выкидыш в таких случаях может быть произведен, только если есть специальные акушерские показания (чрезмерно узкий таз и пр.); для психиатрической же цели выкидыш может оказаться оружием обоюдоострым: после него больная может чувствовать себя не только не лучше, но хуже; так, если он вызван был под влиянием убеждения болезненно тоскующей больной, хотя бы и уверявшей, что она тоскует именно от беременности, то больная после выкидыша может переменить мотив тоски и станет уверять, что она великая грешница, потому что просила выкидыша; кроме того, малокровие, вызванное выкидышем, может резко ухудшить и общее состояние. При этих обстоятельствах указывается иногда на то, что болезненное состояние матери может отразиться на ребенке, и это будто бы оправдывает производство выкидыша. Но это противоречит основным правилам врачебной деятельности, по которым врач не имеет права производить убийства хотя бы неразвитого еще плода; если это дозволяется в некоторых специально акушерских случаях, то только тогда, когда существуют безусловно *жизненные* показания по отношению к матери.

Второй вопрос, который нужно решать при начале лечения душевной болезни, заключается в том, *где производить лечение?*

Решение этого вопроса очень часто находится в зависимости и от причины, вызвавшей и поддерживающей болезнь.

В громадном большинстве случаев оказывается, что одним из условий, поддерживающих болезнь, является та обстановка, в которой находятся больные, — те домашние волнения, которые их окружают, та суетливость, беспорядочность и бестактность, которая наблюдается вообще в домах, где кто-нибудь заболеет психически. Это обстоятельство ставит врача в необходимость *потребовать удаления больного из его обычной обстановки.*

Родственники больного и окружающие очень часто сами замечают необходимость для него перемены обстановки, но в большинстве случаев ошибаются относительно того, в чем должна заключаться нужная перемена. Очень часто, например, при меланхолии бывает так, что если замечают, что больной сделался грустен, задумчив, молчалив, то окружающие стараются его развлечь, доставить ему много удовольствий — начинают возить его по театрам, гостям, предпринимают с ним путешествия. В большинстве случаев это приносит только вред, так как почти всегда больному *прежде всего нужен покой*; его больной мозг не в состоянии правильно реагировать и на сравнительно малое число восприятий, и если на него сразу подействовать массой новых впечатлений, соединенных с путешествиями, массой развлечений, то ненормальность мозговой деятельности обнаруживается еще более. Очень многие больные, страдавшие в начале путешествия, предпринятого с целью лечения, легкою формой психического расстройства, во время него заболевали чрезвычайно тяжело. Нужно это всегда помнить и на первом плане заботиться не о развлечении больного, а о физическом и психическом покое его. Подобно тому как никто человеку с переломленной ногой не станет советовать лечение моционом, так и при душевных болезнях нельзя советовать давать мозгу большую работу, увеличивая количество новых впечатлений.

Итак, устранение с самого начала всех причин, раздражающих мозг, и помещение больного в условия разумного однообразия и покоя составляют одно из первых показаний при лечении душевных болезней. Достигается это различным образом: или больной, если форма болезни принадлежит не к тяжелым, *оставаясь в своем доме*, отдаляется от всякой суетни, домашних беспокойств, ненужных разговоров, или, если этого мало, удаляется из своей семьи в какую-нибудь *другую семью*, по возможности спокойную. В большинстве случаев, однако, этого оказывается недостаточно, так как условия жизни и в чужой семье дурно

влияют на больного. В таких случаях нужна *изоляция больного*, удаление его от всех его близких.

Наиболее правильно достигается эта изоляция в *специальных заведениях для душевнобольных*, так как в них сосредоточены те условия, которые могут и в других отношениях быть нужны больному, — правильный режим, постоянный надзор и умелое врачебное отношение к больному.

Таким образом, для лечения душевнобольных очень часто приходится *помещать их в специальные заведения*. Это требуется и причинным показанием, и удобствами лечения, и тем, что по результатам опыта оказывается, что срок течения болезни в лечебнице в общем сокращается, и, наконец, необходимостью поставить больного в условия, в которых он менее опасен для себя и для других. Ведь больные в припадках душевной болезни не только нарушают весь порядок домашней жизни, но могут быть и очень опасны и для себя, и для своих близких, и вообще для общества. Вследствие этого, ввиду личной и общественной безопасности, нужно помещать их в такие учреждения, где за ними был бы правильный надзор, организованный по указаниям специалистов. Такими учреждениями и должны быть лечебницы и приюты для душевнобольных.

Помещение в лечебницу, однако, связано с применением весьма важного средства — с лишением свободы, но раз человек душевно болен, он не может так располагать собой, как здоровый; на здоровых и на обществе лежит обязанность не дать ему воспользоваться своею свободой во вред себе и другим. С другой стороны, относительное лишение свободы во многих случаях составляет необходимость и в видах лечения, потому что больные, не пользующиеся свободой, проявляют меньше порывов, меньше влечений, а это благодетельно влияет и на ход болезни. Этим вполне оправдывается то ограничение свободы, которое является результатом помещения в специальную лечебницу, хотя это же и налагает обязанность заботиться о том, *чтобы размеры лишения свободы соответствовали действительной потребности* и чтобы оно как можно менее было для больного мучительно. В большинстве случаев такие заботы со стороны врачей достигают цели, и многие больные не жалуются на помещение в лечебницу и на стеснение их свободы; но в некоторых случаях, конечно, факт лишения свободы раздражает больных, и они горячо протестуют против этого. По большей части *существенного вреда от этого не бывает*, но все-таки в каждом отдельном случае нужно определять значение такого раздражения и взвешивать, насколько больше пользы может произойти от задержания больного в за-

ведении сравнительно с вредом от некоторого раздражения из-за лишения свободы. В огромном большинстве случаев польза от пребывания в лечебнице неизмеримо больше вреда, причиняемого раздражением от задержания. Большинство больных очень быстро после поступления осваиваются с заведением и становятся несравненно спокойнее, чем были дома. Многие прямо высказывают неудовольствие на то, что их ранее не поместили в обстановку, где за ними может быть разумный уход. Врач, советующий поместить больного в лечебницу, должен самым убедительным образом утверждать, что случаев вреда от помещения в лечебницу *там, где оно показано, не бывает.* Окружающие больного и родственники обыкновенно не могут понять, что лечебница не есть тюрьма, а *есть медицинское средство, есть сама по себе лекарство*, и, к сожалению, есть врачи, которые их в этом поддерживают, смотря на помещение в лечебницу как на зло, хотя иногда и неизбежное. Нужно, однако, чтобы было наоборот, *чтобы лечебница считалась как главное и самое могущественное лекарство* и чтобы только при существовании определенных противопоказаний это лекарство не употреблялось при лечении душевных болезней.

В некоторых случаях родственники, и сознавая пользу от помещения в специальное заведение, все-таки не решаются на него главным образом из-за двух *предрассудков*: 1) что это позор, что пребывание в психиатрической больнице накладывает на больного пятно, и 2) из опасения, что больной будет по выздоровлении стыдиться своего пребывания в лечебнице и сердиться на родственников. Но первый предрассудок все более и более отпадает с улучшением строя жизни в заведениях для душевнобольных ввиду того, что теперь все охотнее и охотнее поступают в лечебницу люди, страдающие и легкими формами психозов, а второй опровергается ежедневным опытом. Каждый психиатр может привести множество случаев того, что *выздоровевшие больные* относятся к лечебнице, в которой они вылечились, с величайшей симпатией, и часто для них лечебница является на много лет местом, куда они приходят, как в свой родной дом, посоветоваться как относительно своей болезни, так и относительно разных житейских затруднений. А сколько раз выздоровевший больной, и через несколько времени вновь заболевший, сам просит родственников свезти его в больницу, где он уже раз поправился![1]

Конечно, не то бывает у больных невыздоровевших. Многие, вышедшие из лечебницы до выздоровления, соединяют с ней и с ее персоналом свои бредовые идеи и испытывают крайне враждебное чувство. Но и здесь мы имеем дело лишь с симптомом болезни, а не вредным результатом помещения.

Нужно сожалеть только о том, что у нас слишком мало лечебниц, и зачастую приходится за отсутствием мест отказывать в приеме и тем, кому лечебница необходима как лекарство. *Для каких же больных лечебница может быть лекарством*? На это нужно ответить так: для большинства душевнобольных почти всех категорий. Чем благоустроеннее лечебница, тем, конечно, больше круг больных, для которых помещение в нее показано. Правда, нужно оговориться, что не для всех категорий больных показано помещение в *одинаковые лечебницы*: одни подлежат помещению в больницы, устроенные именно для душевнобольных, другие — в лечебницы для эпилептиков, третьи — для алкоголиков, четвертые — для слабоумных от рождения (для идиотов); но при отсутствии отдельных лечебниц для больных каждой из этих категорий все-таки для большинства больных помещение в больницу, предназначенную для разных категорий душевнобольных, показано, и врач всегда должен ставить это на вид.

Но, как я сказал, необходимость (чаще всего отсутствие мест) заставляет иногда отказывать в приеме больным, которым и нужно бы поместиться в больницу; с другой стороны, и родственники по тем или другим причинам отказываются от помещения; в таком случае больные *остаются на дому*. Для некоторых форм это вполне возможно, для других это достигается лишь с большим трудом, а для некоторых совершенно невозможно. Так, *особенно настоятельно нужно требовать помещения* в случаях: 1) когда больные имеют сильную наклонность к самоубийству; хотя и в лечебницах нет полной гарантии от самоубийства, но все-таки там гораздо меньше возможности лишить себя жизни, чем при домашней обстановке; 2) когда больные требуют методического режима и дисциплинирующего влияния всего строя лечебницы; 3) когда родственники больного вмешиваются в лечение и бестактно ведут себя относительно его или поступают с ним сурово и жестоко (связывают, привязывают к постели), или чрезмерно сентиментально, или крайне суетливо, или применяя свои собственные лечебные средства; у нас нередки случаи, что к больному или больной приглашают отчитывателей или знахарей, невежественных и дозволяющих себе всякие бесчинства; к сожалению, между ними бывают не только невежественные мужики, но и духовные лица; 4) когда домашняя обстановка сама по себе тягостна для больного, раздражает его, и ему необходимо из нее удалиться; 5) когда больной опасен для окружающих; 6) когда есть опасность, что больной может иметь половые сношения, за которыми следует беременность; 7) когда

под влиянием болезни одного может развиться душевная болезнь у окружающих его лиц; 8) когда больной, оставаясь на свободе, может крайне расстроить свои дела, и 9) когда больной отказывается упорно от еды и нужно прибегнуть к насильственному кормлению.

На дому остаются, как я сказал, часто и такие больные, которые должны бы были лечиться в больнице. Для многих из них лечение в домашней обстановке совершенно невозможно и оно является лишь пародией на лечение, бесполезной, а иногда и прямо вредной для больного и ставящей врача в крайне тяжелое положение. В других случаях лечение может быть проведено и в домашней обстановке, но обыкновенно с гораздо большими неудобствами, чем в лечебнице. *Если больного лечат дома, то нужно позаботиться, чтобы приспособить все для правильного лечения.* Это, конечно, гораздо хлопотливее и дороже, так как нужно устраивать все приспособления, которые существуют уже готовыми в заведениях: нужно найти соответствующий персонал, нужно отделить для больного целый дом или особые комнаты, нередко нужно вставить сетки в окна, обить стены матрацами, устроить удобное отопление, безопасное освещение. К тому же в большинстве случаев в домашней обстановке труднее провести систему постельного содержания, трудно провести систему полной изоляции душевнобольного от родственников, трудно устранить влияние родственников на ход лечения; авторитет врача для больного гораздо меньше в домашней обстановке, и часто врача не приглашают вовсе, чтобы не раздражать больного. Если даже болезнь течет благополучно и дело кончается выздоровлением, то часто в домашней обстановке не удается так долго выдержать больного в благоприятных для него условиях; очень часто в периоде выздоровления приходится делать больному гораздо более уступок, чем это следовало бы.

Все эти неудобства обыкновенно бывают, когда лечатся на дому сильно беспокойные больные, — маниакальные, галлюцинирующие, с бредовой формой бессмыслия и т. п. В некоторых случаях, когда дело идет о сравнительно легких формах или формах неопасных, лечение и в домашней обстановке удается провести довольно удобно, особенно если врач пользуется полным доверием и авторитетом у родных и больного. В большинстве таких случаев требуется также полный покой, постельное содержание больных, удаление от дел, от посетителей, а иногда и от родных. К формам, при которых лечение *может производиться и в домашней обстановке*, принадлежат: легкие формы меланхолии, когда больной не лишен самообладания и не имеет наклон-

ности к самоубийству, небольшая маниакальная экзальтация, бред после лихорадочных болезней, неврастенические психозы, многие формы слабоумия, неопасные формы паранойи, спокойные формы прогрессивного паралича и многие органические психозы.

Есть, наконец, и такие категории больных, для которых закрытая психиатрическая лечебница и противопоказана и для которых нужно (при хороших условиях) *советовать лечиться или оставаться в семье.* Таковы, например, случаи, где можно ожидать очень быстрого окончания болезни, например приступ кратковременного бреда после острой болезни, также те случаи ипохондрии и другие формы, при которых страдает воля, и больной не должен оставлять своих привычных, несложных занятий, чтобы не поддаться влиянию навязчивых идей и ощущений; затем сюда же относятся многие случаи, где болезнь уже перешла в такое состояние, что больной не нуждается в специальном психиатрическом уходе, а требует только физического ухода, как, например, в последнем периоде прогрессивного паралича, старческого слабоумия, в случаях психоза, присоединяющегося к таким болезням головного мозга, как апоплексия, опухоли мозга. Затем есть некоторые случаи, в которых — и при излечимых формах — по миновании некоторых симптомов, ради которых нужно было поместить больного в лечебницу, дальнейшее лечение лучше продолжать в домашней обстановке.

Кроме лечения в своей семье, иной раз приходится советовать больному *лечение в чужой семье*, особенно если условия домашней жизни его раздражают. Правда, это лишь в исключительных случаях бывает удобно, большей же частью это делается в качестве полумеры, очень скоро оказывающейся нисколько не полезной, а лишь замедляющей поступление в лечебницу.

Как помещение, среднее между семьей и закрытой лечебницей для душевнобольных, является помещение в так называемую *«открытую» лечебницу для нервных больных.* В такой лечебнице большей частью нет такого острого надзора за больными; они пользуются в ней полной свободой, могут свободно поступать и выписываться. От лечебницы больные получают удобное помещение, все средства, требуемые для лечения (гидротерапия, электричество, массаж и пр.), полное содержание при режиме, необходимом для больных данной категории, и внимательное отношение врача-специалиста. Многие больные с явлениями неврастении и истерии, с состоянием тоскливости и подавленности, также больные, которым требуется лишь укрепиться от протекшей душевной болезни, или если больной нахо-

дится в периоде светлого промежутка или в начальном периоде медленно развивающейся душевной болезни, находят для себя в таких лечебницах довольно удобное помещение. Беда заключается лишь в том, что часто заведующие такими лечебницами, уступая просьбам родных, принимают в свои «открытые» лечебницы и таких больных, которым настоящее место быть в заведениях закрытых. Этого рода неправильность особенно часто бывает в немецких частных учреждениях для водолечения, и потому немецкие психиатры настойчиво указывают на тот вред, который происходит оттого, что из ложной боязни настоящей психиатрической лечебницы больного помещают в водолечебницу, где болезнь только ухудшается.

Когда вопрос о лечебнице решен, т. е. когда выяснены показания для помещения в лечебницу, то чем это будет раньше, тем лучше для больного: опыт показывает, что из числа больных, помещенных в лечебницу в первые месяцы от начала заболевания, выздоравливает гораздо больший процент, чем из числа больных, поступивших через полгода и более.

В большинстве случаев для помещения в лечебницу необходимо, чтобы кто-нибудь из близких лиц взял на себя обязанность поместить больного, т. е. сделать официальное заявление о помещении и доставить больного в лечебницу.

Вопрос о том, *как перевезти больного в больницу*, ставится очень нередко. Родным большей частью кажется это дело очень трудным; они опасаются, что больной крайне испугается одного названия больницы, что он придет в исступление, и доставить его в лечебницу нельзя иначе как обманом. Это — совершенно неверный взгляд. В громадном большинстве случаев больные едут в больницу без сопротивления, в других же случаях сопротивление легко преодолеть.

Как общее правило, нужно считать, что при помещении больного не следует его обманывать относительно места перемещения. Обман приносит в большинстве случаев вред, потому что возбуждает в больном недоверие вообще и заставляет его относиться враждебно и к персоналу лечебницы. Правильнее всего разъяснить больному (конечно, если его сознание достаточно ясно), что ему необходимо для лечения поместиться под постоянное наблюдение врача. Если больной выражает протест, то нужно твердо сказать, что это необходимо и уже решено бесповоротно, и в таких случаях по большей части удается больного привезти в лечебницу без особого насилия. В некоторых случаях можно больного привести в больницу к врачу как бы для совета, и уже на месте врач уговорит его остаться здесь для лечения. В

редких случаях приходится прибегать и к легкому насилию. Это делается обыкновенно так: если больной на выраженное твердо бесповоротное решение о помещении ответит вспышкой гнева и раздражением, нужно призвать заготовленных в достаточном количестве людей и объявить больному, что если он не поедет, то его вынесут в экипаж; если больной видит, что не может противиться, обыкновенно он скоро сдается и говорит: «Я пойду сам». Правда, нужно помнить, что некоторые больные при этом готовы воспользоваться малейшей оплошностью провожатых и убежать от них. Посаженные в закрытый экипаж с достаточным числом людей, они обыкновенно привозятся в больницу довольно удобно. Если приходится употреблять при этом насилие, то, как я говорю, это все-таки лучше, чем обман; обман безусловно вреден, особенно у больных с сохранившимся сознанием и критикой. Конечно, есть больные, которым почти все равно, что ни сказать: это — глубоко слабоумные, аментики с очень спутанным сознанием или очень поверхностно мыслящие паралитики. Прибегать к оглушению больных наркотическими средствами для доставления в больницу, а также к связыванию я решительно не советую.

Если больного нужно перевозить по железной дороге или на пароходе, то для него должно быть особое отделение или каюта, и сопровождающие не должны подпускать больного к окнам и отпускать одного в клозет; я упоминаю об этом, имея в виду многие случаи, когда перевозимые больные выбрасывались из вагона или бросались с парохода.

Часто родственники просят, чтобы в доставлении больного приняли участие прислуга и врачи лечебницы. В большинстве случаев этого нельзя допускать. Больные часто долго сохраняют неприятное чувство к перевозившим их незнакомым лицам, которых потом встречают в больнице. Если больной доставлен в лечебницу, то он должен быть принят в ней врачом. Чем участливее относится к больному врач, тем лучше. Нужно помнить, что первое впечатление от лечебницы часто оставляет глубокий след в душе больного, и тут понимающий свой долг врач может сделать много полезного. Он должен позаботиться, чтобы при проведении больного в отделение ему не попадались сразу на глаза слишком тяжело действующие больные, должен посидеть и поговорить с больным; разговаривая, он может воспользоваться случаем попросить больного раздеться, осмотреть его, произвести аускультацию, попросить принять ванну. Желательно, чтобы принятие ванны было обязательно для всех вновь поступающих больных, не слишком слабых. Во время ванны врач

осматривает платье больного, его вещи. Это необходимо для того, чтобы больной не оставил у себя каких-нибудь острых предметов, спичек, ядовитых веществ или денег. Чтобы больной не подумал, что его обокрали, врач говорит больному, что возьмет его вещи для сохранения. Я потому останавливаюсь на этих мелочах, что часто от упущения их бывают большие неприятности: некоторые больные приносят с собой в больницу ножи, бритвы, морфий, а особенно часто спички и деньги, причем иногда суммы бывают очень значительные; я помню одного больного, доставленного в больницу из полицейского участка, где его не раздевали, при осмотре в больнице в сапоге его неожиданно оказалась связка денежных бумаг на несколько тысяч рублей.

Раз больной помещен в лечебницу, то обыкновенно в ней и приходится проводить лечение болезни. Многие больные, конечно, протестуют против помещения, но раз показания определенны, этому не нужно придавать особого значения. Правда, у многих больных после помещения болезненные приступы обостряются, но это бывает или временно, или как результат естественного развития болезни. На других, наоборот, лечебница действует сразу благоприятно, так что уже на другой день они чувствуют себя много лучше. Есть, однако, немногие больные, которым пребывание в лечебнице настолько тягостно и оказывается не настоятельно нужным, что после *некоторого наблюдения приходится советовать взять больного для его же пользы.*

Если для большинства душевнобольных одно из первых медицинских требований есть помещение в специальную лечебницу, то спрашивается: как же должны быть устроены заведения для душевнобольных?

Устройство заведений для душевнобольных. Хорошее заведение для душевнобольных должно удовлетворять требованиям *лечения и безопасности больных*; следовательно, в нем должны быть приспособления для правильного ухода, надзора и необходимых терапевтических мероприятий. Кроме того, нужно помнить, что очень многие больные, находящиеся в заведении, должны оставаться в нем много лет; следовательно, хорошее заведение должно удовлетворять и требованиям обыкновенного, более или менее комфортабельного и удобного жилища. Для удовлетворения всех этих требований оно должно быть устроено по общим правилам гигиены, т. е. просторно и светло, и в нем должны быть приспособления для правильного разделения больных. Как мы говорили, больные не всегда действуют друг на друга благоприятно; иногда они расстраивают друг друга и потому должны быть отделены. Поэтому во всяком заведении для душевноболь-

ных мы находим *несколько отделений*, помещенных или в одном здании, или в отдельных павильонах.

Обыкновенно вся больница разделяется на мужское и женское отделения, и в каждой половине должны быть *отделения для покойных больных и для беспокойных. В отделении для покойных* в свою очередь должно быть два подразделения: одна часть его назначена для *совершенно покойных* больных, другая — для таких, которые могут быть *временно беспокойны*, например ночью закричать, стонать, засуетиться. В каждом отделении должны быть общие палаты и одна или несколько отдельных комнат для таких больных, которые нуждаются в отдельном помещении. Комнаты должны быть расположены так, чтобы надзор и уход за больными были по возможности облегчены. В покойных отделениях мебель и вся обстановка должны быть по возможности уютные и комфортабельные. *Отделение для беспокойных* должно быть устроено так, чтобы можно было по желанию разделить его на несколько отдельных частей. Дело в том, что беспокойные больные часто волнуют один другого, и потому требуется их разобщать. Поэтому и желательно, чтобы назначенное для подобных больных отделение в случае накопления больных могло быть разделено на несообщающиеся между собой части. В отделении для беспокойных больных должно быть больше отдельных комнат, чем в покойном, чтобы наиболе шумливые пациенты могли спать отдельно от других. Мебель и вся обстановка в беспокойном отделении должны быть более простые и более прочные, чем в покойном, хотя тоже и здесь нежелательно никакой суровости обстановки, а нужно стремиться к сохранению известной степени комфорта. Здесь должно быть больше внимания обращено на то, чтобы не было опасности от употребления легко-воспламеняющихся веществ для освещения; лампы должны быть повешены высоко или защищены сетками. Разумеется, для освещения больниц для душевнобольных наиболее пригодно электрическое освещение. Для безопасности в этих отделениях в окна иногда вставляются так называемые корабельные (очень толстые) стекла, решетки или жалюзи или оконные рамы делаются с мелким переплетом, чтобы больной, даже разбивши окно, не мог вылезти; для этого считается нужным, чтобы ширина отверстия была не более $3—3^1/_2$ вершков, чтобы голова не могла пройти, так как большинство людей может свободно пролезть через отверстие, через которое может свободно пройти голова. В *лучших заведениях*, впрочем, *эти приспособления считаются излишними и даже вредными*, так как делают лечебницу похожей на тюрьму. Сравнительно более удобства представляют некоторые

особенности в устройстве окон, позволяющие сохранить их обычный вид и позволяющие открывать их настолько, чтобы больные не могли вылезти (рамы, вертящиеся на серединной оси или открывающиеся так, что в зимней раме открывается лишь одна правая половина, а в летней другая — левая, наискосок).

Для некоторых больных устраиваются еще отдельные помещения в так называемом *изоляционном отделении*. В это отделение помещаются временно больные, находящиеся в состоянии очень большого возбуждения, в состоянии так называемого «буйства». Оттого изоляционные отделения и называются иногда «буйными» — название, которое лучше было бы при современном направлении практической психиатрии совсем вывести из употребления, между прочим, и для того, чтобы не раздражать им больных. В них отдельные комнаты (*изоляторы*) устраиваются особенно прочно; в комнатах не должно оставаться ничего лишнего, ничего такого, чем бы больной мог повредить себе; иногда стены изоляторов делаются мягкие, обиваются матрацами, а в особенно богатых лечебницах — пробковыми и каучуковыми обкладками, или стены обставляются рамами с плотно натянутыми брезентами (для предупреждения ушибов головы); стекла в окнах изоляторов делаются очень толстого, корабельного стекла, не разбивающегося от удара кулаком, но разбивающегося от удара металлическими вещами на крайне острые осколки, весьма опасные.

Окна в изоляторах снабжаются ставнями, так как некоторые психиатры считают, что для успокоения буйных больных полезно затемнение. Лет 25 назад для успокоения больных предлагалось употребление цветных стекол, причем говорили, что красные стекла полезны меланхоликам, а голубые и фиолетовые — маниакам. Но на деле такое влияние цветных стекол не подтвердилось.

Необходимой принадлежностью каждого изолятора считалась (против чего, впрочем, другие сильно восставали) хорошо устроенная дверь со вставленным в нее стеклом для постоянного наблюдения; очень удобными считались изоляторы с двумя дверями. В некоторых больницах изоляторы устраиваются так, что окно выходит во внешний узенький коридор, по которому прохаживается служитель для постоянного наблюдения за больным. Иногда при изоляторе устраивают дворик для пребывания на воздухе.

Я должен, впрочем, прибавить, что желательно, чтобы и изоляторы не особенно отличались от обычных комнат и имели бы некоторую степень комфортабельности, так как опыт пока-

зывает, что больные очень чутко относятся к тому, в какой обстановке они находятся: часто комфортабельный и приличный вид обстановки заставляет больного сдерживаться, тогда как в грязной, вонючей комнате он и сам будет вести себя нечистоплотно и потеряет скоро всякое чувство приличия. Насколько влияет на больного известного рода обстановка, может служить указанием тот факт, что некоторые больные, рвущие на себе платье, перестают его рвать, когда им дают красивую вышитую рубашку, и, наоборот, беспрерывно разрывают старое штопаное белье, которое «из экономии» обыкновенно надевается на них в таких случаях. Точно так же влияет и обстановка комнаты: чем более она подходит к обычной житейской обстановке, тем долее обыкновенно сохраняется дух человеческого достоинства и у больного, в ней помещенного. Это всегда нужно помнить при постройке изоляторов.

Да и вообще, *чем правильнее идет жизнь в заведениях для душевнобольных, тем менее потребности ощущается в собственно изоляционных отделениях.* Уже давно проповедуется тот взгляд, что изоляторами нужно пользоваться лишь на короткое время *для временного (не более нескольких часов) пребывания* больных, находящихся в сильнейшем беспокойстве. Затем стали находить, что даже при этих условиях *не следует запирать* в них больных, а держать дверь открытой, вследствие чего являлось совершенно ненужным устройство наблюдательных отверстий в дверях. Наконец, новейшее требование заключается в том, чтобы *совсем не устраивать изоляционных отделений* ввиду того, что помещение в них влияет на больных неблагоприятно, и также ввиду того, что обыкновенно эти отделения поставлены в недостаточно хорошие условия для надзора.

Применение правильно организованного постельного содержания больных дало возможность многим психиатрам убедиться в том, что обходиться без особого изоляционного отделения вполне возможно. И это не только в клиниках, где, как в московской психиатрической клинике, с осени 1895 г. ни один больной не был ни разу помещен в изоляционные отделения, но и в таких переполненных лечебницах, как психиатрическое отделение Екатеринославской губернской земской больницы, где введенный доктором Говсеевым постельный режим устранил необходимость в изоляторах.

Считая устранение изоляционных отделений одним из стремлений современной практической психиатрии, я вовсе не говорю против устройства отдельных комнат в психиатрических лечебницах. Наоборот, отдельные комнаты очень желательны, так как

позволяют многим больным пользоваться удобствами, которых они лишены в общих помещениях, но эти отдельные комнаты и по внешности, и по смыслу не должны иметь вида «буйных» комнат или «клеток» (cellules), как их называют иногда и теперь.

Взамен изоляционных отделений следует устраивать особые «*наблюдательные отделения*», куда помещают всех только что поступивших больных, свойство болезни которых еще недостаточно известно, и вообще больных, требующих внимательного и постоянного наблюдения, например меланхоликов, стремящихся к самоубийству. Эти отделения должны состоять из обширных, высоких и светлых зал, в которых больные находятся почти всегда в постелях («постельное содержание») и вполне доступны для правильного наблюдения. В некоторых лечебницах, как, например, в недавно выстроенной психиатрической клинике в Вюрцбурге, в этих наблюдательных отделениях обязательно скопляются все беспокойные больные и все, хотя и тихие, но опасные для себя (меланхолики) и некоторые нечистоплотные; профессор Ригер настаивает даже на том, чтобы ванны делались в самих отделениях (для этого ванны на колесиках прикатываются в палату) и чтобы переносные клозеты находились тут же. Я нахожу это чрезмерной утрировкой, нарушающей многие основные потребности больных; правда, к обширной общей палате примыкают в этой клинике две небольшие отдельные комнаты для временного помещения особенно шумливых больных, но это мало уменьшает неудобства. Я считаю нужным, чтобы наблюдательные отделения были отдельные для беспокойных и спокойных больных, и вообще неправильно сосредоточивать постоянный надзор только в *одном* месте, как это часто делается за границей. В московской психиатрической клинике мы отделяем больных, требующих особого наблюдения, в особой палате того же отделения, расположенной в наиболее благоприятных для наблюдения условиях, причем правильность дежурства прислуги контролируется так называемыми *«контрольными» часами.* Хорошее устройство наблюдательного отделения, более чем что-либо, может дать возможность устранить необходимость пользования изоляционными отделениями. Чем лучше организовано наблюдательное отделение, тем меньше в больнице должно быть изоляторов.

Затем в больших больницах есть *отделения для больных слабых и наклонных к неопрятности.* В этих отделениях скопляются больные, которые особенно портят воздух; поэтому эти отделения должны быть вентилированы самым лучшим образом и должны быть просторны.

Наконец, обыкновенно в больших больницах устраиваются еще более или менее значительные *отделения на случай заболевания* душевнобольных какой-нибудь *заразной болезнью.*

Само собой разумеется, что в каждом отделении должны быть устроены *ванны* и другие приспособления для обмывания и *лечения водой*; в большинстве отделений кроме спален должны быть устроены и *комнаты для дневного пребывания*, комнаты для занятий, столовые, комнаты для врачебного исследования, буфетные и другие комнаты. Система *клозетов* должна быть такая, какая давала бы возможность наблюдать за отправлениями больных, и в то же время как можно менее доступна порче.

Расположение комнат в различных отделениях различно в зависимости от свойства больных, местных требований и т. п. В настоящее время преобладает стремление устраивать по возможности обширные светлые палаты, избегать узких коридоров, избегать всех бросающихся в глаза особенностей, свойственных именно психиатрическим больницам, обставлять комнаты насколько возможно близко к потребностям домашней обстановки, ставить обыкновенную мебель, растения, украшать стены картинами и другими вещами, придающими жилищу уютный вид. Рекомендовавшееся прежде *«поэтажное» деление*, при котором в одном этаже находились спальни, а в другом — комнаты для дневного пребывания, теперь, при распространении постельного режима, считается неудобным. Соединение отделений между собой различно, смотря по обстоятельствам. Иной раз каждое отделение располагается в особом здании, в особом павильоне; в других случаях отделения располагаются все в одном и том же здании, более или менее удачно планированном. Расположение *павильонное* представляет удобства в смысле более полного разделения различных категорий больных друг от друга, но оно требует того, чтобы в каждом павильоне жил свой вполне надежный врачебный и надзирательный персонал, так как общее наблюдение при рассеянности павильонов становится затруднительным, особенно ночью в осеннее и зимнее время. С другой стороны, в *больших компактных зданиях* трудно так распределить помещения, чтобы они удовлетворяли всем потребностям; много помещений остаются слишком темными. Среднее между системой далеко разбросанных павильонов составляет *система павильонов, соединенных крытыми и отапливаемыми переходами*; эти переходы в некоторых больницах располагаются в *туннелях под землей*, так что не мешают внешней отделенности павильонов.

Больница для душевнобольных должна быть снабжена садами (отдельными для различных категорий больных); в садах должны быть устроены беседки для того, чтобы больные могли по возможности дольше пользоваться чистым воздухом. Это особенно важно для беспокойных больных, которые, как показывает опыт, ведут себя значительно спокойнее на открытом воздухе, чем в комнатах.

Таков общий тип лечебницы для душевнобольных. Она должна быть приспособлена как для лечения больных, еще требующих лечения, так и для пребывания тех неизлечимых больных, которые по состоянию своего психического здоровья не могут жить в иной обстановке. Из числа душевнобольных, находящихся в заведении, далеко не все требуют таких приспособлений, которые существуют для лечащихся больных. У многих болезнь уже завершила свой острый период и перешла в хроническую форму. Многих из таких больных нужно *только призревать*, а потому им нет надобности жить в дорогостоящих лечебницах, и они могут жить в более просто устроенных «павильонах или *бараках для хронических больных*». Из таких больных многие способны к работе, и вот из них-то и составляется главный контингент рабочих, которые занимаются в устраиваемых при лучших заведениях различных *ремесленных мастерских* (сапожных, переплетных, портняжных, ткацких, столярных, прачечных и других), работают в саду, оранжерее, огороде и на ферме. Если эти занятия хорошо организованы, то в них принимают участие и свежие больные в периоды улучшения своего состояния или в период поправления. В некоторых заведениях, не находящихся в черте больших городов, для занятий больных существует большое количество земли, которая обрабатывается душевнобольными, как в правильно устроенном хозяйстве. Такого рода больницы с приспособлением для сельскохозяйственных работ носят название *колоний для душевнобольных.*

Идея занять больных производительными работами существовала давно. В проекте устройства дома умалишенных, составленном в XVIII столетии академиком Миллером, выражено желание такого устройства, чтобы больные могли работать даже на фабрике, но осуществление этой идеи принадлежит XIX столетию.

Попытка занять больных полевыми работами была сделана в парижской больнице Бисетр в начале прошлого столетия, а в 1832 г. впервые устроена и настоящая колония «ферма святой Анны» (тоже в Париже). Вслед за тем в 1847 г. братья Лабитт основали свою знаменитую колонию в деревне Фиц-Джемс,

близ Клермона, во Франции, где рабочая деятельность больных вскоре достигла очень больших размеров. В этой колонии, впрочем, смотрели на больных как на даровых рабочих и порядочно эксплуатировали их, а это совершенно не согласно с духом психиатрических заведений. В настоящее время существует довольно много прекрасных заведений с сельскохозяйственными занятиями, как в Западной Европе (например, Альт-Шербиц близ Лейпцига и Галле; это образцовое заведение, открытое в 1877 г., организовано доктором Кёппе, оставившим профессуру в Галле, чтобы отдаться делу устройства заведения для душевнобольных на новых началах), так и у нас, в России; первая больница, в которой применены были сельскохозяйственные работы для душевнобольных, была Колмовская земская больница в Новгородской губернии. Там уже давно богадельня, в здании которой были помещены душевнобольные, обладала несколькими десятками десятин земли, часть которой служила для занятий как призреваемых богадельни, так, может быть, и душевнобольных. Мысль о правильной организации занятий для душевнобольных как внутри Колмовской больницы, так и вне ее была впервые выражена в записке заведовавшего психиатрическим отделением доктора Андриоли, умершего в 1876 г. В поданном им в 1873 г. проекте он предложил земству устроить в больнице целый ряд мастерских и организовать правильные занятия с целью лечения больных; при нем введены были некоторые мастерства, не требующие сложных приспособлений; больные стали работать в саду, проводить дорожки, занимались сенокосом; начата регистрация занятий. Но дело двинулось и организовалось благодаря живой пропаганде и энергичной деятельности преемника доктора Андриоли — доктора Б. А. Шпаковского, заслуги которого в этом отношении не должны быть забыты русскими психиатрами уже потому, что, сколько мне известно, он первый в России напечатал обширный научно обоснованный доклад земству, доказывающий пользу лечебниц-колоний.

Через несколько лет была основана Тверским земством другая лечебница-колония, именно Бурашевская лечебница, открытая в 1884 г., организованная доктором М. П. Литвиновым и долгое время считавшаяся образцовой; затем одна за другой открывались колонии в других местах России — в Рязанской губернии, в Херсонской, в Одессе. Образцовая больница-колония устраивается под руководством доктора В. И. Яковенко Московским губернским земством в с. Покровском-Мещерском близ города Подольска.

При устройстве заведений с сельскохозяйственными работами не нужно, однако, забывать, что павильоны или бараки, в которых живут больные-колонисты, должны находиться *поблизости от основных зданий лечебницы*, чтобы в случае нужды можно было всегда перевести больного из барака в то или другое отделение лечебницы. К сожалению, иногда обстоятельства заставляют идти на уступки в проведении этого принципа и устраивать сельскохозяйственную организацию с бараками для колонистов за много верст от лечебницы, в качестве ее *филиального учреждения*.

Другого рода филиальные учреждения, устраиваемые иногда при больницах для душевнобольных, суть учреждения, имеющие целью *семейное призрение душевнобольных*. Учреждения эти вызываются главным образом потребностью освобождать лечебницу от переполнения. Больница для душевнобольных только тогда может выполнять правильное свое назначение быть *лечебным* учреждением, *когда она не слишком переполнена*, а между тем в действительности большинство больниц страдает именно тем, что они содержат чрезмерное количество больных. Это зависит от того, что душевные болезни тянутся долго, неизлеченные больные остаются в ней, а между тем с каждым годом поступает все больше и больше новых больных. Чтобы избавиться от переполнения, нужно строить новые больничные помещения и освобождать больницу от тех больных, которые в ней не нуждаются. *Способы эвакуации* различны; в некоторых случаях больных переводят из той больницы, которая назначена преимущественно для острых больных, в другую — в такую, которая более предназначается для хроников; в других случаях можно больных, хотя и неизлеченных, отдавать в их собственные семьи; наконец, в некоторых случаях больные не настолько успокоились, чтобы их можно было отпускать в родные семьи, где больше условий для раздражения, а можно помещать в качестве нахлебников в семьи жителей, живущих недалеко от больницы.

Такой способ призрения душевнобольных называется *patronage familial*. Прототипом ему служит призрение душевнобольных в Геле, одном бельгийском местечке. Там с давних времен существует призрение душевнобольных на дому у местных жителей. Развилось это дело сначала на почве суеверия: больные свозились в Геель в ожидании исцеления от святой Димфны, убитой в этой местности своим отцом в припадке ярости. Говорят, что помешанный, бывший свидетелем этого события, выздоровел. Поэтому и стали считать святую Димфну целительницей безумных. В ожидании исцеления больные по-

мещались в жилища местных жителей, которые мало-помалу и вырабатывали привычку к обращению с душевнобольными. В последнее время бельгийское правительство взяло на себя заботу регулировать дело, и в Гееле им выстроена небольшая лечебница для душевнобольных, руководимая врачом-психиатром, на обязанности которого находится и надзор за больными, отдаваемыми на житье к крестьянам. В Гееле всего содержится более тысячи больных.

По образцу Гееля, но только несравненно лучше и правильнее, устроен patronage familial в Шотландии, где почти одна треть всех больных государства содержится по этой системе. Правильно организовано это дело также в некоторых местах Германии (Ильтен в Ганновере) и близ Берлина. Во Франции в 90-х годах устроено также семейное призрение больных, эвакуируемых из парижских больниц, правда, в довольно большом расстоянии от Парижа, — в тихом, захудалом городке Дэн-сюр-Орон. У нас вопрос об устройстве семейного призрения душевнобольных был поднят впервые мной и доктором Н. Н. Баженовым на первом съезде отечественных психиатров в начале 1887 г., а первая практическая попытка сделана около Рязани тем же доктором Н. Н. Баженовым, который потом повторил ее близ Москвы (в селе Семеновском, за Калужской заставой). В более обширных размерах устроилось это дело по идее доктора Говсеева в Екатеринославской губернии. О значении, удобствах и неудобствах этой меры я буду говорить в другом месте, здесь же замечу только, что желательно, чтобы призреваемые в семьях больные находились под постоянным наблюдением врачей больницы и в случае надобности сейчас же перемещались из семей в больничные отделения. Конечно, по системе patronage familial могут быть призреваемы только те душевнобольные, которые совершенно безопасны, спокойны и не требуют специального лечения, т. е. неизлечимы.

Иной раз призрение по системе patronage familial устраивается так: заслуженным служителям строят домики вблизи лечебницы и дают им за известную плату неизлечимых больных в качестве нахлебников.

Таковы главные основы устройства лечебниц для душевнобольных. Лечебницы, устраиваемые для идиотов, для эпилептиков и алкоголиков, имеют некоторые особенные черты, о которых будет речь при изложении отдельных форм болезней.

Как было сказано, для громадного большинства лиц, больных душевными болезнями, нужно советовать поместиться для лечения в лечебницу. Это нужно не только для безопасности, но

главным образом потому, что в лечебницах лечение идет успешнее, и срок болезни сокращается. Лечебница, таким образом, есть сама по себе *терапевтическое средство.*

Спрашивается: *в чем же заключается терапевтическая сила лечебницы*, делающая ее лучшим местом для лечения душевнобольных? Сила ее заключается в том, что в лечебнице все проникнуто целью помочь душевнобольным, все устроено сообразно с нуждами душевнобольных, все проникнуто духом понимания душевного состояния больных.

Так как понимать это состояние вполне может главным образом врач, то *во главе заведения должен всегда быть врач*, который и должен задавать тон всему заведению. От врача-психиатра требуется поэтому довольно много разнообразных качеств. Требуются кроме знания своего чисто медицинского дела и сведения по хозяйству, по различным отраслям работ, требуется значительное общее образование, чтобы не производить на некоторых интеллигентных больных впечатления человека неразвитого; затем он должен обладать известными свойствами характера и ума, должен обладать тактом и самообладанием и, главное, должен очень любить свое дело. Он должен иметь способность внушить к себе доверие и найти доступ к душе больного; в обращении с больными должен руководствоваться стремлением сделать все полезное для больного и разумным пониманием свойств болезни. Одним из главных свойств психиатра должно быть постоянно ясное сознание цели своих слов и действий, приспособляемость ко всем мелочам в жизни больных и способность приспособлять окружающее для удобств больных. В своей деятельности он не должен быть суетлив, должен быть вдумчив и внимателен и в исполнительности служить примером для других.

Выписываю из книги проф. П. И. Ковалевского «Лечение душевных и нервных болезней» следующие требования, предъявляемые к врачу психиатром доктором Ричардсоном: «Врач-психиатр должен обладать широким взглядом на человечество, высоким умственным развитием и неповрежденным интеллектом. От него требуется самообладание и милосердие, высокое внимание и наблюдательность по отношению к больным, кипучая деятельность, находчивость, способность быстро ориентироваться во всех положениях и простота в обращении. Рядом с этим должны быть: терпение, твердость и любезность. Он должен быть симпатичен, откровенен, честен и безыскусствен. На всякие неприятности, наносимые ему больными, он должен отвечать находчивостью и добрым сердцем, памятуя, что

он имеет дело с несчастными. По этой же причине он всегда должен проявлять к ним и жалость, и любовь, как бы отвратителен их вид ни был. Он должен властвовать над ними не как над рабами, а обладать таким тактом, чтобы они сами, того не замечая, во всем подчинялись ему. Но что особенно важно для психиатра, так это — сдержанность: он должен не проявлять ни гнева, ни неудовольствия, а всегда быть ровным и приличным».

Все это характеризует представление об идеале как директора, так и других врачей психиатрических больниц.

Весь врачебный персонал заведения должен быть проникнут общим направлением. Конечно, каждый может сохранить свои индивидуальные особенности, но в то же время помнить, что его деятельность должна гармонировать с общим принципом ведения дела, конечно, если этот принцип выработан разумно. Идея «хорового начала» (от слова: хор; кстати сказать, во всех коллегиальных организациях я считаю это начало самым плодотворным) более, чем какая-нибудь другая, должна лежать в основе действия персонала психиатрических заведений. Как в стройном хоре могучим двигателем является объединяющее чувство гармонии и эстетическое стремление, так и в основе деятельности интеллектуального развитого персонала психиатрических больниц должно быть чувство общности дела и сознание того, что только гармоничным сочетанием сил дело может держаться на достойной высоте. Как в хоре каждый, даже имеющий сравнительно небольшую партию, является все-таки в своей индивидуальности необходимым элементом, так и в психиатрическом деле каждый, как бы ни мала казалась его роль, является необходимым действующим лицом, без которого невозможен правильный ход дела; как в хоре даже самые талантливые певцы только тогда не портят дела, когда идут в согласии с общим строем, поднимая общее исполнение на высоту истинно художественную, так и в деятельности психиатрического учреждения наиболее талантливые люди должны помнить всегда общий принцип взаимодействия, талантом и энергией увлекать других, внушая им влечение к совершенствованию; как в хоре все управляется одним регентом, за указаниями которого чутко следят все певцы, так и в психиатрической деятельности общее направление дает директор, и его указаниям должны подчиняться все в интересах общего дела; с другой стороны, как общее настроение участников хора отражается и на регенте, так и в психиатрической деятельности направляющее влияние директора совершенствуется под влиянием подъема знаний, энергии и любви к делу участников в выполнении одной общей задачи жизни.

Таким путем создается *общий благотворный дух заведения*, которым мало-помалу проникаются все другие служащие в заведении, и таким образом создается та психиатрическая атмосфера, которая вместе с целесообразным режимом составляет причину того, что само помещение в заведение благоприятно действует на психически больного.

Одну из главных забот врачебного персонала составляет приискание и воспитание хороших *надзирателей и надзирательниц* и приспособление *низшего больничного персонала* к уходу за душевнобольными. На обязанности надзирателей и надзирательниц лежит быть в самом тесном отношении с больными, следить за всеми подробностями их жизни, наблюдать за деталями проявления их личности, сообщать обо всем этом врачу, устранять и предупреждать вредные и опасные проявления; живя с больными, посещая их и ночью, а с некоторыми больными проводя ночь в одной комнате, обедая, деятельно участвуя в занятиях и развлечениях больных, они узнают все особенности их личности, — и, проявляя относительно их всевозможные кажущиеся на первый взгляд мелкими заботы, они должны окружать больного теплой атмосферой любви и разумного внимания; они создают главное условие для того, чтобы болезненное настроение больного изменялось в благоприятную сторону. Выполняя с любовью, терпением и ровностью требования психического ухода, надзиратели и надзирательницы в то же время должны быть в высшей степени пунктуальны относительно выполнения медицинских предписаний, должны поддерживать у больных своей исполнительностью веру в авторитет врача, следить педантически за чистотой в отделении, за чистотой одежды больных, за порядком и разумно направлять низший персонал — дядек и нянек. Из всего этого видно, что деятельность надзирателей и надзирательниц и трудна, и сложна; она требует известных качеств, но она не должна пугать желающих посвятить себя этому делу: при твердом желании, сознании долга, привычке исполнять долг и трудолюбии хороший и не совсем глупый человек может сделаться достойным надзирателем и надзирательницей; наградой является часто то душевное удовлетворение от сознания исполнения человеческой обязанности и чувства внушаемой любви, которое испытывается на этом поприще много чаще, чем в других профессиях. Сама по себе деятельность надзирателя так высока и значительна, что я советую молодым врачам, желающим посвятить себя психиатрической деятельности, начинать с исполнения обязанностей надзирателей, причем, конечно, они должны исполнять свою обязанность не формально только, а

всей душой; это принесет им впоследствии то, чего нельзя почерпнуть из книг и в другой обстановке.

Само собой разумеется,что выбор надзирателей и надзирательниц представляет довольно большое затруднение, так как выбор подходящих лиц небольшой и производится обыкновенно совершенно случайно. Отсюда является потребность *в школах, подготовляющих надзирателей и надзирательниц.* Потребность эта сознавалась давно в Западной Европе, и там давно она находила удовлетворение. В России покойный доктор С. Н. Данилло один из первых отчасти осуществил эту потребность; он с 1886 г. стал преподавать основы ухода и наблюдения за душевнобольными сестрам милосердия Красного Креста, причем практически они знакомились с делом, дежуря в петербургской психиатрической клинике, бывшей тогда в заведовании профессора И. П. Мержеевского. Читанный им курс доктор Данилло своевременно напечатал. Насколько мне известно, впрочем, и ранее в некоторых губернских городах земские психиатры, как, например, доктор И. Я. Платонов в Полтаве, читали на фельдшерских курсах краткие курсы психиатрии. Доктор А. А. Яковлев, читавший в последние годы такой курс в Вологде, напечатал свои лекции в 1899 г. В Москве доктор А. А. Токарский с 1894 г. несколько лет подряд читал курс ухода за душевнобольными на женских фельдшерских курсах Старо-Екатерининской больницы; слушательницы дежурили в заведуемой мной клинике и некоторых других больницах и получали таким образом практическую подготовку.

Весьма важную роль в жизни психиатрических заведений играет *персонал служителей и сиделок*, ухаживающих за больными. Сколько бы ни старался врач или надзиратель сам быть с больными, все-таки он не может поспеть всюду, и большинство больных будет под непосредственным попечением служителей и сиделок. Ввиду этого следует выбирать их с большим старанием, заботиться об учении их правильному исполнению обязанностей и о том, чтобы лучшие из служителей и сиделок дорожили своими местами. Это достигается разумным и справедливым отношением к ним, вниманием к их нуждам, доставлением удобного помещения как для холостых, так и для женатых, хорошей пищи и достаточного жалованья; весьма полезно, чтобы жалованье могло увеличиваться пропорционально годам службы, и в заключение давалась бы пенсия. Не нужно также обременять служителей непосильным трудом и заставлять работать без отдыха; как показывает опыт, долговременная служба в психиатрических больницах без отдыха часто ведет к преждевременному отупению как надзирателей, так и служителей, особенно если не

обставлена благоприятными условиями их личная семейная жизнь, т. е. нет при больнице особых помещений для семейств служащих.

Что касается до необходимого количества служительского персонала для больных, то в этом отношении существует большое разнообразие. Так, в частных лечебницах приходится один служитель на одного больного, в большинстве русских больниц один служитель на 4—6 больных, в заграничных заведениях (во многих) один служитель на 9—10 больных, а в некоторых английских один на 16.

На обязанности служителей и служительниц лежит пунктуальное исполнение всего, что указывается им врачами и надзирателями; они смотрят за больными, дежурят при них, сопровождают их всюду, соблюдают чистоту в комнатах, одевают больных, раздевают их, иногда кормят; они должны быть сами очень аккуратны, внимательны, исполнительны, вежливы, трезвы, должны избегать ссор между собой, а тем более с больными, не сообщать больным неподходящих новостей, должны быть терпеливы, сдержанны и при столкновении с больными уступчивы; удерживая больных, находящихся в возбуждении, должны постоянно иметь в виду, как бы не причинить больному вреда или боли. Они должны быть находчивы и быть готовы в некоторых не терпящих отлагательства случаях оказать больному необходимую помощь, например, развязать веревку повесившегося больного, положить правильно во время эпилептического припадка.

Конечно, для того чтобы иметь хороший служительский персонал, врачи и надзиратели должны сами потрудиться: простых людей, способных быть хорошими служителями и сиделками, много, но их *нужно научить*, как достигать той цели, для которой они служат; ничего нет удивительного, если служитель, которому ничего не показано и который не видит хорошего примера, станет раздражаться на больного и ударит его; наоборот, служителю доставляет удовольствие обходиться с больным ласково, если его научили, как поступать в каждом случае и как добрыми средствами достигать успокоения больного и отвлечения его внимания.

Ввиду всего этого весьма важно *систематическое правильное обучение служителей*, на что давно обращено внимание в Западной Европе. У нас дело систематического обучения низшего медицинского персонала еще только недавно началось. Так, в конце 80-х годов доктор В. В. Ольдерогге ведет систематический курс для служителей психиатрического отделения Николаевского военного госпиталя в Петербурге, а с 1895 г. доктора

А. Л. Мендельсон и М. С. Морозов приступили к обучению прислуги в Петербургской больнице святого Пантелеймона. Первым из них издана в 1898 г. книга «Уход за душевнобольными» как руководство для надзирательского и служительского персонала психиатрических заведений, в которой можно почерпнуть много указаний, которыми должны руководствоваться служителя и сиделки. Доктор П. И. Нечай в Киевской Кирилловской больнице тоже читает курс по уходу за душевнобольными.

Я должен прибавить еще, что некоторые психиатры, имея в виду трудность поручать уход недостаточно интеллигентным простым служителям и сиделкам, стараются заменить их усиленным штатом помощников *надзирателей и надзирательниц*; конечно, без простой прислуги дело не может обходиться, — на нее возлагается исключительно черная работа — чистка комнат, белья и т. п.; собственно же уход возлагается на более интеллигентный персонал. Эта мера проводится, между прочим, доктором Яковенко в Покровской больнице Московского земства.

Наконец, еще одно прибавление: в большинстве случаев в мужских отделениях за больными ухаживают мужчины, в женском — женщины. Обусловливается это опасением проявлений полового возбуждения. Я должен, однако, сказать, что уход хороших, понимающих свои обязанности женщин за мужчинами вовсе не должен считаться абсолютно исключенным из практики психиатрических учреждений: в Швеции женская прислуга существует и в мужских отделениях; в России тоже существуют примеры такого рода, и я сам хорошо знаю примеры, как мужчины были многим обязаны именно женскому уходу.

Кроме персонала, участвующего в уходе за больными, разумеется в психиатрической лечебнице должен быть достаточный состав *других служащих*, исполняющих обязанности по хозяйственной стороне дела; но и этот персонал должен действовать в том духе, в котором указывает врач. Главным распорядителем психиатрической больницы должен быть врач-психиатр.

До сих пор мы описали, однако, лишь одну половину элементов того могущественного терапевтического средства, которое называется лечебницей для душевнобольных; *другую его половину составляют сами больные*. Больные, находящиеся в больнице, не только лечатся, но и способствуют делу лечения других больных. Больные иногда сами это замечают и говорят: «мы лечим друг друга». И действительно, влияние больных друг на друга бывает очень велико: выздоравливающие влияют на других как на товарищей и часто своим примером и убеждениями помогают больным лучше переносить их болезнь, чем здоровый персонал

лечебницы; многие из них, а также многие из хронических больных, привязывающихся к лечебнице как к своему дому, составляют незаменимых союзников врачей, поддерживающих авторитет их и надзирателей и придающих жизни в лечебнице семейный характер. Заразительное влияние хорошего примера, *сила бессознательного внушения* суть могущественные факторы, влияние которых хотя и неуловимо, но в высшей степени важно для терапевтической деятельности лечебницы. Этот взгляд, понятный для психиатра, часто совершенно не понятен не врачам: при помещении больного родственники очень часто высказывают опасение дурного влияния больных, находящихся в лечебнице, на их больного. «Когда он очутится среди совсем помешанных, — говорят они обыкновенно, — то он совсем с ума сойдет, а теперь ведь он все понимает». Это опасение заставляет часто надолго откладывать помещение больного, а между тем часто больной, очутившись в среде других больных, быстро осваивается и начинает с некоторой критикой относиться к себе и к другим и находит в больнице таких лиц, с которыми ему полезнее жить, чем с родственниками. Конечно, бывают нередко случаи и дурного влияния больных друг на друга. Но этому обыкновенно нетрудно помочь, размещая больных в разные отделения, не давая им возможности сходиться или своевременно нейтрализуя вред.

Таков организм психиатрической лечебницы. Жизнь его должна идти в стройном порядке, в котором, однако, должно быть исключено все мертвенное, рутинное. Все должно быть стройно, все должно быть выполнено пунктуально, аккуратно по времени и по качеству, но в то же время все должно быть сознательно. *Живая душа должна быть видна во всем и прежде всего в индивидуализации каждого больного.* Больной не должен быть номером, а должен быть личностью, хорошо знакомой всем лицам персонала, которые имеют к нему отношение. Мы в нашей клинике избегаем даже называть в разговоре между собой больных по фамилии, а называем по имени и отчеству: личное отношение сохраняется при этом больше. Врачу и надзирателям должна быть известна и прошлая жизнь больного и его интересы; он [врач] должен знать то, что его озабочивает, что составляет его особенности, его привычки. Маленькие услуги, оказываемые благодаря именно пониманию индивидуальных особенностей больного, внимание к интимным сторонам его жизни со стороны врачей и надзирателей поддерживают в больном более, чем что-либо, тесную связь с врачом и помогают последнему укреплять в больном шатающуюся и готовую распасться личность.

Я думаю, что это понимание индивидуальных свойств больного, которое должно быть основной чертой психиатра, делало то, что психиатрические лечебницы были важным терапевтическим агентом даже и тогда, когда в них употреблялись те суровые меры, о которых мы теперь знаем лишь понаслышке.

Итак, разумное понимание личности больного, связанное со специальным знанием патологии, является важнейшим элементом того строя жизни, которым действует психиатрическая лечебница.

Другой элемент есть *надзор*. Надзор главным образом нужен для безопасности больных; он нужен и для наблюдения за течением болезни. Но для этого нет надобности в таком педантичном надзоре, как для безопасности. Надзор, конечно, нужен не в одинаковой степени для всех больных; некоторые нуждаются в крайне бдительном надзоре, для других он, может быть, нужен только в небольшом размере. Но надзор имеет и свои дурные стороны. Нужно всегда помнить слова Достоевского, высказавшего в «Записках из мертвого дома», что одно из величайших мучений — это не иметь возможности быть одному, вечно быть под взглядом надзирателя. Помня это, мы всегда найдем необходимость смягчить надзор там, где это возможно и невредно для больного, организовать его так, чтобы он не был чрезмерно назойлив и не являлся бы в виде чего-то неотвязно преследующего: ведь когда врач или надзиратель говорит с больным, играет с ним в шашки или читает ему вслух он, конечно, может очень удобно следить, чтобы больной не сделал себе вреда, но для больного этот способ надзора далеко не так тягостен, как если беспрерывно смотреть на него в отверстие двери, стоять, так сказать, над его душой, что раздражает его и может привести больного в состояние исступления.

Требования наблюдения и надзора вместе с требованиями, вытекающими из знания свойств болезни и способа влияния на болезнь тех или других средств, дают основания *для установления жизни в больницах для душевнобольных по известному порядку*. Этот порядок касается как служебных отношений, так и режима больных. В служебном отношении порядок должен заключаться в том, чтобы каждый из персонала имел свое определенное дело, исполнял бы его точно, согласуя вместе с тем свою деятельность с деятельностью других служащих: раз существует общее дело, все участники должны взаимно помогать друг другу и дополнять один другого. Общее направление дается врачами и директором, но, для того чтобы врачи действовали вполне правильно, они должны знать все, что делается с больными, и какие условия их

окружают. Поэтому они постоянно должны обмениваться мыслями и наблюдениями; надзиратели и прислуга должны сообщать врачу своего отделения и директору все, даже мелочи, касающиеся больных. Ввиду этого во всякой благоустроенной психиатрической больнице существует известный порядок докладов, или рапортов, надзирателей или надзирательниц, беседы с ними, беседы и конференции врачей.

По отношению к больным должен быть установлен *правильный режим*, сообразный с требованиями гигиены и характера болезни. Правильность распределения больных, чистота воздуха в помещениях, чистота комнат, чистота и порядок одежды и белья, гигиеническая и своевременная пища и питье, соответствующая требованиям смена покоя и занятий, неволнующие развлечения, прогулки на воздухе, чтение, переписка с родными, свидания с ними, если они дозволены, — все это должно быть хорошо организовано, и стройный порядок в этом отношении должен входить как безусловный элемент в жизнь заведения; конечно, раз мы имеем больных разнообразного характера, разнообразной индивидуальности, — режим не для всех больных может быть одинаковый; для каждого больного должны быть индивидуализированы способы его содержания, и питания, и работы, и отдыха, и нахождения в постели, и прогулок, свиданий и переписки с родными, но и на этой индивидуализации должна быть печать осмысленного порядка и стройности.

Совокупность некоторых приемов в обращении и содержании душевнобольных образует *ряд систем в деле лечения*, которые практикуются в больницах для душевнобольных и благодаря которым современная лечебница для душевнобольных стоит так высоко сравнительно с тем, какова она была еще весьма недавно.

Из этих систем мы отметим следующие важнейшие.

1. *Система морального влияния.* Она слагается из всего того, что указано нами выше, — из морального влияния врачей и хороших надзирателей, из понимания индивидуальных свойств больного, знания того, что нужно для него, и энергии в выполнении всего, что может поддержать расшатывающуюся личность больного, из всего того, что создает лечащую атмосферу лечебницы. Я только что так много говорил об этом, что, я думаю, всем понятен основной принцип этой системы. К элементам системы морального влияния относится и целый ряд способов психического лечения, о которых будет сказано ниже. Считаю нужным еще раз повторить: разумная система морального влияния, основанная на знании патологии душевных болезней, должна считаться основной в деле лечения душевных болезней.

Чтобы согласиться с этим, стоит припомнить, что даже тогда, когда в больницах было широко распространено связывание, когда в них не практиковался ни рабочий, ни постельный режим, они все-таки являлись благодетельными для больных, и многие больные по выздоровлении не ставили в вину врачам и ухаживающему персоналу суровость господствовавшего режима, а с благодарностью вспоминали о доброте и внимании, которыми они были окружены, и о разумном понимании их душевного состояния со стороны, по крайней мере, некоторых из стоявших около них лиц. К тому же нельзя не признать, что и другие системы, к перечислению которых я сейчас перейду, явились главным образом благодаря дальнейшему развитию основной системы, которую я называю системой морального влияния. Суровые способы, которыми в прежнее время пользовалась эта система, теперь почти целиком отошли в область преданий, но сама система осталась, и без нее нельзя действовать психиатру.

2. *Система нестеснения* (*No-restraint*). История развития этой системы такая. В прежнее время лечебницы для душевнобольных носили название «домов для умалишенных»; на них смотрели не как на медицинские учреждения, а как на места заключения опасных сумасшедших. Они устраивались наподобие тюрем, в виде массивных башен с маленькими редкими окнами, высоко поднятыми над полом и заделанными толстыми железными решетками. Больные находились там, как тяжелые преступники, в кандалах и прикованные цепями к полу и стене. В таком положении оставались они в скученных и грязных помещениях, иногда в клетках наподобие зверей, по целым годам. Так было в большинстве государств Западной Европы еще не очень давно. Недавно лишь исполнилось сто лет с того времени, когда началось в психиатрии движение в пользу освобождения больных, в пользу более гуманного призрения их, а именно — когда в 1792 и 1793 гг. Даген в Шамбери (в Савойе) и Киаруджи во Флоренции своими сочинениями проповедовали применение гуманных мер к лечению душевнобольных и когда, наконец, Пинель в парижском Бисетре вместе со своим надзирателем Пуссеном снял цепи, которыми были прикованы душевнобольные в видах безопасности, а Вильям Тьюк в Англии создал так называемое Йоркское убежище Общества Друзей, в котором меры стеснения были заменены мерами кротости. Около этого времени вместо цепей, которые употреблялись для обуздания буйных больных, вошла в употребление *горячечная*, или *смирительная, куртка*, которой можно было связывать беспокойного больного и давать ему при этом возможность пользоваться и чи-

стым воздухом; особенно беспокойных больных привязывали к особым креслам и к кроватям, надевали на них специально придуманные кожаные пояса с прикрепленными к ним кожаными же нарукавниками. Введение этих мер обуздания казалось в то время великой, гуманной мерой, так как больные, хотя и связанные, могли двигаться, могли уходить из своих пропитанных смрадом комнат и связывались на сравнительно непродолжительный срок.

Но толчок, данный Пинелем и его современниками развитию гуманных взглядов по отношению к душевнобольным, не мог остановиться на этом. Вскоре, а именно в 30-х и 40-х годах некоторые из английских психиатров заявили горячий протест против какого бы то ни было связывания. Из этих врачей особенно выделяется Конолли, который с настойчивостью и убедительностью доказывал, что даже простое связывание в горячечную рубашку приносит больше вреда, чем пользы: «Горячечная рубшка, — говорил он своим противникам, — только раздражает больных; оттого у вас в больницах так много буйных, что вы их связываете, подумайте лучше о причинах буйства, улучшите пищу, помещения, дайте больше воздуха, будьте внимательнее к больным, дайте им отдельные помещения, наблюдайте за прислугой и перестаньте надеяться на обуздание путем связывания, — тогда и буйства в больницах будет меньше». И действительно, когда в некоторых заведениях, по убеждению Конолли, изгнали из употребления горячечную рубашку, оказалось, к удивлению, что «буйных» больных стало гораздо меньше; тогда стало очевидно, что во многих случаях *буйство само обусловливалось связыванием.* Более резкого примера в пользу знаменитого положения «не противься злу насилием» — трудно найти[1]...

---

[1] Однако при всей симпатии к этому часто забываемому принципу беспристрастие заставляет меня оговориться, что именно отношение к душевнобольным и указывает на невозможность *абсолютного* применения этого принципа. В самом деле ведь нельзя же не употребить, хотя бы в наиболее мягкой форме, насилия, когда видишь больного, стремящегося сделать вред себе и другому; нельзя иногда без насилия поместить его в больницу; нельзя не задержать его вопреки его воле в лечебнице, нельзя не накормить, хотя бы и с порядочным насилием, если он под влиянием бреда отказывается от еды. Поэтому я не могу стоять за абсолютное применение принципа «непротивления злу насилием», но считаю необходимым указать, что по отношению к душевнобольным очень и очень часто принцип этот содержит в себе указания высокой *практической мудрости,* так как чем меньше мы будем прибегать к насилию, чем больше будем стараться заменять его другими мерами, имеющими в виду *улучшить* положение больного и *предупредить* то, что потребовало бы насилия, тем более будем мы достигать цели лечения.

Система, при которой ставится в обязательное правило не связывать больных, даже при самых сильных степенях беспокойства, была названа системой No-restraint — нестеснения (вернее, *несвязывания*). По этой системе связывание больных не только в горячечную куртку, даже полотенцами, не допускается многими абсолютно, а другими во всех случаях, за исключением тех, когда нужно произвести хирургическую операцию у душевнобольного. В этом отрицании механических способов стеснения заключается то, что составляет так называемую *негативную* (отрицательную) сторону системы нестеснения. Но она сильна не этой только стороной; рядом с негативной идет и вытекающая из нее *позитивная* сторона — улучшение всех способов лечения и содержания больных. Вместо обуздания связыванием в заведениях, где принята была эта система, стало развиваться более внимательное отношение к больным, большая индивидуализация, большая забота о правильной группировке, о том, чтобы больным доставлялась в достаточном количестве питательная пища, возможность двигаться на воздухе, возможность пользоваться развлечениями и полезными занятиями; чем более улучшалась жизнь в заведениях для душевнобольных, тем становились и спокойнее больные, — и громадное большинство психиатров, покинувших горячечную рубашку, ясно видели, что и поводов к ее употреблению становилось все меньше.

Гуманная, просветительная и глубоко разумная проповедь системы нестеснения, однако, не сразу была принята; многим, не испытавшим ее на деле, казалось невозможным обойтись без связывания; другие, не употребляя связывания, стали употреблять взамен его в громадных количествах наркотические средства — хлоралгидрат, опий, доводя больных до состояния оглушения. Но чистые представители системы нестеснения восстали и против этой замены *механического рестрента химическим*, так как излишнее употребление наркотических, несомненно, влияет вредно на течение душевных болезней. Но с течением лет система нестеснения все более и более стала господствовать в психиатрии, и соответственно этому улучшились и психиатрические заведения. В тех заведениях, в которых применение горячечной рубашки уничтожено, естественно, развилась необходимость более внимательно относиться к больным, употреблять более старания и более времени на уход за ними. Вследствие этого жизнь больных улучшилась, и заведения для душевнобольных перестали походить на старинные «сумасшедшие дома», а сделались действительными медицинскими лечебными средствами и хорошо обставленными приютами, в

которых заботятся о возможно больших удобствах жизни больных и о предоставлении им возможной для них свободы.

К сожалению, далеко не везде еще и до сих пор система нестеснения признается как абсолютно необходимая. Еще и теперь во многих местах практикуется связывание и притом не только в захолустьях, но и в таких учреждениях, как Венская клиника Крафт-Эбинга. В отечестве Пинеля, во Франции, еще сравнительно недавно Маньяну приходилось доказыать выдающимся парижским психиатрам пользу нестеснения. В Германии, правда, новая система нашла энергичного и пылкого последователя в лице Гризингера, который и распространил в ней идеи «свободного лечения» (freie Behandlung). У нас, в России, тоже система нестеснения все более и более укрепляется в тех заведениях, во главе которых стоят психиатры. Правда, и теперь еще приходится слышать возражения против нее, исходящие даже из таких центров, как Петербург. В своих «Клинических лекциях о душевных болезнях» старший врач петербургской психиатрической клиники А. Ф. Эрлицкий[1] говорит: «В действительности система *абсолютного* no restraint заслуживает более чем порицания; применение ее составляло бы жестокое варварство, не согласующееся с основными правилами гуманности и не приличествующее званию врача. Все громогласные заявления кабинетных психиатров на съездах, в печати и с кафедр о фактическом применении абсолютного no restraint в управляемых ими заведениях — одна только бесцеремонная неправда или злая комедия». Я считаю своей обязанностью сделать несколько замечаний по поводу этих слов, потому что доклад «о нестеснении» на первом съезде русских психиатров в 1887 г. делал я; я проповедовал идеи несвязывания с кафедры, и я утверждал, что в московской психиатрической клинике никогда не употреблялась горячечная рубашка, так же как и то, что в одной московской лечебнице, которой я стал заведовать с 1881 г., вскоре была абсолютно выведена горячечная рубашка. Я и теперь могу смело утверждать, что с моей стороны ни обмана, ни комедии, тем более злой, не было; мне приходилось наблюдать (в случаях периодических болезней) таких больных, которые в одни приступы находились в больницах, мною заведуемых, а в другие приступы в других, где подвергались связыванию; разница была поразительная: у нас, где о горячечной рубашке и помину не было, периоды возбуждения проходили решительно без приступов так называемого «буйства», а только с проявлениями некоторой распущенности, несдержанности и возбудимости, а там, где горячечная рубашка была употреблена, там возбуждение доходило до того, что для ухода за больной женщиной приставлено было несколько мужчин.

Может быть, мне возразят, что клиника и лечебница, о которых я говорю, поставлены в особенно благоприятные условия. Но мне выпало счастье быть вместе с бывшим в то время главным врачом В. Р. Буцке участником выведения горячечной рубашки и из Московской Преобра-

---

[1] *Эрлицкий А.Ф.* Клинические лекции по душевным болезням. Спб., 1886. С. 222.

женской больницы (в 1887—1888 гг.), переполненной и старой; и там это дело удалось так же, как и в других больницах. А скольким земским психиатрам удавалось то же самое при условиях, несравненно более трудных. Я смело могу утверждать в противоположность мнению доктора Эрлицкого, что система абсолютного no restraint есть не «жестокое варварство», а благо и что психиатр должен считать своей обязанностью вводить ее всюду, куда ставит его судьба. Правда, это дело не всегда легкое: оно требует энергии и очень большого труда со стороны врача, но зато оно так благодетельно, что в нем самом заключается и высокая награда[1].

3. *Система открытых дверей.* Когда вводилась система нестеснения, то ее последователи рекомендовали взамен связывания помещать больных в отдельные комнаты, в изоляторы и там запирать на время беспокойства. Однако скоро убедились, что запирание, освобождая других больных от беспокойного соседа, действует на самого больного во многих случаях нехорошо. Отсюда явилась потребность ограничить пользование изолятора-

---

[1] Я считаю своим долгом здесь упомянуть об одном, хотя мелком, но имеющем значение обстоятельстве, могущем смутить моих учеников. В книге П. И. Ковалевского «Лечение душевных и нервных болезней» (Харьков, 1889, стр. 227) после изложения системы нестеснения, горячим сторонником которой является автор, сказано: «По мнению С. С. Корсакова, следующие больные должны подвергаться стеснению: 1) больные неистовые вообще, 2) эпилептики, 3) больные со стремлением к самоубийству, 4) больные, нападающие на окружающих, 5) больные со стремлением к разрушению платья и всего окружающего, 6) больные, стремящиеся нанести себе вред, 7) больные нечистоплотные, 8) больные с наклонностью к бегству, 9) больные, отказывающиеся от пищи, 10) онанисты, 11) больные ступорозные, не желающие садиться, 12) больные, стремящиеся нанести вред врачу, 13) в случаях хирургических».

При этом сделана сноска на мой доклад «К вопросу о нестеснении» (напечатанный в трудах первого съезда отечественных психиатров, 1881 г.). Можно представить себе мое удивление и огорчение, когда я это прочел: ведь в своем реферате я, имея в виду доказать великую пользу нестеснения, старался указать, как во *всех случаях* следует и возможно обходиться без горячечной рубашки и без связывания, и опровергнуть доводы противников! Ошибка произошла, как ответил мне на письмо П. И. Ковалевский, по вине корректора, и я, конечно, говорю о ней не потому, что имею хоть малейшую претензию к автору: я знаю, что допустить такую несправедливость в своем сочинении автору самому гораздо тяжелее, чем лицу, относительно которого написано неверное сведение, и раз это — типографская ошибка, замеченная лишь по выходе книги, то что же тут делать: с каждым это может случиться. Но все-таки книга и теперь существует в библиотеках; ее могут прочесть лица, не вполне знакомые с моими взглядами, и приписанное мне мнение может ввести их в недоразумение. Поэтому я и считаю нужным сделать эту заметку, тем более что ранее опровержение было сделано (самим П. И. Ковалевским) лишь в одном издании (Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии).

ми, а наконец, и к устранению запирания вообще. Таким образом, принцип освобождения сделал еще новые успехи, и создалась *система открытых дверей* (*open door*). В заведениях, устроенных по этой системе, больные пользуются очень большой свободой, внутренних замков почти нет, запираются только ворота, ведущие к заведению, и то не всегда; больные днем сообщаются друг с другом свободно, мужчины и женщины обедают вместе; правда, остается небольшое число запирающихся комнат, но ими часто совсем не пользуются. Такого рода заведения, притом обширные и превосходно обставленные, устроены преимущественно в Шотландии. Проведение этой системы удается только тогда, когда в больнице под влиянием внушающего влияния одних больных на других, под влиянием внимательного, разумного участливого отношения служащего персонала создается такая атмосфера, которая задерживает больных лучше, чем решетки и запоры. Это дело очень нелегкое: оно требует такта, уменья, настойчивости, очень внимательного отношения к проявлениям болезни. Хотя случаев побега больных в больницах, где господствует эта система, несколько больше, чем в больницах с запертыми дверями, но благоприятные стороны превышают неблагоприятные, и при хорошем персонале служащих, при значительном удалении больницы от города с его кабаками и трактирами применение этой системы, если не для всех больных, то для большей части, весьма желательно.

4. *Система рабочего режима* явилась также следствием принципа освобождения больных и стремления доставить им средство пользоваться возможными для них благами. Одно из самых сильных побуждений человеческой природы составляет побуждение к деятельности, к занятию. В больницах для душевнобольных многие больные лишены возможности удовлетворения этой потребности; благодаря праздности, умственная энергия падает, бесцельное времяпровождение ведет к отупению, к занятию онанизмом, подтачивающему физическую и психическую организацию. Для поддерживания шатающейся личности одно из самых хороших средств есть разумная и соответствующая силам плодотворная деятельность. Отсюда явилась идея занять больных продуктивной работой. Явились больницы по типу сельскохозяйственных колоний, о которых мы говорили, больницы с мастерскими, фермами, фруктовыми садами и огородами. Некоторые больницы такого рода во время разгара работ похожи не столько на больницу, сколько на хорошее хозяйственное имение. Оказалось, что систематические, целесообразные занятия влияют благотворно не только на хронических

больных с последовательным и прогрессирующим слабоумием, но и на некоторых острых, давая исход энергии, которая без этого проявлялась бы в разрушении и беспокойстве. Особенно благодетельны работы на чистом воздухе.

Само собой разумеется, что организация рабочего режима требует внимания и энергии со стороны врача. Часто самому врачу приходится идти во главе рабочего отряда и своим примером внушать ту объединяющую идею, которая, раз захвативши больных, подавляет в них и стремление бежать, и стремление вредить другим людям, даже если у них в руках острые косы и серпы, отвлекает их от многих болезненных идей. При системе рабочего режима очень многие больные обыкновенно пользуются и преимуществами открытых дверей.

Как на одно из преимуществ системы рабочего режима указывают на то, что работа больных прямо *денежно выгодна*: многие пищевые продукты заготовляются больными, больные производят постройки, шьют платье и белье на всю больницу, шьют сапоги, изготовляют предметы на продажу. Не отрицая этой стороны и признавая, что иногда сознание выгодности работы является стимулом и для самих больных, следует, однако, опасаться придавать слишком большое значение этой стороне дела: никоим образом не нужно, чтобы на ней строился бюджет больницы, так как благодаря этому может явиться обременение больных работой, стремление посылать на работу тех, кто не должен идти, увеличение числа рабочих часов и прочая денежная выгода есть побочная сторона, главная же цель рабочего режима есть сторона лечебная, и если бы работы больных не только не давали барыша, а требовали расходов, их все-таки нужно вводить.

5. *Система постельного режима.* Большинство больных, страдающих серьезными телесными болезнями, лечатся в постели, так как требуют покоя и сохранения сил. Требование покоя и сохранения физических сил существует и при многих душевных болезнях; поэтому давно уже советовали некоторых душевнобольных держать в постели, например при остром бреде, в случаях сильного истощения. Но лишь в последние 10—15 лет постельный режим сложился в особую систему, которая все более и более распространяется в больницах для душевнобольных. Оказывается, что находящийся в постели больной не только тратит меньше сил, но и чувствует себя иначе: положение в постели, по закону ассоциации идей, сочетается с обычными представлениями о болезни, — больной сознает и ведет себя более как телесно больной, легче подчиняется медицинскому вли-

янию, более доступен физическому исследованию. Это особенно резко заметно, когда вновь поступающий больной помещается в комнате, где находится несколько больных, пользующихся постельным режимом; больной ложится и часто без всякого протеста подчиняется лежанию. В результате — гораздо меньше крика, шума, меньше разнузданных движений и насилий, вследствие чего, в свою очередь, гораздо меньшая потребность в помещении больных в изоляторы. Это наблюдение и легло в основу системы постельного режима. *Она заключается в сочетании постельного содержания с хорошей организацией наблюдательных отделений.* О последних мы говорили, — они назначаются для всех вновь поступающих и требующих постоянного наблюдения больных. В этих отделениях все больные лежат как телесно больные. Пример многих действует на каждого, и большинство лежит без протеста. Правда, иногда приходится приучать и более или менее удерживать больного, но часто это оказывается нужным только в первое время, да и то не для всех больных. Больные находятся в постели различное время и по назначению врача: некоторые — целые сутки, обедая и ужиная в постели, некоторым только позволяют отправляться в клозет и ванны, другим назначаются в известные часы прогулка и общий обед и ужин в столовой, наконец, некоторым позволяется проводить более или менее значительное число часов в рабочих комнатах. Все это делается по назначению врачей.

Благодаря системе постельного режима, характер заведений для душевнобольных резко изменился: они стали более похожи на обыкновенные больницы, изоляционные отделения во многих из них уничтожены за ненадобностью. Интересом к этой системе мы особенно обязаны немецкому психиатру Клеменсу Нейсеру. У нас ее первый ввел доктор Тимофеев в Доме призрения императора Александра III, близ С.-Петербурга; особенного внимания заслуживает успешное введение ее в переполненной старой Екатеринославской больнице доктором А. А. Говсеевым.

При всей важности этой системы я должен, однако, отметить, что есть больные, которые не подчиняются постельному содержанию: оно их волнует, раздражает, мучит; конечно, в этих случаях надо допускать индивидуальные послабления. Кроме того, нужно помнить, что эта система не должна вести к пренебрежению другими, особенно рабочей системой и системой морального влияния; для этого-то и нужно, чтобы при всей строгости проведения системы постельного режима был строго соблюдаем принцип правильной дозировки пребывания в постели.

Следует отметить, что система постельного режима вводится с далеко не одинаковой легкостью в различных больницах: она гораздо легче применяется в больницах больших, чем в больницах маленьких, и всего труднее в частных лечебницах и на дому. Это объясняется тем, что при последних условиях больные находятся вне внушающего влияния других больных; в больницах больших, наоборот, всякий вновь поступающий больной сразу входит в среду других лежащих больных и бессознательно подчиняется внушающему влиянию обстановки. Поэтому-то в таких больницах применение постельного режима и дает наиболее поразительные результаты. Вообще нужно отметить, что влияние своеобразного внушения со стороны созданной в заведении для душевнобольных обстановки имеет очень большое значение. Для усиления этого влияния при пользовании постельным режимом обыкновенно заботятся о правильном размещении больных, а именно: неспокойных стараются помещать в палатах, в которых находятся больные с подавленной психической деятельностью и ступорозные, и притом в больших палатах, где находится много лежащих; в отдельных комнатах беспокойные больные нелегко приучаются к лежанию, и приходится часто прибегать к удерживанию.

Все вышеизложенное составляет терапевтическую силу лечебницы, делающую ее лучшим местом для лечения душевнобольных в тех случаях, когда существуют соответствующие показания.

Дав, таким образом, указание на ответ, где лечить душевнобольных, я перейду к изложению основ лечения наступившей душевной болезни.

Как уже было сказано выше, первоначально нужно выяснить показания к причинному лечению; затем нужно выбрать соответствующий способ лечения болезненных проявлений. Вся совокупность врачебных мер, направленных к лечению душевнобольных, распадается на меры, действующие на физическую сторону душевнобольных и на психическую, и таким образом лечение душевнобольных распадается на *психическое и физическое.*

Способы лечения душевнобольных, употребляемые в последние 50 лет, чрезвычайно резко отличаются от тех способов, которые были в ходу в восемнадцатом столетии и в начале девятнадцатого. Преобладающими методами лечения в прежнее время были: ослабляющий, обуздывающий, отвлекающий и устрашающий. *Ослабляющий* метод заключался в том, чтобы больного держать на голодной диете, делать ему обильные кровопускания; такими способами рассчитывали частью удалить «дурную» кровь, частью ослабить энергию возбужденного больно-

го; результат был чаще всего — усиление возбуждения, ослабление и истощение, кончавшееся ранней смертью. *Метод обуздывающий* был в самом большом ходу. С древних времен уже употреблялось связывание больных, причем древние врачи советовали употреблять для этого мягкие ткани; потом стали употреблять кандалы и цепи и стали придумывать всевозможные, иногда очень сложные аппараты; так, в одном из английских приютов для умалишенных были в ходу железные пояса, которые стягивали горло и туловище; к железному поясу приделана была цепь, проходившая сквозь отверстие в стене, близ которой находился прикованный больной. Во время припадка возбуждения служитель из соседней комнаты брался за конец цепи и изо всех сил притягивал больного, чтобы он ударялся о стену... И это тогда называлось лечением... Я уже говорил, что Пинель и другие современники его восстали против употребления цепей, но они долго не исчезали из числа аппаратов для лечения душевнобольных и не исчезли до сих пор, даже в Западной Европе[1]. Взамен цепей Пинель и его ученики придумывали разные приспособления, которые могли бы их заменить. Сам Пинель ввел горячечную куртку, зашнуровывающуюся на спине больного, с длинными рукавами, в которые вкладывались руки; концы рукавов старательно и искусно обводились вокруг туловища и верхних конечностей и завязывались особым узлом. Эта горячечная, или смирительная, куртка или (более длинная) рубаха и до сих пор еще пользуется любовью многих врачей. В Москве в психиатрических больницах, к счастью, она почти совсем вывелась, и если ее где-нибудь еще употребляют в московских больницах, то там, где психиатры лишены самостоятельности; но было время, и сравнительно недавно, когда она и в Москве была в употреблении; когда я по окончании курса пришел в Московскую Преображенскую больницу, чтобы поступить туда врачом, тогдашний главный врач, психиатр, пользовавшийся заслуженной известностью, сказал мне: «В университете ведь вас мало учили психиатрии; вы даже, вероятно, не знаете, как связывать», и первый урок мой был урок связывания. И действительно, это было важно знать в то время: от неаккуратного связывания развивались параличи нервов верхних конечностей, отеки, флегмоны... Другие обуздывающие средства, придуманные вместо цепей, были: сети, которыми пользовался Киаруджи, деревянный ящик вроде футляра для старинных часов с отверстием для головы, кожаные кирасы с кожаными рукавами, пристегнутыми к поясу, неподвижное кресло, к которому привязывались туловище, руки и ноги, причем голова вставлялась иногда в особый ящик. На некоторых больных надевалась особая каска с ремнями, подхватывавшими подбородок и сжимавшими челюсти (у больных, которые стремились кусать язык); на кричащих больных надевали крепкую кожаную маску (аутенритова маска) или им вставляли в рот своеобразную «грушу». Всех аппаратов такого рода нельзя и перечислить, и придумывали их лучшие психиатры начала XIX века. Таков был способ обуздывающий, способ механического стеснения, против которого восстал Конолли, за которым после-

[1] В московской психиатрической клинике есть цепные кандалы, привезенные сравнительно недавно Н. Н. Баженовым из Льернё (Бельгия).

довало большинство просвещенных психиатров, выбросивших весь этот сложный аппарат как вредный и жестокий.

С не менее жестокими средствами выступали и при лечении способами *отвлекающими и устрашающими.* Чтобы отвлечь внимание, изменить направление мысли больного, старались причинить ему целый ряд неприятных ощущений или испугать его. С этою целью кожу (особенно головы и затылка) больных растравляли разъедающими мазями, делали прижигания железом. В большом ходу были холодные души, сильной струей бившие по голове, по животу и по спине, поливание и капание на голову ледяной водой. Обычным средством было также употребление рвотного камня, который давался больным, чтобы вызывать *постоянную* тошноту, от которой больной должен был позабывать о своих бредовых идеях... С той же целью строились особые качели и громоздкие вертящиеся машины (одну из них придумал Дарвин, дед знаменитого биолога), в которые помещался больной. С целью отвлечения внимания больные помещались также в особые снаряды вроде беличьего колеса; колесо вертелось, и больной должен был перебирать ногами, чтобы не упасть; в том же роде была устроена и лестница с опускающимися подставками. Если же и это не помогало, на больных действовали испугом: с этой целью больных сбрасывали с 3-го этажа (правда, внизу растянута была сеть), бросали в воду. Знаменитый Гюислен придумал такой аппарат: на водяном бассейне стояла заманчивая беседка, в которую входил больной; вдруг доска, на которой он стоял, выскальзывала из-под его ног, и он мгновенно погружался в бассейн. Он же советовал окружать больных гадами, скорпионами, змеями (конечно, так, чтобы они не поранили больного). Знаменитый Рейль, именем которого названа insula головного мозга, советовал вешать больных к потолку комнаты и палить из огнестрельных орудий, грозить больному каленым железом. Многие психиатры приказывали служителям формально бить больных, а в некоторых больницах каждому больному давалось по 40 ударов розог.

Трудно поверить всему этому, а между тем это все было, и было вовсе не так давно. И замечательно: умнейшие люди своего времени, представители гуманнейшей профессии старательно измышляли все эти способы инквизиции, в каком-то странном ослеплении думая, что приносят пользу. История психиатрии, сообщающая нам об этом, заставляет глубоко задуматься всякого мыслящего человека: сколько ошибок человеческого ума и сколько страданий производим мы, борясь не с действительной причиной бедствия, а с воображаемыми и нами самими придуманными страшилищами. Всякому, особенно людям, от действий которых зависит судьба других людей, нужно знать и помнить эту печальную страницу психиатрии, так же как помнить и другую, светлую страницу — историю введения нестеснения, доказавшую с необыкновенной очевидностью, что связывание, обуздание физическим насилием порождает злобу и возбуждение, а удаление насильственных мер уже одно способствует успокоению; а если при этом увеличивать пользование покоем и вообще благом, то делается ненужным всякое стеснение, дается возможность людей, лишенных рассудка, видеть ти-

хими и расположенными к тому учреждению, в котором они живут. Как это оказалось относительно душевнобольных, так обстоит дело и в обычной жизни: каждый человек должен помнить, что не злом и не грубым насилием успешнее всего нужно бороться со злом и бедствием, а увеличением массы добра (которое само нейтрализует зло) и предупреждающим разумным отношением к причине бедствия.

Когда явилось освободительное направление в психиатрии, стало ясно, что все бывшие в употреблении сложные аппараты не только не нужны, но даже вредны; жестокие снаряды были отброшены, но все еще оставалось предубеждение, что для душевнобольного нужно придумывать все «особенное», и здания строились особенно неудобные, и окна помещались в комнатах так, как они не помещаются в обычных жилищах, рамы делались с мелкими переплетами, в них вставлялись дорогие корабельные стекла, или они защищались, хотя и изящными, но все же решетками; сады старательно очищались от деревьев и камешков («буйные сады»); комнаты обивались обшивками или дорогостоящими матрацами; ванны делались не простые, а со сложными подъемными кранами, которые подхватывали и опускали больного в воду... Но мало-помалу и это все исчезает, так как предрассудки уменьшаются, и оказывается, что лучше всего больные чувствуют себя в простых комфортабельных и светлых помещениях, согретые приветливостью окружающих больного, способных разумно отнестись к состоянию его души и пониманию нужды.

Переходим теперь к практикуемым в настоящее время способам лечения. Прежде всего нужно отметить здесь, что мы не имеем вообще каких-нибудь специфических средств, которыми бы излечивались душевные болезни. Лишь в немногих случаях, когда душевное расстройство обусловливается очень определенной и легкоустранимой причиной (рефлекторные психозы вследствие раздражения периферических нервов, например, при инородных телах в ухе, некоторые интоксикационные психозы и т. п.), мы, применяя соответствующее причинное лечение, можем действовать прямо на корень болезни; в других же случаях мы рассчитываем на то, что многие приступы душевных болезней при благоприятных условиях сами проходят и потому должны поставить больного в такие условия, чтобы они способствовали скорейшему ходу к выздоровлению. Условия эти, применяемые в той или другой мере, и служат главными средствами психического и физического лечения (...).

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Применение законов, определяющих ограничение гражданской правоспособности душевнобольных и определяющих их несоответственность, вызывает потребность в исследовании состояния умственных способностей при помощи врача для судебных целей, т. е. потребность в судебномедицинской экспертизе.

Это бывает чаще всего по следующим *поводам*:

1. Когда возникает сомнение о вменении подсудимому совершенного им проступка или преступления.

2. Когда является вопрос, находилось ли лицо, совершившее тот или другой гражданский акт, в состоянии дееспособности, т. е. обладало ли оно способностью самостоятельно располагать собой, имуществом и прочими личными интересами; чаще всего такие вопросы возникают по поводу духовных завещаний, дарственных актов, договоров найма, купли-продажи и разного рода обязательств.

3. Когда является вопрос, может ли давать показание лицо, подозреваемое в душевном расстройстве. Это бывает, когда, например, такие лица выступают в качестве свидетелей будто бы виденного ими преступления.

4. Когда является сомнение, не страдает ли лицо, возводящее на кого-нибудь обвинение, само душевной болезнью и не есть ли обвинение симптом болезненного состояния, как это, например, бывает иногда у истеричных, обвиняющих невинных лиц в изнасиловании.

5. Когда является вопрос, не произошло ли преступное насилие (телесное или нравственное) над человеком, находящимся в состоянии временного или постоянного расстройства психической деятельности, как, например, в случаях изнасилования помешанных, находящихся в гипнозе или опоенных одуряющими напитками.

6. По вопросам о расторжении брака вследствие душевной болезни и о признании брака недействительным.

7. Когда нужно определить, не произошло ли от повреждения, причиненного данному лицу, расстройства его умственных способностей.

8. Когда нужно констатировать душевное расстройство для того, чтобы приостановить или прекратить начатое производство или же приостановить приведение в исполнение состоявшегося приговора.

В делах судебных чаще всего экспертиза производится по вопросам о вменяемости и правоспособности; первые вопросы решаются обыкновенно судами в уголовном порядке, вторые — в гражданском. Мы начинаем с вопроса о *невменяемости.*

По определению Крафт-Эбинга, которого по справедливости можно считать одним из самых компетентных лиц по отношению к судебной психопатологии и которого Учебник судебной психопатологии должен быть настольной книгой и судебного медика, и юриста, — «*способностью к вменению или вменяемостью* называется в науке такое состояние, когда человек способен выбирать между совершением и несовершением действия, обозначаемого в законе как преступление или проступок, — другими словами, когда человек способен к самоопределению, — суждение, что человек в таком психическом состоянии совершил наказуемое законом деяние, что он «виновен» в этом деянии, что это деяние должно быть «вменено» ему, называется вменением».

Собственно говоря, вопрос о невменяемости есть вопрос юридический. Дело юриста указать и установить, какими свойствами должен обладать человек, чтобы деяние ему было вменено, или какие недостатки должны быть в человеке, чтобы совершивший преступление или проступок мог считаться неответственным за свое деяние.

Критерием невменяемости юристы, формулирующие законы, ставят свободное проявление воли, выражающееся в способности понимать свойство и последствия действия в смысле законности (libertas judicii) и в способности производить выбор между побуждением к совершению действия и задержкой его (libertas consilii); однако, ввиду того что и у людей, которым преступления вменяются, *степень развития этих способностей весьма различна*, закон в известных юридических формулах определяет, какие условия, влияющие на свободное проявление воли, нужны для невменения; между этими условиями он ставит и учинение деяния *без разумения вследствие малолетства*, и определенные *проявления душевной болезни*, причем при определении этих условий непременно участвуют соображения *чисто практи-*

ческого характера, так как законодательные требования очень часто имеют в виду не только удовлетворение принципа справедливости по отношению к индивидууму, но и установление известных удобств государства и общежития, а также воспитательное или предостерегающее действие по отношению к другим членам общества.

Ввиду этого, если даже у врача и будут какие-нибудь его *личные* взгляды на то, что ответственность по отношению к преступлениям *неправильно* формулируется юристами, он должен стараться воздерживаться от своих личных *юридических взглядов*, а должен придерживаться тех рамок, в которые ставит его понимание права юристами. Врач не может считать себя компетентнее юристов в юридических вопросах, как не может врач допустить полную компетентность юриста в медицинских вопросах. Так, например, само собой разумеется, что врач не может смотреть на солдата-алкоголика, который в состоянии опьянения пропил казенную шинель, как на человека, действовавшего при нормальных условиях свободы выбора, а закон не признает такого рода преступление невменяемым. Таких несоответствий во взглядах врача и юриста может встретиться много, особенно при несколько односторонней оценке данных криминальной антропологии, когда чуть не всякий преступник считается патологическим продуктом.

Это, может быть, и имеет некоторое основание с биологической точки зрения, но пока юристы, т. е. люди, которые должны смотреть на вещи не только с чисто индивидуальной точки зрения, но и с точки зрения *идеи* права и *пользы для государственных и общественных отношений*, считают, что такие, хотя бы и патологические, индивидуумы подлежат известной реакции со стороны обшества и государства, реакции, называемой «осуждением» или «наказанием»; врач-эксперт должен помогать юристу различить того, кого закон признает за преступника, от того, кого закон признает за действительно душевнобольного, хотя бы, по его личному мнению, было и так, что как душевнобольной невиновен в своей болезни, так и преступник невиновен в том, что родился с преступными наклонностями, переданными ему в силу *патологической* наследственности. Поэтому врач-эксперт должен стараться понять смысл того критерия невменяемости, который указывают закон и юристы *его страны*, и служить для юристов своими познаниями для различия всего, что подходит к *этому* критерию. Для этой цели он должен произвести врачебное исследование обвиняемого, сопоставить результаты исследования с обстоя-

тельствами дела и, устранив себя от роли судьи, к которой он не подготовлен, обсудить вопрос, держась строго научной почвы, с чисто медицинской точки зрения и высказать свое мнение о психическом и физическом состоянии данного лица, указав при этом, как те или другие патологические особенности его могут влиять на понимание совершаемого и на акт выбора.

К сожалению, *критерий, определяющий невменяемость, формулируется юристами недостаточно ясно*, что порождает само по себе много недоразумений.

В нашем законодательстве по 92 ст. условием невменяемости являются «*безумие, сумасшествие и припадки болезни, приводящие в умоисступление или совершенное беспамятство*». Главный недостаток этого критерия заключается в том, что названия, употребляемые здесь для обозначения различных психопатических проявлений, вызывают недоразумения, так как современная психиатрия под этими терминами понимает не то, что понималось во время составления этой статьи закона.

По этой статье все психопатические состояния, освобождающие от ответственности, подводятся к *трем формам: безумию, сумасшествию и состояниям беспамятства и умоисступления, развившимся на почве болезни.*

По смыслу закона «безумными признаются не имеющие здорового рассудка с самого их младенчества» (Свод законов, т. X, ч. I, ст. 365), а «сумасшедшими почитаются те, коих безумие происходит от случайных причин и, составляя болезнь, доводящую иногда до бешенства, может наносить обоюдный вред обществу и им самим и потому требует особенного за ними надзора» (ст. 366).

В клинической психиатрии термины «сумасшествие и безумие» употребляются часто вовсе не в том смысле, как их понимает X том Свода законов, и потому для избежания недоразумений следует условиться, что понимать под названием «сумасшествие» и что — под названием «безумие».

В юридической практике признается, что под термин «*безумие*» подходят прирожденные болезненные состояния душевной деятельности, а под термин «*сумасшествие*» подходят все приобретенные психические болезни, лишающие «свободного волеопределения».

Состояния «*умоисступления или полного беспамятства*», к которым привела болезнь, точнее всего соответствуют термину «патологический аффект», или временным состояниям расстройства сознания, развившимся у лиц нервных, истеричных

или представлявших признаки какой-нибудь другой физической болезни или патологического предрасположения.

В Уложении о наказаниях (ст. 134) упоминается еще о «*слабоумии*», которое является поводом для уменьшения наказания. Под этим названием закон понимает прирожденные или случайные недостатки умственных способностей. Кроме того, в законодательстве употребляются без более точного определения термины «*умалишенные*», «*потерявшие умственные способности и рассудок от старости и дряхлости*» и «*лунатики*» (*сонноходцы*) (ст. 97).

Таковы формы душевных болезней, признаваемые ныне действующим законодательством и к которым нередко так или иначе нужно приурочить существующие в современной психиатрии воззрения. Хотя бесспорно термины эти выбраны сравнительно удачно и при желании понимать смысл законодательства, а не одну букву закона, не ведут к ошибкам, тем не менее у лиц, имеющих стремление придерживаться буквы закона, могут в силу недостаточно определенного толкования терминов «сумасшествие» и «безумие» возникать недоразумения. Ввиду этого в проекте нового Уложения о наказаниях статья, в которой говорится о невменяемости, формулирована так:

«*Не вменяется в вину деяние, учиненное лицом, которое по недостаточности умственного развития или по болезненному расстройству умственной деятельности, или по бессознательному состоянию не могло во время учинения деяния понимать совершаемого или руководить своими поступками*».

Нельзя сказать, однако, чтобы и эта редакция не могла вызвать некоторых недоразумений, хотя бы, например, такого: «вменяется ли в вину деяние, если несомненно больной будет в состоянии понимать совершаемое деяние и руководить своими поступками», как это бывает иногда при паранойе?

Есть целый ряд параноиков, которые очень определенно понимают значение своего поступка. Так, первично помешанный убийца московского городского головы Н. А. Алексеева вполне ясно сознавал то, что он делает: он не имел никакой вражды к Алексееву, а сознательно решил произвести *преступление*, за которое его должны (он знал и это) подвергнуть суду; он считал, что чем громче будет дело, тем более обратит внимание на те теории о влиянии электричества, о шайке гипнотизирующих во вред общественному здравию людей, на которые представители администрации, несмотря на его доклады, не обращали внимания. Такого рода случаи, когда несомненно больные люди при совершении деяния понимают значение его как преступления и

производят действия вполне расчетливо, заставляют многих компетентных юристов отвергать необходимость введения в формулу невменяемости требования, чтобы лицо, совершившее деяние, не могло понимать совершаемое и руководить своими поступками.

Впрочем, вряд ли можно вообще предложить критерий, удобный решительно для всех случаев. Есть случаи, где самые авторитетные психиатры разойдутся во взглядах: один скажет, что данное лицо принадлежит к категории душевнобольных, признаваемых и законом неответственными, а другой — не скажет. Это бывает главным образом по отношению к дегенератам, которые представляют переходные ступени от здорового типа к больному.

Именно по поводу дегенератов и некоторых форм психопатических конституций создается вопрос — о *«частичной ответственности» и «уменьшенной вменяемости»*. Попадаются случаи, в которых очень трудно ответить совершенно категорично, относительно всех ли деяний существует у данного лица вменяемость. Например, представим себе, что у кого-нибудь существует агорафобия или какая-нибудь непреодолимая потребность, или навязчивая идея. То из действий такого человека, что будет обусловливаться *этими* болезненными явлениями, должно быть признано болезненным актом и не поставлено в вину. Но очень часто люди с навязчивыми идеями во многом остальном обладают нормальной степенью самообладания, и потому если такой человек подделает вексель, а это никоим образом не связано с его навязчивой идеей, то он за эту подделку должен отвечать. Нужно отметить, однако, что очень многие психиатры отвергают возможность такой частичной ответственности. В нашем законодательстве ее нет, и Уложение о наказаниях дает полную возможность обходиться и без нее. Так, в вышеприведенном примере преступления, совершенного человеком, страдающим навязчивыми идеями, само существование такой формы болезни не есть условие невменяемости; но если у больного явится аффект, тесно связанный с навязчивой идеей, и аффект этот будет носить характер умоисступления, то деяние, совершенное в таком аффекте, может подойти к условиям невменяемости по ст. 92.

Точно так же многие юристы отвергают и уменьшенную вменяемость, когда человек, представляющий некоторые явления недостаточности, но все-таки не лишенный вполне самообладания, совершит какой-нибудь тяжкий проступок. Иногда при расследовании оказывается, что этот человек хотя и понимал,

что совершаемое им деяние зловредно, но по недостаточности своих умственных способностей не понимал, что это крупное преступление, а не мелкое. Наш закон отчасти признает справедливость требования уменьшенной вменяемости, так как в ст. 134 Уложения о наказании говорится, что обстоятельствами, в большей или меньшей мере уменьшающими вину, а вместе с тем и строгость последующего наказания, признаются: легкомыслие и слабоумие, глупость и крайнее невежество, которым воспользовались другие для вовлечения в преступление; также уменьшающим вину обстоятельством считается припадок раздражения.

Впрочем, по этой статье может быть только уменьшена степень наказания за *то же преступление*, а не может быть преступление подведено к совсем иной категории преступлений.

Когда суду приходится применять к делу статьи о невменяемости ради душевной болезни, то всегда для констатирования факта болезни приглашается в качестве эксперта врач, заключение которого, основанное на данных дела, на освидетельствовании обвиняемого и свидетельских показаниях, и кладется в основу решения суда.

Порядок освидетельствования обвиняемого, относительно которого существует подозрение, что он страдает душевным расстройством, таков: по Уставу уголовного судопроизводства, обыкновенно в начале уголовного процесса, как известно, ведется *предварительное следствие* судебным следователем. Если следователь, как предписывает ст. 353 Устава уголовного судопроизводства, заметит, что «обвиняемый не имеет здравого рассудка или страдает умственным расстройством», то обязан удостовериться в этом через расспрос самого обвиняемого и тех лиц, которым ближе известен образ действий и суждений обвиняемого, и через *судебного врача*. В качестве судебного врача, т. е. эксперта, может быть вызван всякий врач, который и производит освидетельствование и дает свое заключение в виде показания, записываемого в протокол, подписываемый и понятыми. Если эксперт не может дать определенного заключения, то должен указать, что для точного определения нужно направить обвиняемого в больницу для наблюдения. Иногда следователь и сам от себя направляет обвиняемого в больницу для «испытания». Удостоверясь в существовании болезни, следователь «передает в дальнейшее распоряжение прокурора все производство по этому предмету с мнением врача о степени безумия или умственного расстройства обвиняемого, а прокурор вносит производство о сумасшествии и безумии обвиняемого со своим за-

ключением на рассмотрение Окружного суда» (ст. 354). Окружной суд производит тогда новое освидетельствование в закрытом *распорядительном* заседании. Статья 355 Устава уголовного судопроизводства предписывает, что «освидетельствование безумных и сумасшедших производится в присутствии Окружного суда через врачебного инспектора или его помощника и двух врачей по назначению Врачебного отделения Губернского правления» (в негубернских городах могут быть экспертами два врача по назначению Врачебного отделения и третий — по выбору суда).

Такое же свидетельствование обвиняемого в распорядительном заседании суда производится и в том случае, если по предварительному следствию откроются обстоятельства, дающие повод предполагать, что обвиняемый учинил преступное действие в припадке болезни, приводящем в умоисступление или совершенное беспамятство, а также если признаки означенной болезни или умственного расстройства окажутся после заключения предварительного следствия, но прежде предания суду (ст. 355). Эксперты производят освидетельствование обвиняемого вместе с членами суда, и заключение дается не одними врачами, а всем присутствием суда; суд в своем судебном составе имеет право и основание соглашаться или не соглашаться с мнением врачей. И в данном случае эксперты могут отказаться дать определенное заключение и указать на необходимость наблюдения в больнице.

По производстве надлежащего освидетельствования Окружной суд или постановляет определение о прекращении судебного преследования, когда окажется, что преступное действие учинено в безумии, сумасшествии или припадке болезни, приводящем в умоисступление или совершенное беспамятство, или же приостанавливает сие преследование, если обвиняемый впал в болезненное состояние после совершения преступления или проступка, и назначает в последнем случае необходимую меру пресечения упомянутому лицу способов уклоняться от суда и следствия (ст. 356). В первом случае с подсудимым поступают по смыслу 95, 96 или 97 ст. Уложения о наказании, т. е. или отдают его на поруки, или, если преступление было убийство или поджог, или покушение на убийство, поджог и самоубийство, помещают в заведение для душевнобольных. Но и при этом существует большая разница, смотря по тому, признано ли, что деяние совершено в *припадке умоисступления* или под влиянием *продолжительного* сумасшествия или безумия. В первом случае,

как я уже упоминал, подсудимого суд может отдать на поруки, хотя бы он совершил и убийство или поджог, во втором (95 ст.) — его помещают в больницу на излечение и держат там не только до исчезновения болезненных признаков, но еще два года после. Впрочем, двухлетний срок наблюдения за выздоровевшим может быть сокращен Окружным судом или Судебной палатой, и выздоровевший подсудимый может быть отдан на поруки после достаточного удостоверения, что от него не может произойти никакой опасности.

Факт выздоровления тоже констатируется освидетельствованием через врачей-экспертов в заседании Окружного суда.

Но если после первого освидетельствования в распорядительном заседании Окружной суд не найдет данных прекратить или отложить дело до выздоровления обвиняемого, то оно переходит для решения в *судебном заседании* Окружного суда. Тогда в этом заседании тоже может решаться вопрос о душевной болезни. Иногда этот вопрос возникает при переходе дела в судебное заседание и без того, чтобы он возник на предварительном следствии.

В силу статьи 692 Устава уголовного судопроизводства «по замечанию сторон или присяжных заседателей или по собственному усмотрению, суд может назначить новое освидетельствование или испытание чрез избранных им или указанных сторонами сведущих людей, чтобы они производили свои действия в заседании суда, если это возможно, или, по крайней мере, представили в судебном заседании обстоятельный отчет об оказавшемся при освидетельствовании или испытании».

Эксперты, вызванные в судебное заседание, не могут быть избраны из числа лиц, участвующих в деле или из состоящих свидетелями по данному делу, судьями и присяжными заседателями; они приводятся обычным порядком к присяге, по смыслу решения Кассационного департамента за № 974, 1872 г., не могут быть оставлены судом в неизвестности о тех данных судебного следствия, которые должны быть предметом их научного исследования и служить основанием для выводов их экспертизы, а потому и не удаляются обыкновенно из залы суда как свидетели, а присутствуют при чтении обвинительного акта и судебном следствии. Они выслушивают свидетельские показания, с разрешения председателя и через него (а иногда и сами) предлагают свидетелям вопросы, исследуют обвиняемого и затем дают заключение по вопросам, поставленным судом. Ответы на вопросы в случае присутствия нескольких экспертов даются после совещания их между собой при единогласном мнении и

при согласии на это сторон — совместно (решение Кассационного департамента, 1867, № 178), а при разногласии — порознь. Мнение экспертов в такого рода заседаниях излагается устно.

Выслушав мнение экспертов, стороны обыкновенно предлагают некоторые вопросы для разъяснения заключения и затем эксперты отпускаются.

Мнение экспертов, конечно, имеет громадное значение для решения судей, но, по мнению Кассационного департамента Сената, несколько раз подтверждаемому (см. решение 1867 г., 571, 1869 г., 821, 727), — да и по справедливости — оно *необязательно.* Суд может и не согласиться с мнением экспертов, хотя, по мнению Сената, «экспертиза должна быть отнесена к числу важнейших доказательств, сила и значение которых может быть поколеблена лишь в исключительных случаях, когда, например, исследование произведено не специалистами по данному вопросу или когда оно сопровождалось отступлениями от установленных правил (решение Кассационного департамента, 1875, 199). С другой стороны, суд не может ставить присяжным вопроса о существовании или несуществовании душевной болезни, не выслушав заключения экспертов (решение Кассационного департамента, 1869, 135).

По выслушании заключения экспертов обвиняемый по решению суда признается или здоровым, или действовавшим под влиянием болезни и тогда с ним поступают по смыслу статей 95, 96 и 97, о которых я говорил. По смыслу этих статей обвиняемый отдается или на попечение других лиц, или помещается в больницу для душевнобольных.

Между психиатрами остается нерешенным вопрос — что лучше: *помещать ли таких душевнобольных преступников в общие больницы* со всеми другими больными или для душевнобольных преступников устраивать особые отделения или даже отдельные заведения, подобные устроенному в Англии заведению Бродмор и Гайон во Франции, в которых содержатся *только душевнобольные преступники.* Одни стоят за устройство отдельных заведений, другие, наоборот, полагают, что душевнобольной преступник — такой же больной, как и все другие, с ним нужно обращаться как с больным, а не как с преступником; что между совершившими преступление душевнобольными существует много совершенно безопасных больных, нисколько не нуждающихся в усиленном надзоре; что и между не совершившими преступления есть такие, которые гораздо опаснее совершивших, и поэтому высказывают мысль, что, если нужно строить особые заведения, то именно для этих *особенно опасных больных*, незави-

симо от того, совершили ли они преступление или его не совершили, а только могут совершить.

У нас, в России, нет особых больниц для душевнобольных преступников. Впрочем, при некоторых тюрьмах есть отделения, где помещаются душевнобольные.

Как об одном из гуманных предписаний нашего законодательства я не могу не упомянуть тут о законе императора Николая I, по которому в заведениях для умалишенных запрещается наряжать караулы и ставить часовых (Свод законов, т. XIII, ст. 625).

Описанными выше правилами уголовного судопроизводства имеется в виду предупредить возможность осуждения душевнобольного как обыкновенного преступника и применения к нему наказания. Нужно, однако, заметить, что все-таки, несмотря на подобные правила, бывают случаи осуждения душевнобольных, что доказывается, например, тем, что в тюрьмах одного только департамента Сены (во Франции) оказалось 65 душевнобольных из осужденных в одном 1890 г. Это вполне объясняется тем, что по существующим почти во всех государствах законам инициатива в возбуждении вопроса о том, болен ли обвиняемый или нет, должна идти от юриста. Но юристу часто не бросаются в глаза симптомы душевной болезни, и потому он и не поднимает вопроса о невменяемости, хотя бы это следовало сделать. Чтобы хоть сколько-нибудь нейтрализовать происходящую отсюда несправедливость, в Бельгии недавно введено обязательное посещение мест заключения психиатрами, которые и указывают, кто из осужденных представляет признаки душевной болезни. По справедливости следовало б распространить это нововведение и на места предварительного заключения, где находятся еще неосужденные подсудимые.

Вообще было бы в высокой степени полезно, если бы в составе врачебного персонала тюрем был психиатр, хотя бы в качестве консультанта, навещающего содержавшихся в тюрьмах в определенные сроки.

В делах, разбираемых в порядке *уголовного судопроизводства*, экспертиза производится также еще и по вопросу о психическом состоянии обвинителя, если есть подозрение, что он возводит обвинение вследствие душевного расстройства, по вопросу о состоянии потерпевших во время причинения им насилия (чаще всего при изнасиловании), а также по вопросу о зависимости душевного расстройства от нанесенного повреждения. Последнего рода экспертизы производятся также и в делах, разбираемых в порядке гражданского судопроизводства, когда потерпевший

сам или его родственники и попечители ищут вознаграждения за причиненное увечье.

В *делах гражданских*, впрочем, как я говорил, экспертиза врача-психиатра чаще всего нужна при разрешении вопроса о том, можно ли признать за действиями лица, совершившего известный акт, юридические последствия. Когда состояние умственных способностей лица бывает предметом исследования в особом, установленном законом порядке и когда правительствующим сенатом это лицо будет признано умственно расстроенным, тогда нет вопроса: на такое лицо по закону налагается опека, и оно лишается права до снятия опеки совершать какого бы ни было рода имущественные сделки.

Однако из этого не следует заключать, что, если душевнобольной не был освидетельствован присутствием Губернского правления и опека на него не была наложена, этот больной считается безусловно дееспособным. Правда, на деле часто бывает, что такие больные совершают акты, составляют духовные завещания, на которых свидетели должны даже удостоверить, что завещатель находится в здравом уме и твердой памяти, но эти акты, даже если они нотариальные, могут быть «оспариваемы»: если суду будут представлены доказательства, что тот или другой акт совершен подписавшим его лицом в таком состоянии, которое по закону исключает гражданскую дееспособность, то суд может признать такой акт ничтожным.

Дела такого рода разбираются гражданским порядком и возникают большей частью потому, что заинтересованные лица оспаривают какой-нибудь акт, например купчую, договор или духовное завещание, указывая, что этот акт совершен во время душевного расстройства совершителя.

В таких случаях суд обращается к эксперту, которому и ставится задача определения, было ли у совершившего акт в момент его совершения такое болезненное состояние, которое по закону уничтожает дееспособность.

Закон наш определяет, что не могут совершать юридических сделок безумные (т. е. не имеющие здравого рассудка с самого их младенчества), сумасшедшие (т. е. те, у которых безумие происходит от случайных причин), также *некоторые* глухонемые и немые. Кроме того, в статье 381 гражданских законов упоминается, что нельзя писать акты от «умалишенных», а в статье 1016, что все духовные завещания должны быть составлены в здравом уме и твердой памяти.

Этими терминами и ограничивается определение правоспособности. Конечно, в очень многих случаях термины «безумие»

и «сумасшествие» и пр. вполне понятны, но иногда они вызывают недоразумения. Так, например, если есть старческое ослабление умственных способностей, но при этом все-таки больной может сохранять понимание главных интересов своих и своей семьи — может ли он составить духовное завещание или нет? Одни будут говорить, что может, потому, что нет безумия и сумасшествия в том смысле, как эти термины понимаются в законе и общежитии, а другие будут говорить, что все-таки память не совсем тверда и, следовательно, духовное завещание недействительно. Поэтому обыкновенно в каждом отдельном случае ставится вопрос более детальный: «могло ли понимать лицо, составлявшее акт, свойство и значение его, и при составлении его не действовало ли оно под влиянием безумия или сумасшествия или вообще расстройства душевной деятельности под влиянием болезни». Эта формула дает возможность делать заключение о недействительности актов во время всяких проявлений умственного расстройства как длительных состояний болезни, так и временных состояний замешательства, например, при составлении актов в состоянии предсмертной спутанности (in extremis). На этот вопрос большей частью ответить значительно легче.

Когда возникает такого рода вопрос, суд вызывает *врачей-экспертов. Выбор экспертов* или предоставляется сторонам, или суд сам выбирает их. Эксперты присутствуют во время разбирательства в заседании суда, выслушивают свидетелей и расспрашивают их, рассматривают все дело и документы, иногда свидетельствуют и самого субъекта, о котором идет речь.

В делах о признании недействительными духовных завещаний, конечно, личного исследования производить нельзя, так как эти дела возникают по смерти завещателя. Были, однако, случаи, когда эксперты требовали эксгумации и вскрытия трупа завещателя. Затем суд ставит определенные вопросы, на которые эксперты представляют свое заключение, по большей части *письменное* и подробно мотивированное, или в тот же день, или через известный срок. Заключение должно быть мотивировано достаточными доводами. Суд и стороны могут предлагать экспертам вопросы для разъяснения, и затем роль экспертов кончается. Мнение их для суда гражданского так же необязательно, как и для уголовного.

Нужно прибавить к этому, что заключение суда о правоспособности может противоречить результату того освидетельствования в особом присутствии Губернского правления, которое производится для наложения опеки или для снятия ее. Иногда

бывает, что особое присутствие найдет данное лицо здоровым, а Окружной суд, выслушав свидетельские показания и мнение экспертов, вынесет убеждение, что это лицо было в состоянии расстройства умственных способностей. Ни в каком случае решение губернского присутствия о здоровье не может считаться для суда обязательным, хотя если по признанию Губернского правления была наложена опека, то акты, совершенные подопечным, не могут быть признаны действительными.

Такова процессуальная сторона освидетельствования экспертами по вопросам о правоспособности и вменяемости.

Я должен теперь к этому прибавить только несколько *практических указаний для судебно-психиатрической экспертизы.*

Я ограничусь, впрочем, по необходимости весьма немногим, рекомендуя для более подробного ознакомления весьма полезную книгу «Основы психиатрической экспертизы», составленную по Лепману применительно к русскому законодательству д-ром А. В. Тимофеевым и М. В. Игнатьевым.

Собственно действия врача-психиатра при производстве экспертизы сводятся к *диагностике существования такой душевной болезни, которая является условием невменяемости или неправоспособности.* Поэтому она должна вестись по всем правилам научной диагностики, т. е. врач должен обстоятельно и внимательно собрать все доступные сведения как о состоянии, предшествующем предполагаемой болезни, так и о признаках, которыми выражалась болезнь. Для этого эксперт должен предварительно изучить дело, выслушать или прочитать показания свидетелей и, если возможно, исследовать лицо, о котором идет речь, если нужно, подвергнуть испытуемого наблюдению в больнице, проследить течение болезни, если таковая есть, и тогда уже дать свое заключение. Само исследование проводится на основании общих медицинских приемов, но, разумеется, условия, среди которых происходит это исследование, заставляют несколько изменить как сам ход его, так и характер заключения.

Так, исследование анамнеза в таких случаях представляет немало затруднений, потому что нельзя относиться с полным доверием к свидетелям. Очень нередко об одном и том же больном свидетели говорят совершенно различное. Бывают случаи, что и сам подсудимый, желая избежать наказания, скрывает истину, следовательно, и ему нельзя верить. Затем очень часто лица, о котором идет речь, уже нет в живых (как, например, при вопросах о духовных завещаниях), и его нельзя исследовать самого, что, конечно, очень затрудняет положение эксперта. Наконец, само заключение должно основываться не на субъективных данных,

достаточных для своего собственного убеждения, а на таких мотивах, которые должны быть убедительны для суда. Эксперт ведь должен не только составить заключение, но и обстоятельно мотивировать его. Нечего и говорить, что во всех случаях эксперт в своем заключении должен быть беспристрастен и говорить «сущую правду».

Вообще при экспертизе нужно помнить следующие *практические правила*:

1. Никогда не основывать своего заключения только на показании свидетелей и других лиц, а эти показания должны быть проверены документами, обстоятельствами дела и осмотром самого больного. Только в редких случаях можно обойтись без личного освидетельствования. В большинстве же случаев желателен личный осмотр. При этом если на основании единичного осмотра нельзя сделать заключения, то нужно просить о помещении больного в какую-нибудь специальную лечебницу на испытание.

Если лица, о котором идет речь, нельзя видеть (если, например, оно уже умерло), то нужно по возможности основывать свои заключения на документах и фактических данных, например на основании истории болезни, писем. Очень часто, например, исследование писем лица, о котором идет речь, дает такие указания на изменения в почерке, которые дадут возможность сделать точное заключение о существовании болезни.

2. Не основывать своего заключения на одном каком-нибудь проявлении, кажущемся ненормальным, а основывать его на целом ряде симптомов болезни и на таком их сочетании, которое вполне гармонирует с научными данными.

3. Не следует спешить с заключением, если нет достаточных данных для определенного заключения; нужно указывать на необходимость пополнить сведения, например, продолжительным наблюдением за подсудимым, предъявлением документов, образцов почерка и т. п.

4. Нередко эксперты грешат тем, что стараются во что бы то ни стало подвести душевное расстройство, которое они констатируют, к определенной форме болезни. Конечно, если это можно сделать с полной достоверностью, это следует сделать; но если этого нельзя сделать с достоверностью, то нечего об этом и стараться, так как в громадном большинстве случаев эксперта не спрашивают о названии болезни, а только о факте существования какого бы то ни было душевного расстройства в известное время. Выбрать подходящее название болезни и в клинике не всегда легко, а тем более оно затруднительно на суде. Выбрав же какое-ни-

будь название ошибочно, врач, если ошибка его будет отмечена одной из сторон, дискредитирует всю свою экспертизу.

5. Заключение обыкновенно отвечает на те вопросы, которые суд ставит эксперту. Желательно, чтобы вопросы были по возможности определенные. Эксперт, отвечая на них, должен давать мнения по возможности точные, указывая степень вероятности. Если эксперт не считает себя компетентным в решении какого-либо поставленного вопроса, он не должен стесняться указать это; несравненно правильнее сознаться в своем незнании, чем ввести суд в ошибку. В некоторых случаях эксперту приходится касаться и таких сторон дела, на которые судебная власть не обратила внимания. Закон прямо предписывает, что «сведущие люди, производя освидетельствование, не должны упускать из виду и таких признаков, на которые следователь не обратил внимания, но исследование коих может привести к открытию истины» (ст. 333 Устава уголовного судопроизводства). Однако эксперту следует избегать делать такие отступления от поставленных вопросов, которые мало относятся к делу.

6. Заключение эксперта должно быть обстоятельно мотивировано, причем следует предвидеть могущие быть сделанными возражения. В своем изложении врач должен пользоваться простым и ясным литературным языком, употребляя лишь в необходимости малопонятные термины и то поясняя их значение. Это необходимо ввиду того, что его мнение должно быть хорошо усвоено судьями, сторонами и присяжными. Следует избегать излишних экскурсий в специальную литературу; изложение не должно иметь лекционного характера. Правда, во многих случаях мнение эксперта должно быть результатом очень серьезного и продолжительного изучения обстоятельств и литературы данного предмета; оно часто есть серьезное научное исследование, но по своему характеру оно носит особую, ему присущую форму.

7. При составлении своего судебно-медицинского заключения эксперт должен помнить общее врачебное правило: к каждому случаю нужно относиться, строго индивидуализируя его.

Таковы правила, которых вообще должен держаться эксперт. Применение этих правил и знание как общих законов проявления душевных расстройств, так и свойств отдельных форм заболеваний дает ему возможность в каждом отдельном случае составить требуемое судом заключение.

Прибавлю только несколько слов об *обычной схеме* или *плане заключения.* План этот может быть различен, смотря по особенностям случая. Он несколько разнится в зависимости, напри-

мер, от того, дается ли письменное или устное заключение. *Устное заключение* дается в судебном заседании по делам уголовным. *Письменное*, а также и *устное*, но тотчас записываемое в виде протокола заключение дается при экспертизе у судебного следователя и иногда в распорядительном заседании Окружного суда. *Письменное заключение* дается в делах гражданских. При подаче письменного заключения во вступительной части я обыкновенно пишу повод, по которому оно дается, затем выписываю дословно вопросы, поставленные судом. Если окончательный вывод из моего ответа может быть выражен в краткой формуле, то я его пишу тотчас после вопросов, а затем перехожу к изложению мотивов. Если же окончательный вывод формулируется в нескольких положениях, вытекающих из мотивировки и без нее неясных, то я откладываю его до конца заключения. Мотивировку или обоснование заключения я начинаю обыкновенно с так называемой исторической части, т. е. с изложения в систематическом порядке тех данных, которые имеет экспертиза в своем распоряжении, т. е. результатов исследования больного, если оно произведено, показаний свидетелей, относящихся к поставленному вопросу, содержания документов, истории болезни, образцов почерка. При этом обыкновенно я произвожу сопоставление и критическую оценку имеющегося материала. Затем перехожу к изложению своего мнения, т. е. представляю те рассуждения, которые приводят меня к выводам из представленного материала. При этом подробно разбираются поставленные вопросы, в большинстве случаев в том порядке, как они поставлены. В заключительной части я пишу свои выводы в виде кратких положений, причем стараюсь, чтобы они не давали повода к различному толкованию.

Заключения эксперта, которые записываются в виде протокола, вообще излагаются короче. Вступительная часть в них делается обыкновенно представителями суда; затем идет изложение «исторической части», т. е. результата исследования больного или представленных обстоятельств дела, а после нее кратко выраженное «мнение».

В словесных заключениях правильнее, если есть возможность, с самого начала формулировать свой окончательный вывод на поставленные вопросы, а потом указать на мотивы. В изложении мотивов, так же как и при подаче письменного заключения, начинают обыкновенно с изложения результатов исследования лица, которое является объектом экспертизы и обзора имеющего отношение к экспертизе материала, а затем

переходят к представлению рассуждений, приводящих к высказанному в самом начале положению.

Таков план обычных заключений экспертов по судебным делам о душевнобольных. Здесь же уместно сказать и о других *свидетельствах о состоянии душевнобольных*, даваемых врачами. Как я уже говорил, врачи могут производить освидетельствования душевнобольных не только в суде, где врач является в качестве вызываемого или командируемого эксперта, но и при других обстоятельствах, например, в особом присутствии Губернского правления *при наложении опеки*. Свидетельствование производится через врачей определенного служебного положения по указанной в законе программе и имеет мало общего с обычным всесторонним врачебным исследованием при судебной экспертизе. *Другого рода свидетельствования* производятся по различным вопросам, касающимся положения душевнобольных, например, по вопросам о возможности *продолжать службу*, о назначении усиленной *пенсии*, о том, насколько подлежит данный больной *общественному призрению*, о неспособности отбывать *воинскую повинность* и т. п. Освидетельствования эти тогда только имеют официальное значение, когда произведены по официальному требованию какого-нибудь ведомства или произведены врачами, занимающими определенное служебное положение, на которых по закону лежит обязанность свидетельствовать больных, например, врачами, входящими в состав Врачебного отделения Губернского правления, городовыми, уездными врачами. Свидетельства же других врачей, выдаваемые по личной просьбе частных лиц, получают официальное значение лишь тогда, когда будут подтверждены Врачебным отделением. Освидетельствования официальные производятся по определенной инструкции, указанной Медицинским департаментом или другими правительственными учреждениями, и приобретают значение судебно-медицинского *акта* только при соблюдении всех формальностей, требуемых законом, и когда производятся по определенным мотивам и в присутствии лиц, которые для этого назначаются. Иначе это будут простые свидетельства или удостоверения. Выдаваемые свидетельства несколько разнятся по форме, в зависимости от цели, с которой производятся; так, например, в свидетельствах о находящихся на службе чиновниках, выдаваемых на предмет получения пенсии, прописываются: 1) повод к освидетельствованию; 2) объективные и субъективные признаки болезни с точным ее определением; 3) причины, ее произведшие; 4) время ее приключения; 5) чем угрожают настоящие припадки в будущем — излечима ли

болезнь или нет; 6) причины, по которым болезнь сия лишает не только возможности продолжать службу, но и обходиться без постороннего ухода (Свод законов, т. III, Устав о пенсиях, изд. 1876 г., ст. 179).

При свидетельствовании по поводу *неспособности снискивать пропитание* во многих случаях нет надобности указывать причины болезни, а нужно указать, подает ли болезнь надежду на излечение или безусловно неизлечима и как она влияет на трудоспособность больного.

Простые *удостоверения о болезни*, выдаваемые врачами, имеют лишь условное значение, но как документы, которые доказывают существование удостоверяемого факта, они, несомненно, могут играть чрезвычайно важную роль во многих случаях, и потому врач должен давать их весьма осмотрительно. Я уже имел случай говорить о некоторых деталях, относящихся к выдаче удостоверений о состоянии душевнобольных, в конце главы о диагностике душевных болезней и потому прибавлю к сказанному только то, что нужно при выдаче таких удостоверений взвешивать различные обстоятельства дела. Врач даже при несомненной наличности душевного заболевания у наблюдаемого им лица не может считать себя вправе выдавать каждому, кто к нему за этим обратится, удостоверение о душевной болезни; каждый раз нужно обсудить, какое отношение имеет лицо, желающее получить удостоверение, к самому больному, имеет ли оно право на получение удостоверения, не произойдет ли от этого нарушение интересов больного и не будет ли этим раскрыта вверенная врачу тайна. Это правило нужно соблюдать не только при выдаче свидетельств и удостоверений, составляемых по общеизвестной форме, но и при других *письменных и устных сообщениях о состоянии* больного.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

Случай 1

Дело о духовном завещании Анны Тимофеевны Ю-вой (старческое слабоумие). Экспертиза представлена совместно с В. К. Ротом.

Вопрос, поставленный на заседании окружного суда 27 октября 1894 года, был таков: «В каком состоянии умственных способностей находилась завещательница Анна Тимофеевна Ю-ва во время составления ею духовного завещания 26 апреля 1889 г.».

На это мы имеем честь ответить следующее:

Анна Тимофеевна Ю-ва умерла в очень преклонном возрасте. В выписке из метрической книги Успенской в Печатниках церкви значится, что она умерла 10 декабря 1893 г. от старческого изнурения, имея от роду 92 года. Старческое изнурение, от которого она умерла, начало развиваться у Ю-вой задолго до смерти. Когда именно начали появляться признаки старческой слабости, в точности неизвестно, но, как показывают свидетели, знавшие Ю-ву, это во всяком случае было давно. Так, протоиерей Б., бывший духовник Ю-вой с 1869 года по 1890-й, говорит, что в последние годы она вследствие болезненного состояния перестала ходить в церковь и он несколько раз в год приходил к ней на дом для приобщения. Она большей частью лежала вследствие слабости. Доктор П., иногда пользовавший Ю-ву от инфлюэнции и кашля в последние 5-6 лет, находил у нее постепенный упадок сил. Псаломщик Л., бывавший вместе с священником у Ю-вой во время причастия, говорит, что она уже лет 10 перестала ходить в церковь и за последние годы была лишь на похоронах сыновей Николая и Ивана Яковлевичей. Прислуга, жившая у Ю-вых, тоже свидетельствует о ее слабости; некоторые из прислуги, жившие по многу лет, вследствие этого даже никогда не видали Ю-ву. Так, кучер Тимофей, живший у Ю-вых 5 лет, никогда не видал Анны Тимофеевны и лишь один раз слышал, как она кричала. Крестьянка С-ва, которая ушла от

Ю-вых за три года до смерти Анны Тимофеевны, то есть в 1890 году, и жила у Ю-вых лет 7, следовательно, поступила приблизительно в 1883 году, говорит, что ее прямо нанимали ходить за Ю-вой, так как она уже тогда была больна. По ее словам, Анна Тимофеевна не была в церкви и на похоронах Ивана Яковлевича и из комнаты редко выходила, часто падала, ходила под себя, плохо видела. Кухарка Татьяна говорит, что Анна Тимофеевна стала заговариваться уже лет за 7 до смерти. В показаниях остальных свидетелей нет никаких противоречий относительно того, что Анна Тимофеевна Ю-ва и до 1889 года страдала резко выраженной старческой слабостью. Подтверждение этому находится в подписях на представленных документах, именно на завещании, подписанном в 1888 г., и на доверенности, выданной 16 сентября 1888 года. Если сравнить этот почерк с почерком на завещании, составленном в 1873 году, то можно заметить очень большую разницу — почерк сделался очень дрожащим и имеет характер почерка при старческой дряхлости. Эти признаки еще резче в подписях на позднейших документах — доверенности от 1890 и 1891 г. и на духовном завещании 1889 года.

Таким образом, нет никакого сомнения, что физические признаки дряхлости были у Ю-вой в последние годы ее жизни и, вероятно, были уже резко выражены не менее чем за 3—4 года до ее смерти, а может быть, и более. По отношению к тому, насколько физическая старческая дряхлость сопровождалась и умственным расстройством, мы не имеем таких согласных показаний. Есть свидетели, которые указывают, что она была резко расстроена умственно. Так, свидетельница С-ва, ходившая за Ю-вой приблизительно с 1883 года, говорит о Ю-вой как о лишенной разума. Она часто не узнавала ближайших родственников, принимала доктора за священника, раздевалась без надобности донага, лезла под стол и кровать, так что ее силой приходилось оттуда вытаскивать, приходила в возбуждение, говорила, что за ней приехали, требовала, чтобы ее везли в Рогожскую, и т. д. Она была нечистоплотна, часто ходила под себя. Свидетельница говорит, что заговариваться больная стала еще при жизни ее сына Николая Яковлевича; затем после его смерти ей стало хуже, а после смерти Ивана Яковлевича совсем лишилась рассудка. Кухарка Татьяна Е. показывает, что Анна Тимофеевна заговаривалась, никого не признавала, даже своих детей, иногда снимала с себя платье, лезла под стол, откуда ее вытаскивали, иногда ела очень много, а иногда долго не ела; ходила часто под себя. Она сидела в своей комнате, и внук ее не велел никого пускать к ней. Начала она заговариваться лет за 7—9 до

смерти; разум теряла постепенно, а после смерти сыновей Николая и Ивана совсем потеряла разум. Как С-ва, так и Е-а указывают, что родные знали о таком состоянии, и обе свидетельствуют, что внук ее, Николай Иванович, делал указания относительно ухода за ней во время приступов возбуждения. Из этого можно сделать предположение, что наиболее резкие признаки умственного расстройства, отмечаемые этими свидетельницами, были в то время, когда распоряжался в доме Николай Иванович, а это, вероятно, было уже после смерти Ивана Яковлевича или во время его болезни.

Другие свидетели, знавшие Анну Тимофеевну Ю-ву в последние годы ее жизни, дают иное описание состояния умственной сферы Ю-вой. Так, врач П. говорит, что «всегда находил ее умственно вполне здоровой, никаких решительно странностей не замечал; он не слыхал, чтобы у нее были странности, чтобы она лезла на стены, чтобы были признаки неопрятности». Доктор П. изредка пользовал Ю-ву в последние годы ее жизни, но, по его словам, «кажется, после смерти последнего сына», т. е. Ивана Яковлевича, следовательно, после составления духовного завещания. Он видел ее и за несколько часов до ее смерти; она его «узнала и отвечала последовательно на вопросы». Протоиерей Б., видавший Ю-ву не более 4-х раз в год во время причащения, говорит, что он не замечал ненормального состояния умственных способностей Ю-вой; «если бы заметил, что она сумасшедшая, — говорит свидетель, — то он не стал бы ее причащать». Описывая ее состояние, он говорит: «при входе моем она, кажется, меня узнавала и в последнее время иногда спрашивала о здоровье моей семьи и на мои вопросы отвечала, что «плоха стала». Когда именно это было, свидетель не помнит, но это было не позднее 1890 года, когда свидетель прекратил посещение Ю-вых. Свидетель священник Н., знавший Анну Тимофеевну с 1891 года, говорит тоже, что странностей у нее не замечал и никто ему не говорил о них. Он считал ее умственно здоровой; она толково отвечала на вопросы его. Псаломщик Л., хотя и оговариваясь, что ему не приходилось говорить с Анной Тимофеевной и потому он не может судить об ее умственных способностях, говорит, что во время причастия она «все понимала и сама читала молитвы, за исключением последнего раза, когда не могла говорить». Свидетельница мещанка А., видавшая Ю-ву очень редко, тоже не замечала странностей у нее, и показывает, что она на вопросы отвечала всегда правильно и на поминальном обеде по Ивану Яковлевичу сидела и «просила батюшку помянуть его хорошенько». Свидетель А., служащий в

нотариальной конторе и делавший от имени Ю-вой доверенности в 1888, 1890 и 1891 годах, показывал, что он раз в год видал Ю-ву, которая сама подписывала доверенности на ведение дела, сначала на имя Ивана Яковлевича, а потом Николая Ивановича. Она в последний раз говорила ему, что стала слепа и ей трудно заниматься делом, думает дело передать. Исправляющий должность нотариуса Р., составляющий два духовных завещания Ю-вой, свидетельствует, что она была в здравом уме и понимала все, что было в завещании.

Другие свидетели говорят о состоянии умственных способностей Ю-вой не по своему личному впечатлению, а по слухам и свидетельствуют лишь о существовании тех или других слухов об ее умственном расстройстве. Так, кучер Тимофей, живший у Ю-вых в последние годы и ни разу не видавший Анны Тимофеевны, слышал от прислуги, что она не в здравом уме и что она поскидала белье; сам слышал только один раз, как она кричала: «везите меня в Рогожскую».

Кухарка Марья Д., жившая у Ю-вых в последние 2—3 года до смерти Анны Тимофеевны, видала ее, но не разговаривала с ней, странностей не замечала, а слыхала, что она заговаривается и ей представляются покойники. Свидетель Ч., подписавший на духовном завещании, что Анна Тимофеевна находится в здравом уме, говорит, что слышал, что лет 8 как она была не в здравом уме, никого не узнавала и что сам сын ее Иван Яковлевич говорил, что она сумасшедшая. Об этом знала, говорит свидетель, вся Сретенка (улица, на которой находится дом Ю-вой). Однако другие свидетели, жившие тут же на Сретенке, об этом не слыхали. Так, не слыхал об этом обойщик в магазине Ю-вых А-в; не говорил о том, что слышал об этих странностях, и работник Ю-вых Р., также Ф. и К., жилец в доме Ю-вых. Свидетель С-в, торгующий рядом с Ю-вым, говорит, что при жизни Анны Тимофеевны об умственном расстройстве ее не говорили, а разговор пошел лишь потом. К этому нужно прибавить, что за все последние годы Ю-ва, хотя и владевшая домами и магазином, сама делом не занималась, а давала доверенности сначала сыну Ивану Яковлевичу, а потом внуку Николаю Ивановичу. Они вели всю торговлю и все дела.

Таковы факты, добытые допросом свидетелей, на основании которых следует дать ответ на вопрос, поставленный судом. Показания свидетелей, как видно, в значительной мере противоречивы, и потому, для того чтобы на основании их дать определенный ответ, следует анализировать их, определить их

значение, сопоставить как с несомненными фактами, существующими в деле, так и с теми данными, которые существуют в науке относительно проявления болезненных состояний, существование которых можно подозревать у Ю-вой.

Вне всякого сомнения находится то, что Ю-ва умерла в очень преклонном возрасте; по официальной выписке ей значилось в 1893 году 92 года, следовательно, в 1889 году ей было 88 лет.

Не подлежит также сомнению, что Анна Тимофеевна не принадлежала к тем лицам, у которых даже в таком возрасте не замечается признаков старческой дряхлости. Несомненно, что старческая дряхлость у нее была выражена очень резко и существовала задолго до апреля 1889 года, т. е. до времени составления духовного завещания. Это доказывается и перечисленными показаниями свидетелей и документами. Она уже за несколько лет перестала ходить в церковь, ходила с поддержкой; у нее была слабость ног и рук, слабость зрения — она большею частью лежала; даже жившие с ней в одном доме несколько лет или совсем не видели ее, или видели лежавшей в постели. Подписи на актах в 1880 году и 1889-м доказывают также существование старческой дряхлости. Она же доказывается и показанием причины смерти Ю-вой в метрической выписке. Таким образом существование физических признаков старческой дряхлости можно считать несомненным и не только в 1889-м году, но и ранее этого года.

Существенно важным является вопрос: были ли у Ю-вой, наряду с явлениями физической дряхлости, и явления психической старческой дряхлости? Вопрос этот может быть, по нашему мнению, решен на основании научных данных и на основании показаний свидетелей. Наблюдения над проявлениями старческой дряхлости заставляют считать, что в громадном большинстве случаев вместе с дряхлостью физической, выражающейся в ослаблении мускульной силы, в ослаблении восприимчивости органов чувств, существуют и явления психические. Иногда психические явления сводятся к ослаблению энергии всех сторон душевной жизни, к ослаблению воли, душевной чувствительности и интеллекта; иногда же дело не ограничивается ослаблением, а является картина сумасшествия с своеобразными признаками. Если дело ограничивается ослаблением энергии всех душевных функций, то и тогда это ослабление очень нередко достигает такой степени развития, что человек, представляющий признаки такого ослабления, не может жить и распоряжаться самостоятельно, а должен считаться, подобно де-

тям, не обладающим разумом в достаточной мере для распоряжения своими имущественными делами. Если в большинстве случаев, хотя и не всегда, при существовании резко выраженной физической дряхлости существуют и явления психической дряхлости, то спрашивается, можно ли при той степени дряхлости, которая была у Ю-вой, предполагать, что у нее была и дряхлость психическая? Мы полагаем, что не может быть сомнения, что та степень физической дряхлости, которая была у Ю-вой, по показаниям свидетелей, в последние годы жизни, должна была сопровождаться и резко выраженными симптомами психической дряхлости. Это тем более вероятно, что, как видно из метрической выписки, Ю-ва умерла именно от старческого изнурения, а не от какой-нибудь случайной, прервавшей ее жизнь болезни, т. е. лишь тогда, когда сама старческая дряхлость достигла высшей степени своего развития.

Таким образом, научные данные заставляют считать, что в последние годы жизни Ю-вой она страдала и психическими признаками старческой дряхлости, т. е., по крайней мере, более или менее резко выраженным упадком энергии всех сторон душевной жизни.

Свидетельские показания частью действительно указывают на существование этого упадка, частью отрицают его. Свидетельские показания, как было уже видно, по отношению к состоянию умственных способностей Ю-вой противоречивы. В то время как одни указывают на полное сумасшествие Ю-вой с приступами буйного возбуждения, другие отрицают, что у У-вой были какие-нибудь признаки ненормальности. Чтобы разобраться в этих противоречивых показаниях, мы должны прежде всего обратить внимание на причины, которыми может вызываться противоречие в показаниях свидетелей по отношению к существованию или несуществованию умственного расстройства. Считая все показания одинаково добросовестными, мы, конечно, не можем не видеть в некоторых из них частью преувеличения, вследствие предвзятой точки зрения, частью — признаков забвения и в виду этого должны придавать показаниям таких свидетелей не столь важное и непреложное значение, как показаниям свидетелей вполне объективных и видимо хорошо помнящих факты. Ввиду этого мы, конечно, не можем придавать очень большого значения показанию свидетеля Р., исправляющего должность нотариуса, показавшего в заседании 27 октября, что во время составления завещания Анна Тимофеевна Ю-ва подписывала его даже без очков. Очень твердо установлено, что Ю-ва видела плохо, что она надевала очки, даже не одни,

и потому мы полагаем, что свидетель нетвердо помнит происходившее, а потому и остальная часть его показания, что Ю-ва понимала все, что было в завещании, не может быть принимаема, как несомненно достоверная.

Точно так же такие места из показаний свидетельницы С-вой, что она считала признаком сумасшествия Ю-вой, что та обращалась к доктору, называя его батюшкой, и целовала ему руку, заставляют нас считать, что она относится односторонне к фактам и, вероятно, не всегда дает им верную оценку. Это, конечно, значительно умаляет в наших глазах значение ее чрезвычайно важного показания и заставляет принимать его лишь после сопоставления с научными данными и с показаниями других свидетелей.

Но и к показанию тех свидетелей, которые относятся, по-видимому, объективно, в делах, касающихся расстройства умственных способностей, следует относиться с большой осторожностью. Особенно относится это к показаниям, которыми отрицается существование умственного расстройства. Дело в том, что заметить умственное расстройство не всегда легко. Иногда и специалистам при беседе с несомненно умственно расстроенным человеком приходится долго разговаривать, чтобы констатировать расстройство. Люди же, не имеющие специальных знаний, очень часто не замечают признаков умственного расстройства и там, где оно резко выражено. Поэтому, если свидетель и отрицает существование умственного расстройства, то далеко не всегда это значит, что его на самом деле не было, а следует всегда обсудить условия, в которых находился свидетель, оценить его свойства как наблюдателя и только тогда выводить заключение из его показаний. Два свидетеля, из которых один специалист, а другой не специалист или из которых один беспрерывно находится с больным, а другой видит его лишь изредка, могут дать совершенно противоречивые показания, оставаясь вполне добросовестными.

Сделав эти общие замечания и приступая к анализу свидетельских показаний по делу Ю-вой, мы прежде всего остановимся на показаниях тех свидетелей, которые говорят о существовании у Ю-вой умственного расстройства. Из них наиболее существенны показания С-вой и Е-вой, особенно первой. Она категорично утверждает, что Ю-ва была лишена рассудка, и описывает признаки болезни, которые Ю-ва представляла. Если в показаниях этой свидетельницы и можно видеть предвзятую мысль, тем не менее нельзя отрицать того, что то, что она описывает, вполне соответствует тому, что бывает при психическом рас-

стройстве у дряхлых людей; это, конечно, очень важно. Кроме того, несомненно, что по своему положению прислуги, нанятой для ухода за Ю-вой, она имела возможность наблюдать такие признаки болезни, которые были совершенно не видны другим. Кроме того, ее показания подтверждаются и другими свидетелями, говорившими, что слухи о странностях Ю-вой были. Если даже они, как показывает С., начались уже после смерти Ю-вой, то и это имеет значение, так как, может быть, до смерти вообще не было поводов разговаривать об Анне Тимофеевне.

Обращаясь к показаниям свидетелей, отрицающих у Анны Тимофеевны Ю-вой существования умственного расстройства, мы прежде всего констатируем, что все они видели Ю-ву очень редко: протоиерей Б., священник Н., врач П., А-ва, Ф., псаломщик Л., А-в, Р. — все они бывали у Ю-вой не более 1—5 раз в год на очень короткое время, а этого, конечно, мало для того, чтобы утверждать, что никаких признаков умственного расстройства у Ю-вой не было. Притом большинство этих свидетелей бывали с какой-нибудь определенной целью и, конечно, более заняты были своим делом, чем определением состояния умственных способностей Ю-вой. Так, протоиерей Б., священник Н. и Л. бывали лишь для совершения таинства причащения. Правда, протоиерей Б. указывает, что он никогда не замечал, чтобы Ю-ва была «ненормальна в умственных способностях», и при этом указывает, что если бы он заметил, что она сумасшедшая, то он не стал бы ее причащать на основании церковных правил. Эта часть показания протоиерея Б. заставляет нас считать, что критерий его для определения сохранения умственных способностей был недостаточен. Каждому психиатру хорошо известно, что значительная часть больных, находящихся в больницах для умалишенных и представляющих резко выраженные признаки болезни, исповедуется и приобщается, и священники приходят для причащения больных и в психиатрические больницы к заведомо помешанным. Только сравнительно небольшая часть умственно расстроенных не способна отнестись правильно к причастию, а потому и то обстоятельство, что протоиерей Б. не видал препятствий для причащения Ю-вой, не служит достаточным доказательством отсутствия у нее умственного расстройства. Было бы, конечно, очень важно, если бы протоиерей Б. дал прямые указания на факты, свидетельствующие в положительном смысле за то, что Ю-ва обладала умственными способностями в такой мере, что могла распоряжаться своими делами. Но его указания в этом отношении крайне недостаточны. Он говорит только следующее: «при входе моем к ней она, кажется, и в

последнее время меня узнавала, иногда спрашивала о здоровье моей семьи и на мои вопросы отвечала, что плоха стала, но, когда это именно было, не могу сказать»; «в доме у нее, — сообщает он же, — распоряжались сыновья». Само собой разумеется, что из этих слов нельзя вывести заключение, что у Ю-вой не было слабоумия.

Показание другого свидетеля, отрицающего существование расстройства умственных способностей у Ю-вой, доктора П., заслуживает особого внимания, потому что свидетель — врач. Указывая на то, что у Ю-вой было постепенное развивавшееся ослабление сил, слабость зрения, он говорит в то же время, что «всегда находил ее умственно вполне здоровой и никаких решительно странностей в ней не замечал». Если бы свидетель был специалистом по душевным болезням и по роду своей профессии обращал бы особое внимание на состояние умственных способностей, то такое показание его имело бы бесспорно очень большое значение. Но в данном случае этого нет. Врач г. П. не психиатр и, как сам он говорит, пользовал Ю-ву от инфлюэнции и кашля. При таких условиях, конечно, он мог не заметить умственного расстройства Анны Тимофеевны, если оно не выражалось при нем самом в каких-нибудь безумных выходках. Опыт показывает, что врачи-неспециалисты по душевным болезням, приглашаемые для лечения таких случайных заболеваний, как кашель, инфлюэнция, очень часто не замечают признаков глубокого умственного расстройства, и это случается с самыми выдающимися врачами. Это и понятно: для констатирования умственного расстройства, если оно выражается в ослаблении умственных способностей, нужно делать всесторонние расспросы, а для лечения таких болезней, как инфлюэнция, кашель, достаточно лишь пассивного отношения больного, и как вопросы, задаваемые врачом, как и ответы, получаемые от больного, могут быть самые простые, которые может дать и глубоко слабоумный человек. При этом следует принять во внимание также и то, что оценка степени сохранения умственных способностей по отношению к различным людям неодинакова, и громадное большинство людей, считая дряхлость и свойственную ей умственную слабость совершенно обыденным, так сказать, естественным явлением, предъявляют к дряхлому старику гораздо меньше требований относительно силы умственной деятельности, и даже отмечая значительную степень потери памяти, ослабления воли и душевной чувствительности, вовсе не думают, что это — болезнь, а считают это явление для старика нормальным, вполне естественным. Такое обыденное отношение

особенно резко подчеркивается показанием К-ва, который говорит: «она была очень плоха от старости, так что я при выходе заметил, что не пришлось бы нам быть в окружном суде». Таким образом, свидетель, с одной стороны, видя старческую дряхлость и пассивность Анны Тимофеевны при составлении духовного завещания, сомневался в том, что Анна Тимофеевна может совершать акты, а в то же время считал, что тут не идет дело о болезни, а о вполне естественном явлении — о старости. Подобная точка зрения существует у очень многих, и даже врачи, как показывает жизненный опыт, не свободны от нее. Это заставляет нас считать, что и доктор П., видавший Ю-ву редко, ненадолго и по поводу случайных болезней, мог не заметить умственной слабости Ю-вой, так как не обращал на это внимания, считая некоторую степень умственной вялости, которая несомненно бросалась ему в глаза, за естественное явление, не требующее более подробного изучения, как не могущее уступить врачебным мероприятиям.

Отрицательные показания других свидетелей имеют для нас еще меньшее значение, потому что их оценка состояния умственных способностей Ю-вой еще менее достаточна, чем оценка свидетеля доктора П. Со стороны этих свидетелей важны были бы положительные указания на какие-нибудь факты совершенно правильных распоряжений Ю-вой, притом таких, которые требовали бы сохранения правильной интеллектуальной деятельности в значительной степени. Но таких указаний мы не имеем. Вот все положительные указания.

Свидетель А-в говорит, что Ю-ва каждый год подписывала доверенности на ведение ее дел; но эти доверенности были из года в год почти совершенно тождественные, составлялись не Ю-вой, а подписать свое имя, отчество и фамилию может и глубоко слабоумный; слова, сказанные свидетелю Ю-вой в последний раз, что она «стала слепа и ей трудно заниматься делом и она думает дело передать», тоже могут быть сказаны и слабоумным человеком. Врач П. говорит, что она и в последний раз его узнала и отвечала последовательно на его вопросы: но если это были вопросы, касавшиеся лишь простых явлений, то Ю-ва могла на них отвечать последовательно и будучи очень слаба умом. Показания А-вой, что Анна Тимофеевна тужила очень, что ей пришлось пережить смерть последнего сына и что она с ним прощалась, так же как и то, что она на похоронах просила батюшку хорошенько помянуть сына, тоже не могут быть указанием на отсутствие слабоумия у Ю-вой. Свидетель Р., исправлявший должность нотариуса и делавший спорное заве-

щание, показывает следующее: «когда я пришел для совершения второго духовного завещания, она, Ю-ва, сидела, точно сообщила мне, как она хочет распорядиться; я читал ей завещание, спрашивал, понимает ли она, она отвечала утвердительно; объявила тоже, что уничтожает прежнее завещание, при этом представила его выписку. Понимала она все, что было в завещании, подписывала она сама, без очков, никто ее рукой не водил». Сопоставляя это показание с показанием других свидетелей, утверждавших, что Ю-ва пользовалась очками, и описывавших обстановку составления духовного завещания несколько иначе, мы, как уже высказали, не можем придать очень большого значения показанию свидетеля Р., не можем считать его неоспоримым доказательством сохранения умственных способностей у Ю-вой.

Кроме свидетеля Б., о котором была уже речь выше, других свидетелей, дававших какие-либо положительные указания на то, что Ю-ва могла правильно распоряжаться, нет, а на основании этих мы никоим образом не можем вывести, что Ю-ва, действительно, не была умственно расстроена.

Как на доказательство этого, ссылаются также на то, что Ю-ва могла совершать некоторые акты, например, договор с городской управой в 1888 году, выдавать доверенности в 1888, 1890 и 1891 году и, следовательно, вела свои дела, но, рассмотрев документы, на которые ссылаются, легко прийти к заключению, что способность подписывать подобные акты вовсе не доказывает полное сохранение умственных способностей, так как очевидно, они составлялись по давнишним образцам и притом не самой Ю-вой. Между тем можно считать установленным, что в последние 5 и более лет Ю-ва ни в доме, ни в торговле не распоряжалась, а распоряжались ее дети, внук и вдова сына.

Из всего этого мы приходим к заключению, что все доводы, приводимые в опровержение показаний свидетелей, утверждающих, что Ю-ва в последние годы жизни страдала умственным расстройством, не могут опровергнуть этих показаний, а наоборот, согласно с обычным ходом развития старческой дряхлости, следует признать в этих показаниях значительную долю истины; в виду этого мы и полагаем, что в последние годы жизни Ю-вой старческая дряхлость ее выражалась не только физическими, но и психическими признаками; по всей вероятности, у нее в последние годы жизни было глубокое ослабление умственных способностей.

Если можно считать установленным, что в последние годы жизни Анны Тимофеевны Ю-вой она страдала ослаблением ум-

ственных способностей, то существенным в данном деле является вопрос: существовало ли это ослабление во время составления духовного завещания 26 апреля 1889 года, и если существовало, то какова была его степень? Этот вопрос является сам собой, особенно ввиду того, что, как видно из документов, Анна Тимофеевна умерла спустя более чем 42 года после составления духовного завещания, и весьма возможно предположение, что именно в эти последние годы и развилось ее слабоумие. Однако в свидетельских показаниях мы находим указание на то, что слабоумие было и ранее. Так, С-ва показывает: «она издавна была слаба разумом, а после смерти Ивана Яковлевича совсем лишилась рассудка», и далее: «заговариваться она начала еще при жизни Николая Яковлевича, а начала лезть на стены после его смерти, сначала реже, потом чаще». Хотя хронологическим показаниям этой свидетельницы и нельзя вполне доверять ввиду того, что она, например, показала, что завещание писалось после смерти Ивана Яковлевича, тогда как установлено, что Иван Яковлевич был жив во время его подписания, но абсолютно отвергать возможность делать из показания С-вой вывод о времени начала слабоумия у Ю-вой нельзя, так как оно до известной степени подтверждается и другой свидетельницей, Татьяной Е-вой, которая говорит, что Анна Тимофеева стала заговариваться лет за 7 до смерти, т. е. более чем за 2 года до составления духовного завещания; «когда же умерли ее сыновья — сначала Николай Яковлевич, потом Иван Яковлевич — совсем потеряла рассудок». Как было указано выше, из показаний этих свидетельниц можно заключить, что наиболее сильное проявление умственного расстройства Анны Тимофеевны было тогда, когда распоряжался Николай Иванович, следовательно, вероятно, или уже после смерти Ивана Яковлевича, или во время его болезни; но все-таки и ранее смерти Ивана Яковлевича, в промежуток между его смертью и более ранней смертью Николая Яковлевича, по показаниям свидетельниц, ненормальность умственных способностей Ю-вой проявлялась. Правда, в завещании, составленном в июле 1888 года, есть подпись доктора Н. В. В., удостоверяющая, что в это время Анна Тимофеевна была в здравом уме и твердой памяти, но это было более чем за 9 месяцев до составления оспариваемого завещания, а слабоумие могло развиваться именно в течение этого времени.

Чтобы выяснить состояние умственных способностей Анны Тимофеевны во время составления духовного завещания, следует обратиться к рассмотрению самого завещания и обстановке, при которой оно подписывалось. Оспариваемым завещанием

все недвижимое имущество оставляется вдове сына Анны Тимофеевны в пожизненное владение, с тем чтобы после ее смерти имущество было разделено поровну между ее сыновьями. Капитал же и товар в магазине оставляются в полную собственность той же снохе. В содержании самого завещания решительно нет чего-либо свидетельствующего о нездравомыслии составителя, но это обстоятельство не может служить ручательством за то, что Анна Тимофеевна, от имени которой оно составлялось, была в полном уме, так как из свидетельских показаний выяснилось, что в составлении этого духовного завещания она принимала значительно более пассивную роль, чем умерший сын ее Иван Яковлевич. Дело, насколько оно выяснилось на суде, было так: первоначально завещанием, составленным в 1888 году, наследником имущества Анны Тимофеевны назначался единственный, оставшийся в живых, сын ее Иван Яковлевич, человек уже пожилой, имевший сыновей и нескольких дочерей. Ввиду болезни матери Иван Яковлевич был фактическим распорядителем имущества и вел торговлю. Чувствуя приближение смерти, Иван Яковлевич пожелал, чтобы имущество, которое он должен был наследовать, перешло частью в полную собственность, частью в пожизненное владение его жены, матери его детей, уже пожилой женщины. Для этой цели и было еще при его жизни составлено духовное завещание Анны Тимофеевны 26 апреля 1889 года. Свидетели, приглашенные подписать духовное завещание: Ч., К. и С., единогласно показывают, что завещание составлялось по желанию Ивана Яковлевича. «Я понял, — говорит С., — так, что Иван Яковлевич от своего отказывается, а бабушка передает своей снохе». К. говорит: «когда я пришел, то ко мне обратился Иван Яковлевич и просил подписаться на завещании свидетелем». Свидетель Ч. был, как он говорил на заседании суда 27 октября, все время уверен, что завещание делает Иван Яковлевич, и утверждает, что писал свою свидетельскую подпись под диктовку нотариуса, и если он удостоверил в своей подписи завещание Анны Тимофеевны, то это, должно быть, ошибка. Звать его приходил внук Анны Тимофеевны, Николай Иванович, который сказал, что зовет папаша, т. е. Иван Яковлевич, для подписания духовного завещания. Иван Яковлевич сказал свидетелю: «умираю», и свидетель был вполне уверен, что делает завещание Иван Яковлевич и что он подписался под его завещанием. Свидетели хорошо знали, поскольку можно судить, Ивана Яковлевича, а Анну Тимофеевну знали только по виду и по имени. «С Анной Тимофеевной я сам не разговаривал», говорит Ч., но прибавляет, что слышал от самого Ивана Яковлевича, что его мать

сумасшедшая. Другой свидетель, К., говорит: «никогда я с Анной Тимофеевной не говорил ни слова, только в церкви видал». Роль Анны Тимофеевны все свидетели, кроме исправляющего должность нотариуса Р., описывают как совершенно пассивную. «Анну Тимофеевну ввели, когда пришли все свидетели, — говорит Ч., — она нам ни слова не говорила; она была так плоха, что если бы пришлось удостоверить ее завещание, я подумал бы. Когда Анна Тимофеевна подписывала, рукой ее водил Николай Иванович. Анна Тимофеевна, — прибавляет он, — никого из свидетелей подписывать завещание не просила». Свидетель К. говорит: «когда я пришел, ко мне обратился Иван Яковлевич и просил подписаться на завещании свидетелем. Скоро не то ввели, не то сама пришла Анна Тимофеевна. Завещание читалось при ней, слушала ли она со вниманием, не могу сказать. Когда предложили ей подписаться, ей дали очки, затем другие и третьи; она говорила, что не видит и не знает, что писать. Николай Иванович стал было водить ее рукой, но нотариус просил оставить, велел ей подписываться как умеет (...) Анна Тимофеевна все время молчала, никого подписываться под завещанием не просила. По прочтении завещания нотариус ее спросил о чем-то, и она что-то ответила». Во время подписи завещания Анна Тимофеевна показалась свидетелю «так плоха от старости», что при выходе он заметил, «не пришлось бы нам быть в окружном суде». Свидетель С. говорит, что, была ли при чтении завещания Анна Тимофеевна, он не помнит; «помнится, — говорит он, — что она тут что-то сказала, но что — не припомню. Анна Тимофеевна сама подписалась, без помощи; свидетелей просил подписаться, кажется, нотариус».

Из этого описания обстановки составления духовного завещания видно, что Анна Тимофеевна играла чрезвычайно пассивную роль. Свидетели, удостоверявшие на завещании, что она находится в здравом уме и твердой памяти, в действительности не знали степени сохранения ее умственных способностей, а Ч. и К. положительно сомневались, не настолько ли она плоха, что уже не может составить духовное завещание. По-видимому, свидетели и подписали завещание лишь потому, что по существу считали Ивана Яковлевича распорядителем всего имущества и понимали, что Иван Яковлевич выражал своим участием в составлении нового духовного завещания свою последнюю волю. По его просьбе они принимали участие в этом деле. Сама же Анна Тимофеевна никого из свидетелей не просила, никто из них не помнит, чтобы она высказала свое согласие с текстом духовного завещания; при подписывании ее рукой, как показыва-

ют два свидетеля, по крайней мере вначале, водили. Почерк подписи представляет резкую разницу в сравнении с прежним ее почерком и представляет характерные черты для почерка людей дряхлых. Все это, в связи с показаниями свидетельниц С-вой и Е-вой, а также и другими обстоятельствами дела, заставляет признать, что и во время подписания духовного завещания Анна Тимофеевна представляла признаки глубокого упадка энергии душевной деятельности под влиянием дряхлости, и с большой степенью вероятности следует заключить, что этот упадок был настолько велик, что Анна Тимофеевна не могла вполне сознательно и самостоятельно распоряжаться своим имуществом.

Из всего вышеизложенного следует, что в окончательном виде заключение наше таково:

1. Анна Тимофеевна Ю-ва в последние годы жизни страдала резко выраженным старческим истощением, при чем дряхлость проявлялась у нее как в физической сфере, так и в умственной.
2. Проявление дряхлости как физической, так и умственной наступило ранее 1889 года.
3. С большой степенью вероятности мы полагаем, что во время составления духовного завещания 26 апреля 1889 года Анна Тимофеевна представляла признаки упадка умственных способностей в такой значительной степени, что не могла вполне сознательно и свободно распоряжаться своим имуществом.

Это последнее заключение свое мы высказываем с оговоркой: «с большой степенью вероятности», потому что оно есть лишь наиболее вероятный вывод из тех данных, на основании которых мы составляли свое суждение. Вполне достоверным мы его не можем считать, так как фактов, из которых приходилось делать вывод, было мало, вследствие недостаточного числа свидетелей, знавших близко Анну Тимофеевну в последние годы ее жизни.

Случай 2

Дело Н. П. С-ва с управлением Орловско-Грязской железной дороги (травматический невроз).

В заседании московского окружного суда 30 марта 1894 года экспертам предложено было произвести освидетельствование дворянина Николая Петровича С-ва для представления заключения по следующим вопросам, поставленным орловским окружным судом: 1) определить состояние здоровья г. С-ва в нервно-психическом отношении, 2) определить вызвавшие болезнь причины, 3) степень ее излечимости и 4) время излечения, если выздоровление возможно.

Исследование, произведенное путем расспроса и объективным методом, дало следующие результаты.

Н. П. С-в 45 лет, телосложения удовлетворительного, жалуется на целый ряд разнообразных болезненных ощущений, на упадок сил и резкую перемену, происшедшую в его личности после крушения поезда Орловско-Грязской железной дороги 11 ноября 1891 года. Аппетит его средний, диспептических явлений нет, но иногда бывает тошнота под влиянием моральных неприятностей. До катастрофы этой тошноты не было. Отправления кишечника ежедневны, правильны; позыв на мочу учащен; моча, по словам Н. П. С-ва, не красна и без осадков. Половых отношений со времени крушения нет; эрекция если бывает, то лишь очень слабая. Это развилось после крушения; до этого половая способность была в полной силе. Каких-либо следов венерических болезней не заметно. В груди, в стороне сердца, бывает временами чувство сжимания; иногда бывает довольно сильное ощущение сердцебиения; иногда при этом бывает боль, отдающая в левую руку по плечу. Когда боль эта проходит, в руке остается чувство тяжести, и ее трудно поднять. Это явление стало появляться приблизительно спустя полгода после катастрофы. Пульс част. Постукиванием нельзя констатировать заметного увеличения сердца. При выслушивании тоны сердца чисты. В легких ничего ненормального. Одышки нет.

Очень велики жалобы Н. П. С-ва на болезненные ощущения во всем теле и голове. Голова почти всегда болит. Боль локализована чаще всего в темени и в затылке. Как будто что-то тяжелое давит на темя; в затылке как будто продернута болящая жилка; то же самое бывает и в виске. Иногда бывает чувство дерганья в голове; особенно усиливается это ощущение при неприятностях. Нередко бывает ощущение, что внутри черепа что-то тяжелое, гнетущее. Собственно говоря, боль в голове не очень интенсивна, но она очень неприятна, раздражает и почти никогда не покидает

больного; бывает ощущение приближающегося головокружения. Этого ощущения и болей в голове не было до катастрофы.

Что касается органов чувств, то обоняние такое же, как прежде; зрение, по словам больного, теперь хорошее. Одно время после катастрофы виделось все как бы в тумане, потом стало лучше, и больной мог довольно хорошо видеть предметы, но было трудно читать; виделось как бы через сетку. При этом было такое явление: при чтении являлась красная точка, которая бежала впереди читаемых букв. В настоящее время видит много лучше. Ввиду сложности объективного исследования акта зрения оно было отложено; констатировано лишь, что на правом глазу есть помутнение роговицы. Косоглазия нет. Зрачки нормальны и реагируют хорошо. Слух хорош с обеих сторон. Вкус тоже. Глотает хорошо. Иногда, по словам больного, бывает подергивание в губах, в глазу, большей частью на правой стороне. Чувства онемения и анестезии в лице нет.

В руках и ногах чувства онемелости нет. Заметной при грубом исследовании потери чувствительности в руках, ногах и туловище нет. В различных частях туловища и конечностей, в мягких частях и в суставах существуют разнообразные болевые ощущения: ломящая, ноющая, дергающая. Давление на мягкие части болезненно и иногда чрезвычайно неприятно. Исследование болезненных точек очень волнует больного, он едва-едва переносит неприятное чувство, которое оно вызывает. Н. П. С-в может производить все движения руками, может стоять и ходить. Акт ходьбы, однако, расстроен. Больному трудно подняться с места — он делает это медленно и как бы с трудом. Первые шаги его медленны, он тихо переставляет ноги, ступает осторожно, как бы боясь причинить себе боль. При этом туловище сгорблено. После нескольких шагов больной, однако, начинает ходить свободнее и туловище более выпрямляется. Он сам говорит, что, разойдясь, может ходить порядочно. В руках заметно мелкое дрожание, усиливающееся при волнении. Почерк довольно твердый, правильный. Пателлярные рефлексы сохранены, но исследование их вызывает общее содрогание тела и очень неприятное ощущение и чувство непобедимого страха. Постукивание молоточком по мышцам вызывает также содрогание всего тела, сопровождается волнением, имеющим истерический характер. Разговаривает больной правильно, но речь его вялая; он говорит коротко и медленно, как будто ему трудно говорить.

По словам больного, его душевные свойства резко изменились. Соображение стало тупее. Все то, что требуется обдумать, ему нужно как-то напряженно держать в голове. Ему как-то тя-

жело воспринимать впечатления; внимание быстро утомляется. Вследствие этого ему трудно говорить, трудно быть в обществе; он сделался нелюдим, как будто одичал. Ему трудно чем-либо заняться; читать может лишь легкое; то, что несколько потруднее, он читать не может. Память его стала хуже прежнего. То, что воспринято с напряжением внимания, он помнит, а то, что было воспринято без напряжения, быстро исчезает из головы, не оставляя следа. На вопрос, помнит ли он, как двое из экспертов исследовали его 1/2 года назад, он отвечал, что не помнит, но когда был задан вопрос, в чьей квартире это происходило, он перепутал. Он не помнит, какие вопросы ему предлагали, но помнит, что он сам испытывал при этом какое-то странное болезненное ощущение в глазах и голове. Со времени этого исследования у больного, по его словам, несколько просветлело в голове, но все-таки голова далеко не такая, какая была прежде. Мысль и внимание постоянно как будто чем-то связаны. Очень часто в голове как будто совсем нет мыслей; чувствуется какая-то умственная немощность и отсутствие способности находить мысли. Энергии и предприимчивости нет. Прежде он был хозяин, смелый охотник, сам объезжал лошадей, теперь и представить себе не может, как бы он мог этим заниматься. Существует большая пугливость; все неожиданное его пугает. Он часто бывает раздражителен и слезлив. Иногда бывают как бы истерические припадки. В общем он совершенно переменился. Нет прежней продуктивности мыслей, нет прежних стремлений и желаний, нет жизненной бодрости — он сделался совершенно немощным и в то же время очень чувствителен к разным мелочам и неприятностям. Сон его неправилен: иногда он спит, по его словам, тяжелым сном, как убитый, иногда несколько ночей подряд не спит. После тяжелого сна голова делается еще хуже; при бессоннице бывает нередко в глазах ощущение яркого света и в это время изменяются впечатления, получаемые от всего окружающего; вся обстановка кажется не такой, как прежде; это ощущение — странное, но не страшное.

Из расспросов о развитии болезни у Н. П. С-ва выяснилось, что в роду С-ва нет заметного расположения к нервным болезням. Дед и бабка его были долгожителями. Отец умер от чахотки. Мать умерла в пожилом возрасте. Один из родственников матери тоже страдал чахоткой. Алкоголиков в семье нет. Сам больной не злоупотреблял спиртными напитками. Женат, имеет несколько человек детей, из которых один страдает какой-то болезнью колена. Он жил значительную часть года в деревне, занимался сельским хозяйством и конным заводом. Курил, но

немного. До крушения чувствовал себя бодрым. Был очень здоров и весел. Сам факт крушения он помнит, но не очень ясно. Помнит момент крушения, как его точно что-то терло; вероятно, на некоторое время потерял сознание. Потом мог встать и сам прошелся и доехал до Орла. Дома, в Орле, он слег и не мог встать несколько месяцев. Больших ран у него не было, но было много ушибов: был ушиблен копчик, который потом очень болел; на всем теле были следы ушибов; был синяк и на голове. Первые недели после катастрофы больной был совершенно немощен: не мог двигать как следует руками, так что его кормили; ноги тоже плохо служили, и он не мог вставать с постели. Лежал месяца 3; затем как-то приехал знакомый, который его ободрил, убедил встать, а потом и выехать из дома. С того времени больной стал выезжать.

Собрав вышеизложенные данные, я и два моих товарища по экспертизе выразили желание иметь дополнительные сведения, которые можно почерпнуть из подлинного производства дела в орловском окружном суде, и, кроме того, подвергнуть Н. П. С-ва наблюдению в больнице, где за состоянием его здоровья мог бы следить врач, опытный в нервных болезнях. Ввиду этого Н. П. С-в поместился в больницу братьев Бахрушиных, где и находился около месяца в отделении одного из экспертов, А. А. Корнилова, под его наблюдением.

Тщательное исследование, произведенное в больнице, подтвердило все существенное из того, что было изложено выше и что было получено при исследовании 30 марта, и, кроме того, прибавило еще несколько новых данных, а именно:

1) Оно показало существование очень большой возбудимости сердечной деятельности. Колебания в частоте пульса у г. С-ва оказались очень значительными.
2) При исследовании глаз оказалось очень резкое концентрическое сужение поля зрения по отношению к различным цветам, причем уменьшение поля зрения оказалось наиболее выраженным для зеленого цвета.

В заседании окружного суда 20 июня 1894 года экспертам представлены были: производство дела орловского окружного суда, а также некоторые свидетельства, имеющие отношение к состоянию здоровья Н. П. С-ва. Из этих документов выяснилось следующее:

Н. П. С-в до крушения поезда Орловско-Грязской железной дороги 11 ноября 1891 года пользовался очень хорошим здоровьем, как это видно из показания свидетелей — врачей г. Че-ва и Сл.на. Г. Сл-н показывает, что в течение 12 лет знакомства с

С-вым он лишь один раз болел, именно ветряной оспой; это был, показывает свидетель, человек с развитой мускулатурой, отличавшийся значительной силой, неутомимый ходок, отличный ездок, энергичный сельский хозяин, гостеприимный, приветливый и мягкий в обращении. Врач г. Че-в говорит тоже, что знает г. С-ва давно (пять лет) и что до катастрофы он был совершенно здоров; по словам свидетеля, высказанным в свидетельстве от 9 апреля 1894 года, он вел жизнь правильную. Доктор медицины г. К-ий в своем свидетельстве удостоверяет, что знает г. С-ва 8 лет, и во все время он пользовался цветущим здоровьем, был «неутомимый хозяин, удалой наездник, псовый охотник»; нервными болезнями не страдал; перемена в его здоровье произошла лишь после крушения поезда в 1891 году. Свидетели, допрошенные уездным членом елецкого окружного суда, Герасим Павлов Г-в и Б-в показали, что до катастрофы С-в сам занимался сельским хозяйством и конным заводом и перестал заниматься, заболев после катастрофы. Резкая перемена в здоровье Н. П. С-ва произошла именно после крушения поезда 11 ноября. Врач г. Сл-н удостоверяет в своем показании и в свидетельстве от 20 апреля 1894 г.), что он увидел г. С-ва через $^1/_2$ часа после привоза его домой с места крушения. Он был покрыт царапинами, ссадинами и кровоподтеками, из которых один был во всю поясницу. Сознание его было затемнено, он говорил невнятно; на предлагаемые вопросы или вовсе не отвечал, или отвечал спустя долгое время, часто невпопад. На всем лице его застыло выражение ужаса. Он страдал бессонницей. Мочеиспускание было болезненно. Без посторонней помощи изменять положение он не мог, едва мог шевелиться; хотя параличей у С-ва не было, но его кормили при посторонней помощи, и он не мог вставать в продолжение 3 месяцев, причем и после того функция движений была ненормальна. По истечении трех месяцев он едва мог передвигаться от постели до кресла. Г. Сл-н в другом свидетельстве, выданном 9 апреля 1894 года, удостоверяет, что перемена, происшедшая в здоровье г. Сл-ва под влиянием катастрофы, разительная. Он весь постарел, поседел, изменился и физически и психически. Из показаний свидетелей г. Че-ва и Сл-на, также из находящихся при деле свидетельства г. Че-ва и Бо-ва и доктора медицины г. К-го, видно, что в существенных чертах г. С-в в течение 1892 года представлял болезненные явления того же рода, какие замечаются и теперь. Из свидетельства г. Че-ва и Бо-ва видно, что 17 июня 1892 года у С-ва было расстройство походки, угнетенное самочувствие и чрезвычайно повышенная впечатлительность, так что при исследовании

пателлярных рефлексов у него сделался истерический припадок. Лечивший г. С-ва в продолжение 1892 года доктор медицины г. К-ий удостоверяет в свидетельстве, выданном 1 октября 1892 г., что он из человека, пользовавшегося цветущим здоровьем, сделался седым, сгорбившимся стариком. Он не мог заниматься никаким делом и хозяйством; его все волновало, раздражало, он выходил из себя по поводу незначительных причин, потерял способность владеть собой, с ним делались истерики, память ослабла, соображать он стал с трудом, на вопросы отвечал медленно и вяло, сон сделался тревожным, с кошмарами. Он не мог ходить скоро, уставал, не мог стоять с закрытыми глазами; сухожильные рефлексы были повышены; ударом по сухожилию вызывалась истерика; при волнении в пульсе замечались перебои.

8 октября 1892 года г. С-в был в Москве и освидетельствован в присутствии главного врача Орловско-Грязской железной дороги г. С-на доктором медицины И. В. К-им и мной. Как значится в представленном в суде протоколе осмотра г. С-ва, у него в то время была масса болезненных ощущений во всем теле и голове. Он с трудом поднимался со стула и делал первые шаги; было заметно дрожание в конечностях и ритмическое сокращение мускулов антагонистов при произвольных движениях; со стороны психической были резкие признаки раздражительной слабости, быстрая утомляемость внимания, трудность сосредоточиваться, наклонность приходить быстро в состояние аффекта. Явления, которые были в то время у г. С-ва, в сущности такие же, какие были отмечены и при исследовании его в окружном суде 30 марта 1894 года, но некоторая разница, вероятно, существует в их степени. В течение почти полутора лет, прошедших между исследованием 8 октября 1892 года и 30 марта 1894 года, явления несколько уменьшились, — между прочим, как отметил и сам г. С-в, голова стала светлее, — но тем не менее в существенном все признаки тяжелого болезненного состояния остаются такого же рода, как были прежде. Врачи, наблюдавшие г. С-ва в Орле, утверждают, что существенных улучшений в его состоянии нет. Так, свидетель врач Че-в 17 мая 1894 года показывает, что «в ходе болезни г. С-ва нет никакого улучшения», а врач г. Сл-н тоже 17 мая 1894 года описывает тяжелое состояние, в котором находится г. С-в в настоящее время.

Все вышеизложенное заставляет признать, что со времени крушения поезда Орловско-Грязской железной дороги 2 ноября 1891 года у Н. П. С-ва развилась болезнь, продолжающаяся и до сих пор. Характерные явления, которые замечаются у г. С-ва со стороны как психической сферы, так и физической, и способ

развития болезни заставляют признать, что он страдает той формой болезни, которая некоторыми авторами называется «травматическим неврозом». Болезнь эта развивается чаще всего после железнодорожных крушений, причем для появления ее вовсе не необходимо, чтобы больной потерпел сильные ранения. В большинстве случаев даже очень тяжелых форм травматического невроза ранения, получаемые больными, сами по себе вовсе не велики и поэтому следует полагать, что болезнь эта обусловливается тем внезапным потрясением нервной системы, которое происходит при железнодорожных крушениях и тому подобных несчастных случаях. В медицине многими принято различать отдельные разновидности травматического невроза, причем особенно охотно придерживаются деления на случаи «общего травматического невроза» и «местного» (локализованного). Существование резких изменений со стороны психической сферы (удрученное настроение духа, душевное угнетение, расстройство внимания, неспособность к прежним занятиям, изменения характера и проч.), так же как и физических симптомов, локализованных не в одной какой-нибудь части, а во всем теле, заставляет признать, что С-в страдает «общим травматическим неврозом», что, как видно будет ниже, имеет немаловажное значение для предсказания относительно излечимости болезни.

Поставив определение болезни г. С-ва, я считаю нужным остановиться на некоторых вопросах, которые обыкновенно привлекают внимание экспертов, когда речь идет о травматическом неврозе.

Первый вопрос есть вопрос о притворстве, симуляции. Ввиду того что большая часть симптомов этой болезни принадлежит к субъективным, бывают случаи, когда является сомнение, не притворяется ли человек, ищущий вознаграждения за повреждение, не приписывает ли он себе ложно тех ощущений, которые он не испытывает в действительности. Решение этого вопроса удается благодаря тому, что во многих случаях травматического невроза существуют признаки не только субъективные, но и объективные, доступные проверке. К таким признакам у г. С-ва относится изменение в сердечной деятельности, констатированное наблюдением в Бахрушинской больнице, его реакция на постукивание молоточком по сухожилиям и, наконец, концентрическое сужение поля зрения на цвета. Допустить симуляцию последнего признака почти или, лучше сказать, для данного случая — совершенно невозможно, а между тем исследование, произведенное в Бахрушинской больнице, показало,

что он выражен у г. С-ва очень резко. К сожалению, мы не имеем данных, по которым можно было бы судить о том, в каком состоянии было цветовое поле зрения ранее, чем С-в поместился в Бахрушинскую больницу; хотя в деле есть свидетельство, подписанное д-ром С. Н. Л-вым, исследовавшим состояние глаз г. С-ва 9 октября 1892 года, но в нем не упомянуто, что было произведено исследование обширности поля зрения для различных цветов, и хотя сказано, что поле зрения и цветоощущение не представляют уклонений, но из этих слов нельзя заключить, что д-р С. Н. Л-в исследовал поле зрения для различных цветов, а его выражение о «поле зрения» относится, вероятно, к границам общего поля зрения; а между тем при травматическом неврозе нередко бывает так, что хотя незаметно сужение общего поля зрения, все-таки оно существует для отдельных цветов. Но во всяком случае если ограничения поля зрения на цвета и действительно не было бы в 1892 году, это нисколько не уменьшает решающее значение этого симптома, несомненно констатированного в 1894 году.

Кроме существования объективных признаков болезни, основанием для решения вопроса об отсутствии притворства служит и наблюдение над исследуемым субъектом в больнице. Такое наблюдение было произведено над г. С-вым, причем однообразие симптомов, которое было во все время его пребывания в больнице, неизменный общий вид его, полная гармония симптомов между собой и соответствие их установленному в науке типу болезни дают возможность сделать категорическое заключение, что болезнь г. С-ва не притворная, а действительная. Это подтверждается и показаниями других врачей и, между прочим, удостоверением д-ра медицины И. В. Г-го, который в своем заключении, выданном 10 октября 1892 года, говорит, что «нельзя признать, чтобы болезненные симптомы (у С-ва) были ложны или преувеличены» «и справедливость его показаний не подлежит сомнению». С этим мнением согласился и главный врач Орловско-Грязской железной дор. г. С-н.

Второй вопрос, который всегда должен быть предметом обсуждения при экспертизе по отношению к случаям, где идет речь о возможности травматического невроза, касается определения, насколько действительно причиной болезни мог быть тот или другой инцидент, которому приписывается болезнь. Во многих случаях такого рода инцидент является лишь случайным поводом, вызывающим болезненные симптомы, к которым данный индивидуум расположен. Это особенно часто бывает у лиц с истерическим расположением. В других случаях предрасположе-

ние к болезни невелико и нервное расстройство развивается прямо в зависимости от того или другого несчастного случая, например крушения поезда и т. п.

Разбирая условия, при которых развилась болезнь у г. С-ва, следует признать, что на основании свидетельских показаний нет возможности признать причиной его болезни что-либо другое, кроме потрясения при железнодорожном крушении 11 ноября. Ранее этого несчастного случая, при котором он потерпел многочисленные и сильные ушибы, между прочим, поясницы и головы (свидетельство г. Сл-на от 20 апреля 1894 г.), С-в, как показывают все допрошенные свидетели, был совершенно здоров и заболел тотчас после крушения, причем болезнь его с того времени не прекращалась. В данных дела нет решительно никаких указаний на прирожденное невропатическое предрасположение С-ва; напротив, показание д-ра Сл-на и свидетельство д-ра Кр-го заставляют заключить, что до 11 ноября он был человек с очень крепкой нервной системой. Вел он жизнь правильную, говорит свидетель д-р Че-в, следовательно, нет возможности предполагать, что причина болезни могла быть и в злоупотреблении спиртными напитками. Таким образом, я полагаю, что причиной болезни г. С-ва мы должны считать потрясение при крушении поезда 11 ноября 1891 г.

Третий вопрос, на котором эксперт должен остановить внимание, есть вопрос о степени и значении болезни, т. е. о том, насколько под влиянием болезни изменились существенные свойства и способности данного индивидуума. Как выводы из собственного исследования, так точно и разбор свидетельских показаний приводят меня к заключению, что болезнь оказала чрезвычайно большое влияние на существенные свойства г. С-ва. Его психическая жизнь совершенно переменилась. Из человека бодрого, энергичного, деятельного, смелого, общительного, каким он описывается в показаниях свидетелей г. Сл-на и Кр-го, он сделался немощным, пугливым, слезливым, постоянно находящимся под давлением мучительных болезненных ощущений. Он не только не может работать, как он работал прежде, он, наоборот, сам должен быть окружен заботами. Он в настоящее время не только потерял способность работать и способность содержать себя своим трудом, если бы это оказалось необходимым, но для него должны быть еще особые благоприятные условия жизни, чтобы уменьшить те тяжелые ощущения, которые он испытывает. На основании этого я должен заключить, что болезнь г. С-ва должна быть причислена к болезням тяжким.

Ответив таким образом на первые два вопроса, поставленные орловским окружным судом, я перехожу к разрешению 3-го вопроса — о степени излечимости болезни г. С-ва.

По отношению к излечимости не все случаи той болезни, о которой идет речь, т. е. травматического невроза, одинаковы. Есть случаи легкие, кончающиеся выздоровлением; есть случаи более тяжелые, которые не кончаются выздоровлением. Особенно редко кончаются выздоровлением те случаи, которые принадлежат к категории «общего травматического невроза» и в которых значительную часть симптомов составляют признаки расстройства психической сферы. Большинство таких случаев считается значительным числом авторов, писавших о травматическом неврозе, неизлечимыми. Сделав это общее замечание и переходя к сопоставлению данных, имеющихся в нашем распоряжении по отношении к болезни г. С-ва, я представляю себе течение болезни С-ва так. Болезнь его развивалась непосредственно после крушения. Хотя он мог первое время ходить, но вскоре уже он слег и лежал немощный около 3 месяцев, как это видно из показания д-ра Сл-на. У него не было в то время параличей, но он не мог пользоваться своими конечностями, его нужно было кормить, он не мог вставать и ходить. Вместе с этим г. С-в находился в очень угнетенном состоянии и плохо помнил, плохо видел. Затем наступает некоторое улучшение: г. С-в начал вставать и выезжать, но тягостные болезненные ощущения все оставались, мешали сосредоточиться, мешали не только работать, но и пользоваться обычными удобствами жизни; он даже почти не мог читать. Так продолжалось долгое время. За последние $1^1/_2$ года г. С-в отмечает в своем здоровье некоторое улучшение, и я считаю, весьма, вероятно, возможно, что некоторое улучшение в состоянии здоровья г. С-ва за это время действительно произошло, но, вероятно, оно не очень большое, так как д-р Че-в в своем показании говорит, что никакого улучшения за все последнее время нет, и д-р Сл-н в своем показании, данном 17 мая 1894 года, рисует С-ва таким же, каким он был и в 1892 году. И действительно, как видно было из предыдущего, г. С-в и теперь представляет собой человека, страдающего тяжкой болезнью, лишающего его работоспособности. И это спустя уже $2^1/_2$ года после начала болезни! Ввиду этого я полагаю, что вряд ли можно ожидать, что болезнь г. С-ва излечится. В документах, представленных в орловский окружной суд, есть, правда, частное заключение врача специалиста И. В. К-го и главного врача Орловско-Грязской железной дороги д-ра С-на, выданное 10 октября 1892 года, в котором говорится по отношению к предска-

занию, что «в данном случае оно может быть благоприятным в том смысле, что надлежащее лечение и образ жизни могут способствовать излечению, так как мы здесь имеем дело не с органическими, а с функциональными изменениями»; но, во-первых, очень многие нервные болезни, считающиеся функциональными, неизлечимы, а во-вторых, к сожалению, лечебные меры, принимаемые обыкновенно в случаях тяжелого общего травматического невроза, очень часто не приносят желаемого результата. Правда, есть некоторые авторы, писавшие о травматическом неврозе, взгляд которых на возможность излечения этой болезни более благоприятен; но одни из них, основываясь на некоторых случаях, рассчитывают главным образом на длительное и, так сказать, воспитательное воздействие врача при особенно благоприятных условиях, другие же, на основании теоретических соображений, надеются на то, что в будущем лечение больных, страдающих этой формой, будет обставлено более благоприятно, чем теперь, и найдутся терапевтические приемы, которые будут давать лучшие результаты, чем в настоящее время. Что же касается до положения дела в настоящее время, то нельзя не признать, что лечение часто бывает совершенно бесплодно и в большинстве случаев можно от лечения ожидать лишь уменьшения степени болезни, а не полного излечения. К этому нужно прибавить, что г. С-в со времени катастрофы не оставался без лечения, а лечился, что видно из того, что д-р медицины К-ий в свидетельстве, выданном 1 октября 1892 г., говорит: «сим удостоверяю, что я пользовал дворянина Н. П. С-ва в продолжение нынешнего года». Вышеупомянутому замечанию И. В. К-го и главного врача Орловско-Грязской железной дороги, по которому следует ожидать излечения болезни г. С-ва, я противопоставляю следующее мнение профессора Штрюмпелля, которому наука многому обязана в изучении травматических неврозов. «Многие случаи, — говорит Штрюмпелль в своей статье «Über traumatische Neurosen», — являются на самом деле неизлечимым. Знание столь неблагоприятного предсказания тяжелых форм общего травматического невроза имеет величайшее практическое значение. Мне очень часто приходилось читать медицинские свидетельства, в которых было высказано, что при достаточно долгом бережном отношении к больному и целесообразном лечении можно ожидать улучшения в положении больного. Мнимая легкость симптомов, отсутствие опасных проявлений как будто действительно оправдывают такое благоприятное представление о болезни. Но несмотря на это, почти всегда оказывается обратное. Несмотря на достаточный телес-

ный уход, несмотря на беспрерывное лечение электричеством и гидротерапией, и я и другие наблюдатели только изредка видели в тяжелых случаях улучшение и никогда не видали действительного излечения. Наоборот, в единичных случаях видно даже, что начальные симптомы, особенно признаки душевной слабости, с течением лет резко увеличивались». Я лично вполне разделяю взгляд Штрюмпелля и не наблюдал ни одного случая, в котором при той степени развития болезни, какая существует у г. С-ва, наступило бы выздоровление. Это заставляет меня в моем «Курсе психиатрии» высказываться относительно предсказания при травматическом неврозе так: «прогностика вообще неблагоприятная. Некоторые больные не могут совсем поправиться и делаются совершенно неспособными к труду; другие несколько поправляются, но не могут заниматься той работой, которой занимались прежде».

Не имея, в виду всего вышеизложенного, основания высказывать надежды на выздоровление г. С-ва, я, однако, не могу отрицать возможности некоторого улучшения в состоянии его здоровья. Напротив, ввиду того что в течение $2^1/_2$ лет улучшение здоровья г. С-ва произошло, я думаю, что оно в дальнейшем подвинется несколько вперед, если условия жизни его будут благоприятны, но утверждать это наверняка, а тем более предсказывать, что улучшение дойдет до такой степени, что г. С-в будет в состоянии работать, я не имею данных. Наоборот, на основании опыта можно полагать, что, будучи теперь не только лишенным способности работать, но и человеком, нуждающимся в особенно благоприятных условиях, Н. П. С-в, вероятно, останется таким и на всю остальную свою жизнь.

Случай 3

По иску А. А. Н-ва к железной дороге (травматический невроз — прогрессивный паралич?).

На вопросы, поставленные нам судом в заседании 12 октября 1896 года: 1) в каком состоянии находится здоровье потерпевшего Н-ва по данным его дела и по личному осмотру экспертами Н-ва во время настоящего заседания? 2) расстройство здоровья Н-ва, как оно кажется по заключению экспертов, зависит ли от того повреждения, которое было получено при крушении поезда железной дороги 26 октября 1894 года и в какой мере, вполне или отчасти? и 3) при настоящем состоянии здоровья способен ли Н-в к какому-либо труду для добывания средств к труду? — имеем честь ответить следующее:

Как видно из обстоятельств дела и представленных документов, а также как мы могли лично убедиться на основании осмотра Н-ва в заседании окружного суда 12 октября 1896 года, расстройство здоровья Н-ва выражается главным образом в двух группах явлений. Одни из них указывают на бывшее нарушение целости костей, происшедшее как результат железнодорожной катастрофы, другие — на расстройство нервной системы. Что касается до нарушения целости костей, то несомненно, что в настоящее время у Н-ва можно констатировать следы многочисленных сросшихся переломов, так как форма поврежденных костей не совсем правильна. Так, правая ключица на месте бывшего перелома имеет неправильную форму вследствие не совсем правильного сращения отломков; правая большеберцовая кость утолщена соответственно месту перелома ее; на 3-м и 4-м ребрах правой стороны прощупываются утолщения, вероятно, тоже соответствующие бывшим переломам этих ребер. Однако несомненно и то, что несросшихся переломов не существует и расстройство движений, зависящее непосредственно от повреждения костей и суставов, невелико: большая часть движений совершается Н-вым совершенно свободно и лишь при некоторых движениях в правом плече больной, как это видно из истории болезни Н-ва, веденной в лечебнице д-ра С., чувствуется боль в ключично-акромиальном сочленении. Несомненность зависимости расстройства костной системы от крушения поезда 26 октября 1894 года не требует особых доказательств, так как история болезни, веденная в Басманной больнице, куда Н-в поступил тотчас после крушения, констатирует свежие переломы правой ключицы, правой голени и ребер, причем, как видно из истории болезни, вследствие переломов ребер у Н-ва развилось через несколько дней воспаление плевры и легкого. На верхней

челюсти у резцов находится небольшой дефект тканей, оставшийся после удаления небольшого омертвевшего участка кости. Это страдание развилось, по словам больного, после крушения поезда.

Расстройство со стороны нервной системы у Н-ва несравненно сложное, и потому вопрос о свойстве и происхождении этого расстройства решается гораздо труднее, чем вопрос о свойстве и причинах повреждения костей, и мы считаем своей обязанностью обратить внимание суда на то, что отмена первоначального постановления, состоявшегося 6 марта 1896 года, по смыслу которого заключение экспертов должно было быть дано на основании «клинического наблюдения со стороны экспертов», значительно уменьшило количество данных, на основании которых эксперты могут сделать свое заключение. Хотя в настоящем деле эксперты и могут пользоваться наблюдением, произведенным в частной лечебнице для душевно- и нервнобольных доктора медицины С., но при таких тонких проявлениях болезни, какая наблюдается у Н-ва, заключение, основанное на чужом наблюдении, конечно, не может иметь такого прочного основания, как заключение, основанное на собственном и к тому же клиническом наблюдении. То обстоятельство, что эксперты имели возможность исследовать Н-ва в здании окружного суда 12 октября, конечно, дало некоторый материал для заключения, но по отношению к определению свойства и интенсивности страдания в болезни такого рода, какую представляет г. Н-в, имеет значение наблюдение изо дня в день при условиях, особенно благоприятных для выяснения степени проявления болезненных признаков.

Все это мы считаем необходимым поставить на вид для того, чтобы выяснить, что по причинам, от экспертов не зависящим, заключение их по данному делу в отношении расстройства нервной системы не может быть вполне категоричным.

Приступая к изложению нашего заключения о расстройстве нервной системы у Н-ва, насколько оно выяснилось из обстоятельств дела и освидетельствования потерпевшего в заседании окружного суда, мы прежде всего останавливаемся на свойстве этого расстройства.

Наблюдение в лечебнице С. установило следующие болезненные признаки: 1) со стороны движений у Н-ва отмечено: несколько неуверенная, иногда же совсем шаткая походка, ухудшающаяся при закрытых глазах; речь расстроена — заметна медленность речи, неправильная расстановка слов; произношение не совсем чистое, иногда спотыкание на слогах (например, в

дневнике за 10 апреля); иногда бывало затруднение при глотании (дневник 4 апреля); иногда наблюдалось подергивание в средних ветвях лицевого нерва, иногда дрожание в реке; рефлекс пателлярный повышен справа, слева хотя и живой, но слабее чем справа. Иногда отмечалась неравномерность зрачков. 2) Со стороны чувствительности: боли в разных частях тела как в туловище, так и в конечностях, боли в голове. Потери чувствительности не отмечено, но время от времени у больного являлось ощущение онемения в левой руке. 3) Со стороны сосудодвигательной функции нервной системы: очень большая возбудимость сосудистых нервов; к этого рода явлениям относятся и те припадки, которые время от времени отмечались у Н-ва в лечебнице. 4) Из изменений со стороны психической сферы отмечены: очень большая утомляемость внимания, делающая Н-ва несообразительным при исполнении самых легких дел, при самом небольшом напряжении (игра в карты, чтение, разговор), забывчивость, наклонность к волнениям. Вообще в лечебнице отмечена очень большая степень утомляемости как в психической, так и в физической сфере, доходившая иногда до полной неспособности даже и к разговору; часто плохой, тревожный сон. В документах, приложенных к истории болезни, именно в собственноручном описании больным своей жизни, встречаются пропуски, неправильности в письме, хотя и немногочисленные.

Многие из явлений, описанных в истории болезни, веденной в лечебнице С., отмечены и в показании д-ра П-го, знавшего Н-ва лет 8 и утверждающего, что резкая перемена в его здоровье произошла после железнодорожного крушения. По его показанию, Н-в, вернувшись в Курск из Москвы после лечения от переломов и последовательного плеврита (в Московской Басманной больнице), сначала не мог ходить иначе, как на костылях, сильно кашлял, трудно дышал; температура его была повышена. Затем постепенно эти явления исчезли, а остались главным образом явления со стороны нервной системы: Н-в плохо спал, мучился страшными сновидениями, жаловался на головокружение, на то, что перед глазами его мелькают искры и являются какие-то фигуры, по временам он стал плохо видеть, плохо глотать; душевная сфера его изменилась; он сделался мрачно настроен, пуглив, стал особенно бояться железных дорог, стал быстро уставать, потерял память и способность сосредоточивать внимание настолько, насколько это нужно для занятия. К этому д-р П-ный прибавляет, что семья, из которой происходит Н-в, здоровая и что сам он был до повреждения на железной дороге человек энергичный, ведший большое дело.

Наше личное исследование, произведенное в окружном суде 12 октября, дало следующий фактический материал. Во-первых, мы констатировали следы переломов ключицы, ребер и голени, о которых было сказано выше. На многих частях тела существуют темные пятна, вероятно, зависящие от бывших ушибов; в паху — след разреза от бывшего бубона. 2) Со стороны органов полости груди мы могли отметить лишь небольшое ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки. Сердце не представляет заметного увеличения. Пульс довольно част (меняется по частоте довольно резко). 3) Со стороны органов пищеварения — жалобы на плохой аппетит, небольшую неправильность стула; со стороны мочевых органов — частые позывы на мочеиспускание. 4) Со стороны нервной системы: больной жаловался главным образом на изменение настроения, крайнее ослабление энергии, потерю способности сосредоточиваться, ослабление памяти и чрезвычайную утомляемость. Он говорил, что почти не может читать и усваивать прочитанное, даже непродолжительный разговор его утомляет, интерес ко всему потерялся, существует какая-то робость, боязливость, душевная связанность. Разговор Н-ва медленный, он часто должен останавливаться, чтобы подыскивать слова; иной раз ему не удается найти подходящее слово, и он теряет нить разговора; плохо припоминает; при разговоре заметно, что ему нужно производить очень большое усилие внимания, чтобы усвоить то, что ему говорят. Вообще он производит впечатление человека вялого, неспособного к широкой энергичной деятельности. Движения его довольно медленны, походка слегка шатающаяся, шаткость несколько увеличивается с закрытыми глазами; пателлярные рефлексы довольно живы, равномерны, параличей нет. Движения глаз правильны. В зрачках заметной разницы нет, поле зрения не ограничено, цветоощущение правильное; со стороны зрения, кроме простой пресбиопии, никаких расстройств нет. Н-в жалуется на невыносливость к запахам: от сильного запаха у него является рвота, на бывающее иногда затруднение глотания, на половую слабость. Впрочем, он прибавляет, что последние явления теперь меньше, чем были прежде.

Изложенные результаты врачебного исследования указывают на существование у Н-ва довольно глубокого расстройства со стороны нервной системы. Точная диагностика свойства этого расстройства представляет, однако, немало затруднений.

Переходя к изложению результатов диагноза и не останавливаясь на решении вопроса о симуляции, так как ни наблюдение, произведенное в лечебнице д-ра С., ни наше личное

исследование не дало каких-нибудь оснований для предположения притворства, и не вдаваясь также в изложение мелких подробностей в ходе анализа наблюдаемых у Н-ва явлений, мы укажем только на наиболее существенные стороны дела.

Как наблюдаемые у Н-ва явления, так и то, что они развились после крушения поезда, при котором он потерпел повреждения, заставляют предполагать у него существование той болезни, которая известна под названием «травматического невроза». Такие симптомы, как резкое и довольно своеобразное расстройство внимания, своеобразное ослабление памяти, изменение энергии, высокая степень утомляемости, изменение настроения, пугливость, плохой, тревожный сон и целый ряд физических признаков, наблюдаемых у Н-ва, вполне соответствуют той болезни, которая описывается под именем травматического невроза. Правда, при исследовании Н-ва мы не могли отметить некоторых признаков, которые признаются некоторыми авторами одними из важных для диагностики травматического невроза, а именно сужения поля зрения и значительного увеличения сердца; но опыт показывает, что эти признаки могут и не быть при самых несомненных случаях травматического невроза, и потому отсутствие их в данном случае не может говорить против признания, что Н-в страдает этой формой болезни.

Итак, есть основание предполагать, что Н-в страдает травматическим неврозом. Однако остановиться исключительно на этом выводе нельзя. Как видно из показания д-ра С., при клиническом наблюдении Н-ва «получалось впечатление, как будто начинают обнаруживаться явления, свойственные прогрессивному параличу». И действительно, описание явлений, наблюдавшихся у Н-ва в лечебнице д-ра С., существование хотя бы и проходящее, такого расстройства речи, которое обозначается термином «спотыкание на слогах», ослабление памяти и сообразительности, неравномерность зрачков, изменение в характере письма (пропуски слогов) — все это заставляет задавать вопрос: не существует ли у Н-ва начинающегося прогрессивного паралича помешанных?

Вопрос этот — очень важный для определения не только свойства болезни, но, как видно будет из дальнейшего изложения, и для определения причины болезни — не может быть решен нами категорично. Если доктор С., наблюдавший больного клинически изо дня в день, не мог сделать категорического определения болезни, то с нашей стороны было бы неправильно взять на себя эту задачу; мы можем только высказать, что, сопо-

ставляя наблюдения, сделанные в лечебнице, с нашим исследованием, произведенным 12 октября, мы должны прийти к заключению, что признаков, которые могли бы быть отнесены к проявлениям прогрессивного паралича, мы нашли меньше, чем было найдено в лечебнице. Правда, мы могли отметить у Н-ва расстройство памяти, и расстройство внимания, и умственную утомляемость, и психическую вялость, но эти явления могут быть одинаково и при прогрессивном параличе, и при травматическом неврозе; но таких важных признаков, как неравномерность зрачков, спотыкание на слогах, мы не могли заметить. Впрочем, и в лечебнице С. неравномерность зрачков наблюдалась нечасто, и притом большей частью при особых условиях (при существовании боли в голове или при искусственно вызываемых болевых раздражениях), а спотыкание на слогах по показанию доктора С., сделанному в заседании 12 октября, не походило на то, какое бывает при прогрессивном параличе.

Довольно важное значение для диагностики прогрессивного паралича имеет рассмотрение письменных документов, написанных больными. При прогрессивном параличе бывают своеобразные изменения как характера письма, так и самого почерка, и иногда в этих изменениях можно найти подтверждение предположения о существовании прогрессивного паралича у исследуемого. Рассматривая с этой точки зрения приложенное к истории болезни, веденной в лечебнице С., довольно длинное описание жизни Н-ва, написанное им самим, мы хотя и находим, что в этом документе попадаются иногда пропуски букв и слогов, неправильная постановка букв (особенности, встречающиеся как у паралитиков, так и у неврастеников), тем не менее в самом почерке не может видеть никаких указаний на то, чтобы у Н-ва существовал прогрессивный паралич; наоборот, свойство почерка его скорее говорит против этого предположения.

Таким образом, в окончательном выводе относительно определения свойства нервной болезни Н-ва мы должны высказаться, что диагностика должна колебаться между предположением травматического невроза и предположением начинающегося прогрессивного паралича; не имея прочных оснований для категорического ответа на вопрос, какая же из этих болезней существует у Н-ва, мы на основании впечатления от единичного личного осмотра склоняемся больше к тому, что пока еще у Н-ва нет тех признаков, которые особенно характерны для прогрессивного паралича помешанных. Но возможно, что эти признаки, не существующие еще теперь, появятся при дальнейшем усилении болезни. Вообще в случаях, подобных разбираемому, иногда и само подробное клиническое наблюдение

не дает возможности сделать точное распознавание, и лишь время, дающее возможность наблюдать постепенное развитие болезни в течение месяцев, а иногда и лет, показывает, что болезнь, не поддававшаяся точному определению в раннем периоде, окажется действительно прогрессивным параличем помешанных.

Не имея возможности дать категорический ответ на вопрос о форме болезни, которой страдает Н-в, мы не можем ответить вполне категорично и на вопрос о причинах, вызвавших эту болезнь. Во всяком случае, есть полное основание предполагать зависимость болезни Н-ва от железнодорожного крушения. Эта зависимость, однако, должна оцениваться в совершенно различной степени, смотря по тому, окажется ли у Н-ва травматический невроз или прогрессивный паралич помешанных. Если окажется, что Н-в страдает травматическим неврозом, то следует признать, что это зависит исключительно от несчастия, случившегося на железной дороге. Если же мы имеем дело с прогрессивным параличом, то влияние железнодорожного крушения уже не такое исключительное. Правда, описываются случаи прогрессивного паралича, зависящие от травматических повреждений, но эти случаи редки; вообще травма в учении о причинах, от которых развивается прогрессивный паралич, играет не очень большую роль, — несравненно меньшую, чем другая причина, влияние которой можно предполагать у Н-ва, именно — сифилис. Как считает большинство психиатров, прогрессивный паралич очень часто развивается в зависимости от сифилиса, и если можно было бы сказать категорично, что у Н-ва существует прогрессивный паралич и также что у него был сифилис, то этой последней причиной нужно было бы приписать главную роль в происхождении болезни Н-ва.

Однако из истории болезни нельзя видеть, чтобы было несомненно, что Н-в страдал конституциональным сифилисом. Вот те данные, какие мы имеем для суждения о том, насколько вероятно, что Н-в страдал сифилисом: «лет 20 назад, говорится в истории болезни С., у него была ссадина на члене. Он лечился у городского врача С-го, но какими средствами — он не помнит. Через 4 месяца спустя он обращался к профессору Т-му, который жил тогда на даче близ него. Профессор назначил ему 3 серии втираний, что-то еще внутрь, видел его в течение лета раза 4 и в конце концов успокоил его, что признаков сифилиса у него нет. Лет 8 назад у него снова была ссадина на члене с бубоном на правом паху, лечился он тогда, по-видимому, только йодом, но недолго. Ссадина скоро исчезла. 7 лет назад он отправился лечиться на Кавказ, в Пятигорск, но курсовые врачи, не найдя у

него ничего подозрительного относительно сифилиса, направили в Ессентуки и Кисловодск». — К этому нужно прибавить, что при осмотре Н-ва действительно заметен шрам от бывшего бубона; припухлости желез отметить не удается.

Таковы данные для суждения о том, был ли у Н-ва сифилис или нет. По-видимому, нет сомнения, что первичная язва у Н-ва была, но были ли явления общего сифилиса, конституциональная — неизвестно. Одним из фактов, говорящих за существование сифилиса, служит то, что такой опытный специалист, как профессор Т-ий, назначил больному лечение ртутными втираниями, а это делается обыкновенно только тогда, когда налицо признаки, заставляющие с большой степенью вероятности заключить о существовании сифилиса.

Итак, вполне достоверных данных о том, что у Н-ва был сифилис, мы не имеем; но вероятность этого довольно большая, а так как сифилис, как было сказано выше, есть одна из самых важных и частых причин прогрессивного паралича помешанных, то следует признать, что если у Н-ва действительно развивается прогрессивный паралич, то есть вероятность поставить болезнь, которой он страдает, в зависимость от сифилиса.

Спрашивается, однако, могло ли в этом случае иметь значение то повреждение, которое получил Н-в на железной дороге 26 октября 1894 года? Несомненно — да. Сифилис, даже в тех случаях, когда зависимость от него прогрессивного паралича несомненна, обыкновенно является не единственной производящей причиной этой болезни; рядом с ним мы почти всегда находим и влияние других причин, как-то: утомления, неправильной жизни, моральных потрясений и проч.; и, конечно, то резкое потрясение всего организма, которое произошло при железнодорожном крушении, могло дать и у Н-ва толчок к развитию болезни, к которой он, может быть, и был расположен под влиянием другой причины, но которая без этого потрясения могла и не развиться или развилась бы позднее.

Таким образом, в окончательном выводе о причинах расстройства нервной системы у Н-ва мы должны высказаться так: если у Н-ва существует травматический невроз, то он зависит исключительно от железнодорожного крушения; если же у него начинается прогрессивный паралич, то несчастье на железной дороге имеет значение не исключительной причины, а, вероятно, стоит на втором плане.

Нам остается решить последний вопрос, поставленный судом, а именно: при настоящем состоянии здоровья способен ли Н-в к какому-либо труду для добывания средств к жизни?

Разбирая для решения этого вопроса влияние всех тех изменений, которые мы констатировали у Н-ва, мы должны прежде всего указать, что те изменения в костях, которые суть непосредственные следствия переломов и ушибов, не имеют большого значения на работоспособность Н-ва. Если бы у него были только эти остатки железнодорожного крушения, то, конечно, не было бы сомнения, что он может добывать своим трудом средства к жизни. Хотя следы переломов и оказывают некоторое влияние на способность к передвижению и боли, как остатки ушибов, может быть, тоже несколько ограничивают способность Н-ва к труду, но нет сомнения, что на ту деятельность, которую занимался Н-в, эти расстройства влияли бы очень мало. Его работа была главным образом умственная, и он мог бы продолжать ее почти так же, как прежде. Почти то же можно сказать о тех расстройствах в полости груди, которые были у Н-ва как непосредственное следствие перелома ребер; у него был плеврит, и очень вероятно, что остатки его в виде сращений плевры существуют и теперь; это, конечно, может несколько влиять на дыхание больного, может делать для него более затруднительным хождение по высоким лестницам, поднимание тяжестей и пр., но это не лишает Н-ва возможности заведовать делом в качестве руководителя, т. е. продолжать прежнюю работу.

Совсем другое заключение должны мы дать, обсуждая значение расстройств в области нервной системы. Расстройство внимания, расстройство памяти, чрезвычайная утомляемость, являющаяся особенно после умственных занятий, целый ряд субъективных явлений, расстраивающих самочувствие, — все это должно очень сильно влиять на способность Н-ва к труду. Что эта способность очень значительно уменьшена, в этом не может быть сомнения; но вопрос о том, совсем ли потеряна способность к труду или нет, — решить в данном случае очень трудно. Для решения этого вопроса особенно важно было бы для экспертов наблюдать Н-ва изо дня в день при разнообразных условиях жизни, но этого в данном случае не было. Правда, вместо личного наблюдения мы имеем заменяющее его наблюдение в лечебнице д-ра С. Из этого наблюдения видно, что утомление у Н-ва развивается очень быстро, он устает при разговоре, устает от игры в карты, и при этом усталость у него обнаруживается появлением растерянности, плохой сообразительности. При таких условиях, конечно, трудно заведовать большим делом и вряд ли можно считать Н-ва способным продолжать прежнее его занятие. Совсем ли, однако, он неспособен добывать себе средства к существованию?

На этот вопрос можно ответить, лишь принимая во внимание сделанную ранее диагностику болезни Н-ва. Мы пришли к выводу, что диагностика колеблется между травматическим неврозом и прогрессивным параличом помешанных. Если действительно у Н-ва существует прогрессивный паралич, то его следует считать вполне утратившим способность быть работником, так как болезнь эта должна постепенно развиваться и не дает надежды на выздоровление. Если же у Н-ва существует травматический невроз, то дело стоит несколько иначе. Хотя травматический невроз очень нередко бывает болезнью неизлечимой и прогрессивно развивающейся, но это далеко не всегда; нередко приходится наблюдать и значительное улучшение в состоянии здоровья больных, страдающих этой болезнью. Кроме того, и способность к работе при травматическом неврозе не всегда утрачивается совершенно. Многое зависит от степени болезни и от качества работы, условий ее и пр. По тем данным, которыми мы располагаем, мы не можем решить окончательно, может ли Н-в продолжать свои занятия при винокуренном заводе и складе своего дяди или он может взять на себя в этом деле такую часть занятий, которая не требовала бы значительного напряжения внимания, не утомляла бы. Мысль наша может быть выражена яснее, если представить, что потерпевший Н-в был бы сам хозяином дела, которое он вел до сих пор. При этом условии Н-в и при том расстройстве здоровья, которое отмечается у него теперь (если это травматический невроз, а не прогрессивный паралич), мог бы продолжать до известной степени следить за ходом дела и надзор с его стороны нельзя было бы считать бесполезным для дела; он был бы, вероятно, полезен и, следовательно, мог бы быть соответствующим образом оценен и по денежной оценке. Совсем иное дело, если в потерпевшем Н-ве хозяин его нуждается только как в заурядном работнике, который должен обязательно изо дня в день более 10 часов проводить за делом, требующим напряжения умственных сил. К такому делу Н-в в настоящее время решительно неспособен вследствие расстройства своего здоровья.

На основании изложенного мы можем резюмировать свои ответы таким образом:

1. В настоящее время у Н-ва заметны как следы переломов и ушибов, которые он получил во время крушения поезда 26 октября 1894 года, так и расстройство нервной системы, отражающееся как на физических функциях, так и на психических. Точное определение болезни нервной системы, которой страдает Н-в, невозможно, но, по нашему мнению,

больше всего данных существует за то, что Н-в страдает травматическим неврозом; нельзя, однако, совершенно отрицать и предположения, что у Н-ва начинает развиваться прогрессивный паралич помешанных.

2. Если у Н-ва существует травматический невроз, то болезнь его находится в непосредственной зависимости от крушения поезда 26 октября 1894 года. Если же у него существует прогрессивный паралич, то хотя влияние железнодорожного крушения на происхождение болезни отрицать нельзя, но нельзя приписывать этому несчастью значение исключительной причины. Что касается до повреждения костей и следов ушибов, то они, несомненно, суть следствия железнодорожного крушения.
3. Способность к работе Н-ва под влиянием болезни очень уменьшилась; ее нужно считать утраченной совсем, если признать Н-ва страдающим прогрессивным параличом и очень уменьшенной, если считать Н-ва страдающим травматическим неврозом. Определить точно степень уменьшения работоспособности Н-ва в последнем случае мы не можем за неимением достаточных данных.

Случай 4

Дело о духовном завещании П. И. М-вой (алкоголизм 1). Экспертиза представлена совместно с проф. А. Я. Кожевниковым и д-ром И. В. Константиновским.

Изучив обстоятельства на основании документов, представленных нам на рассмотрение, а также внимательно выслушав свидетельские показания, данные на заседании суда 20 мая 1889 года, мы пришли к следующему единогласному заключению:

1) Нет достаточных оснований считать, что М-ва в момент составления духовного завещания в 1878 году была не в здравом уме и твердой памяти, а потому 2) с большей вероятностью следует признать, что она в то время могла сознательно распоряжаться своим имуществом.

Это заключение наше основывается на следующих соображениях.

Из представленных нам документов и свидетельских показаний ясно видно, что поступки и всё внешнее проявление личности П. И. М-вой представляются в различные периоды ее жизни весьма различными.

На основании документов можно считать доказанным, что в период наложения опеки, следовательно, в 1870 году, а также и еще ранее М-ва предавалась пьянству и вела несвойственный ее положению образ жизни, представляла признаки слабости воли, легковерно подчинялась чужому влиянию и подписывала важные документы, не отдавая себе надлежащего отчета в их значении. Но затем, вероятно, с 1874 года в продолжение шести или семи лет, т. е. по крайней мере до начала 1880 года, М-ва не пила и поведение ее было совершенно иное. Затем, однако, в последние годы жизни она опять пила и, как показывают свидетели, допрошенные по делу о расследовании причин смерти М-вой, пила запоем с некоторыми промежутками; в это время она опять стала вести не соответствующий ее положению образ жизни.

Прежде всего нам следует определить, в какой из этих периодов подписано духовное завещание. Первый период, период пьянства, окончился, по-видимому, в 1874 году. На это есть указание в документах, касающихся снятия опеки с М-вой, а также и в показании свидетеля г-на Ж-ва, который говорит, что во время процесса игуменьи Митрофании М-ва не придавалась пьянству. Таким образом, период трезвой жизни М-вой начался, по всей вероятности, с 1874 года. Долго ли он продолжался, в точности определить нельзя, но можно считать доказанным, что он продолжался, по крайней мере, до начала восьмидесятых годов.

Это видно и из показаний свидетелей, допрошенных по поводу расследования о причинах смерти М-вой, именно кухарки Аксиньи И-вой и управляющего Михаила Ефимова Н-ва, которые указывали, что М-ва в продолжение шести или семи лет после процесса игуменьи Митрофании совсем не пила. Это же подтверждается и из показаний свидетелей, допрошенных на суде и видавших М-ву. Так, свидетель Ж-в видел П. И. М-ву во время процесса игуменьи Митрофании, свидетель П-в, бывший опекун М-й, в продолжение двух лет после этого процесса, свидетели г. В-ц, Г-н и К-в также в конце 70-х годов и, наконец, свидетель П. В. С-в, видевший ее в 1879 и 1880 годах. Все они одинаково показывают, что ни разу не видели М-ву пьяной, а некоторые из этих свидетелей видели М-ву очень часто и бывали у нее в доме как близкие люди. Таким образом, нужно считать достоверным, что в течение шести-семи лет, начиная от 1874 года и до 1880 года, М-ва вела жизнь трезвую. Опровержения этого заключения в деле нет; правда, есть два документа, по-видимому, противоречащие этому, но только, по-видимому, которые должны на несколько времени остановить наше внимание. Первый из них — прошение мужа умершей М-вой В. А. М-ва о том, чтобы произведено было расследование причин смерти П. И. М-вой. В этом прошении он упоминает, что жена его с 1866 года «переносила частые запои и непрерывное пьянство». Однако в этом прошении указание на непрерывность пьянства сделано лишь мимоходом и в такой форме, что нельзя заключить, чтобы Василию Алексеевичу М-ву было доподлинно известно, что жена его совсем не прекращала пьянства. Другой документ есть постановление выборных купеческого общества в 1876 г. В этом постановлении выборные высказывают мнение, что не находят возможным снять опеку с М-вой, опеку, наложенную за нетрезвую и развратную жизнь. Но при этом из постановления ясно, что выборные составили свое заключение не потому, что не верили, что М-ва перестала пить и не пьет более года, но потому, что находили этот срок слишком коротким.

Таким образом, нужно считать доказанным, что у М-вой был продолжительный период трезвой жизни, начавшийся в 1874 году и окончившийся не ранее 1880 года. Когда именно он окончился, нельзя в точности определить, но из дела ясно, что уже в 1885 году она вела нетрезвую жизнь и полиция обращалась к сыну ее Н. В. М-ву с требованием принять меры против неправильного поведения его матери. Последний период пьянства, начавшийся, таким образом, в первой половине восьмидесятых годов, продолжался до самой смерти в 1888 г.

Из этого ясно, что завещание, составленное в 1878 году, было написано в период трезвой жизни М-вой. А потому мы и должны определить, не было ли в это время у М-вой умственного расстройства.

Свидетели, видевшие М-ву в этот период, удостоверяют, что М-ва в это время была женщина расчетливая, очень осмотрительно относившаяся к своим делам, и особенно к подписанию документов, требовавшая от своих поверенных обстоятельного отчета о состоянии дел. Она была способна вести свои денежные дела, что особенно видно из показаний свидетеля П-ова, который, будучи опекуном М-вой с 1875 года и считая ее вполне способной управлять своим имуществом, предоставил ей самой распоряжаться делами, и в результате хозяйствования П. И. М-вой было значительное сбережение. Свидетель П-ов говорит, что она была женщина хитрая, «себе на уме». Она, по указанию свидетелей, обладала хорошей памятью, так что помнила срок платежей своих многочисленных арендаторов и напоминала об этих сроках своим поверенным. Все свидетели удостоверяют, что М-ва не представляла в это время ничего, что заставляло бы подозревать у нее умственное расстройство; некоторые оригинальности в ее разговоре и костюме, хотя и были, но не переходили нормальных границ.

Таким образом, из показаний всех допрошенных на суде свидетелей следует, что поведение М-вой и отношение ее к делам в период, соответствующий времени составления духовного завещания, не представляли никаких признаков умственного расстройства.

Рассматривая представленные нам документы, мы и в них не находим никаких признаков, которые бы указывали на расстройство умственных способностей М-вой в этот период. Между прочим, и в проекте завещания, а также в самом завещании мы не нашли ничего, что указывало бы на отсутствие здравого смысла у М-вой; почерк ее на завещании также не представляет признаков, по которым можно было бы подозревать, что у нее существует умственное расстройство.

Таким образом, документы и свидетельские показания, касающиеся рассматриваемого периода, не указывают на то, что М-ва в это время страдала умственным расстройством, и заставляют заключить, что она в это время могла сознательно распоряжаться своим имуществом.

Однако, для того, чтобы это заключение было еще более твердо обоснованно, мы должны были ответить себе еще на несколько вопросов.

1-й вопрос. Не стоит ли признание М-вой, способной сознательно относиться к своим распоряжениям, в противоречии с тем, что из дела, особенно из дела игуменьи Митрофании, очевидно, что М-ва в известный период своей жизни распоряжалась своим имуществом неправильно, подписывала важные документы, не отдавая себе вполне отчета в их значении? Заключение о правоспособности М-вой в 1878 году не стоит в противоречии с этим, потому что в то время, когда М-ва находилась под влиянием игуменьи Митрофании, она продолжала злоупотреблять спиртными напитками, а именно влиянием пьянства объясняется неправильность поведения ее в это время. Коль скоро пьянство прекратилось, прекратилось и неправильное поведение. На это указывает свидетель г. Ж-в, а свидетель г. В-ц показывает, что М-ва сама сознавала это, приписывая влиянию «рюмочки» то, что она подписывала важные документы, не отдавая себе в них отчета.

2-й вопрос. Если М-ва долго и сильно злоупотребляла спиртными напитками, то продолжительное пьянство не должно ли было оставить в организме М-вой таких изменений, которые обусловливали бы то, что и в последующий период трезвой жизни М-ва не могла сознательно распоряжаться своим имуществом?

Сколько времени продолжалось пьянство М-вой, в точности неизвестно, но из прошения мужа ее В. А. М-ва, весьма вероятно, что пьянство началось с 1866 года, а прервалось оно в 1874 году; спрашивается, всегда ли пьянство, продолжающееся восемь лет при таком образе жизни, который вела М-ва, ведет к тому, что и по прекращении пьянства остается слабоумие, делающее человека неправоспособным? Наблюдения показывают, что этого может и не быть, так как бывает и более долгое злоупотребление спиртными напитками, не влекущее за собой постоянную потерю правоспособности.

3-й вопрос. Нет ли указаний на то, что как само пьянство М-вой обусловливалось психопатическими свойствами ее организма, так и в период трезвой жизни у нее оставались некоторые из этих психопатических свойств: и именно, не оставалась ли и в трезвый период болезненная слабость воли, которая делала бы М-ву способной подчиняться всякому влиянию? Указаний на это в деле нет. Напротив, свидетель П-в, знавший семью М-вой, говорит, что в семье не было расположения к пьянству. Свидетель г. Ж-в показал, что воля М-вой не представляла признаков расстройства. Из показаний других свидетелей также видно, что в период трезвой жизни М-ва не представляла признаков болез-

ненной слабости воли; само то обстоятельство, что М-ва под влиянием желания освободиться от опеки могла прекратить пьянство, указывает на довольно значительную волю.

4-й вопрос. В деле есть указание, что у М-вой в 1867 году был гнездовой процесс в головном мозге, обусловивший ослабленную иннервацию одной половины тела и лицевого нерва и ослабление зрения. Спрашивается, не должен ли был этот гнездовой процесс обусловить ненормальное состояние умственных способностей М-вой во всю последующую жизнь ее в такой мере, чтобы сделать ее неспособной сознательно распоряжаться своим имуществом. Как видно из показания проф. Боткина, в 1876 г. он не заметил никаких изменений психики у М-вой. Это показание вполне соответствует научным данным, так как известно, что небольшие гнездовые расстройства в головном мозге, как, например, небольшие апоплексии, чаще всего не вызывают заметных расстройств в умственной сфере. Гнездовой процесс у М-вой был, по всей вероятности, небольшой и не прогрессировал, так что, вероятно, нисколько не влиял на ее умственные способности. Расстройство зрительных нервов, которое констатировал проф. Юнге, также может существовать без всякого расстройства умственной сферы.

5-й вопрос. Если П. И. М-ва не была в период составления завещания слабоумной и не была лишена воли, то не было ли враждебное отношение ее к сыну и мужу, выразившееся в духовном завещании, само по себе болезненным явлением? Поводом к этому вопросу служит то, что, как показывает наблюдение, у пьяниц нередко бывают враждебные отношения к определенным личностям, чаще всего под влиянием бредовых идей. Намек же на возможность аналогичного явления у М-вой существует в том, что 1) она в одной записке, о которой нам известно из отчета по делу игуменьи Митрофании (см. стр. 302), просила избавить ее от злодеев, а подобное выражение нередко употребляется лицами, страдающими идеями преследования, 2) что на стр. 78 есть указание, что М-ва боится возвращаться домой, чтобы ее не убили или не дали бы отравы, и 3) что М-ва ревновала жену сына к своему мужу, а бред ревности нередко бывает болезненным симптомом у пьяниц. Однако эти намеки сами по себе решительно не доказывают, что у М-вой были бредовые идеи преследования, а только заставляют нас поставить себе вопрос о их значении и искать ответа на него в документах и свидетельских показаниях. В них же мы решительно не находим никаких указаний на то, чтобы у М-вой были бредовые идеи преследования. Само употребление слова «злодеи» М-ва, как видно из отче-

та по делу игуменьи Митрофании (стр. 301 обор.), объяснила не так, как она, по всей вероятности, объяснила бы, если бы у нее были действительно болезненные идеи преследования; затем из того же отчета видно, что М-ва, давая свои показания об отношениях к мужу и сыну, употребляет не те термины, которые, по всей вероятности, употребляла бы, если бы у нее действительно были болезненные идеи преследования. Наконец, ни один из свидетелей не дал показаний, из которых можно было бы заметить, что отношение ее к мужу и сыну было обусловлено болезненно-враждебным чувством. Свидетель Н. В. С-в, которому был прямо поставлен вопрос, не было ли основания предполагать, что враждебные отзывы о муже и сыне, которые он слышал от М-вой, были результатом бредовых идей, ответил, что он этого не предполагает, а что, напротив, у М-вой были фактические основания для недружелюбного отношения к мужу и сыну.

Все эти соображения и заставляют нас прийти к вышеизложенному заключению.

Случай 5

Дело о духовном завещании В. Н. Т-ва (прогрессивный паралич).

На вопрос, поставленный мне в заседании суда 27 января 1893 года: мог ли Виктор Николаевич Т-в в феврале 1889 г. по состоянию своих умственных способностей, как выяснилось из свидетельских показаний и из представленных по делу записки и записных книжек Т-ва, сознательно распоряжаться своими имущественными делами и сознательно составить духовное завещание, имею честь ответить следующее:

1) Я полагаю, что в феврале 1889 года Виктор Николаевич Т-в страдал болезнью, известной под названием прогрессивного паралича помешанных (paralysis generalis progressiva alienorum).

Это мнение мое основывается на следующих данных:

а) Многими свидетельскими показаниями установлено, что в последние месяцы своей жизни Т-в страдал несомненным умственным расстройством.

б) Точное определение формы психической болезни, которой страдал Т-в, становится возможным на основании свидетельских показаний врачей гг. К-ва, Р-а и Ф-на, а также на основании особенностей, замечаемых в различных записях.

Свидетель врач г. К-в показал, что уже в январе 1889 года он находил у Т-ва признаки прогрессивного паралича помешанных, и полагает, что эта болезнь началась у Т-ва, по меньшей мере, года за два ранее. Признаки, которые описывает доктор К-в как наблюдавшиеся им у Т-ва, вполне соответствуют тем признакам, которыми обыкновенно выражается прогрессивный паралич, и не возбуждают сомнения в правильности его диагностики.

Что эта диагностика была поставлена д-ром К-вым действительно в январе 1889 года, подтверждается показанием свидетеля д-ра Ф-на, который показал, что он получил 24 января 1889 года от врача, лечившего Т-ва, т. е. вероятно, от д-ра К-ва, записку, в которой значилось, что Т-в страдает прогрессивным параличом и расширением сердца. Что доктор К-в не ошибся в своей диагностике, сделанной в январе 1889 года, доказывается показанием доктора В. К. Р-а, который видел Т-ва несколько раз, хотя время первого осмотра Т-ва д-р Р-в не помнит, но время второго осмотра точно определено; оно соответствует 30 сентября 1889 г., и в это время д-р Р-в определил у Т-ва существование прогрессивного паралича, степень которого, как показывает свидетель, вероятно, была еще не особенно сильная, во всяком

случае, не последняя. В правильности же диагностики д-ра Р-а не сомневаюсь ввиду очень высокого авторитета свидетеля как невропатолога, тем более что д-р Р-в подтвердил свою диагностику представленной им запиской Т-ва, написанной 30 сентября 1889 года, которая носит характерные черты расстройства почерка, наблюдаемого при прогрессивном параличе.

То обстоятельство, что в феврале 1889 года у Т-ва были уже признаки прогрессивного паралича помешанных, доказывается и тем, что в документах, приложенных к делу, в записях, сделанных рукой Т-ва и относящихся к первой половине 1889 года, можно отметить характерные особенности расстройства акта писания, наблюдаемого при прогрессивном параличе. Так, в подписи проекта к завещанию (см проект писан на Т-м) замечаются характерные изменения в почерке (например, буква К в слове «праекту») и характерный пропуск букв (в слове согласн). Почерк Т-ва в 1889 г. вообще значительно отличается от почерка, которым он писал за несколько лет ранее, и, по-видимому, с прогрессивным ходом болезни все более и более изменялся; особенно плохо стал писать Т-в с сентября 1889 г., но признаки расстройства письма заметны и в записях, относящихся к апрелю, февралю и январю 1889 года и даже к 1888 году.

Это вполне гармонирует с тем фактом, что прогрессивный паралич помешанных есть болезнь хроническая, развивающаяся постепенно, и что, по всей вероятности некоторые признаки, свойственные начальному периоду этой болезни, были у Т-ва еще и в 1888 году.

Заключение, что Т-в в течение всего 1889 года, не исключая следовательно, и начальных месяцев, страдал прогрессивным параличем, не может быть, по моему мнению, опровергнуто показаниями свидетелей П-го, Т-вой, С-ва, О-ва, К-ва, С-го, Ш-ва и П-ва, находивших его в это время здоровым, потому что определение душевной болезни для не врачей представляет большие затруднения. Даже показание врача д-ра медицины Н-го не может служить опровержением, потому что из показания этого свидетеля видно, что Т-в бывал в больнице, где служит д-р Н-кий, «изредка», и свидетель мало его наблюдал и болезни не выяснил, а потому он, по моему мнению, и мог не заметить признаков болезни, хотя она в то время и существовала. Это доказывается и тем, что, по показанию Н-го, он заметил у Т-ва в октябре 1889 года лишь «какую-то странность», тогда как в это время можно было уже сделать вполне точную диагностику болезни, как это следует заключить из показания В. К. Р-а.

К этому нужно прибавить, что больные, страдающие прогрессивным параличом, представляют вообще довольно значительные колебания в интенсивности признаков, которыми обнаруживается болезнь, а это обстоятельство нередко препятствует даже врачу заметить признаки несомненно существующей болезни, если он видит больного в относительно хорошие периоды.

2) Установивши таким образом, что Т-в в феврале 1889 г. страдал прогрессивным параличом помешанных, и поставляя на вид, что эта болезнь заключается в сочетании расстройств физических отправлений нервной системы с расстройством психической деятельности, я должен решить вопрос, были ли в феврале 1889 года у Т-ва довольно резко выраженные психические изменения, и если они были, то были ли таковы, что Т-в был лишен способности сознательно распоряжаться имущественными делами и сознательно составить духовное завещание.

Для решения этого вопроса чрезвычайно важны показания свиделелей — врачей гг. К-ва и Ф-на. Свидетель К-в, описывая симптомы, которые он наблюдал у Т-ва в январе 1889 года, показывает, что Т-в «говорил несвязно», в памяти своей перепутывал обстоятельства давно прошедшие с только что совершившимися; «он сделался слезливым»; у него замечались изменчивость настроения духа и несвойственное ему отношение к расходованию денег — все эти признаки суть довольно характерные признаки психических аномалий, наблюдаемых при прогрессивном параличе. Свидетель Ф-н показал, что 18 января, в то время когда Т-в был у него для совета по поводу страдания уха и носа, он произвел на него странное впечатление своим фантастическим рассказом о том, как он собирается в Америку, и для него ничего не значит бросить на это путешествие тысяч 400 или 500, что, между прочим, и заставило свидетеля просить Т-ва в следующий раз привезти ему записку от пользующего врача. Эту записку Т-в привез Ф-ну 24 января, и в ней значилось, что он страдает прогрессивным параличом.

На основании этих двух свидетельских показаний следует заключить, что в январе болезнь Т-ва выражалась не одними физическими признаками, но и психическим расстройством.

То обстоятельство, что некоторые другие свидетели не замечали в последующие месяцы умственного расстройства у Т-ва и некоторые даже указывали с положительностью, что он делал правильные замечания (Н-ий, К-в), занимался правильно делами (С-ий, С-в, Ш-ва) и рассуждал вполне здраво, может быть

объяснено, во-первых, тем, что, как я уже высказал, распознавание душевной болезни для не врачей и даже для врачей, не обращающих на это специального внимания, довольно трудно, и, во-вторых, тем, что при прогрессивном параличе, даже при резко выраженном слабоумии, больные могут иногда делать по памяти и отдельные верные суждения, и правильно производить несложные денежные операции, и, в-третьих, тем, что возможно предположить, что после сравнительно резко выраженной вспышки психического расстройства, констатированной в январе 1889 г., в психической сфере наступило некоторое улучшение — так называемая ремиссия; но если и была такая ремиссия, все-таки, если симптомы психического расстройства были резко выражены в январе, следует думать, что, хотя, может быть, и в меньшей степени, оно было и в начале февраля, и в последующие месяцы 1889 года, и, наконец, в последние месяцы 1889 года сделалось очевидным и для не врачей.

То обстоятельство, что в течение нескольких месяцев 1889 года Т-в, как удостоверяют свидетели и представленные документы, мог посещать и заседания думы, и больницу в качестве должностного лица и не проявлять при этом заметных для всех признаков умственного расстройства, нисколько не противоречит предположению, что в это время у Т-ва были все-таки признаки слабоумия, свойственные прогрессивному параличу, так как ежедневный опыт показывает, что часто даже при резко выраженном слабоумии некоторые параличные исполняют довольно правильно несложные привычные обязанности и высказывают отдельные правильные суждения.

Предположение, вытекающее из показаний врача К-ва и Ф-на и заключающееся в том, что в январе 1889 года Т-в представлял признаки резко выраженного психического расстройства, что и в последующие месяцы уже были явления слабоумия, свойственного прогрессивному параличу помешанных, подтверждается и рассмотрением записных книжек и записок, представленных по делу, а также и проекта оспариваемого завещания.

В записной книжке, в которой Т-в вел счет своему имуществу и по которому видно, что он имел привычку довольно часто подводить итог своим капиталам, видно, что последний счет он производил 20 ноября 1888 года. Так как перед этим счет производился в августе 1888 г., а перед этим 11 июля 1888 г. и 26 января 1888 г., 1 декабря 1887 г., то отсутствие какого-либо расчета за 1889 год в связи со всем тем, что было высказано выше о существовании в это время прогрессивного паралича, естественно, наводит на предположение, что это могло зависеть и от того, что

в это время Т-в уже не мог по болезни сводить такого сложного счета, *какой нужен был для подведения итога его имущественного состояния.*

В других представленных по делу книжках есть следы, что Т-в продолжал заниматься своими делами в течение 1889 года и отмечал выдачу жалования двоим служащим; но эти отметки настолько несложны, что могут быть делаемы и при значительном слабоумии. Нельзя, однако, не отметить, что в одной из этих книжек отметка за апрель 1889 г. сделана неправильно (например, «отно» вместо «отдано») и представляет особенности, свойственные расстройству письма паралличных больных, а начиная с сентября 1889 г. эти расстройства становятся уже постоянными и достигают в ноябре и декабре такой степени, что заставляют предполагать об очень сильной степени болезни, несмотря на то что еще и в это время Т-в продолжал делать эти отметки о выдаче жалованья.

Точно так же я считаю нужным указать, что и в записке, представляющей расчет стоимости купонов, на которой значится «мая 23 1889 г.», существует ошибка. Так, стоимость 10 купонов по 2 р. 5 к. отмечена в 22 р. 5 к., 31 купона по 2 р. 5 к. показана также неверно, причем нельзя разобрать, написано ли 85 р. 5 к. или 65 р. 5 к.

Такого рода ошибки, как показывает внимательное рассмотрение счетов Т-ва за другие годы, не свойственны были ему в здоровом состоянии и с большей степенью вероятности должны быть приписаны болезни.

Обращаясь к самому завещанию, я не могу не отметить, что и оно в совокупности со всеми приведенными данными может в некоторой степени свидетельствовать об упадке умственных сил Т-ва.

Так, самая существенная часть в завещании выражена так: «все принадлежащее мне движимое и недвижимое имение, в чем бы оно не заключалось и где бы не находилось, завещаю я на дела благотворения, как-то: на устройство больниц, богаделен, приютов для детей, постройку церквей и больницы для душевнобольных согласно словесным указаниям, данным моим душеприказчикам в безотчетное их, душеприказчиков моих, распоряжение». Если сравнить эти слова с распоряжениями, сделанными Т-вым в завещании 1885 года, то можно видеть, что хотя общий характер решения пожертвовать большую часть своего состояния на дела благотворительности в обоих завещаниях сохраняется, что свидетельствует о том, что желание пожертвовать свое имущество на дела благотворения составляло

действительно выражение воли Т-ва, но формулировка этого решения в 1889 году не указывает на существование прежней силы ума, а для лиц, знакомых хорошо с характерными особенностями психического склада параличных больных, упоминовение во множественном о больницах, богодельнях, приютах и церквах напоминает свойственное параличным легкомыслие и наклонность к употреблению множественных чисел.

Нельзя не прибавить к этому, что в подписи к этому проекту замечаются, как уже было высказано, резкие признаки расстройства акта писания, наблюдаемого при прогрессивном параличе помешанных. Сам проект завещания написан не рукой Т-ва, а, как видно из представленного производства нотариуса Б-на за февраль 1889 года, рукой одного из лиц, часто пишущих деловые акты, и, следовательно, не может служить указанием на то, что Т-в в это время мог сам составить сложную деловую бумагу.

Принимая во внимание все вышеизложенное, я прихожу к заключению, что:

1) Виктор Николаевич Т-в в феврале 1889 года страдал прогрессивным параличем помешанных;
2) Болезнь Т-ва выражалась в то время как признаками расстройства физических отправлений нервной системы, так и признаками расстройства психической деятельности;
3) Хотя Т-в в первые 8 месяцев 1889 года и занимался своими служебными делами и мог, по крайней мере, иногда производить несложные расчеты, но я полагаю, что вполне сознательно относиться ко всем делам своим он в это время не мог, и его в это время нельзя было назвать находящимся в здравом уме; при составлении духовного завещания он хотя и сознавал свойство совершаемого им акта и главную цель, т. е. назначение большей части своего состояния на дела благотворения, а также и назначение определенной суммы родственнице Ш-вой и ее детям, но не мог по болезни сознавать отчетливо всех подробностей своего распоряжения.

Случай 6

Дело о духовном завещании Н. Д. Т-ва (артериосклероз головного мозга). Экспертиза составлена совместно с В. Р. Буцке.

На вопрос, поставленный нам на заседании Коммерческого суда 10 февраля 1897 года, а именно: 1) в каком состоянии умственных способностей находился Николай Дмитриевич Т-в во время выдачи им векселей в июле и августе 1892 года и 2) если он находился в состоянии расстройства умственных способностей, мог ли он написать оспариваемые векселя, — имеем честь ответить следующее.

Т-в несомненно страдал расстройством умственных способностей под конец своей жизни и 8 января 1894 года, будучи 54 лет, скончался от мозгового кровоизлияния в Преображенской больнице для душевнобольных, в которой находился с 4 июня 1893 года.

Какой формой умственного расстройства страдал Н. Д. Т-в, определить с точностью трудно. В деле есть указание на то, что несколько врачей считали его болезнь за прогрессивный паралич помешанных. Так определял болезнь Т-ва д-р К-н, наблюдавший его в тюремной больнице с 30 октября 1892 года по 4 декабря того же года; так же называл его болезнь д-р К-ий, выдавший свидетельство о болезни Т-ва 9 апреля 1893 года. Участвовавший в освидетельствовании Т-ва в Окружном суде доктор медицины И. В. К-ий в своем показании, данном на заседании Коммерческого суда 2 ноября 1895 года, говорит очень определенно, что Т-в страдал прогрессивным параличом помешанных и что эта болезнь началась у него с 1888 года. Однако далеко не все врачи, наблюдавшие Т-ва, диагностировали его болезнь как прогрессивный паралич. Сам д-р К-ий в своем свидетельстве, выданном 21 октября 1892 года, говорит об изменениях кровеносных сосудов (артериосклероз, от которого у Т-ва за 4 года до времени выдачи свидетельства сделался левосторонний паралич), о головокружениях с затемнением сознания и афазией, о параличах вследствие неврастении, о навязчивых представлениях, о болезненных побуждениях, но ни одним словом не упоминает о прогрессивном параличе. Далее, в скорбном листе Преображенской больницы болезнь Т-ва определена не как прогрессивный паралич помешанных, а как «dementia cum paralysi sub arteriosclerose». В отношении главного врача Преображенской больницы, подписанном д-ром А. И. М-м (от 24 июля 1893 года), сказано, что Т-в страдал органическим слабоумием («dementia organica»). Таким образом, в Преображенской больнице болезнь Т-ва определялась не как прогрессивный паралич, а как

другая форма. Это обстоятельство имеет весьма большое значение ввиду того, что именно в Преображенской больнице имелась возможность тщательно исследовать появления болезни Т-ва; а если специалисты, более полугода наблюдавшие Т-ва в этой больнице, не имели возможности поставить диагностику прогрессивного паралича, а сочли необходимым назвать болезнь иначе, то это значит, что болезнь Т-ва резко отличалась от обычной картины прогрессивного паралича помешанных. Это тем более заслуживает внимания, что из врачей, ставивших диагностику прогрессивного паралича, большинство не имело возможности долго наблюдать Т-ва. Так, д-р К-ий видел его всего 2 раза, другой врач, Кр-ий, — тоже не более двух раз и только д-р К-н наблюдал его довольно продолжительное время. Таким образом, мы не можем считать установленным, что Т-в страдал именно прогрессивным параличом. Наоборот, и мнение врачей Преображенской больницы, и тщательный разбор симптомов, описанных в скорбных листах, веденных как в тюремной больнице (д-ром К-ным), так и в Преображенской больнице, заставляют считать, что он страдал той формой расстройства умственных способностей, которая обусловливается изменением кровеносных сосудов головного мозга (артериосклерозом). В пользу этого говорит и первое свидетельство д-ра И. В. К-го, и его указание на то, что болезнь Т-ва началась с апоплексического удара, бывшего в 1888 году и оставившего после себя неполный паралич левой стороны тела. Такое начало бывает особенно часто при тех формах, которые происходят от перерождения сосудов головного мозга.

Рассмотрение собственноручного писания Т-ва (на спорных векселях, а также на заявлениях и подписях в следственном производстве) тоже не дает оснований утверждать, что Т-в страдал именно прогрессивным параличом, а, наоборот, заставляет в этом сомневаться, так как наиболее характерных особенностей, по которым можно узнать почерк больных, страдающих прогрессивным параличом, в писаниях Т-ва почти не отмечается; а те особенности, которые отмечаются, свойственны и другим формам органических заболеваний головного мозга.

То обстоятельство, что в окончательном выводе из сопоставлений свидетельских показаний с другими данными, имеющимися в деле, выясняется, что Т-в страдал «органическим слабоумием», а не «прогрессивным параличом помешанных», имеет очень большое значение. В самом деле, прогрессивный паралич есть такая болезнь, по отношению к которой возможно с довольно большей определенностью высказаться о состоянии

умственной деятельности больного в тот или другой период болезни. Так, например, если бы шла речь об определении состояния умственных способностей у больного, о котором достоверно известно, что прогрессивный паралич у него начался за 4 года до спорного момента, то следовало бы сказать, что обыкновенно через 4 года от начала болезни лица страдающие прогрессивным параличом представляют глубокие признаки упадка умственных способностей и не в состоянии распоряжаться своим имуществом. Совсем не то по отношению к душевному расстройству, обязанному своим происхождением перерождению кровеносных сосудов головного мозга. Очень часто наблюдается, что у больного, у которого существуют признаки перерождения сосудов мозга, долгое время, иногда много лет, болезнь обнаруживается лишь одними физическими признаками, каковы апоплексические инсульты, параличи конечностей, расстройство речи и т. п., а признаков собственно психического расстройства почти совсем не наблюдается. Очень нередко последнее и совсем не появляется до конца жизни больного, умершего от последствий перерождения мозговых сосудов, или появляется лишь под конец жизни; несомненно, однако, что бывают и такие случаи, где и при этой болезни психические симптомы выступают ранее физических или одновременно с ними, но это далеко не всегда.

Из всего этого вытекает, что если считать безусловно верным тот факт, что Н. Д. Т-в страдал в последний год своей жизни слабоумием, зависевшим от перерождения суставов, и что первые признаки болезни в форме удара явились у него еще в 1888 году, то из этого одного нельзя вывести, что он уже в средине 1892 года представлял признаки расстройства умственных способностей. Если бы было верно, что Т-в страдал прогрессивным параличом, то существование умственного расстройства можно было бы безусловно утверждать, а если, наоборот, вероятнее, что он страдал органическим слабоумием, то этого нельзя сказать без тщательного исследования всех обстоятельств, указывающих на то, в каком состоянии находилось состояние умственных способностей именно в то время, которое нас интересует.

Разбирая данные, которые имеются в деле по отношению к состоянию умственных способностей Т-ва к 1892 году и к первым годам его заболевания, мы нашли следующее:

Свидетели, видевшие Т-ва около этого времени, показывают (в Коммерческом суде) противоречиво. Так, свидетельница О-ая, знавшая Т-ва с 1891 года, говорит, что он был очень нер-

вным, ночью посылал за покупками, ненормален, что у него была несвязная, заплетающая речь. Свидетельница С-ва, видавшая его в 1890, 1891 и 1892 годах, говорит, что он был точно пьяный, плохо владел ногами, не мог держать стакан, говорил несвязно, заговаривался, находился под влиянием матери. Свидетельница княгиня Т-ая в своем докладе Коммерческому суду от 19 февраля 1896 года указывает, что в 1888 году ненормальность Т-ва выражалась в том, что он предлагал ей застраховать имущество и сжечь; потом он был, как ребенок, с наклонностью к плаксивости. Другие свидетели, как Е-на, М-в и И-в, не находили в Т-в ничего психически ненормального. Указания врачей на ненормальность Т-ва относятся ко времени несколько более позднему, чем то, в которое написаны оспариваемые векселя. Векселя написаны — один 20 июля 1892 года, а другой 4 августа того же года, между тем как первое врачебное свидетельство о психическом расстройстве Т-ва выдано 21 октября 1892 года видевшим его около того времени в первый раз д-ром К-м. Д-р К-н, тоже заметивший признаки психического расстройства у Т-ва, дал свой отзыв 17 декабря 1892 года, а наблюдать Т-ва начал 30 октября 1892 года. Таким образом, для выяснения состояния умственных способностей Т-ва в средине 1892 года нам следует обратиться к разбору других данных. Эти данные имеются в следственном производстве по делу о поджогах, совершенных Т-вым в 1889 году и в 1890 году. Из этого производства видно, что Т-в привлекался к суду в качестве обвиняемого в подговоре своей прислуги к совершению поджогов с целью получения страховой премии. Кухарка Аграфена М-ва, сознавшаяся в поджогах, была приговором Московского окружного суда 18 февраля 1894 года признана виновной и приговорена к каторжным работам. Т-в же был при освидетельствовании его в заседании Окружного суда 30 апреля 1893 года признан совершившим преступление в припадке сумасшествия; его дело было прекращено, а сам он по 95 ст. Улож. о наказ. был помещен в Преображенскую больницу. К сожалению, мы не нашли в деле мотивированного заключения врача И. В. К-го и полицейских врачей Л-ва и П-го, участвовавших в качестве экспертов в распорядительном заседании суда, и потому нам недостаточно ясны те мотивы, по которым Т-в признан страдавшим сумасшествием во время совершения преступления, т. е. в 1889 и 1890 годах. Один из мотивов, о котором мы можем судить по показанию И. В. К-го, данному им в заседании Коммерческого суда 2 ноября 1895 года, был, вероятно, тот, что Т-в страдал уже с 1888 года прогрессивным параличом и что в этой болезни не бывает свет-

лых промежутков, и потому он за все время начиная с 1888 года не мог сознательно относиться к совершаемым им актам. Но выше было выяснено, что мы не можем считать верным определение болезни Т-ва как прогрессивный паралич, а потому мы и не имеем основания делать того вывода, который могли делать эксперты, считавшие болезнь Т-ва именно за эту форму психического расстройства. Как было указано выше, эти эксперты установили, что Т-в страдал прогрессивным параличом с 1888 года, имели уже в самом этом обстоятельстве основание считать, что и в 1889 и 1890 годах умственные способности Т-ва были расстроены; мы же, сомневаясь в верности определения болезни Т-ва как прогрессивного паралича, не можем делать и вывода, который вытекал бы из такого определения. Для более точного определения состояния умственных способностей Т-ва в июле и августе 1892 года мы должны сами тщательно разобраться в том материале, который имеется в уголовном деле Т-ва.

При анализе этого материала бросается в глаза следующее: следствие начато 3 июня 1890 года, но только осенью 1892 года зашла речь о душевной болезни обвиняемого Т-ва. Ранее об этом и вопроса не поднималось, хотя было и ранее отмечено, что Т-в (по-видимому) в 1888 году перенес удар с последовательным параличом левой половины тела, но о том, что он умственно нездоров, никем не заявлялось, несмотря на то, что допрашивались и жена его, и сестра, и прислуга, и жильцы-студенты. Лишь сам Т-в в своем письме к судебному следователю от 20 сентября 1890 года, говорит, что у него от болезни стала слаба память, вследствие чего он при производстве устного допроса не всегда припоминает то, что нужно ему сказать в данную минуту; на это указание Т-ва, по-видимому, не было обращено особого внимания, и только осенью 1892 года поднимается вопрос о душевной болезни Т-ва: 21 октября является свидетельство д-ра К-го, выданное, по-видимому, ввиду состоявшегося 15 октября 1892 года постановления о помещении Т-ва под стражу и указывавшее на необходимость для него тщательного домашнего ухода. Затем Т-в переводится из тюремного замка, куда он был помещен (судя по дате скорбного листа) в двадцатых числах октября 1892 года, в тюремную больницу, где и констатируется несомненно, что он страдает умственным расстройством. Как объяснить себе это обстоятельство? Мы не можем найти другого объяснения, как то, что здоровье Т-ва резко ухудшилось именно осенью 1892 года и что именно в это время явления умственного расстройства стали ясны для окружающих. Что, действительно, болезненное расстройство Т-ва стало очень быстро ухудшаться именно

осенью 1892 года, доказывается скорбным листом тюремной больницы, из которого видно, что с 30 октября по 4 декабря 1892 года болезнь Т-ва быстро шла вперед. Признаки, которые отмечены в этом скорбном листе, вполне гармонируют с предположением, что у Т-ва в это время быстро развивалось расстройство умственных способностей на почве перерождения кровеносных сосудов головного мозга (ослабление памяти и сообразительности, легкомыслие, расстройство речи в форме анартрии, слабость одной половины тела, головокружения).

Таким образом, явления умственного расстройства у Т-ва особенно сильно стали заметны осенью 1892 года, следовательно, вскоре после того времени, которое нас интересует в данной экспертизе. Но спрашивается, был ли он до осени 1892 года совершенно здоров в умственном отношении или нет? Мы знаем, что удар был у него еще в 1888 году, следовательно, физические признаки болезни появились уже тогда; спрашивается, были ли в то же время и (что особенно важно) в середине 1892 года какие-нибудь признаки душевного расстройства? Свидетели, родственники Т-ва, допрошенные уже много времени спустя после того, как болезнь его была констатирована врачами, показали, что в детстве он имел нервные припадки, что приблизительно в 1888 году перенес удар, после которого стали будто бы особенно замечаться признаки его психической ненормальности. По показанию зятя Т-ва, д-ра М. И. Ч-а, Т-в всегда отличался некоторыми странностями; в 1889 году у него, по словам М. И. Ч-а, сделался апоплексический удар, от которого Т-в, однако, оправился, так что свидетель не замечал у него ничего особенного с умственной стороны. Признаки ослабления умственных способностей стали, по словам свидетеля, заметны после возникновения дела о поджоге в 1890 году: Т-в стал равнодушен к делу и семье, иногда без всякой причины плакал и смеялся. По показаниям жены Т-ва, он лечился у профессора К-ва, страдал головокружениями.

Эксперты, свидетельствовавшие Т-ва в 1893 году, как было сказано, пришли к заключению, что в 1890 году Т-в был уже психически болен. Но в самом следственном производстве мы находим целый ряд данных, указывающих на то, что если расстройство психической деятельности и было у Т-ва в первые годы после удара, то оно было не таково, чтобы резко бросаться в глаза. Т-в несколько раз допрашивался судебным следователем, и протоколы его допроса доказывают, что он не страдал большим упадком памяти; он хорошо припоминал обстоятельства, о которых ему нужно было сообщить, довольно тщательно ста-

рательно приводил доказательства своей невиновности. Два письма его к судебному следователю (относящиеся к сентябрю и октябрю 1890 года), приложенные к делу, написаны довольно связно и указывают на то, что Т-в понимал значение того, что пишет.

Однако мы не можем не отметить, что именно в этих письмах к судебному следователю проявляется и порядочное легкомыслие; в самом писании замечаются пропуски слогов и ошибки, правда, немногочисленные. Но во всяком случае каких-либо признаков того, что Т-в не мог в то время сознавать окружающее и правильно понимать свойство и значение вещей и поступков, в деле нет. Наоборот, из дела видно, что Т-в и в 1889 и 1890 году пользовался всеми правами хозяина в доме. Он самостоятельно вел имущественные дела, получал деньги с арендатора, распоряжался прислугой и прочим. Ввиду всего этого предварительное следствие по делу Т-ва было первоначально закончено в мае 1892 года, причем о его болезненном состоянии и вопроса никем не поднималось. Очень вероятно поэтому, что в это время, т. е. в первые годы производства следствия, у него не было резко бросающихся в глаза признаков умственного расстройства, но могли быть лишь небольшие изменения в психической деятельности, выражавшиеся в небольшом упадке памяти и сообразительности, в легкомыслии, упадке нравственного чувства и воли, — настолько небольшие, что окружающие не придавали его поступкам значения актов душевнобольного. Это видно и из того, что, по-видимому, и в производстве поджогов он играл роль подговорщика и его подговорам подчинилась его прислуга, впоследствии осужденная. Из показания свидетельницы У-ой, при которой совершался однажды Т-вым подговор к поджогу Аграфены М-вой, можно заключить, что никто из живших с Т-вым лиц и не думал в то время о том, что он умственно расстроен; иначе, конечно, и жена Т-ва отнеслась бы к его словам иначе, чем было на самом деле, да и вряд ли кухарка послушала бы заведомо безумного человека в таком деле, как поджог. Все это не опровергает возможности предположения, что все-таки и в то время Т-в был душевно болен. Очень нередко первые проявления психического расстройства, развивавшегося на почве артериосклероза, обнаруживаются не в таких признаках, которые бросаются всем в глаза, а в легкомыслии, упадке нравственного чувства и воли. Были ли такие признаки у Т-ва? Мы полагаем, что они были. Об этом свидетельствует и доктор М. И. Ч-ж, и сестры Т-ва; он сам пишет в своем письме к судебному следователю от 20 сентября 1890 года, что у него память

слаба; наконец, как было сказано выше, в письмах его к следователю видно значительное легкомыслие; сам факт поджогов может указывать на падение нравственного чувства и ослабление высших проявлений воли. Однако мы не можем отрицать, что против признания у Т-ва существования признаков нравственного чувства и ослабления воли могут быть представлены и существенные возражения. Так, против признания у Т-ва упадка воли можно привести в качестве возражения то, что в самом производстве поджога не он был лицом пассивно повинующимся, а, наоборот, был подстрекателем; на заседании Московского окружного суда 18 февраля 1894 года при разбирательстве дела о поджоге, произведенном М-вой, защитой ее именно и проводилась эта мысль; в протоколе заседания записано, что защитник М-вой в своей речи старался доказать, что Т-в по своему положению, характеру и развитию мог иметь на М-ву влияние в такой степени, что исключалась для нее возможность противиться его желаниям (лист 303). Однако это не может служить убедительным возражением против предположения, что воля у Т-ва все-таки была ослаблена; из того, что Т-в был настойчив в исполнении того, что ему захотелось, не следует заключать, что волевые функции у него были сильны: настойчивые в исполнении своих прихотей больные, страдающие слабостью воли, могут быть в то же время игрушками в руках лиц, которым понятна их слабость.

Точно так же против указания на то, что сами поджоги, в которых Т-в, по-видимому, играл деятельную роль, свидетельствуют об болезненном упадке нравственного чувства, может быть представлено то возражение, что поджоги не составляли изменения личности Т-ва под влиянием болезни, а были проявлением его нормальной личности; в пользу этого могло бы говорить, например, то, что как в доме, так и в квартире Т-ва не раз бывали какие-то странные пожары еще задолго до того пожара, который дал повод к возникновению уголовного дела. Мысль, что поджоги с целью получения страховой премии составляли как бы привычное для Т-ва дело, а не были проявлением болезни, проглядывает и в показании свидетеля И-ва, но мы не имеем достаточно данных, чтобы остановиться на заключении, что производство поджогов с корыстной целью входило в число нормальных свойств личности Т-ва. В самом деле, мы не имеем никаких указаний, чтобы в производстве прежних пожаров Т-в действительно принимал участие, а с другой стороны, отношение первых пожаров к следующим могло быть и такое, что первые, случайные пожары давали повод начавшему заболевать

Т-ву для производства поджогов, а именно: получение страховой премии после первых пожаров, конечно, запомнилось Т-вым, а при развившемся в нем после удара упадке нравственного чувства и воли это воспоминание о выгодности пожара могло явиться побудительной причиной к производству поджога с целью поправления запутанных обстоятельств. Конечно, это только предположение, но и возможность его доказывает, что нельзя видеть в фактах существования прежних пожаров несомненного доказательства того, что он был всегда склонен к поджогам и что, следовательно, произведенные им в 1889 и 1890 годах поджоги нисколько не говорят за болезненный упадок нравственного чувства, развившегося именно в это время.

Таким образом, выясняется, что нельзя отрицать возможность предположения, что у Т-ва вскоре после удара развились некоторые ненормальные проявления душевной деятельности. Но они если и были, то в первое время выражались главным образом в легкомыслии, поверхности мышления, ослаблении нравственного чувства и воли. Эти явления с течением времени увеличивались, и осенью 1892 года явились такие признаки, которые обнаружили несомненное умственное расстройство Т-ва, пошедшее с того времени быстро вперед. Тогда, вероятно, родственникам Т-ва стало ясно, что и те странности, которые наблюдались у Т-ва в последние годы и которые, может быть, ранее и не считались проявлениями болезни, должны были быть причислены к начальным признакам душевного заболевания. Этим мы можем объяснить себе то, что в течение первых двух лет производства следствия о душевной болезни Т-ва вовсе не упоминалось, а потом, в марте 1893 года родственники почти единогласно свидетельствуют, что у него были значительные признаки ненормальности и ранее. Таким образом, в наиболее интересующее нас время, в июле и августе 1892 года, Т-в находился как раз накануне того, чтобы расстройство, проявлявшееся сначала в легкомыслии и аномалиях воли и нравственного чувства, перешло в более тяжелую форму болезни.

Спрашивается, мог ли в эти именно месяцы Т-в сам написать векселя и мог ли понимать их значение? На основании всего вышеизложенного ясно, что написать их он мог, потому что писать он, несомненно, мог еще много времени спустя после этого, как это видно из акта освидетельствования д-ра К-го 6 марта 1893 года. Точно так же мы полагаем, что можно с положительностью утверждать, что он в то время понимал значение векселя как долгового обязательства. Возможна речь лишь о том, что векселя могли быть им написаны под чьим-нибудь влияни-

ем, так как вероятно, что воля его была в то время слаба. Не отрицая возможности этого, мы, однако, не имеем в деле указаний, которые подтверждали бы это предположение. Хотя из показаний свидетельницы С-вой можно вывести, что Т-в находился под влиянием матери, на имя которой написаны векселя, но, с другой стороны, несомненно, что Т-в был связан с матерью денежными обязательствами еще задолго до появления первых признаков болезни. Это, между прочим, видно и из показания жены Ольги Ивановны Т-вой судебному следователю. Хотя она в своем заявлении Коммерческому суду от 5 февраля 1896 года и пишет, что о существовании долга мужа ее, Н. Д. Т-ва, матери узнала только после возникновения дела в Коммерческом суде, но в более раннем показании ее судебному следователю, именно в протоколе допроса 19 марта 1890 года, значится, что она уже в то время знала, что у матери Т-ва есть векселя от Н. Д. Т-ва на 12000 рублей или более. Очень может быть, что оспариваемые теперь векселя составляют именно доказательство того же долга, и если он не был ранее уплачен Т-вым, то, конечно, переписка векселей не может быть рассматриваема, наверное, как проявление упадка воли и нравственного чувства.

На основании вышеизложенного мы приходим к следующему заключению:

1. Нельзя считать доказанным, что Т-в в июле и августе 1892 года страдал прогрессивным параличом помешанных; но есть полное основание предполагать, что у него существовало перерождение кровеносных сосудов головного мозга, отчего и произошел у него еще приблизительно в 1888 году неполный левосторонний паралич.
2. Не имея оснований считать доказанным, что у Т-ва в июле и августе 1892 года были очень резко выраженные признаки расстройства умственных способностей, появившиеся осенью того года, мы тем не менее считаем весьма вероятным, что уже в середине 1892 года и ранее у него были признаки болезненного легкомыслия, упадка рассудительности, воли и нравственного чувства.
3. Находясь в таком состоянии Т-в мог, однако, сам написать оспариваемые векселя и мог понимать значение векселя как денежного обязательства.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абазия 155
Абулия 155
Автоматизм психический 19
Алкоголизм 435
Amentia Meinerti 218, 220, 232
Амнезия 45, 46, 251
— антероградная 48
— врожденная 46
— двойственная 50
— общая 47, 51
— ослабление 46
— прогрессирующая 47
— ретроградная 48, 49
Апатия болезненная 137, 138
Апперцепция Вундта 40, 41
Аритмомания 86
Ассоциация представлений 38
Астазия—абазия 155
Атеросклероз 447
Афазия 51, 195
Аффекты 122, 123, 125, 145, 146
— патологические 131, 133, 135, 136
— смешанные 132

Бессвязность идеи 37, 39
— — у слабоумных 42
Бессмыслие см. Дизнойя
Болезнь душевная 8, 9
— — осложнения 212
— — периоды 201, 202, 203, 204–208
Боль душевная 137
Боязнь прикосновения 87
— пространства 87
— смерти 168
Бред 20, 88, 92, 93–97
— богатства 95
— греховности 95, 102
— деманический 95
— знакомства с незнакомыми предметами 95
— знатности 95
— ипохондрический 101
— микроманический 95, 101
— мегаломанический 95
— метаболический 104
— могущества 95
— одержимости 102
— однородный 96
— односторонний 96
— острый 228
— отравления 95
— отрицания 104
— палингностический 104
— полиморфный 96, 108
— преследования 95, 106
— религиозный 95
— самообвинения 95, 98
— самоуничижения 95
— сенсориальный 91
— систематизированный 94, 108
— собственной метаморфозы 95
— телесного влияния 95
— эротический 103
Брезгливость болезненная 86
Бродяжничество 164
Булимия 168

Влечения 148, 152, 156
— к общению с людьми 185
— к пище 168
— к самоубийству 165–167
— к самоувечью 167
— насильственные (навязчивые) 88
— половые, расстройства 170, 171
— расстройства 154
Внимание 61
Внимание, расстройство 32, 187, 188
Внушение 93, 98
Воспитание 332, 333
Восприятия 31
— ложные 62

— несоразмерные 59
Время локализация 46

Галлюцинаторная спутанность *см.* спутанность
Галлюцинаторное помешательство *см.* Помешательство
Галлюцинации 59, 62, 65, 71, 82
— внушенные 68
— гипногогические 69
— диагностика 71
— двигательные 66
— зрительные 63, 73
— мышечного чувства 64
— обоняния 64
— общего чувства 64
— односторонние 63
— осязания 64
— полового чувства 64
— рефлекторные 61, 69
— сознаваемые 70
— функциональные 69
Гибкость восковая 21
Гипералгезия 142
Гиперамнезия 45, 46
Гипербулия 156
Гиперестезия 92
Гиперэдония 144
Гомицидомания 160

Двигательные проявления (внешние), расстройства 190, 191
Дегенераты 22
Действия расстройства мотивов 149, 151, 152, 187
Дипсомания 160

Желание 157

Заведения для душевнобольных 347—351
Закон Рибо 47

Идеи 41, 43, 70, 83
— бессвязность 29
— быстрота смены 29
— наплыв 31
— напряженность 34
— сочетания 35
— богатства 89
— величия 89
— ипохондрические 90
— метаморфозы 90
— навязчивые 88
— отрицания 89
— преследования 89, 90, 94
— разорения 89
— религиозные 90
— самообвинения 89
— эротические 90
Идиотизм 29
Идиотизм микроцефалический см. Микроцефалия
Иллюзии 59, 62, 65
Импульсивные действия 158
Интеллекта 26
— расстройства 26
— — количественные 28, 29
Инкогеренция 37

Каталепсия 192
Клептомания 160
Копрофагия 169
Кома 117
— vigil 85
Конфабуляция 53
Корсаковский амнестический симптомокомплекс 239, 251, 255, 261, 265, 266

Лечение наступающей болезни 336
— наступившей болезни 337
— причинное 338
Личность 6
— болезни 15
— патологические изменения 8
— распад 153
— раздвоение 154

Логика 44

Мазохизм 181
Мания 32
Меланхолический порыв *см.* Raptus melancholicus
Меланхолия 94
Микроцефалия 30
Мозг
— передний 9
Мудрствование бесплодное 38, 85

Навязчивые влечения 84
— идеи 84, 85

Надзиратели и надзирательницы 359
Надзор над душевнобольными 364
Насильственные влечения 159
Настроение, расстройство 139
— депрессивное 140, 141
— неустойчивость 142
— повышенное, эспансивное 140
— смешанное 141
Неистовство 18
Неуровновешенность психическая 24
Нравственное помешательство 129

Обморок 117
Ономатомания 86
Организм 7
Ощущения побочные 60

Память
— восстановление, фиксация 49
— расстройства 44, 269
— — при полиневритическом психозе 239
Паралич алкогольный 267
— прогрессивный 95, 424, 441
Парамнезия 45, 53
Парафазия 195
Парестезия 92, 143
Патологический 6
Писание, изменения 197
Побуждения 148, 150
Полиневритический психоз или психоз при множественном неврите 229
— — алкогольного происхождения 239
Помешательство 13
— одностороннее 23
— первичное 22
Понятие 33
Представления 29, 92
Продром 25
Процесс болезненный 199, 200
Псевдоапраксия 39
Песвдогаллюцинации 66, 225
— зрения 66, 67
— общего чувства 67
— осязания 66
— слуха 66
Псевдопарафазия 39
Псевдореминисценции 53, 54
Психопатология 14, 15

Режим в психиатрических больницах 365
Речь, расстройства 195

Садизм (половое насильничество или тиранизм) 179
Самочувствие, изменения 139
Симптоматология 16
Система нестеснения 366, 367, 368
— открытых дверей 370
— постельного режима 372, 373
— рабочего режима 371
Сознание, помрачнсние 118, 120, 157
Слабодушие 127
Слабость раздражительная 25, 127, 243
Слабоумие
— врожденное 23, 24, 29, 30
— острое 228
— приобретенное 30, 128
Сновидения 111
Сопор 117
Состояние
— аффективное 39
— общего бреда 18
— спутанности 18
— сумеречное 19
Спутанность галлюцинаторная 245
Стереотипность действий 193
Страх 148
Ступор 21, 32, 119
Суждение, ошибки 92

Тетания у душевнобольных 192
Транс 120
Тупость душевного чувства 128

Фантазия, расстройство 55
Фантазирование 93
Физиологический 7
Фобии 87, 88, 148
Формы клинические 13
Фотизмы 61

Чувства интеллектуальные 127

Хотение 156

Хорея 98
Хульные мысли 87

Экзальтация религиозная 127
Экспертиза судебная 378
— в гражданском процессе 397—456
Экстаз, расстройство сознания 124
Эксхибиционизм 160
Эмоции 137
Энергия душевной деятельности 40
Эрготизм 321
Эпилепсия 98, 121
Эритрофобия 87

Abulia 155
Agorophobia 87
Anaestesia dolorosa psychica 143
Anxietas praecordialis 145
Androgynia 178
Aprosexia 187
Aprosexia nasalis 189
Audition colore 60

Beri—beri 286, 321

Coma vigil 117

Delirium tremens 229
Dementia postfebrilis 325
Dysnoia 37, 222, 228
— abortiva 225
— deliriosa 222
— dementica 224
— stuporosa 222

Effeminatio 178

Flexibilitas cerea 192
Fuga idiarum 37
Freie Behandlung 369
Furor 18

Gynandria 178

Hermaphrodisia psychica 178
Homosexualitas 178
Hypaesthesia psychica 128
Hyperaesthesia psychica 126
Hyperalgesia psychica 143
Hyphedonia 144

Idees fixes 84? 96
Incohaerentia idearum 37

Jumping 164

Logorrehea 196
Lupulinum 505
Lyssa humana 45

Masturbatio 174
Monomania 96
Moral insanity 129

Negativismus 193
Neuralgia psychica 145
No-restraint *см.* Система нестеснения

Obsessions morbides 84
Open door 371

Paradoxia sexualis 173
Paranoia hyperphantastica 57, 225, 227
Patronage familial 355
Petit mal 229
Pica gravidarum 170
Pseudotabes alcocholica 241

Raptus melancholicus 137, 145

Sitophobia 169
Suicidomania 165, 166, 167
Surditas verbalis 51

Tics convulsifs 191

Uber traumatische Neurosen 422

Viraginitas 178

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аберкромби (Abercrombie) 45
Азам (Azam) 50
Андриоли Э. Ф. 354
Афанасьев М. 73

Бабиле (Babille) 267
Баженов Н. Н. 57, 356, 375, 458
Балинский И. М. 460
Бернар (Bernard) 321
Бернштейн А. Н. 170
Бродбент (Broadbent) 279
Бэк (Boek) 312
Бунге Х Г. 460
Буррю (Bourru) 51
Буцке В. Р. 369, 447
Бэззард (Buzzard) 310, 317

Вернике К. 469
Вестфаль К. (Westphal K.) 177
Вик 469
Вильямс (Williams) 436
Вуазен (Voisin) 161
Вундт (Wundt) 40, 460, 461

Гайе 469
Ганнушкин П. Б. 458
Гансен (Hansen) 230
Гейер Т. А. 459
Герцен А. А. 115, 116
Гнаук (Gnauck) 315
Говсеев А. А. 244, 373
Грейденберг Б. С. 217
Гризингер (Griesinger) 38, 74, 84, 99, 100, 102, 106, 108, 369, 461, 465
Гусс (Huss) 266

Даген (Daguin) 366
Данилло С. Н. 360
Дено (Desnos) 288, 310, 320
Доре Г. 51
Дрешфельд (Dreschfeld) 238, 267
Дядьковский И. Е. 460

Жиль де ля Турет (Gilles de la Tourette) 163
Жоли Ф. 468
Жоффруа (Joffroy) 288, 310, 317, 320

Зандер И. (Sander I.) 55

Игнатьев М. В. 391

Калер (Kahler) 241
Кандинский В. Х. 75, 76, 77, 79, 114, 460
Кашин 159
Кеппе (Koppe) 354
Кербиков О. В. 467
Кизер (Kieser) 74
Кирхгассер (Kirchgasser) 315
Киаруджи (Chiarugi) 366
Ковалевский П. И. 217, 220, 357, 370, 461
Кожевников А. Я. 435, 458, 459, 460
Конрад (Konrad) К 465
Крсаков С. С. 30, 45, 171, 330, 457, 460
Крамер (Kramer) 230
Крафт-Эбинг (Krafft-Ebing) 84, 129, 162, 170, 178, 179, 182, 218, 220, 221, 222, 231, 369, 379, 461
Крепелин (Kraepelin) 54, 219, 461, 467
Кэнко 317

Лабит (Labitte) 353
Левенфельд (Louenfeld) 287
Легран дю Соль (Legrand du Saulle) 85
Лелю (Lelut) 62
Лере Ф. (Leuret F.) 70
Лейден (Leyden) 288
Липман (Liepman) 82
Литвинов М. П. 354

Малиновский П. П. 460
Мансон (Munson) 68
Маньян (Magnan) 103, 104, 172, 173, 183, 219, 315, 369

Мендельсон А. Л. 362
Мержеевский И. П. 121, 244, 360, 460
Мейнерт (Meynert) 22, 81, 82, 141, 142, 218, 230, 231, 460
Модзли Г. 461
Морель (Morel) 84, 167
Мори (Maury) 112, 113
Моро де Тур (Moreau de Toures) 161
Морозов М. С. 362
Мюллер Г. (Muller Q.)
Мюллер Иоганн (Muller Johann)
Мюллер Макс (Muller Max) 29

Нечай П. И. 362
Нейман (Neumann) 465
Иейссер К. (Neisser C.) 373
Нюссбаумер (Nussbaumer) 60

Ольдерогге В. В. 361
Оппенгейм (Oppenheim) 314
Оршанский И. Г. 218, 220
Отто (Otto) 317

Пик (Pick) 241, 318
Пинель Филипп (Pinel Phiilppe) 12, 366, 367, 369, 375, 465
Пуаре 51
Пуссен (Poussain) 366
Пьере (Pierret) 288
Ремак (Remak) 311
Рибо (Ribot) 47, 48, 49
Ричардсон (Richardson) 357
Розенбах П. Я. 217, 220
Роже (Roger) 311
Рудов М. И. 316
Руйар (Rouillard) 267, 286
Рыбаков Ф. Е. 177

Сербский В. П. 458, 467, 472
Сергеев 537
Сеченов И. М. 458, 459
Сикорский И. А. 134
Сименс (Simens) 321
Снежневский А. В. 466
Соколянский Г. И. 460
Стюарт Г. (Stewart G.) 288, 310
Суханов С. А. 81, 458

Тамбурини (Tamburini) 81
Тарновский В. М. 175, 176, 180, 181, 182
Тимирязев К. А. 458
Тимофеев А. В. 373, 391
Токарский А. А. 164, 360, 468
Топоров Н. С. 460
Тучек Ф. (Tuczek F.) 321
Тьюк Вильям (Tuke William) 12
Тьюк Хак (Tuke Huck) 12, 162, 366

Успенский С. Н. 217
Фальре Жан (Falret Jean) 461, 465
Фирордт (Vieroiodt) 311, 320
Фишер (Fischer) 287
Флексиг (Flechig) 52
Форель А. (Forel A.) 286
Фрезе А. У. 458
Фюрстнер (Fürstner) 231

Хан (Hun H) 241
Хардин В. 315
Ховрин А. И. 32
Хэслэм (Haslam) 107

Целлер (Zeller) 465

Чиж В. Ф. 130

Шарко (Charcot I. M.) 48, 52, 165, 266
Шпаковский Б. А. 354
Штейнберг С. И. 164, 360, 458, 468
Штрюмпель (Strümpell) 287, 314, 422
Шюле (Schule) 103, 218, 461

Эйленбург А. 73
Эммингауз (Emminghaus) 325
Эрлицкий Л. Ф. 162, 369, 370
Эскироль (Esquirol) 74, 143, 464
Эттингер (Oettinger) 241, 266
Эйзенлор (Eisenlohr) 314

Яковенко В. И. 354, 362
Яковлев А. А. 360
Ясперс К. 461