

477369





574

IV

NOB-EMORI

TOXIAPIE

477369

U. R.

ВЕРНУЧЬ А.

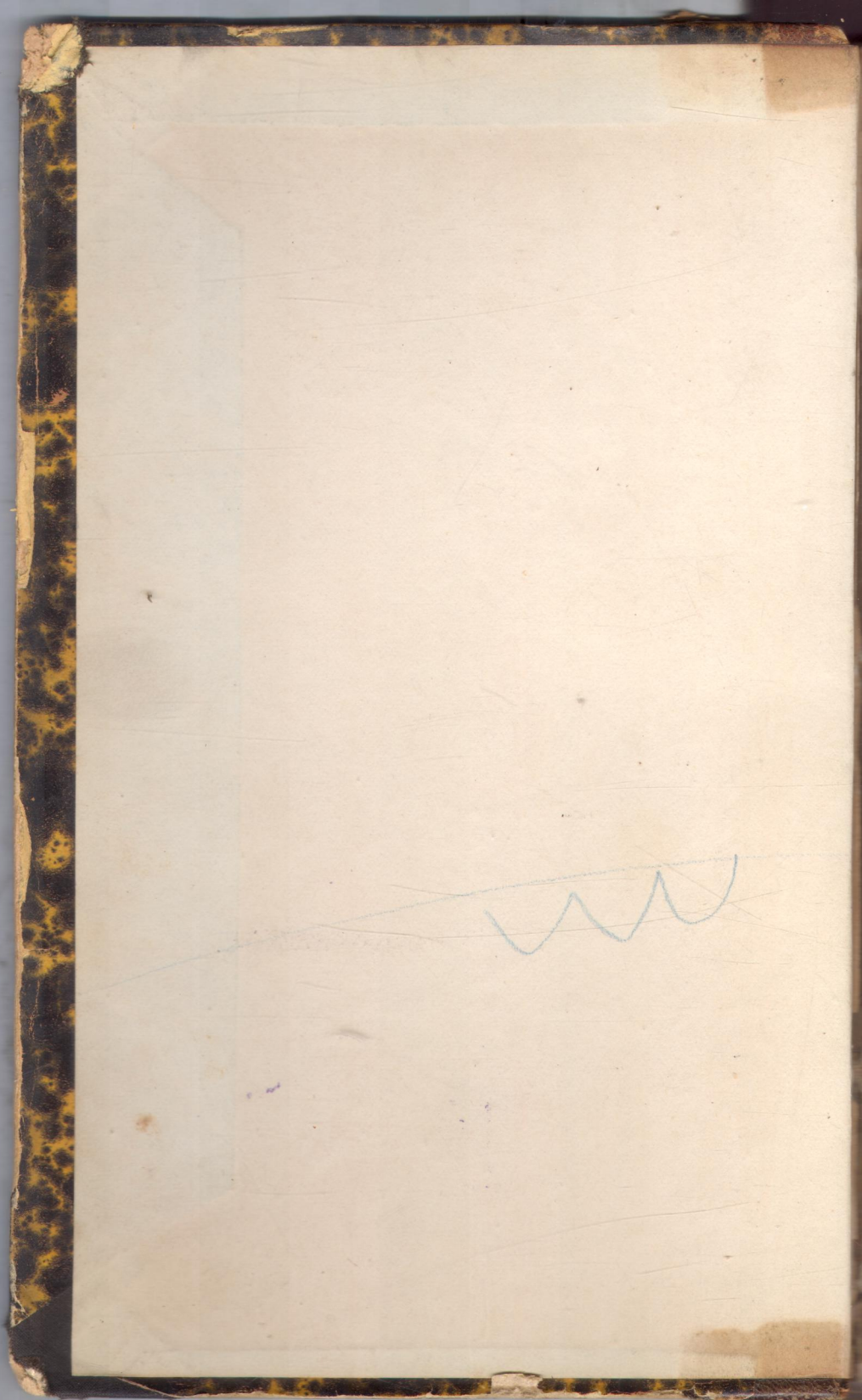
Т. А. ОБРАЗ

Т. А. ОБРАЗ

Т. А. ОБРАЗ

Т. А. ОБРАЗ







И. Х. У. Стр. Гид.



ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА  
БІБЛІОТЕКА







# ПСИХІАТРІЯ.

Курсъ, читанный въ 1885 г. въ Харьковскомъ университетѣ.

Проф. П. И. Ковалевскій.



✓ 45 в 674. IV

ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА  
БІБЛІОТЕКА

Издание 2-е, дополненное и передѣланное.  
1885.

58



## ОТДѢЛЬНЫЯ СОЧИНЕНІЯ ТОГО-ЖЕ АВТОРА:

---

Судебно-психіатрическіе анализы. Томъ I. Для медиковъ и юристовъ. 1881.

Судебно-психіатрическіе анализы. Томъ II. Для медиковъ и юристовъ. 1881.

Первичное помѣшательство. Составлено для медиковъ и юристовъ. 1881 г.

Насильственныя явленія. Клиническія лекціи. 1880.

Руководство къ правильному уходу за душевными больными. Для родственниковъ и окружающихъ. Изд. 2. 1880.

Измѣненіе чувствительности кожи у меланхоликовъ. 1877.

Изслѣдованіе кожныхъ чувствъ. 1879.

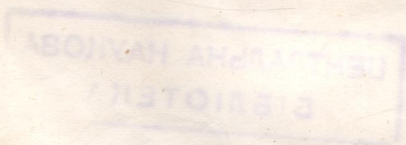
---

ПСИХІАТРІЯ.

ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА  
БІБЛІОТЕКА



Дозволено цензурою. Кієвъ, 12-го Апрѣля 1885 года.



## ВВЕДЕНИЕ.

Въ прошломъ изданіи нашего курса мы старались и до нѣкоторой степени смогли подвести клиническую классификацію психозовъ подъ патолого-анатомическую. Но такая возможность представляется только въ томъ случаѣ, если классификація будетъ слишкомъ ограничена. Но разъ мы расширяемъ рамки классификаціи, то основа патолого-анатомическая является уже неудовлетворяющею.

Въ виду этого мы, противъ нашего желанія, по необходимости, вынуждены оставить въ сторонѣ патолого-анатомическую классификацію и держаться одной только клинической классификаціи. Какъ таковую мы и представляемъ здѣсь.

I. Первичные психозы.	{	Melancholia {	passiva activa	{	Циркулирующее сумашествіе.
		Mania {	tranquilla furribunda		
	{	Dementia.	secundaria {	post melanchol. post mania.	{
			primaria {	acuta s. stupor chronica {	
					senilis post thyph. pseudoaphas.
II. Психозы вырожденія.	{	Idiotia {	Idiotismus {	kretinismus. idiotismus.	{
			Imbecillitas Moral insanity		
	{	Neurasthenia {	Pathophobia—Folie du doute. Hebephrenia.	{	Paranoja {
			Zwangsvorstellungen {		
			Hysteria—Paranoja hysterica. Folia a deux.		
			Epilepsia {	somatica psychica.	



III. Органичєскія патологическія измѣненія. { Paralysis  
progressiva.

IV. Инфекціонные психозы { Syphilis { Общій ходъ.  
и отравленія. { pseudo—paralysis.  
{ Alcoholismus { acutus s. ebrietas  
{ Delirium tremens  
{ Alcoh. chronicus.

## ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Введение . . . . .	I
Пассивная меланхолія . . . . .	1
Ипохондрія . . . . .	28
Активная меланхолія . . . . .	43
<i>Dysthymia neuralgica</i> . . . . .	60
Манія . . . . .	65
Циркулирующее сумашествіе . . . . .	97
Слабоуміе . . . . .	106
Вторичное слабоуміе . . . . .	106
Меланхолическое слабоуміе . . . . .	107
Маниакальное слабоуміе . . . . .	114
Первичное слабоуміе . . . . .	122
<i>Dementia acuta s. Stupor</i> . . . . .	122
<i>Dementia senilis</i> . . . . .	136
Слабоуміе послѣ тифа . . . . .	141
Псейдофазическое помѣшательство . . . . .	143
Энцефалитическое замѣшательство . . . . .	145
Идіотизмъ . . . . .	176
Тупоуміе . . . . .	188
Нравственное помѣшательство . . . . .	191
Психозы вырожденія . . . . .	210
Нервная раздражительная слабость . . . . .	211
Патофобія . . . . .	223
Насильственные представленія . . . . .	232
Гебефренія . . . . .	241
Первичное помѣшательство . . . . .	247
Хроническое первичное помѣшательство . . . . .	260
Эротоманическое помѣшательство . . . . .	288
Истерическое помѣшательство . . . . .	311
Индукцированное помѣшательство . . . . .	315



	Стр.
Эпилепсія . . . . .	323
Общій прогрессивный параличъ . . . . .	349
Pseudo-paralysis syphilitica . . . . .	377
Алкоголизмъ . . . . .	392
Бѣлая горячка . . . . .	396
Дипсоманія . . . . .	403
Хроническій алкоголизмъ . . . . .	409

---

## Пассивная меланхолія.

Пассивная меланхолія имѣетъ въ основѣ своей печальное и грустное настроеніе духа съ послѣдовательною подавленностью какъ въ остальныхъ областяхъ душевной жизни, такъ и во всѣхъ отправленіяхъ организма.

Въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь наступаетъ внезапно, или развивается быстро, — въ большинствѣ же она идетъ медленно и развивается постепенно. Въ послѣднихъ случаяхъ наблюдаютъ, что больной, безъ всякаго внѣшняго повода, впадаетъ въ мрачное расположеніе духа. Особенно часто это съ нимъ бываетъ по утрамъ. Чего-то онъ печалится, чего-то груститъ, чего-то задумывается. Въ теченіи дня это состояніе мало по малу проходить и къ вечеру больной чувствуетъ себя сносно и даже удивляется своему утрешнему состоянію. Но новое утро приноситъ новую печаль, сильнѣе прежней. Съ каждымъ днемъ это дурное расположеніе становится интензивнѣе и длительнѣе, такъ что въ концѣ концовъ промежутковъ, болѣе или менѣе свѣтлыхъ, и не бываетъ. Больной испытываетъ совершенно безпричинное и ни на чемъ не основанное уныніе, какую-то внутреннюю пустоту, какую-то душевную боль, разбитость, недовольство, какое-то внутреннее глубокое душевное нездоровье и неудовлетворенность.

Весь окружающій міръ, вся окружающая обстановка, все это, кажется по прежнему, только онъ расшатанъ, разбитъ, угнетенъ, уничтоженъ. Больной теряетъ всякій интересъ къ жизни: все противно, все отвратительно, все надоѣло. Съ другой стороны самая бездѣятельность тоже невыносима и еще болѣе усиливаетъ мрачное настроеніе духа.

Отношеніе къ близкимъ лицамъ рѣзко переменяется. Все прежде близкое, дорогое — теперь противно и раздражаетъ. Семья, жена, дѣти, всѣ эти лица поче-



му-то наиболѣе раздражаютъ больного, наиболѣе какъ бы ненавистны. Но еще хуже то, что въ этомъ отношеніи больной находится въ какомъ-то двойственномъ положеніи: съ одной стороны семья его раздражаетъ и отталкиваетъ, а съ другой—является сознаніе всей ненормальности этого отношенія и это еще болѣе угнетаетъ больного.

Иногда эти больные пытаются заглушить свое безотрадное положеніе дѣлами, но и это не идетъ: чувствуется какая-то немошь, усталость и неспособность къ дѣятельности. Другой разъ подъ вліяніемъ мало свѣдущихъ людей, или же по собственной инициативѣ они пробуютъ развлекаться новыми впечатлѣніями, но и это имъ не удается. Существующія уже въ это время анестезіи и иллюзіи органовъ чувствъ ставятъ ихъ въ какое-то фальшивое и ложное положеніе,—вся прежняя обстановка уже кажется имъ какою-то странною и производитъ не то удивленіе, не то что-то странное и ужасное.

И вотъ, испробовавъ всѣ способы помочь себѣ и не видя этой помощи, больные бросаютъ міръ и замыкаются въ себѣ. Теперь они уходятъ отъ людей, испытываютъ потребность въ покоѣ и одиночествѣ, чувствуютъ нужду въ отдыхѣ и уединеніи.

Повидимому, это было бы самое лучшее для нихъ. Міръ ихъ не удовлетворяетъ, міръ ихъ раздражаетъ, міръ имъ чуждъ. Они насильно отталкиваютъ отъ себя участіе близкихъ и какъ бы съ боя завоевываютъ себѣ уединеніе. Но и здѣсь является тоже двойственность страданія. Оставшись вполнѣ одинокими и изолировавшись отъ людей, больные начинаютъ тосковать о томъ, что они люди всѣми брошенные и забытые. Семья, жена, дѣти, друзья—всѣ ихъ оставили, всѣ забыли о нихъ. Всѣмъ больной чуждъ, всѣ его бросили. И вотъ, какъ результатъ всего этого, безмолвныя слезы неудержимо текутъ по лицу страдальца.

На основаніи этой мысли объ отчужденіи отъ родныхъ и общества легко развивается бредъ грѣховности, преступности, паденія, разложенія организма и т. д.

Естественно, что этотъ бредъ отчужденности и одинокости—не болѣе какъ бредъ. Никто больного не покидалъ, никто его не забывалъ. Самъ онъ прячется

въ уединенныя комнаты, на чердаки, въ сараи и проч. Но если даже въ этотъ моментъ самоистязанія кто нибудь и обратится къ больному изъ близкихъ съ участіемъ и сердечностью, то это также не успокаиваетъ больного, а еще болѣе растравляетъ его душевныя страданія. Прежнія радости ему нерадостны, прежнее веселье ему не весело. Напротивъ, радости усиливаютъ печаль и производятъ боль, веселье усиливаетъ грусть и отчаяніе.

При сознаніи своей внутренней несостоятельности у больныхъ нерѣдко возникаетъ чувство отвращенія, презрѣнія и брезгливости къ самому себѣ. Иногда онъ этимъ пользуется для самобичеванія, другой разъ это служитъ исходнымъ пунктомъ къ самоубійству.

При самосознаніи подобнаго измѣненія своей личности, или же, въ рѣдкихъ случаяхъ, всего окружающаго, у больныхъ естественно развивается полное отчаяніе и совершенная безнадежность на избавленіе въ будущемъ. вмѣстѣ съ тѣмъ больной постоянно томится ожиданіемъ чего-то худшаго, чего-то ужаснаго, а главное этого ужаснаго и вмѣстѣ съ тѣмъ для него неизвѣстнаго. . . . Развиваются приступы страха, отчаянія и ужаса. Еще хуже все это состояніе поддерживается массою галлюцинацій и иллюзій, которыя въ это время завладѣваютъ всѣмъ существомъ больного. Днемъ это состояніе сколько-нибудь сносно. Но наступающая ночь всегда служитъ для больного приближеніемъ смерти, казни, истязаній и проч.

Такое внутреннее содержимое состояніе самочувствія melancholika въ асте болѣзни. Человѣку здоровому всю силу этой муки и этого страданія невозможно представить и приблизительно. Можетъ ли быть что нибудь ужаснѣе этого состоянія, когда на самой высшей точкѣ этого невѣроятнаго страданія больной какъ бы замираетъ, какъ бы впадаетъ въ каталепсію. . .

Въ началѣ заболѣванія больной сознаетъ всю ненормальность своего измѣненнаго настроенія духа,—ищетъ тому причину, старается найти средства избавиться отъ него. Но за тѣмъ мало по малу онъ погружается въ это состояніе,—находить объясненіе ему въ обстоятельствахъ своей жизни самыхъ ничтожныхъ и неимѣющихъ ничего общаго съ ихъ теперешнимъ со-

\*



стояніемъ. Больной погружается въ переживанье этого прошлаго—больного. Замѣчательно, что въ такомъ состояніи больной даже не старается избавиться отъ своего мученія и страданія. Напротивъ, онъ какъ бы упивается имъ, изыскиваетъ новые доводы усилить его, онъ какъ бы наслаждается самоистязаніемъ и нравственнымъ самоизуродованіемъ. Нѣтъ того нравственнаго уродства и самобичеванія, котораго бы меланхоликъ теперь не примѣнилъ къ себѣ. И чѣмъ тяжелѣе и острѣе онъ наноситъ себѣ нравственныя раны, тѣмъ болѣе какъ бы онъ становится самоудовлетвореннымъ и покойнымъ... Сплошъ и рядомъ можно наблюдать, что меланхолики въ такомъ состояніи не ограничиваются нравственными или чисто душевными страданіями и ищутъ помощи въ физическихъ самоистязаніяхъ. Отсюда цѣлый рядъ различныхъ членовредительствъ: больные распариваютъ животъ, кладутъ руки въ огонь, глотаютъ стекло, наносятъ себѣ раны, загораживаютъ спички въ тѣло и проч. Иногда при этомъ уродуются тѣ органы, которымъ больные, въ силу ложныхъ идей, приписываютъ происхождение зла, какъ половые органы, языкъ, руки и проч.

Состояніе органовъ чувствъ. Въ области органовъ чувствъ почти всегда и при томъ довольно рано наступаютъ значительныя измѣненія. Измѣненія эти бываютъ двойки: количественныя и качественныя. Къ первымъ относятся анестезіи органовъ чувствъ, ко вторымъ иллюзіи и галлюцинаціи. Если въ нормальномъ состояніи на человѣка почему бы то ни было находить грусть и печаль; то естественнымъ слѣдствіемъ этого будетъ отчужденіе его отъ внѣшняго міра и для того, чтобы внѣшнія впечатлѣнія проникли до сознанія человѣка, необходимо, чтобы раздражитель дѣйствовалъ напряженнѣе своего обыкновеннаго состоянія. Это будетъ въ своемъ родѣ фізіологическая анестезія.

Тоже самое бываетъ и съ меланхоликомъ. Онъ живетъ своею грустью и далекъ отъ внѣшнихъ впечатлѣній. Нужно, чтобы раздраженіе было значительной напряженности, чтобы оно вывело меланхолика изъ его сосредоточенности и задумчивости. Въ силу этой постоянной сосредоточенности въ себѣ самомъ мало

по малу развивается анестезія или нечувствительность органовъ чувствъ, которая въ началѣ бываетъ чисто функціональная, вслѣдствіе отвлеченія вниманія, на самого себя, — а за тѣмъ, при дальнѣйшемъ теченіи процесса (съ одной стороны отъ недостаточнаго питанія клѣточныхъ элементовъ, а съ другой стороны въ силу давленія венознаго и отечнаго на эти элементы) анестезія эта становится органическою. И дѣйствительно, мои <sup>1)</sup> изслѣдованія кожныхъ чувствъ показали, что чувства мѣста, давленія, температурное, электрокожное и болевое въ началѣ болѣзни бываютъ мало ослаблены. При усиленіи болѣзни анестезія эта усиливается и становится органическою, въ аспе болѣзни она достигаетъ наибольшей напряженности и за тѣмъ, по мѣрѣ ослабленія болѣзни, постепенно ослабѣваетъ.

Лучшимъ доказательствомъ анестетическаго состоянія меланхоликовъ служатъ давно извѣстные факты самоизуродованія больныхъ, или производства на нихъ операций безъ того, чтобы они въ это время испытывали какую бы то ни было боль. Такъ Rochoux приводитъ случай изъ Бисетра, гдѣ больной, оставшись одинъ въ комнатѣ, положилъ голову на раскаленную до красна плиту печи, а руки въ самый огонь и объ этомъ узнали только по запаху, больной же не испытывалъ рѣшительно никакихъ мученій. Michéa <sup>2)</sup> приводитъ нѣсколько примѣровъ, гдѣ меланхолики безъ боли увѣчили себя. У Винслова <sup>3)</sup> мы читаемъ слѣдующій случай: одинъ меланхоликъ, воспользовавшись отсутствіемъ служителя, положилъ ногу въ ярко-пылающій огонь и держалъ ее въ немъ, пока нога не обгорѣла до кости. Только послѣ своего выздоровленія онъ началъ жаловаться на боль въ ногѣ. Мы знаемъ, что въ основѣ нашихъ знаній, въ основѣ нашихъ представленій лежатъ ощущенія и качество представлений сплошь и рядомъ обусловливается образующимися ощущеніями. Отсюда естественно вытекаетъ,

—) П. И. Ковалевскій, Измѣненія чувствительности кожи у меланхоликовъ. 1877 г.

<sup>2)</sup> Michéa, Gaz. hebdomadaire, 1856.

<sup>3)</sup> Винсловъ, Болѣзни мозга и души, 1870.



что подобные дефекты въ чувствительной области меланхолика не могутъ не повліять на образованіе ложныхъ идей. И дѣйствительно слѣдствіемъ ихъ являются безумныя представленія объ отчужденіи различныхъ членовъ организма, о превращеніи ихъ въ стекло, дерево, желѣзо и проч. Такъ напр. мнѣ приходилось наблюдать случай крайней анестезіи и аналгезіи верхнихъ конечностей у больного, откуда у него образовался бредъ превращенія его рукъ въ золотыя руки.

На этихъ аномаліяхъ, повидимому, зиждется ощущение какого-то отчужденія больныхъ отъ міра. Такъ одна наша больная меланхоличка по этому поводу выразилась весьма характерно: «все на улицѣ какъ будто по прежнему,—и улица, и дома, и извозчики, только извозчики само по себѣ, а я само по себѣ». Или какъ выразился больной Гризингера <sup>1)</sup>: «Я вижу, слышу, чувствую, но предметы не достигаютъ до меня, точно будто какая-то стѣна отдѣляетъ меня отъ внѣшняго міра».

Подобно анестезіи кожныхъ чувствъ, у меланхоликовъ наблюдаются также ослабленія воспріятій зрительныхъ, слуховыхъ и пр. впечатлѣній,—и больной можетъ реагировать только лишь на раздраженія, стоящіе выше нормы.

Естественнымъ слѣдствіемъ этого ограниченія впечатлѣній будетъ ограниченіе и количества ощущений у извѣстнаго лица въ данную единицу времени.

На воспріятіяхъ нашихъ органовъ чувствъ зиждутся наши знанія о внѣшнемъ мірѣ. Въ нашемъ представленіи весь міръ является не такимъ, какимъ онъ есть въ дѣйствительности, а такимъ, какимъ его представляютъ наши органы чувствъ. Отсюда естественно слѣдуетъ, что всякія неправильности въ нашихъ органахъ чувствъ непременно будутъ отражаться на нашемъ міросозерцаніи и на нашихъ свѣдѣніяхъ о мірѣ. Если такія ошибки будутъ съ начала пріобрѣтенія нашихъ знаній, то это только отразится въ невѣрности и неточности нашихъ свѣдѣній о мірѣ. Нѣсколько иное положеніе въ тѣхъ случаяхъ, когда у человѣка существуетъ опытъ о тѣхъ или другихъ вещахъ и въ по-

---

<sup>1)</sup> Гризингеръ, Душевные болѣзни.

слѣдствіи органы чувствъ передають его сознанию не тѣ образы, не тѣ ощущенія. У человѣка невольно является мысль—или я измѣнился, или міръ измѣнился...

Тоже состояніе наступаетъ и у меланхолика. Отчасти на анестезіяхъ органовъ чувствъ, отчасти на ослабленіи питанія центральныхъ частей органовъ чувствъ въ сознаніи меланхоликовъ часто являются воспріятія и ощущенія ошибочныя и извращенныя, — иллюзіи.

Меланхолику кажется, что на лицахъ окружающихъ блуждаетъ какая-то загадочная улыбка, они что-то подозрительно присматриваются къ нему,—въ рѣчахъ людей слышится какой-то скрытый оттѣнокъ,—иногда даже бываетъ полное извращеніе ощущеній. Такъ больной видитъ дерево, а принимаетъ его за человѣка, скрипъ двери принимаетъ за поражающій его небесный громъ,—въ пищѣ ощущаетъ ядъ,—въ воздухѣ особые запахи,—по кожѣ электричество, месмеризмъ и проч. Такимъ образомъ у больного является разладъ между представленіями его опыта, между слѣдами отъ прежде бывшихъ ощущеній и являющимися въ данный моментъ. По этому неудивительно, если весь міръ для него сталъ какой-то иной чѣмъ прежде. Больная Гринингера <sup>1)</sup> выразилась такъ: «мнѣ кажется, что все вокругъ меня осталось какъ было прежде, однако оно должно было бы и измѣниться, оно представляетъ еще свои прежнія формы, однако все таки со всѣмъ этимъ произошла большая перемѣна.

Естественно, что ошибочныя ощущенія, иллюзіи, даютъ ошибочныя представленія и лучшимъ тому доказательствомъ служить примѣръ Гринингера: «одна молодая женщина, страдавшая меланхоліей, увидѣла въ зеркалѣ свиную голову и, начиная съ того времени, думала очень долго, что превратилась въ тоже животное». Присутствіе иллюзій у меланхоликовъ явленіе далеко не обязательное. Онѣ могутъ быть, могутъ и не быть. Если и бываютъ, то часто ступенчатыя, присутствующими рядомъ съ этимъ галлюцинаціями, почему и просматриваются наблюдателями.

---

<sup>1)</sup> Гринингеръ, Душевные болѣзни. 1867.



Несравненно чаще и рельефнѣе выдаются у пассивныхъ меланхоликовъ ложныя ощущенія—галлюцинаціи органовъ чувствъ. Нѣтъ меланхолика безъ галлюцинацій. Онѣ могутъ быть то больше, то меньше выражены, то болѣе, то менѣе часты, — то болѣе, то менѣе длительны. Но онѣ бываютъ. Содержаніе ихъ вполне гармонируетъ съ настроеніемъ духа. Чаще другихъ у пассивныхъ меланхоликовъ появляются галлюцинаціи слуховыя рѣже—зрительныя, еще рѣже осязательныя, вкусовыя и обонятельныя и общаго чувства.

Больные слышатъ голоса, ихъ порицающія, укоряющія, напоминающія самыя непріятныя событія прежней жизни. Они слышатъ похоронное пѣніе, видятъ похоронныя процессіи, страшныя картины повѣшенія, разныя машины для колесованія, повѣшенія, четвертованія и проч. Ощущаютъ постоянное жженіе и боль въ тѣлѣ отъ воздушнаго огня, обоняютъ запахъ смолы, сѣры, трупнаго разложенія, — въ пищѣ замѣчаютъ фосфоръ, мышьякъ, хининъ, сулему и проч. Внутри ихъ заводятся черти, устраиваются бѣсовскія пляски, вѣдьмы, гвозди, клубки и проч.

Въ большинствѣ случаевъ эти ложныя ощущенія являются по вечерамъ, ночью и при просыпаніи. Бываютъ случаи, когда больные не въ состояніи опредѣлить провели ли они время во снѣ и необычайномъ ужасномъ сновидѣніи, или же это было явленіе галлюцинацій и бредъ. Соотвѣтственно образованію ложныхъ ощущеній—галлюцинацій и представленія, основанныя на нихъ, будутъ ложны.

Содержаніе этихъ галлюцинацій почти всегда мрачнаго и непріятнаго свойства.

Такимъ образомъ въ области чувствъ мы встрѣчаемъ у пассивныхъ меланхоликовъ анестезіи и соотвѣтственно тому ограниченіе количества ощущеній въ данную единицу времени, — иллюзіи—ошибочныя ощущенія и галлюцинаціи или ложныя ощущенія.

Мыслительная дѣятельность. Разстройства въ области мыслительной дѣятельности касаются какъ формы ея, такъ и самаго существа и содержанія. На первомъ планѣ въ этомъ отношеніи поражается вниманіе къ окружающей обстановкѣ со стороны больного. Онъ настолько сосредоточенъ въ себѣ, настолько

ко занять своими внутренними страданіями, что требуются слишкомъ сильные импульсы, чтобы привлечь вниманіе больного къ себѣ. Сначала это явленіе бываетъ чисто функціональнаго свойства,—а затѣмъ въ основѣ своей имѣетъ анестезію всѣхъ органовъ чувствъ.

Мы знаемъ, что единицею мыслительной дѣтельности служитъ представленіе. Количество ихъ въ данную единицу времени обусловливается съ одной стороны количествомъ воспринимаемыхъ въ данную единицу времени ощущеній, а съ другой стороны количествомъ воспроизводимыхъ и ассоціированныхъ ощущеній по слѣдамъ преждебывшихъ ощущеній или представленій, или по памяти.

Что касается количества представленій у пассивныхъ меланхоликовъ, то, судя по вышесказанному о количествѣ образуемыхъ у нихъ ощущеній, группа представленій, формирующихся въ данный моментъ, безусловно уменьшена. Разъ образуется значительно меньшее количество ощущеній въ данный моментъ, то тѣмъ самымъ дается основаніе къ заключенію, что и количество представленій тоже будетъ уменьшено. И такъ какъ анестезіи органовъ чувствъ усиливаются прямо пропорціонально усилению болѣзни, то и количество вновь образующихся представленій въ ходѣ болѣзни и различные ея періоды будутъ соответствовать этому состоянію органовъ чувствъ.

Какъ увидимъ ниже, количество тѣхъ представленій, которыя возникаютъ въ сознаніи пассивнаго меланхолика на основаніи слѣдовъ прежде бывшихъ ощущеній, бываетъ также уменьшено и ограничено, вслѣдствіе нарушенія въ процессѣ ассоціаціи представленій.

Въ виду такого уменьшеннаго образованія представленій, а также ограниченнаго возникновенія ихъ въ сознаніи, ходъ представленій пассивнаго меланхолика замедленъ и въ крайнихъ случаяхъ болѣзни доходитъ до факсаціи на одной группѣ представленій и даже на одномъ—двухъ представленіяхъ.

Ассоціація представленій также нарушается. Ассоціируются только представленія съ печальнымъ и грустнымъ содержаніемъ и выводятся изъ цѣпи ассоціацій тѣ представленія, которыя имѣютъ своимъ со-



держаніемъ что-нибудь веселое и пріятное. Съ этой-то точки зрѣнія нарушеніе ассоціаціи и служитъ къ уменьшенію количества представленій.

Такое количественное состояніе представленій и измѣненіе ассоціаціи ихъ способствуетъ образованію насильственныхъ представленій, а также фиксированныхъ идей и вообще ограниченію мыслительной дѣятельности только въ области представленій съ печальнымъ и грустнымъ содержаніемъ. Иногда образованію насильственныхъ и безумныхъ представленій способствуютъ чисто случайныя явленія. Напр., больной увидѣлъ помѣшаннаго и вотъ у него рождается неотвязная мысль—повѣситься во чтобы то ни стало. Разумѣется, подобному образованію насильственныхъ представленій весьма способствуетъ состояніе ассоціаціи и недостаточное количество представленій вообще.

Качество представленій будетъ измѣнено. Являются представленія неясныя, неточныя, сбивчивыя, вслѣдствіе неясности и неточности ощущеній, основанныхъ на анестезированныхъ органахъ чувствъ. Далѣе, являются завѣдомо извращенныя и ошибочныя представленія, основанныя на иллюзіяхъ, и представленія завѣдомо ложныя, основанныя на галлюцинаціяхъ. Говоря о неясности и неотчетливости представленій, мы имѣли въ виду представленія, образующіяся на основаніи новыхъ ощущеній. Вовсе иное дѣло представленія, именно интересующія больного. При недостаточности другихъ представленій, болѣзненные представленія выражаются съ особенною яркостью, отчетливостью и рельефностью. Они главная суть и главный фокусъ ихъ душевной жизни.

Далѣе, при неполной и односторонней ассоціаціи представленій, естественно будетъ неправильное образованіе понятій, неправильныя сужденія и невозможность правильныхъ выводовъ. Такимъ образомъ возникаетъ состояніе какого-то умственного смѣшенія или бредъ. Въ иныхъ случаяхъ больной сохраняетъ сознаніе, онъ даетъ отчетъ о всемъ происходящемъ вокругъ него. Ясно отличаетъ прежнюю внѣшнюю обстановку отъ собственной своей личности и отъ всего новаго хаоса. Въ другихъ случаяхъ онъ погружается

всѣло въ этотъ хаосъ, въ это какое-то безконечно длинное и невыразимо тягостное сновидѣніе и не можетъ уже въ немъ разобраться совѣмъ.

Особеннаго вниманія въ этомъ отношеніи заслуживаютъ изслѣдованія Obersteiner'a, проф. Buccola <sup>1)</sup> и др. Они показали, что у меланхоликовъ время реакціи элементарныхъ психическихъ процессовъ при психическихъ угнетѣніяхъ, какъ пассивная меланхолія, значительно увеличено противъ нормы, а также замедленно и время проводимости чувственной и двигательной проводимости.

Содержаніе болѣзненныхъ представленій пассивнаго меланхолика гармонируетъ съ фономъ его душевнаго настроенія. Весьма важно знать, что меланхолическій бредъ никогда не является у больного первично и въ началѣ болѣзни. Обыкновенно онъ развивается уже тогда, когда измѣненія въ настроеніи духа достигли значительной напряженности. Далѣе бредъ этотъ всегда въ основѣ своей имѣетъ мрачное душевное настроеніе, а не существуетъ отдѣльно отъ него, какъ самостоятельное проявленіе.

Естественно, возникаетъ вопросъ: какимъ образомъ можетъ возникнуть меланхолическій бредъ изъ печальнаго и грустнаго настроенія меланхолика? Думаемъ, это легко можетъ быть понято при одномъ общемъ условіи, что всѣ патологическія явленія имѣютъ въ нормальной жизни свои первообразы. Обратимся къ примѣру. Кого-нибудь въ нормальной жизни постигло величайшее несчастье. Человѣкъ плачетъ, бѣгаетъ изъ угла въ уголъ, ломаетъ руки и невольно выражаетъ свое внутреннее страданіе въ словахъ: «Боже, что я за несчастный человѣкъ! Вѣдь можетъ же несчастье на каждомъ шагу меня преслѣдовать! Я какой то проклятый человѣкъ! Самъ Богъ меня наказываетъ за мои грѣхи и преступленія» и т. д. и т. д. Невольно въ это время у человѣка является мысль о собственномъ ничтожествѣ, безсиліи, грѣховности и беззащитности.

Тоже самое, только въ несравненно интензивнѣйшей формѣ, мы имѣемъ и въ пассивной меланхоліи.

<sup>1)</sup> Buccola, Sulla misura del tempo negli atti psichici elementari. Riv. sperim. di freniatr. 1881.



Проф. Meynert <sup>1)</sup> какъ на характерную черту меланхолическаго бреда указываетъ на самоуниженіе и самоуменьшеніе (Kleinheit). Совѣршенно вѣрно, что въ основѣ бреда лежатъ эти свойства, но модификація бреда довольно разнообразная. Испытывая крайне тягостное чувство грусти и печали, больные стараются найти оправданіе этого состоянія въ обстоятельствахъ своей прежней жизни. И вотъ они отыскиваютъ что-нибудь давно забытое, давно искупленное. Это-то и есть причина ихъ несчастья и ихъ бѣды. Это Божье наказаніе тяготѣетъ надъ ними. Это прократіе людское. «Я нераскаянный грѣшникъ. Я отвергнутый Богомъ и людьми человѣкъ. Я недостойнъ образа Божія и послѣдній изъ людей. Я ничего не дѣлаю, а потому недостойнъ и того хлѣба, которымъ кормлюсь, отсюда мысль объ отказѣ отъ пищи. Я неспособный къ труду человѣкъ,—отсюда мысль о самоубійствѣ. Я грѣшникъ,—отсюда мысль о покаяніи и монастырѣ. Я преступникъ,—отсюда мысль о доносѣ на себя подлежащимъ властямъ». Не будучи въ состояніи сами съ собой покончить самоубійствомъ, они нерѣдко принимаютъ на себя чужое преступленіе и взводятъ самообвиненіе. Подобныя же самообвиненія могутъ быть и плодомъ собственныхъ иллюзій и галлюцинацій (А. А. Говсѣвъ) <sup>2)</sup>. На основаніи анестезій, иллюзій и галлюцинацій являются безумныя идеи о разложеніи и гніеніи организма,—о превращеніи въ волка, собаку, птицу и проч. Иногда являются безумныя идеи о преслѣдованіи ихъ заговорщиками, преступными обществами и проч. Доведенные до крайности напряженнымъ состояніемъ отчаянія и страха, меланхолики иногда покушаются на самоубійство и убійство. Но эти проявленія чаще бываютъ при активной меланхоліи; при пассивной же меланхоліи самоубійства, убійства, поджоги и проч. совершаются самымъ обдуманномъ и хладнокровнымъ образомъ и при томъ убійства самыя ужасныя, самыя звѣрскія. Мнѣ извѣстенъ такой случай въ одной изъ южныхъ губерній. Больной имѣлъ 4 маленькихъ дѣтей. Въ силу различныхъ ассоціацій

<sup>1)</sup> Prof. Meynert, Психіатрія. т. 1. 1885 г.

<sup>2)</sup> А. А. Говсѣвъ, Архивъ психіатріи, неврологии и пр. 1884, т. IV, кн. 2.

о грѣховности, у него явилась безумная идея спасти своихъ дѣтей отъ нравственной погибели и вѣчнаго огня. Въ одинъ изъ праздниковъ онъ ихъ ведетъ въ церковь, приобщаетъ, приводитъ домой и, недавши имъ поѣсть,—перерѣзаль имъ всѣмъ горло. Явилось четыре новыхъ ангела. Онъ радъ, доволенъ и считалъ себя совершенно правымъ. Самъ Іисусъ Христосъ приказалъ ему это дѣлать и нѣтъ на это суда человѣческаго.

При полномъ равнодушіи къ жизни и сознаніи внутренней пустоты, у больныхъ является наклонность къ умаленію своихъ достоинствъ, способностей, положенія и проч. Рядомъ съ этимъ является полное отсутствіе самоувѣренности, самоуниженіе и проч.

Такимъ образомъ въ области мыслительной дѣятельности замѣчается ограниченіе количества представленій, измѣненіе хода и ассоціаціи, измѣненіе въ качествѣ ихъ съ неправильными сужденіями и выводами или заключеніями.

Психомоторные рефлексы, поступки и дѣйствія. Всѣ вышеуказанныя измѣненія въ чувствительной и мыслительной областяхъ рѣзко отражаются и на психомоторной области больного. Уже съ начала болѣзни меланхолики становятся ко всему равнодушными и безразличными. Прежде скуповатый—теперь все раздаетъ. Прежде щедрый и добрый—теперь, подъ влияніемъ идеи, что онъ разорился и обнищалъ, становится скупымъ. Прежде религіозно-индифферентный, теперь постоянно молится и налагаетъ на себя епитиміи. Семья, общество, друзья и знакомые его болѣе уже не интересуютъ. Онъ становится какъ бы физически больнымъ: общая разбитость, ко всему нерасположеніе, ко всему неохота. Движенія крайнее медленны, дѣло не подвигается. Онъ бросаетъ всѣхъ и все. Забивается куда-нибудь въ уголокъ и здѣсь сидитъ или стоитъ цѣлые часы, дни и недѣли. Не выведете его изъ этого состоянія—онъ самъ не позаботится о себѣ. Одежда, пища, даже естественныя отправленія забываются. Иногда это угнетенное состояніе доходитъ до ступора и каталепсіи. Если больной сидитъ или стоитъ, то тѣло его наклонено впередъ, голова опущена, нечесана, растрепана. На лицѣ выраженіе



страшной муки и страданія, или же полная одеревенѣлость и апатія. Внутреннія страданія слишкомъ велики, чтобы больной обращалъ вниманіе на внѣшнюю обстановку. Лицо блѣдное съ синеватымъ или темноватымъ оттѣнкомъ (крайнее малокровіе и ціанозъ). Мускулы лица нѣсколько парезованы, почему лицо болѣе вытянутое (Дарвинъ). Глаза или фиксированы на одну точку, но безъ всякаго интереса къ ней, или же безцѣльно блуждаютъ, тогда они нѣсколько дивергируютъ. Движеніе вѣкъ весьма рѣдко, почему роговица глазъ суха и тускла,—зрачки очень расширены и слабо реагируютъ,—движеніе глазъ очень медленно и неохотно. Все это производитъ впечатлѣніе «сумасшедшихъ» бессмысленныхъ глазъ. Нерѣдко глаза закрисши, что заставляетъ иногда обращать на себя вниманіе при подозрѣніи въ симуляціи. Больные плачутъ и отдѣленіе слезъ часто очень обильно. Часто изъ носа висятъ отдѣленія слизистой оболочки. Губы запекшіяся, пошорхшія. Ротъ или открытъ и изъ него вытекаетъ по временамъ слюна, или же крѣпко сжатъ. Языкъ обложенъ налетомъ, иногда слабо дрожитъ. При приглашеніи—высунуть языкъ больной долго не рѣшается на это,—затѣмъ, потихоньку онъ высовываетъ, но немного и тотчасъ медленно отодвигаетъ назадъ. Рѣчь этихъ больныхъ крайне тихая, едва слышная. На вопросъ они отвѣчаютъ не сразу, а какъ бы подумавши. Иногда вмѣсто отвѣта они только посмотрятъ на васъ и тѣмъ ограничатся. При повторныхъ вопросахъ они отвѣчаютъ, но не сейчасъ, отвѣты ихъ медленны, коротки, односложны. При этомъ они не договариваютъ мысли и даже словъ. Послѣдніе слоги словъ обыкновенно скрадываются. Дыханіе этихъ больныхъ учащенное, но за то поверхностное,—отъ времени же до времени прерывается глубокими вздохами. Удары сердца въ большинствѣ нѣсколько чаще обыкновеннаго, но за то слабы,—при выслушиваніи нерѣдко анемическій шумъ. Пульсъ частый, слабый, мягкій, при сфигмографическомъ изслѣдованіи является трехверхушечнымъ (Wolf<sup>1)</sup>). Новѣйшія однако изслѣдованія,

---

<sup>1)</sup> Wolf, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. XXIV.

болѣе точныя, Cougnet и Lombroso <sup>1)</sup>, а также Л. О. Рагозина <sup>2)</sup>, показали, что состояніе пульса у меланхоликовъ не представляетъ особенныхъ характерныхъ измѣненій.

Температура меланхоликовъ, по изслѣдованіямъ пр. Бехтерева <sup>3)</sup>, Tambroni <sup>4)</sup> и друг., у меланхоликовъ ниже нормы,—обыкновенно 35,1—36,5°. Печень часто увеличена въ объемѣ, животъ слабо вздутъ. Моча соломенно-желтаго цвѣта, № 1—2 по Фогелю, удѣльный вѣсъ ея не болѣе 1,006—1,010. Количество мочи по Rabow'у <sup>5)</sup> уменьшено. Половые отправленія обыкновенно ослаблены или угнетены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные онанируютъ. Менструаціи тоже подвергаются уклоненіямъ. Въ началѣ болѣзни они или вовсе отсутствуютъ, или же являются въ очень небольшомъ количествѣ и несвоевременно. Съ усиленіемъ болѣзни они прекращаются,—если же и продолжаютъ, то въ эти періоды обыкновенно происходитъ ухудшеніе болѣзни. Если менструаціи прекращаются совершенно, то съ появленіемъ ихъ обыкновенно въ болѣзни замѣчается улучшеніе и болѣзнь идетъ къ издоровленію. Что отъ чего зависитъ—трудно сказать. Движенія больныхъ крайне ослаблены. Въ ихъ движеніяхъ полное отсутствіе энергіи и активности. Даже рѣшившись на что нибудь, они не въ состояніи этого исполнить. Извѣстно, что многіе меланхолики покушаются на самоубійство и потому только этого не приводятъ въ исполненіе, что у нихъ не хватаетъ рѣшимости. Конечности холодны, иногда покрыты холоднымъ потомъ и ціанотичны. Мускульная дѣятельность и сила значительно ослабѣваютъ (Lombroso <sup>6)</sup>). Я изслѣдовалъ многихъ меланхоликовъ съ помощью динамометра и при этомъ обыкновенно находилъ значительно меньшую мускульную акцію противъ

<sup>1)</sup> Cougnet и Lombroso, *Archivio di Psichiatria*. Т. II. F. 2.

<sup>2)</sup> Л. О. Рагозинъ, Изслѣдованіе пульса и дыханія у душевно-больныхъ. 1882.

<sup>3)</sup> Бехтеревъ, Клиническое изслѣдованіе температуры у душевно-больныхъ. 1881.

<sup>4)</sup> Tambroni, *Contributo allo studio temperatura negli alienati. Rivista sperimentale di Freniatria*. 1884, F. 3.

<sup>5)</sup> Rabow, *Archiv f. Psychiatr.* B. VII.

<sup>6)</sup> Lombroso, *Klinische Beiträge d. Psychiatrie*. 1869.



того, какъ обнаруживали они ее при выздоровленіи. Мускульная сила пассивныхъ меланхоликовъ находится въ прямомъ отношеніи съ напряженностью болѣзни: при асте болѣзни она почти равна нулю. Тоже самое обнаруживается и въ мускульной сократительности, при изслѣдованіи ее индуктивнымъ и постояннымъ токомъ. Мускульная реакція пассивнаго меланхолика по Tigges'у <sup>1)</sup> значительно ослаблена и требуетъ для своего проявленія очень значительной напряженности тока. Эти изслѣдованія Tigges'a я провѣрялъ на многихъ случаяхъ и совершенно согласенъ съ предшествующимъ авторомъ. Что мускульная дѣятельность у пассивныхъ меланхоликовъ значительно ослаблена—это я наблюдалъ и другимъ способомъ. Въ бытность мою въ Казани, я, по предложенію проф. Фрезе, занимался спирометріей и манометріей душевныхъ больныхъ. При этомъ оказалось, что дѣятельность грудныхъ мышцъ меланхоликовъ была слабѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи и съ каждымъ разомъ выдыханія она уменьшалась, что вполне противорѣчило явленію у здоровыхъ людей и слабоумныхъ.

Мускульная слабость пассивнаго меланхолика отражается и въ письмѣ его. Почеркъ его письма несравненно тоньше и легче нормальнаго,—онъ скорѣе похожъ на женскій почеркъ, чѣмъ на мужской. (Я <sup>2)</sup> и Christoph-von Schröder) <sup>3)</sup>. При ручной работѣ они скоро устаютъ и бросаютъ ее. Походка больныхъ крайне медленная, нерѣшительная, неохотная,—больной едва передвигаетъ ноги. Шаги маленькіе,—часто на пути останавливается. Часто больные принимаютъ различныя позы, соотвѣтственно тому или другому безумному представленію; такъ, иногда даютъ обѣтъ стоять неподвижно противъ солнца; иногда по нѣсколько сутокъ стискиваютъ такъ руки, что ихъ трудно разжать и проч. Въ большинствѣ же ихъ поступки и тѣлоположенія служатъ выраженіемъ скорби и печали.

<sup>1)</sup> Tigges, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. XXX и XXXI.

<sup>2)</sup> П. И. Ковалевскій, Письмо помѣшанныхъ. Судебно-психіатрическіе анализы. т. 2.

<sup>3)</sup> Christoph von Schröder, Studien über die Schreibweise Geisteskranker. 1880.

Больные часто жалуются на болѣзненные явленія въ области головы: въ головѣ жаръ, пустота, качанье воды, присутствіе разскаленного гвоздя, головокруженіе, давленіе, тяжесть, тоска и проч. Апетитъ больныхъ очень плохой. Сами они не просятъ пищи,—если даже имъ напомнить, то и тогда едва прикасаются. Часто меланхолики отказываются отъ пищи. Въ основѣ отказа лежатъ различныя причины: а) слишкомъ выраженное угнетенное состояніе самочувствія, доходящее до полной подавленности (Stupor, kathalepsia); б) галлюцинаціи органовъ чувствъ, когда больные видятъ въ пищи кровь своихъ дѣтей, слышатъ голосъ Божій, запрещающій имъ прикасаться къ пищѣ,—обоняютъ запахъ разложенія, или пищевой отравы,—ощущаютъ присутствіе различныхъ ядовъ въ пищѣ и проч.,—и с) безумныя и ложныя представленія, когда больной приходитъ къ тому выводу, что его вѣчно спасеніе заключается въ отказѣ отъ пищи,—что онъ разорился и не имѣетъ права ѣсть хлѣба общественнаго,—что онъ настолько низкій человѣкъ, что уже самая забота близкихъ людей накормить его есть великое благодѣяніе, но онъ все таки недостоевъ прикоснуться къ пищѣ и т. д. Нѣкоторые больные отказываются отъ различныхъ родовъ пищи, такъ иные отказываются отъ мясной, другіе отъ растительной и т. д. Сонъ обыкновенно плохой. Больные долго не могутъ заснуть, если же и засыпаютъ, то просыпаются съ тяжелою головою, разбитые и утомленные,—часто во снѣ видятъ тяжолыя и мучительныя грезы,—иногда трудно сказать, спали ли больные, или просто были въ какомъ-то полузабытіи. Случается однако, что больные и спятъ, но затѣмъ отрицаютъ свой сонъ. Во всякомъ случаѣ не всегда возможно бываетъ наглядно доказать, спалъ-ли больной, или нѣтъ, такъ какъ меланхолики иногда цѣлыя часы въ состояніи пролежать неподвижно и тихо и въ тоже время не спать. Да и сами они нерѣдко не могутъ положить границы между сномъ и бодрствованіемъ. Крайне сосредоточенные на своей внутренней боли, они слишкомъ забывчивы къ своей внѣшности, отсюда сплошь и рядомъ у нихъ дурной запахъ изо рта. Ослабленіе общей мускульной дѣятельности отражается также и на



кишечныхъ отправленияхъ. Меланхолики страдаютъ тяжелыми и упорными запорами; иногда они не имѣютъ отдѣленій по забывчивости и при напоминаніи все не такъ долго не удовлетворяютъ потребности. Также забывчивость иногда обусловливаетъ и задержаніе мочи. Мы знаемъ, что предъ актомъ отдѣленія мочи является особенное специальное ощущеніе и побужденіе, «ощущеніе потребности мочиться». Это-то ощущеніе и заглушается иногда у меланхоликовъ (Christian). Вѣсь тѣла меланхоликовъ въ теченіи болѣзни значительно падаетъ. Я производилъ не менѣ какъ въ 50 случаяхъ пассивной меланхоліи систематическія ежедневныя взвѣшиванія и во всѣхъ случаяхъ наблюдалъ такое явленіе: въ началѣ болѣзни вѣсь тѣла падаетъ слабо,—съ усиленіемъ болѣзни паденіе вѣса тѣла усиливается,—въ аспе болѣзни бываетъ наименьшій вѣсъ и затѣмъ постепенно къ выздоровленію увеличивается и становится значительно выше того, чѣмъ при поступленіи. Относительно рефлексовъ изслѣдованія д-ра Совѣтова <sup>1)</sup> въ нашемъ отдѣленіи показали, что сухожильные рефлексы въ изслѣдованныхъ случаяхъ дѣлятся почти поровну между нормою и пониженіемъ и въ очень ограниченномъ числѣ даютъ повышеніе. Осязательные рефлексы даютъ пониженіе, превышающее сумму нормы и повышенія, причемъ повышеніе очень ничтожно. Болевые даютъ малую цифру средней напряженности и значительную повышенія и пониженія. Сосудодвигательные въ подавляющемъ большинствѣ ненарушены.

Вотъ приблизительная симптоматологія пассивной меланхоліи.

#### Разновидности меланхоліи.

Разумѣется, не всѣ эти признаки бываютъ выражены въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, или по крайней мѣрѣ не въ одинаковой степени. Въ зависимости отъ того, какія явленія преобладали въ томъ или другомъ случаѣ, авторами предлагались самыя разнообразныя

<sup>1)</sup> С. Н. Совѣтовъ, Архивъ психіатріи, неврологіи и проч. т. V, кн. 2.

дробленія меланхолии. Такъ, напримѣръ, если являлась въ меланхолии особенная религіозность—это была *Melancholia religiosa*,—если подѣ влияніемъ анестезіи осязанія—являлось безумное представленіе о превращеніи въ полка, собаку и проч.—это была *M. metamorphosis* (*Lycantropia*, *Kynantropia*). Бывали даже случаи разновидностей—*Melancholia maniacs* и *mania melancholica*. Въ сущности всѣ эти формы ничѣмъ другъ отъ друга не отличались, кромѣ преобладанія разстройствъ въ той или другой области.

Если и можно различать разновидности пассивной меланхолии, то только лишь по степени напряженности различныхъ проявленій ея.

Мы знаемъ, что въ основѣ пассивной меланхолии лежитъ печальное и грустное настроеніе духа. Бываютъ случаи, когда дѣло только этимъ и ограничивается. Если къ этому присоединяются иллюзіи и галлюцинаціи, то въ такой слабой степени, что отступаютъ слишкомъ далеко и играютъ ничтожную роль. Въ другихъ случаяхъ дѣло идетъ дальше. Галлюцинаціи развиваются въ большемъ количествѣ и выражаются слишкомъ рѣзко. Но имѣя влияние на умственную дѣятельность, они однако не формируютъ систематизированнаго и стойкаго меланхолическаго бреда. Еще въ иныхъ случаяхъ на печальномъ фонѣ самочувствія и массѣ галлюцинацій развивается меланхолическій бредъ. Соотвѣтственно этому Krafft-Ebing <sup>1)</sup>, а за нимъ и многіе другіе дѣлятъ пассивную меланхолію на три разновидности: простую меланхолію (*M. Simplex*), меланхолію съ галлюцинаціями (*M. cum hallucinationibus*) и меланхолію съ бредомъ (*M. cum delirio*).

а. *Melancholia simplex* чаще является у людей мало развитыхъ, необразованныхъ, у крестьянъ и потомъ чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Въ этихъ случаяхъ на первомъ планѣ выступаетъ общая подавленность и угнетенность, имѣющая въ основѣ своей печальное и грустное настроеніе духа. По напряженности заболѣванія эту группу меланхолии можно раздѣлить на три отдѣла: *m. simplex* въ узкомъ смыслѣ слова, *m. cum stupore* и *m. kathaleptica*.—*M. cum stupore*

<sup>1)</sup> Krafft-Ebing, *Melancholie*, 1874.



всегда развивается изъ *m. simplex*. Развѣтіе ея идетъ довольно медленно и постепенно. Приблизительно на третій четвертый мѣсяцъ явнаго заболѣванія простою меланхоліей, общая угнетенность достигаетъ того, что больной дни и недѣли проводитъ въ принятомъ разѣ положеніи. Въ такомъ положеніи онъ какъ бы окаменѣваетъ: лице безсмысленное, глаза блуждающіе, ротъ открытъ нерѣдко съ вытекающей слюной; изъ носа также выступаютъ выдѣленія, конечности ціанотичны, холодны, въ всячемъ положеніи, костюмъ совершенно разстроены, нерѣдко больной мочится и испражняется подѣ себя и въ такомъ положеніи можетъ оставаться часы, если его не освободитъ отъ этого посторонняя сила. Пищу принимаетъ только тогда, когда ему даютъ, самъ же никогда объ этомъ не попроситъ. Больной не сопротивляется, если его выводятъ изъ того положенія, въ которомъ онъ находится, но за то по инерціи остается въ томъ, которое ему предлагаютъ вновь. При ощупываніи мускульной системы она является вялою, мягкою, не напряженною. Въ рѣдкихъ только случаяхъ въ группахъ мускуловъ антагонистовъ можно, бываетъ, замѣчать противодѣйствіе вашему насилию; но это противодѣйствіе слишкомъ ничтожно и быстро прекращается. При распросахъ больной не отвѣчаетъ ничего, или же, при очень назойливой настойчивости, онъ издаетъ едва слышный звукъ, или иногда на лицѣ его является выраженіе страшной мольбы, быть можетъ о томъ, чтобы оставили его въ покоѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ такіе больные даютъ отвѣтъ, и то одиночный, при сильной вашей настойчивости—мимикою.

При распросахъ этихъ больныхъ по выздоровленіи оказывается, что они въ это время совершенно внѣ міра. Внѣшнія впечатлѣнія на нихъ почти не вліяютъ. Они бываютъ замкнуты въ ничтожной группѣ идей и дальше этого весьма ограниченнаго микрокосма не идутъ. За то эти фиксированныя идеи поглощаютъ теперь все ихъ существо. Иногда при этомъ бываетъ большое количество галлюцинацій, почти всегда гармонизирующихъ по содержанію съ фиксированными идеями, но о существованіи этихъ галлюцинацій мы узнаемъ только въ послѣдствіи, по выздоровленіи.

Иногда кругъ мыслительной дѣятельности ограничивается только лишь на одномъ представленіи и, естественно, яркость его обратно-пропорціональна количеству бываемыхъ представлений. Но все таки эта форма меланхолии содержитъ еще движенія, хотя пассивныя, соподчиненныя, но онѣ бываютъ. Такъ больного можно заставить перейти на другое мѣсто, надѣть халатъ, сѣсть принесенную пищу, — при напоминаніи — произвести отдѣленіе экскрементовъ и проч. По своему характеру это внутреннее состояніе очень напоминаетъ собою состояніе тяжелого сна, изъ котораго больной очень желалъ бы избавиться, но никакъ не можетъ. Вырванный изъ реальной обстановки, онъ живетъ въ воображаемомъ, фантастическомъ мірѣ. Основное его состояніе — это ужасный внутренній страхъ, который совершенно не оставляетъ его. Esquirol<sup>1)</sup> передаетъ слѣдующій отвѣтъ такого больного по его выздоровленіи: «этотъ недостатокъ дѣятельности происходитъ отъ того, что мои ощущенія слишкомъ слабы, чтобы произвести какое-нибудь вліяніе на мою волю». Въ рѣдкихъ случаяхъ эти больные какъ бы просыпаются отъ сна, говорятъ, подвижны, даже словоохотливы, но за тѣмъ спустя 30—60', вновь погружаются въ прежнее состояніе. Мой покойный другъ, проф. Фрезе, передавалъ мнѣ слѣдующій случай изъ этой категоріи. Одинъ пассивный меланхоликъ постепенно подвергался ограниченію въ области интеллекта и мѣсяцевъ 6—8 дошелъ до одного представленія: онъ стоитъ на шпигѣ какого-то конуса. Кругомъ его всюду невообразимая бездна. Малѣйшее движеніе, малѣйшее неосторожное сокращеніе того или другого мускула и онъ въ этой безднѣ. Вотъ почему онъ усердно сохранялъ свое неподвижное положеніе. Чье-либо приближеніе изъ окружающихъ наводило на него ужась, чтобы его не столкнули въ эту бездну. Однажды во время визита къ проф. Фрезе этотъ больной громко расхохотался, сошелъ съ обычнаго своего мѣста и свободно разговаривалъ. На вопросъ—что съ нимъ—онъ отвѣчалъ: «вокругъ меня, когда я стоялъ на шпигѣ, явилась масса карликовъ и уродцевъ и начали такую умори-

1) Esquirol, Traite des maladies mentales, т. II.



тельную пляску и кувырканье, что я невольно расхохотался». Спустя полъ часа больной погрузился въ прежнее состояніе оцѣпененія и не выходилъ изъ него до смерти. Это состояніе *melancholia cum stupore* очень напоминаетъ слабоуміе и чистый ступоръ (*stupor*), но также и отличается отъ него, о чемъ мы будемъ говорить ниже.

*Melancholia kathaleptica* развивается обыкновенно изъ предыдущей формы и отличается отъ нея только лишь тѣмъ, что къ общей картинѣ присоединяется свойственная катаlepsii *flexibilitas cerea*. При этомъ организмъ теряетъ всякую подвижность. Положенная въ ротъ пища остается въ ней до тѣхъ поръ, пока индуктивный токъ не вызоветъ глотательнаго движенія. Умственная дѣятельность сводится къ нулю.

Тѣмъ не менѣе, всѣ эти формы могутъ постепенно поправляться и оканчиваться выздоровленіемъ, какъ это бываетъ обыкновенно при пассивной меланхолии.

Мы не будемъ разсматривать отдѣльно *melancholia cum hallucinationibus* и *melancholia cum delirio*, потому что они изложены достаточно выше.

Теченіе, исходъ и предсказаніе. Теченіе пассивной меланхолии различно въ зависимости отъ вызвавшихъ причинъ и ихъ напряженности. Въ легкихъ случаяхъ заболѣванія, какъ иногда послѣ тифа или другихъ инфекціонныхъ болѣзней, болѣзнь можетъ проходить очень скоро, мѣсяца въ 3—4, особенно при хорошемъ питаніи. Въ другихъ же случаяхъ, какъ послѣ тифа, такъ и послѣ другихъ истощающихъ болѣзненныхъ процессовъ, болѣзнь можетъ длиться мѣсяцевъ 6, 9, годъ и болѣе.

Во многихъ случаяхъ пассивной меланхолии, разсматривая предыдущую жизнь больного, мы встрѣчаемъ въ ней кратковременные и скоропроходящіе періоды меланхолическаго состоянія. Періоды эти длятся нѣсколько дней, много—недѣли двѣ, три. Выражены они бываютъ нерѣзко и въ большинствѣ связаны съ физическими или нравственными потрясеніями. Имъ не приписываютъ никакого значенія и вниманіе на нихъ обращаютъ только при наступленіи серьезной болѣзни.

Теченіе меланхоліи неровное. Обыкновенно она протекает колеблясь, особенно въ началѣ и концѣ: то лучше, то хуже. Послѣ одного хорошаго приступа наступаетъ нѣкоторый перерывъ затишья, затѣмъ опять новый приступъ, въ началѣ болѣзни обыкновенно сильнѣе перваго, въ концѣ же, напротивъ, слабѣе и т. д. Обыкновенно эти усиленія болѣзни сопровождаются различными нарушеніями въ отправленіяхъ организма, какъ запорами, безсонницей и проч. Но будутъ ли они служить причиною этихъ приступовъ, или же сами совмѣстно обусловливаются одною общею причиною со стороны вазомоторныхъ центровъ—трудно сказать.

Исходъ пассивной меланхоліи можетъ быть различный: самый частый и самый лучший—это выздоровленіе. При менѣе благопріятныхъ условіяхъ болѣзнь можетъ перейти въ активную меланхолію и слабоуміе. Смертельные случаи находятся въ тѣсной зависимости отъ истощенія организма и иногда отъ покушенія на самоубійство.

Въ прежнее время многіе авторы указывали на переходъ меланхоліи въ манію. Это было до появленія и развитія ученія о первичномъ помѣшательствѣ. Въ настоящее время объ этомъ переходѣ вообще говорятъ нерѣшительно и больше умалчиваютъ.

Наконецъ говорили еще о переходѣ меланхоліи въ прогрессивный параличъ помѣшанныхъ (Voisin и Burlureaux<sup>1)</sup>). Въ этомъ случаѣ можно допустить меланхолическій періодъ прогрессивнаго паралича, или же простую complicatio меланхоліи прогрессивнымъ параличемъ; но едва ли можетъ быть рѣчь о генетической связи меланхоліи съ прогрессивнымъ параличемъ.

Въ виду всего вышесказаннаго, предсказаніе при пассивной меланхоліи, тянущейся недолго (3—8 мѣсяцевъ) должно быть благопріятно, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ общее питаніе можетъ быть легко поправимо и вызвавшія и поддерживающія причины могутъ быть устранены. Значительно хуже предсказаніе въ тѣхъ случаяхъ, если пассивная меланхолія прини-

<sup>1)</sup> Voisin et Burlureaux, De melancolie dans ses rapports avec la paralysie générale. 1880.



масть хроническое теченіе, — если она уже перешла 12—16 мѣсяцевъ. Анатомическія измѣненія въ мозговой корѣ являются настолько солидными, атрофія нервныхъ элементовъ настолько въская, что о поправленіи клинической картины и о выздоровленіи нужно говорить съ величайшею осторожностью.

Причины пассивной меланхоліи. Приступая къ вопросу о причинѣ того или другого психоза, невольно наталкиваешься на первое положеніе: играетъ ли въ данномъ случаѣ какое либо значеніе наслѣдственность? До послѣдняго времени, до послѣднихъ 5—6 лѣтъ, по отношенію къ меланхоліи этотъ вопросъ рѣшался положительно. Пока ясно и рѣзко не была отдѣлена меланхолія отъ „первичнаго помѣшательства“, пока эти два отдѣла были совмѣстны, наслѣдственность при меланхоліи была обязательна. Вовсе иначе дѣло стало, когда эти двѣ болѣзни были раздѣлены. Съ этого момента для меланхоліи наслѣдственность, какъ этиологическій моментъ, стала если не положительно отрицаема, то по меньшей мѣрѣ подъ большимъ сомнѣніемъ. И дѣйствительно, уже Шюле ставитъ, какъ основное положеніе, что меланхолія есть психозъ, являющійся на мощномъ, не подорванномъ наслѣдственностью, не инвалидномъ мозгу. Затѣмъ собственный опытъ приводитъ насъ къ тому убѣжденію, что наслѣдственность при меланхоліи едва ли должна быть обязательна, — или иначе — меланхолія можетъ появляться безъ наслѣдственности также, какъ и при наслѣдственности отъ совершенно случайныхъ постороннихъ причинъ и между наслѣдственностью и меланхоліей можетъ существовать только отношеніе простой компликаціи.

Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ нужно искать причины въ обстоятельствахъ жизни субъекта и окружающей его обстановкѣ, хотя Wigglesworth <sup>1)</sup> представилъ замѣчательный случай заболѣванія четырехъ лицъ одного и того же семейства, при чемъ мать этого семейства страдала параличемъ безъ измѣненія въ умственныхъ способностяхъ. Трудно сказать, играетъ ли роль какую-либо роль въ возникновеніи меланхоліи.

<sup>1)</sup> Wigglesworth, The Journal of mental Science. 1885. № 1.

На основаніи видѣнныхъ нами случаевъ можно сказать, что эта болѣзнь чаще является у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, особенно часто она является у помянутыхъ лицъ комбинированною и осложнироvanною истеріей.

По числовымъ даннымъ З. В. Гутникова <sup>1)</sup> изъ 360 мужчинъ было больныхъ пассивной меланхоліей только 36 или 6,4<sup>0</sup>%, а изъ 289 ж.—30 или 10,4<sup>0</sup>%.

Принято думать, что меланхолія является въ возрастѣ отъ 20 до 35 лѣтъ. Дѣтскому возрасту она почти несвойственна, хотя все таки иногда является <sup>2)</sup>; чаще въ сравненіи съ дѣтскимъ она является въ старческомъ возрастѣ. Въ послѣднемъ случаѣ она представляетъ неособенно хорошее предсказаніе въ смыслѣ выздоровленія, а также большую опасность въ смыслѣ частаго покушенія больнымъ на самоубійство.

Эта болѣзнь свойственна всѣмъ сословіямъ, хотя не во всѣхъ она является въ одинаковомъ видѣ. Людямъ умственно развитымъ и состоятельнымъ болѣе свойственны формы галлюцинаторной меланхоліи и меланхоліи съ бредомъ. Простому классу болѣе свойственна меланхолія ступорозная и въ рѣдкихъ случаяхъ меланхоліи съ галлюцинаціями. Существуя лица, позволяющія высказывать даже на судѣ мнѣніе, что простой классъ меланхоліей не болѣетъ и мнѣ извѣстенъ случай, что, вслѣдствіе такого нахальнаго мнѣнія одного вполне необразованнаго въ этомъ отношеніи медика, подсудимый, завѣдомо больной, пошолъ въ каторжныя работы. Но это мнѣніе есть дерзость неуча.

Изъ того же отчета д-ра Гутникова видно, что по сословіямъ пассивные меланхолики распредѣлялись такъ:

Дворянъ . . .	8 = 2 м. + 6 ж.
Духовныхъ . . .	2 = 1 „ + 1 „
Мѣщанъ . . .	19 = 8 „ + 11 „
Крестьянъ . . .	37 = 25 „ + 12 „

Такимъ образомъ количество меланхоликовъ относящихся къ крестьянскому сословію больше суммы всѣхъ остальныхъ сословій.

Ближайшею и основною причиною пассивной меланхоліи считаютъ анемію мозга. Въ этомъ отношеніи мы

<sup>1)</sup> З. В. Гутниковъ, Архивъ психіатріи, т. V, к. 2. 1885.

<sup>2)</sup> П. И. Ковалевскій, Медицинскій Вѣстникъ. 1883 г.



обязаны въ особенности изслѣдованіямъ Meynert'a. Малокровіе это можетъ быть то частнымъ, мозговымъ только, то общимъ,—это для дѣла безразлично. Естественно, что къ этиологическимъ моментамъ меланхоліи нужно отнести всѣ тѣ болѣзненные вліянія, которыя вызываютъ анемію общую, или же частную, одного мозга. Къ первымъ можно отнести: тифъ, лихорадку, болѣзненные процессы инфекціоннаго и неинфекціоннаго характера, вызывающіе малокровіе, беременность, роды и послѣродовый періодъ, сифилисъ, періодъ кормленія, усиленные нравственные потрясенія и пр. Нравственные потрясенія могутъ вліять двояко: производить постепенное ослабленіе организма путемъ постепеннаго истощенія,—и внезапно въ видѣ аффекта, въ послѣднемъ случаѣ анемія будетъ частная, одного мозга. На возможность подобнаго частичнаго малокровія въ послѣднее время обращено особенное вниманіе (Ball, Voisin и др.). И дѣйствительно, весьма трудно отрицать случаи меланхоліи, въ основѣ которыхъ лежитъ малокровіе спазмотическое, возникающее рефлкторнымъ путемъ, вслѣдствіе раздраженій и спазма сосудодвигательныхъ нервовъ мозга. Лучшимъ доказательствомъ тому служатъ случаи нарушенія менструацій при меланхоліи. Бываютъ случаи, и такихъ значительное большинство, гдѣ нарушеніе менструацій идетъ совершенно бокъ о бокъ съ явленіями меланхоліи. Въ началѣ болѣзни онѣ ослабѣваютъ, въ усиленіи — прекращаются вовсе и вновь являются опять въ періодѣ выздоровленія. Очевидно, въ этихъ случаяхъ существуетъ одна общая причина, обуславливающая какъ то, такъ и другое явленіе — это общее малокровіе. Но бываютъ случаи, когда эти менструальныя отношенія иныя: менструаціи прекращаются сразу и, соотвѣтственно этому, при незначительномъ продромальномъ періодѣ, меланхолія сразу достигаетъ очень большой напряженности и затѣмъ сразу же, при наступленіи новыхъ менструацій, спустя, разумѣется, мѣсяца 3—4, ослабѣваетъ въ такой мѣрѣ, что для людей неопытныхъ можетъ казаться полнымъ выздоровленіемъ. Въ этихъ то случаяхъ невольно возникаетъ вопросъ объ анеміи чисто сосудодвигательнаго или спазмотическаго характера. Тѣмъ болѣе напрашивается

это мнѣніе, что патолого-анатомическія данныя для этихъ случаевъ очень часто даютъ совершенно отрицательные результаты.

Къ числу ближайшихъ причинъ пассивной меланхоліи можно отнести также злокачественную анемію, происхожденіе которой нѣкоторыми авторами (Schüle<sup>1)</sup>) считается нервнаго характера. И дѣйствительно во многихъ случаяхъ меланхоліи это какъ нельзя лучше оправдывается. Малокровіе, и разумѣется меланхолія, не поддается никакимъ средствамъ питанія и сплошь и рядомъ поддается противонервному леченію.

Разумѣется, въ этомъ отдѣлѣ не нужно забывать того положенія, что одна причина не присутствуетъ никогда, а почти всегда цѣлая масса причинъ, причѣмъ однѣ вліяютъ больше, другія меньше.

### Патологическая анатомія.

Патологическая анатомія пассивной меланхоліи, какъ и многихъ другихъ психозовъ, далеко необслѣдованна и для многихъ случаевъ недостаточна. То, что я позволю себѣ сказать, относится къ большинству случаевъ и можетъ считаться положительнымъ. Несомнѣнно, что въ большинствѣ случаевъ наблюдались явленія крайней анеміи, въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ явленіямъ артеріальной анеміи присоединялась застойная гиперемія, — еще въ иныхъ случаяхъ, болѣе интензивныхъ, къ этимъ явленіямъ присоединялся отекъ (Шюле). Случаи вскрытія даютъ такую картину: мозгъ является крайне малокровнымъ, плотнымъ, блестящимъ, дающимъ при разрѣзахъ острые углы. Синусы, оболочки и венозные сосуды переполнены венозною кровью. Вскрытія проф. Meynert'a<sup>2)</sup> показали, что почти во всѣхъ случаяхъ меланхоліи въ мозгу была сильная анемія. Тоже находилъ и Dauty<sup>3)</sup>. Затѣмъ Meynert'у же принадлежитъ еще одно весьма важное и замѣчательное открытіе: именно, онъ нашелъ, что вѣсъ мозга меланхоликовъ всегда значительно меньше вѣса мозга нормальнаго человѣка, — большинство наблюдаемыхъ имъ случаевъ представляло лишь 1200 grm., затѣмъ немногіе вѣсили между 1200 и 1300 gr. — и наконецъ очень немногіе отъ 1300 до 1400 grm.

<sup>1)</sup> Schüle, Allgēm. Zeitschr. f. Psychiatrie. B. XXXII, H. 1.

<sup>2)</sup> Meynert, Vierteljahrschr. f. Psych. B. I.

<sup>3)</sup> Dauty, Lancet, 1884, Oct.



Исслѣдованія Wigglesworth'a <sup>1)</sup> случаевъ *Mel. attonita* дали слѣдующія микроскопическія данныя: малыя пирамиды 2-го ряда, большія пирамиды и гигантскія клѣтки 3-го слоя, кривыя клѣтки 4-го слоя и отчасти веретенообразные элементы 5-го слоя представляли въ большей или меньшей степени слѣдующее: пирамидальная форма клѣтки почти совершенно измѣнена мѣстами граница клѣтки почти совершенно сферическая,—содержимое зернисто, мѣстами скопленіе желтаго пигмента; ядро эксцентрично, иногда оно лежитъ на периферіи и часто содержитъ въ центрѣ бѣлое пятно.

Не безинтересенъ также случай меланхоліи Schüle <sup>2)</sup>, въ томъ отношеніи, что онъ при меланхоліи наблюдалъ сахарное мочеизнуреніе, которое совершенно прошло съ меланхолическими явленіями. Авторъ полагаетъ, что продолговатый мозгъ, какъ центръ сосудо двигательный, а въ данномъ случаѣ и для *diabetes mellitus*, играетъ важную роль въ происхожденіи меланхоліи, на что обращаетъ вниманіе и Meynert. Мнѣ лично приходилось наблюдать случай каталептической меланхоліи съ перемежающимся сахарнымъ мочеизнуреніемъ.

При изложеніи ученія о пассивной меланхоліи мы сказали, что это есть такой психозъ въ основѣ, котораго лежитъ печальное и грустное настроеніе духа. Это есть основа и исходный пунктъ болѣзни. Естественно поэтому искать анатомическое мѣсто этой функции головного мозга, чтобы съ большей или меньшей вѣроятностью локализовать болѣзнь.

Спрашивается, гдѣ анатомическое мѣсто для душевнаго настроенія или самочувствія, и въ частности для печальнаго и грустнаго настроенія духа или подавленнаго самочувствія?

Къ сожалѣнію, мы не имѣемъ положительнаго отвѣта въ области эксперимента,—мы не имѣемъ достаточнаго отвѣта и въ области клиники и патологической анатоміи. Болѣе, по нашему, въ этомъ отношеніи удовлетворяетъ теорія проф. Meynert'a и мы позволимъ себѣ ее изложить.

Проф. Meynert <sup>3)</sup> всѣ произвольныя движенія дѣлитъ на двѣ большія группы: одни изъ нихъ пріятны намъ,—всѣ они имѣютъ притягательное значеніе—агрессивныя движенія,—другія непріятны,—отталкивающія движенія. Слѣдовательно, та и другая группа движеній сопровождается особымъ оттѣнкомъ на-

<sup>1)</sup> Wigglesworth, Journal of. mental Science, 1883 г. 4.

<sup>2)</sup> Schüle, Irrefreund, 1883, № 2.

<sup>3)</sup> Meynert, Психіатрія, т. I, стр. 200.

него самочувствія или настроенія духа: пріятнымъ и непріятнымъ. Первыя изъ нихъ выражаютъ довольство, вторыя недовольство. Ставя иначе вопросъ, дѣло выражается такъ: аффектъ пріятнаго содержанія сопровождается агрессивными движеніями, а аффектъ непріятнаго содержанія—оборонительными. Сущность этого аффективного состоянія состоитъ въ колебаніи химическихъ процессовъ, составляющихъ сущность нервныхъ явленій, иначе онъ это называетъ дыханіемъ нервныхъ клѣтокъ.

Къ такому выводу можно пройти путемъ слѣдующихъ соображеній: всякое чувственное раздраженіе можетъ вызывать рефлексъ въ двигательной области. Но кромѣ этого эти импульсы вызываютъ цѣлый рядъ другихъ явленій. По изслѣдованію Schiff'a, центромъ болевыхъ ощущеній въ спинномъ мозгу служитъ сѣрое вещество. Извѣстно также, что проводимость его встрѣчаетъ здѣсь несравненно болѣе сопротивленіе, чѣмъ въ бѣломъ веществѣ. Такимъ образомъ болевое раздраженіе вызываетъ не только двигательный, отталкивающий рефлексъ, но и замедленіе проводимости въ сѣромъ веществѣ (Helmholtz, Rosenthal), хотя съ возрастаніемъ интенсивности раздраженія сокращается время рефлекса.

Извѣстно далѣе, что чувственные раздраженія вліяютъ не только на мышцы произвольныхъ движеній, но и на гладкія круговыя мышцы сосудовъ и сила раздраженія сосудистыхъ мышцъ прямо пропорціональна чувственному раздраженію, что вполне подтверждается изслѣдованіями Mosso. Нужно по этому допустить, что оборонительныя движенія сопровождаются такою рефлекторнымъ суженіемъ волюма артерій, обнаруживающимся повышеніемъ кровяного давленія (проф. Овсяниковъ и Dittmar). Мы знаемъ, что сильная боль вызываетъ обморочное состояніе, а по Dittmar'у—поднятіе ртути манометрическаго столба, служа выраженіемъ ощущенія у животнаго. Мы знаемъ тоже по изслѣдованіямъ Claude-Bernard'a о вліяніи болевыхъ раздраженій на сердце и пульсъ.

Извѣстно далѣе, что суженіе волюма артеріальныхъ сосудовъ влечетъ за собою измѣненіе въ химизмъ питанія нервныхъ элементовъ, вызываетъ, какъ вырается проф. Meynert, диспноэтическое состояніе ихъ. Болевое раздраженіе, слѣдовательно, сопровождается до нѣкоторой степени состояніемъ интоксикаціи.

Такимъ образомъ, все вышесказанное выясняетъ слѣдующее положеніе: всякое болѣзненное ощущеніе вызываетъ, по мимо



оборонительнаго движенія, еще задержку проводимости, повышение артеріальнаго давленія и диспноэтическое состояніе нервныхъ элементовъ.

Переносъ простое чувственное болевое раздраженіе на высшій душевный аффектъ чувство непріятнаго въ видѣ представленій, нравственныхъ непріятностей, мы увидимъ тѣже явленія въ области мыслительной дѣятельности: задержку проводимости въ области ассоціацій,—отсюда плоха сообразительность, замедленный ходъ представленій, ихъ ограниченіе и проч. Всѣ же эти явленія обуславливаются сокращеніемъ артеріальныхъ сосудовъ, образующихъ диспноэтическое состояніе нервныхъ элементовъ. Такимъ образомъ, чувство или самочувствіе есть выраженіе питанія элементовъ мозговой корки: питаніе это недостаточно—печальное настроеніе духа,—питаніе въ избыткѣ—веселое настроеніе духа.

Къ этому мы должны прибавить еще нѣкоторыя соображенія: изъ изслѣдованій проф. Овсяникова и Dittmar'a извѣстно, что сосудодвигательные центры гнѣздятся въ продолговатомъ мозгу. Hitzig и Eulenburg и Landois показали, что нѣкоторыя мѣста мозговой корки тоже не безразлично относятся къ сосудодвигательнымъ центрамъ: раздраженіе ихъ дѣйствуетъ сосудосуживающимъ образомъ, экстирпація—сосудорасширительнымъ.

Проф. Meynert полагаетъ, что мозговая кора служитъ источникомъ двухъ живыхъ силъ: одна изъ нихъ выражается въ ассоціационной игрѣ, другая имѣетъ прямое отношеніе къ артеріальному давленію. Обѣ эти силы находятся въ обратномъ отношеніи между собою. Если ходъ представленій и ассоціація ихъ усилена, то тѣмъ самымъ производится меньшее воздѣйствіе корки на сосуддвигательные центры, онѣ меньше раздражаются, сосуды не суживаются, давленіе не повышено, питаніе корки идетъ вполне свободно, мозговой процессъ сопровождается самодовольнымъ и пріятнымъ настроеніемъ духа. Уменьшенная ассоціационная дѣятельность способствуетъ усиленію воздѣйствія на сосудодвигательные центры и производитъ обратное дальнѣйшее вліяніе. По этому Robert v. Pfungen <sup>1)</sup> совершенно правъ, говоря о меланхоліи: при меланхоліи задержанная игра ассоціацій уравнивается преобладаніемъ сосудосуживающаго фактора: наступаетъ анемія коры. Возбудимость клѣточныхъ элементовъ коры и ассоціационныхъ путей падаетъ и вмѣстѣ съ тѣмъ гаснутъ альтруистическія чувства, которые основывались на из-

<sup>1)</sup> Robert von Pfungen, О разстройствахъ ассоціацій. 1885, стр. 128.

вѣстной степени функціональной гипереміи и оживленности ассоціацій, связанныхъ съ тѣми или другими лицами. Съ задержкою ассоціацій исчезаетъ зависящая отъ нея функціональная гиперемія, а вмѣстѣ съ нею чувство интереса. Это притупленіе альтруистическихъ чувствъ преобразуется въ сознаніи меланхолика въ бредъ нравственнаго паденія.

Такимъ образомъ, дурное настроеніе духа или подавленное самочувствіе меланхолика есть выраженіе сознанія быстроты и интензивности протекающихъ въ мозговой корѣ возбужденій и ассоціаціонной игры, а съ химической стороны—диспноэтическое состояніе нервныхъ элементовъ, или, какъ выражается Dauty, недостаточный притокъ кислорода къ нервнымъ элементамъ.

Леченіе. Въ началѣ пассивной меланхоліи нѣкоторые медики совѣтуютъ всевозможныя развлеченія: прогулки, поѣздки, театръ, концерты, общество и т. д. Всѣ эти мѣры не только бесполезны, но даже вредны. Такимъ больнымъ нуженъ покой и человѣческое отношеніе. Лучше всего удалить больныхъ изъ того мѣста, гдѣ они заболѣли, устранить отъ тѣхъ лицъ и обстоятельствъ, при которыхъ произошла болѣзнь. Уже одна эта перемѣна можетъ повліять на нихъ благотѣльно. Устраняя ихъ изъ родного крова и семьи, нужно однако помѣстить ихъ такъ, чтобы окружающіе своею человѣчностью и любовью, при умѣнши понимать и обращаться съ этими больными, замѣнили бы все родное. Перемѣщеніе это имѣетъ еще и то значеніе, что въ чужомъ домѣ сами больные будутъ нѣсколько сдержаннѣе и осмотрительнѣе. Лучше всего рекомендовать для помѣщенія спеціально назначенныя для этого хорошія лечебницы. Въ нихъ и люди и обстановка приспособлены къ тому, чтобы пріютить этихъ несчастныхъ отщепенцевъ.

Помѣстивъ ихъ въ заведеніи, необходимо подыскать подходящее занятіе и развлеченіе, которымъ посвящать больныхъ по ихъ охотѣ и въ соответственныя подходящія минуты. Нельзя ихъ оставлять собственной охотѣ и волѣ,—ее больные не имѣютъ; но не нужно и грубо побуждать ихъ къ работѣ. Инициатива должна исходить отъ окружающихъ,—но способъ принужденія долженъ выражаться ласкою, человѣчностью и искренностью. Душевные больные крайне чутки къ справедливости и искренности. Они ненавидятъ лжи и фальши. Они ее въ человѣкѣ быстро угадываютъ и послѣ относятся къ этому человѣку съ недовѣріемъ. Полезно меланхоликамъ предлагать книги съ картинками, легкую работу, какъ ажурная, клейка коробочекъ, переписка, вязанье, шитье, вышиванье и проч. Полезна гимнастика,—но эта мускульная ра-



бота искусственная и потому больные съ меньшею охотою предаются ей. Съ большей охотою и пользою больные занимаются въ саду, на огородѣ, отбрасываньемъ снѣга, рубкою дровъ и пр.

Разъ мы устанавливаемъ то положеніе, что въ основѣ пассивной меланхоліи лежитъ малокровіе, этимъ самымъ указывается способъ борьбы съ нею. Необходимо употребить всѣ средства къ улучшенію питанія. Для этого требуется хорошая и обильная пища и движеніе на свѣжемъ воздухѣ.

Большинство современныхъ психіатровъ стоитъ исключительно за нравственное леченіе душевныхъ больныхъ. Я совершенно съ ними несогласенъ. Разъ я ставлю то положеніе, что душа есть отправленіе нервной системы и душевная болѣзнь уклоненіе этихъ отправленій—я долженъ быть послѣдовательнымъ и употребить при леченіи всѣ средства, представляемыя современною наукою, для исправленія этихъ уклоненій. Поэтому, если хорошая пища и движеніе на воздухѣ не помогаютъ больному, я прибѣгаю къ фармацевтическому леченію. И во многихъ случаяхъ оно помогаетъ. Въ этомъ отношеніи съ большою пользою употребляются—желѣзо и рыбій жиръ. Есть больные, которые отлично поправляются при употребленіи желѣза и не могутъ переносить рыбьяго жира,—и есть больные, которые съ большою пользою принимаютъ рыбій жиръ и совершенно безъ пользы принимаютъ желѣзо. Хорошо переносится больными *Syr. ferri jodati*, а также желѣзо съ глицериномъ.

Я положительно убѣжденъ, что если не во всѣхъ, то въ очень многихъ случаяхъ малокровія при психозахъ играетъ нѣкоторую роль сама нервная система.

Поэтому для усиѣннѣйшаго питанія необходимо способствовать болѣе спокойному и правильному положенію ея. Въ этомъ отношеніи громадную услугу приносятъ теплыя ванны. Теплая ванна—это такая же принадлежность дома умалишенныхъ, какъ рубаха для человѣка. А между тѣмъ во многихъ домахъ умалишенныхъ у насъ въ Россіи ванна считается едва ли не роскошью. Теплая ванна даетъ покой и тихій пріятный сонъ. Душевный же покой и покойный сонъ даютъ апетитъ, порядочный апетитъ даетъ хорошее питаніе, хорошее питаніе способствуетъ выздоровленію.

Но я не всегда стоялъ бы за теплую ванну у пассивнаго меланхолика. Я пробовалъ во многихъ случаяхъ пассивной меланхоліи, особенно у молодыхъ лицъ, холодный душъ не болѣе  $\frac{1}{2}$ —1', съ послѣдовательнымъ крѣпкимъ вытираніемъ всего тѣла. Но душъ если и можно дѣлать, то только лишь съ послѣднимъ

условіемъ, такъ какъ только послѣ вытиранія больной чувствуетъ особенную какую-то теплоту по всему тѣлу и вообще покой и хорошее состояніе организма. Безъ вытиранія душъ приноситъ вредъ, такъ какъ еще больше способствуетъ приливу и внутреннему раздраженію. Я душъ допускалъ только тамъ, гдѣ или самъ могъ прослѣдить, или довѣрить вѣрному человѣку,—въ противномъ случаѣ лучше пользоваться теплою ванною.

При ступорозныхъ состояніяхъ проф. Ball <sup>1)</sup> рекомендуетъ горчичныя ванны, которыя дѣлаются такъ: 2—3 kilo горчицы кладется на большую ванну 28° и ванна длится 5—10',—при этомъ обязательно нужно защищать половыя части. Tigges <sup>2)</sup>, рекомендуетъ съ большимъ успѣхомъ особенно при *melancholia cum stupore* постоянный и индуктивный токъ на N. sympaticus, позвоночникъ, брюшную область и проч.

Болѣе положительныя данныя по этому вопросу мы находимъ у de-Wattevill'a <sup>3)</sup>, который постоянный токъ рекомендуетъ при состояніяхъ депрессіи, особенно въ свѣжихъ случаяхъ, а также и общую фарадизацію. Къ тѣмъ же результатамъ пришелъ и Engelskjön <sup>4)</sup>.

Часто хорошему апетиту мѣшаютъ запоры. За этимъ нужно тщательно слѣдить. Уже въ здоровой жизни запоры вызываютъ головную боль, давленіе, дурное расположеніе духа и проч. Въ меланхолии это и того хуже. Обязательно нужно очищать желудокъ. Будетъ ли лучше путемъ слабительнаго, или промывательнаго—это дѣло вкуса медика и обстановки. Я предпочитаю приемъ внутрь, въ виду отвлеченія на кишечный каналъ.

Часто больные отказываются отъ приема пищи. Нужно узнать основаніе отказа и соотвѣтственно тому принимать мѣры. Часто можно прибѣгать къ такимъ уловкамъ: оставлять пищу въ комнатѣ и уходить,—или же ставить ее на виду и уходить, больные, никѣмъ не надзираемые, сами тогда ѣдятъ. Въ случаѣ полного отказа приходится прибѣгать къ насильственному кормленію. Я избѣгаю кормленія зондомъ и считаю его небезопаснымъ. Еще менѣе одобряю насильственное разжиманіе челюстей. Лучше всего кормить по тому способу, какъ заливаютъ дѣтямъ лекарство. Для этого нужно имѣть четырехъ помощниковъ. Больного кладутъ въ постель. Одинъ помощникъ фиксируетъ голову,

<sup>1)</sup> Ball, Leçon sur les maladies mentales, F. II, pag. 274.

<sup>2)</sup> Tigges, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. XXXIX, H. 6.

<sup>3)</sup> de-Watteville, The Journal of mental Science, 1885, № 1.

<sup>4)</sup> Engelskjön, Archiv f. Psychiatrie, B. XVI, H. 1.



другой удерживаетъ грудь, третій ноги, четвертый стоитъ съ салфеткой, чтобы послѣ впрыскиванія пищи въ полость рта, зажать ротъ и носъ. Когда все готово, набираете въ спринцовку молока, или бульена съ виномъ или ромомъ и впрыскиваете за щеку. Жидкая пища чрезъ межзубной (за кореннымъ зубомъ) промежуткомъ вливается въ полость рта. Въ это время четвертый помощникъ зажимаетъ ротъ и носъ. Лишенный дыханія и возможности выбросить пищу, больной рефлекторно ее проглатываетъ. При умѣннй обращаться, способъ этотъ не представляетъ ничего ужаснаго и болѣе другихъ, по моему, примѣнимъ. Одно его неудобство—это пища можетъ забивать Стеноновъ протокъ и вызывать паротитъ. Во избѣжаніе этого нужно послѣ кормленія промывать ротъ чистою водою. Вода тоже проглатывается и тоже не безъ пользы.

Если отказъ отъ пищи происходитъ отъ каталептического состоянія, то кормленіе нужно производить или зондомъ, или же, при вливаніи въ полость рта пищи—пользоваться электрическимъ токомъ, ставя оба индуктивные электрода по бокамъ шеи, въ области глотки,—и при этомъ содѣйствиіи глотанье производится легко.

Въ присутствіи головныхъ болей, или давленія, или явленій значительнаго угнетенія, или раздражительности, я съ громадною пользою употреблялъ мушки. Это старинное и теперь почти всѣми покинутое средство,—но я считаю его весьма дѣйствительнымъ и рациональнымъ. Я его употреблялъ тысячи разъ и никогда не чувствовалъ раскаянія. Мушки дѣйствуютъ, уменьшая угнетенное состояніе, слѣдовательно, какъ нравственное отвлекающее, а вмѣстѣ съ тѣмъ и какъ отвлекающее отъ головного мозга избытка венозной крови и серозной жидкости. Очень часто больные, поступившіе съ полнымъ угнетеніемъ, уже послѣ одной мушки совершенно перерождаются.

Рядомъ съ этимъ можно употреблять внутрь измѣняющія и успокаивающія вещества, какъ: *Kali* и *Natrum iodat.*, *Natr. bromat.*, *aq. laurocer.*, *Digitalis.*, *Sol. arsenical.* *Fowler.*, *Tinct. Chin. compos.*,—а также отчасти ободряющія нервную систему, какъ: *Tinct. valerian.*, *Arnica* и проч.

Никогда не употребляю и, на основаніи собственнаго опыта, никоимъ образомъ не совѣтую употреблять опія и его алкалоидовъ: морфія, кодеина, папаверина и пр. Кромѣ вреда отъ этихъ средствъ я никогда ничего не видалъ. Никогда тоже не употребляю, за исключеніемъ *Delirii tremetis*, и *chloral-hydrat.* Я считаю и его вреднымъ средствомъ. При употребленіи

теплыхъ ваннъ, достаточнаго питанія, мушекъ и бромистаго натрія и при этихъ средствахъ я почти не знаю, что такое безсонница у моихъ больныхъ. Я очень радъ, что болѣе опытные европейскіе клиницисты также выводятъ изъ употребленія опійные препараты и ихъ алкалоиды. Такъ проф. Ball<sup>1)</sup> говоритъ: опійные и морфійные препараты должны быть изъяты при леченіи меланхолиі, не успокаивая нравственныхъ пертурбацій, они ихъ усиливаютъ.

Много рекомендуется всевозможныхъ средствъ противъ меланхолиі, но мнѣ кажется, что можно ограничиться и вышеупомянутыми. Существенно полезныхъ изъ остальныхъ мало, которыхъ можно было бы дать предпочтеніе.

Я положительно противъ свиданія съ родственниками до выздоровленія больныхъ, или по меньшей мѣрѣ до улучшенія болѣзни, а также и противъ переписки. Всякое такое свиданіе очень дурно отзывается на состояніи больныхъ, а потому лучше удерживаться отъ него.

Въ послѣднее время возникъ вопросъ о томъ, можно ли и нужно ли больныхъ связывать, привязывать, привинчивать и пр. Однимъ словомъ идетъ вопросъ о системѣ стѣсненія свободы—*Restraint* или нестѣсненія—*non-Restraint*. Я стою за полное нестѣсненіе больныхъ и не смотря на крайнюю тѣсноту нашего помѣщенія и происходящія отъ этого неудобства, мы давно уже горячешной рубашки не употребляемъ, а равно кресель и другихъ мѣръ стѣсненія.

Судебно-психиатрическое значеніе. Подъ вліяніемъ галлюцинацій, ошибочныхъ, ложныхъ и безумныхъ представленій, пассивные меланхолики нерѣдко совершаютъ преступленія. Такъ подъ вліяніемъ галлюцинацій слуха, приказывающихъ имъ искупить свою грѣховность разореніемъ враговъ, они поджигаютъ чужія зданія. Желая спасти для будущей жизни когонибудь изъ своихъ близкихъ, они совершаютъ убійства. Видя всюду преслѣдованія со стороны прокуратуры и жандармеріи, они невинно наносятъ имъ оскорбленія. Подозрѣвая въ близкихъ желаніе ихъ отравить, больные имъ мстятъ. Иногда видя враговъ въ женѣ, отцѣ, матери, дѣтяхъ и пр., они подстерегаютъ и, во время сна, убиваютъ ихъ. И все это дѣлается обдуманно, медленно, не спѣша, по заранѣе заготовленному плану. Пассивные меланхолики не скрываютъ

<sup>1)</sup> Ball, l. c. p. 235.



своей вины, не бѣгутъ отъ преступленія. Они считаютъ совершенно себя правыми и даже обязанными совершить то или другое преступленіе. Они вполне сознаютъ значеніе своего поступка, но только не считаютъ его за преступленіе при данныхъ условіяхъ. Если Господь Богъ приказалъ убить кого, то это не есть преступленіе, это воля Всевышняго и нѣтъ суда человѣческаго надъ ней. Въ другихъ случаяхъ они совершаютъ преступленіе сознательно потому, что не желаютъ жить, — но вмѣстѣ съ тѣмъ у нихъ не хватаетъ рѣшимости и убить себя. И вотъ они совершаютъ преступленіе и сами же объявляютъ о немъ, считывая, что они будутъ казнены по суду.

Естественно, что всѣ эти поступки будутъ ненормальны и потому невмѣняемы. Они совершаются при ненормальныхъ условіяхъ существованія душевной жизни и потому не могутъ быть подведены не только подъ общую отвѣтственность, но и ни подъ какую.

Но такъ какъ вмѣстѣ съ тѣмъ они опасные члены общества, то и нетерпимы въ немъ. Въ силу этого они обязательно должны быть помѣщаемы въ лечебницы для душевныхъ больныхъ.

Интересенъ механизмъ совершенія преступленія пассивнаго меланхолика. Преступленіе такого больного есть строго обдуманнѣйшій и логическій поступокъ. Прежде совершенія его, больной разберетъ всѣ обстоятельства и случайности, взвѣситъ все за и противъ, назначить время, мѣсто и орудіе и совершаетъ преступленіе уже навѣрняка. Слѣдовательно, это преступленіе есть предумышленное и строго обдуманное. Это есть актъ строгой логики и строгаго длительного мышленія; но вмѣстѣ съ тѣмъ мышленія больного, имѣющаго въ основѣ своей ложныя послышки и ложныя поводы. Совершивши свое преступленіе, пассивные меланхолики мало измѣняются въ своемъ поведеніи. Бываютъ случаи, что они даже довольны; но бываютъ случаи, что этотъ новый поступокъ еще болѣе угнетаетъ ихъ и способствуетъ еще болѣе подавленности.

Въ преступленіи пассивнаго меланхолика характерно то, что при этомъ обнаруживается полное отсутствіе эгоизма и какого бы то ни было личнаго интереса.

Онъ совершаетъ преступленіе ради самаго преступленія. У пассивнаго меланхолика нѣтъ какой либо цѣли въ будущемъ, цѣли личной. Цѣль его есть само преступленіе. Иногда послѣ преступленія получается дѣйствительное облегченіе болѣзни, ремиссія; но за тѣмъ съ усиленіемъ болѣзненного процесса, само преступленіе перѣдко служитъ исходнымъ пунктомъ бреда.

Преступленія пассивныхъ меланхоликовъ совершаются въ большинствѣ случаевъ подъ вліяніемъ трехъ факторовъ: во 1-хъ галлюцинацій чувствъ, — во 2-хъ нарушенія самочувствія — приступовъ тоски, страха и пр., — и 3-хъ безумныхъ и насильственныхъ представлений. Второй изъ этихъ факторовъ при пассивной меланхоліи встрѣчается рѣдко и болѣе часто при активной меланхоліи.

---