

2218.

18



NOBILITATE

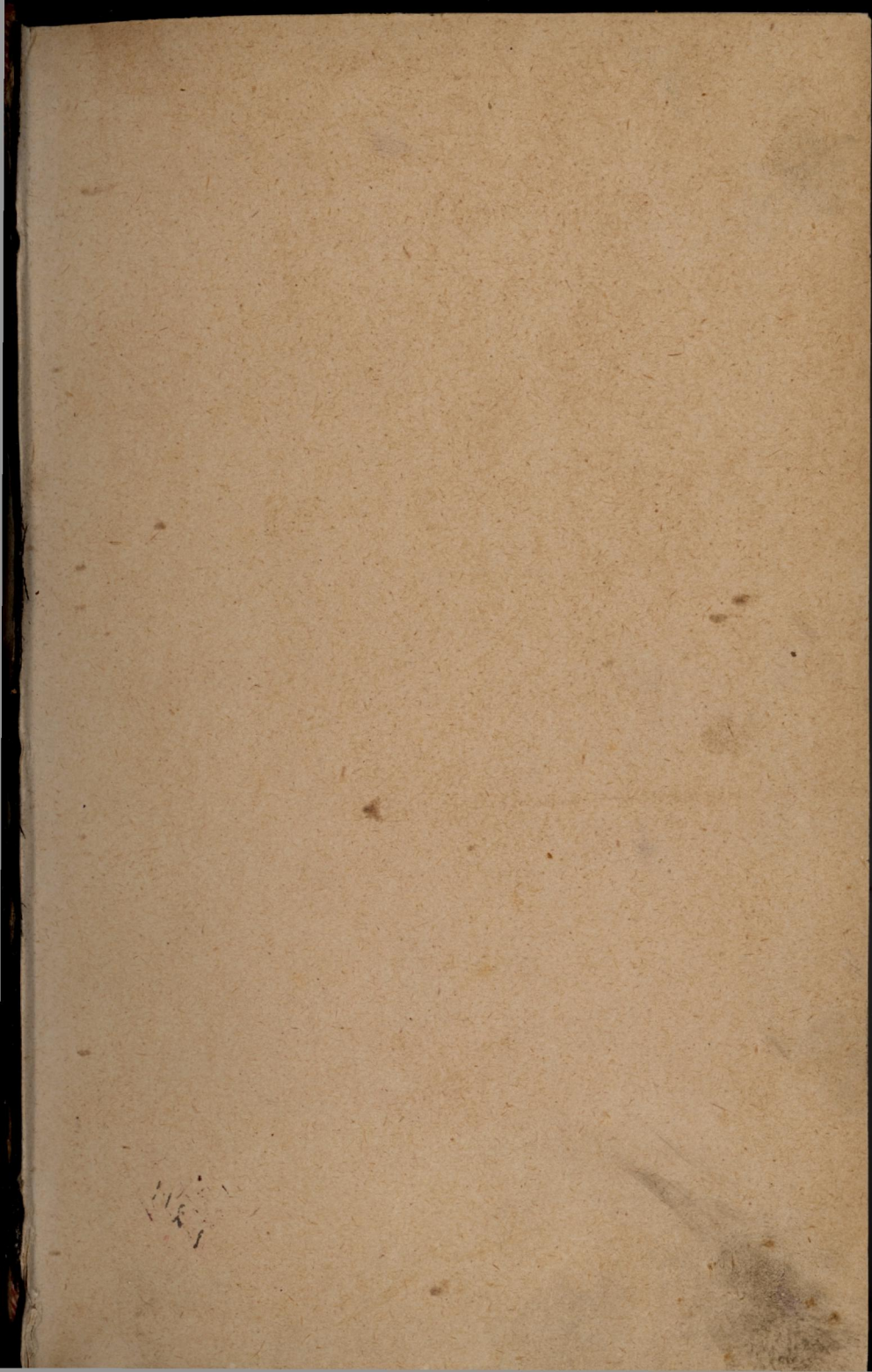
2218

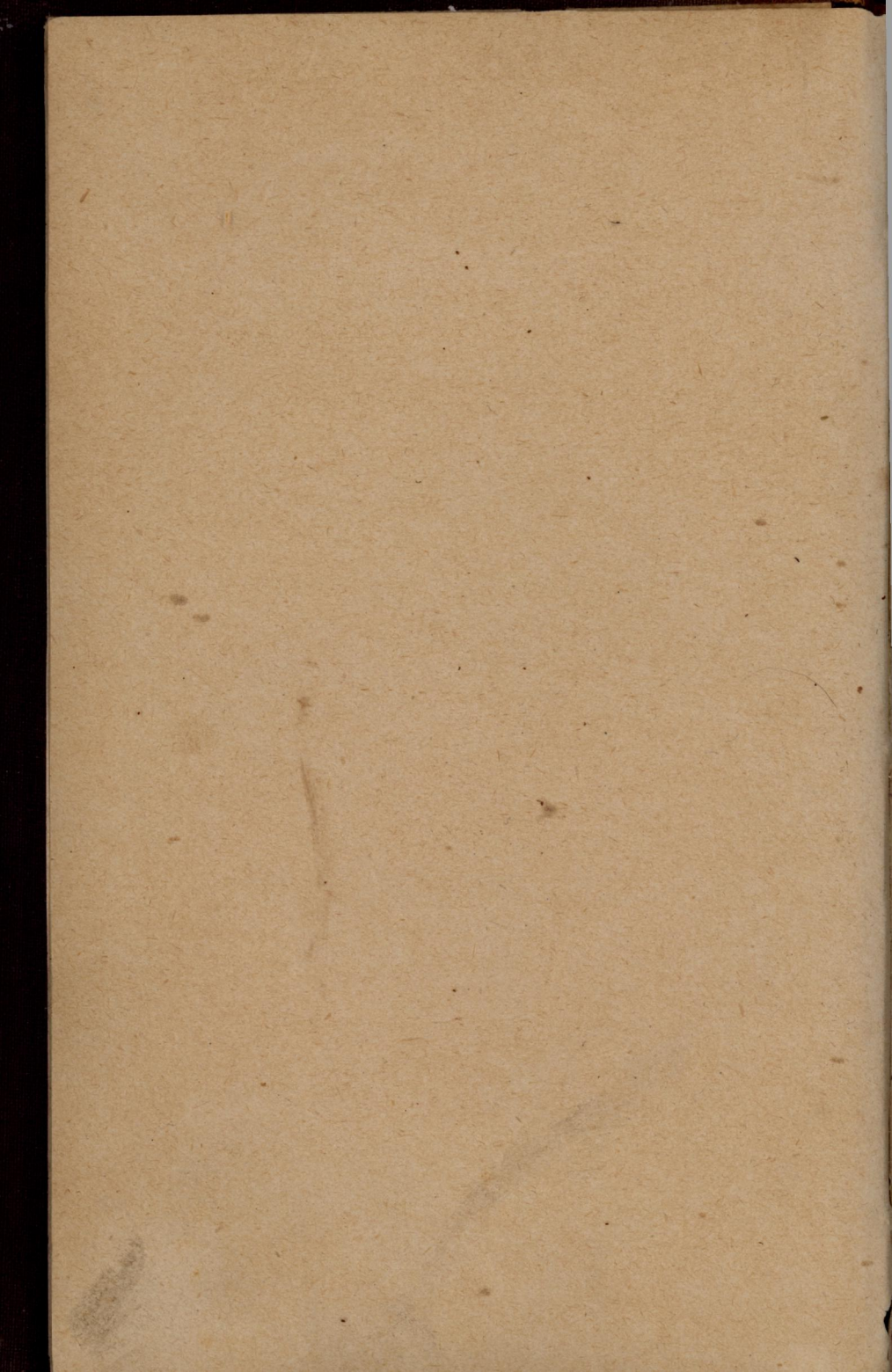
EXCELSITATE

2218

08







ПСИХІАТРІЯ.

Печатается по опредѣленію медицинскаго факультета Император-
скаго Харьковскаго университета.

19 Февраля, 1890 г.

Деканъ проф. П. И. Ковалевскій.

ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА
БІБЛІОТЕКА

ПСИХІАТРІЯ.

Курсъ, читанный въ 1890 г. въ Харьковскомъ университетѣ.

Проф. П. И. Ковалевскій.



~~№ 2218~~
~~19-⁵/₁₁-37 p.~~

Издание 4-е, дополненное и передѣланное.
1890.

Проверено
КНБ 1890

58 952 99

ОТДѢЛЬНЫЯ СОЧИНЕНІЯ ТОГО-ЖЕ АВТОРА:

Леченіе первичныхъ и душевныхъ болѣзней, 2 изд. 1889.

Эпилепсія, 1889.

Хорея и хореическое сумашествіе, 1890.

Пьянство, его причины и леченіе, изд. 2, 1889.

Положеніе душевно-больныхъ въ Россійской Имперіи, 1888.

Основы механизма душевной дѣятельности, изд. 2-е, 1887.

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

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

Первичное помѣшательство. Для медиковъ и юристовъ. 1881.

Насильственныя явленія. Клиническія лекціи. 1880.

Руководство къ правильному уходу за душевно-больными. Для родственниковъ и окружающихъ. Изд. 2, 1880.

Измѣненіе чувствительности кожи у меланхоликовъ. 1877.

Изслѣдованіе кожныхъ чувствъ. 1879.

Оглавление.

	Стран.
Введеніе	
Отдѣлъ первый. Первичные психозы	1
Меланхолія	2
Пассивная меланхолія	3
Ипохондрія	39
Активная меланхолія	44
Dysthemia neuralgica	53
Манія	55
Періодическіе и циркулирующіе психозы	79
Слабоуміе	90
Dementia primaria	91
Dementia primaria acuta s. stupor	91
Dementia chronica. Dementia senilis	100
Слабоуміе послѣ инфекціонныхъ болѣзней	109
Слабоуміе послѣ кровоизліаній	110
Слабоуміе при новообразованіяхъ мозга	120
Вторичное слабоуміе. Меланхолическое	122
Маниакальное слабоуміе	127
Отдѣлъ второй. Психозы вырожденія	146
Иліотія	147
Иліотизмъ	149
Кретинизмъ	155
Пахидермическій или микседематозный иліотизмъ	158
Тупоуміе	160
Нравственное помѣшательство	163
Нейрастенія и ея производныя	181
Насильственные явленія. Патолофія	192
Насильственные представленія	197
Параноя	203
Острая параноя	204
Хроническая параноя. Галлюцинаторная параноя	208
Наслѣдственная параноя	227
Ипохондрическая параноя	230
Эротическая параноя	234
Импульсивная параноя	240

II

	Стран.
Графоманія	246
Истерическое помѣшательство	262
Индукцированное помѣшательство	278
Хорея и душевныя разстройства	289
Базедова болѣзнь и помѣшательство	314
Сумашествіе (amentia)	317
Amentia acutissima s. delirium acutum	318
Amentia acuta	324
Amentia chronica. Кататонія. Гебефренія	335
Эпилепсія и эпилептическое сумашествіе	344
Третій отдѣлъ. Прогрессивный параличъ	383
Pseudo-paralysis luetica	407
Четвертый отдѣлъ. Интоксикаціонные психозы. Алкоголизмъ	414
Опьяненіе	415
Delirium tremens	418
Automatismus	420
Dypsomania	422
Pseudo-paralysis alcoholica	426

ВВЕДЕНІЕ.

Не подлежит сомнію, что самую прочною классификаціей того или другого отдѣла спеціальной патологіи будетъ та, которая основывается на прочныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ. Къ сожалѣнію, психіатрія до сихъ поръ по отношенію къ патолого-анатомическимъ даннымъ не настолько еще установилась, чтобы могла создать себѣ надлежащую классификацію; почему для построения таковой классификаціи приходится руководствоваться иными данными: клинической картиной болѣзни, этиологическими данными и проч. По этой то причинѣ въ психіатріи почти столько же классификацій, сколько существуетъ руководствъ по этому предмету. Разница эта во многомъ обусловливается цѣлю, которою руководствуется тотъ или другой авторъ классификаціи.

Для статистическихъ цѣлей еще недавно международный конгрессъ въ Парижѣ, принялъ классификацію Dr Morel'я ¹⁾, которая состоитъ въ слѣдующемъ:

1. Манія и острый бредъ.
2. Меланхолія и острая деменція.
3. Періодическое и циркулирующее сумашествіе.
4. Прогрессивное систематическое сумашествіе.
5. Везаническая деменція.
6. Деменція органическая и старческая.
7. Общій параличъ.
8. Нейрастеническое сумашествіе (истерическое, эпилептическое, ипохондрическое и проч.).
9. Токсическое сумашествіе.
10. Нравственное и импульсивное сумашествіе.
11. Идіотія и проч.

Вполнѣ пригодная для статистическихъ данныхъ, эта классификація является недостаточною для клиническаго изложенія, почему мы, при изложеніи своего курса, придерживались слѣдующей классификаціи, имѣющей въ основѣ своей результаты клиническихъ наблюденій и изслѣдованій и данныя анатомо-физиологическія; съ этой точки зрѣнія мы дѣлимъ всѣ психозы на четыре большіе отдѣла: I, психозы первичные, являющіеся на почвѣ наследственно неповрежденной; II, психозы вырожденія, являющіеся на наследственной почвѣ; III, психозы, имѣющіе въ основѣ своей органи-

¹⁾ Morel, *Bullet. de la Societ. de med. ment. Belgiq.* 1889, 54.

ческія измѣненія центральной нервной системы, и IV, интоксикаціонные психозы. Болѣе подробное подраздѣленіе на разновидности представляет нижеслѣдующая таблица:

I. Первичные психозы.	{	Melancholia {	passiva activa	{	Циркулирующее сумашествіе.
		Mania {	tranquilla furribunda		
	{	Dementia {	primaria {	acuta s. stupor chronica {	senilis post thyph. post hemorrhag.
			secundaria {	post melanchol. post maniam.	
II. Психозы вырожденія.	{	Idiotia {	Idiotismus {	idiotismus kretinismus. idiotismus pachidermicus.	
			Imbecillitas Moral insanity.		
	{	Neurasthenia {	Pathophobia -- Folie du doute.		
			Zwangsvorstellungen {	Paranoja {	hallucinatoria hypochondrica hereditaria graphomania sexualis.
			Hysteria {	paranoja hysterica Folia a deux.	
			Chorea и хореическое помѣшательство Бозедова болѣзнь и помѣшательство.		
			Amentia {	acutissima s. delirium acutum acuta chronica (katatonіa, hebephrenia).	
			Epilepsia {	somatica psychica.	
III. Органическія патологическія измѣненія	{		paralysis progressiva.		
IV. Интоксикаціонные психозы.	{	Syphilis {	общій ходъ pseudo—paralysis.		
			Alcoholismus {	acutus s. ebrietas delirium tremens automatismus dypsomania. alcoh. chronicus.	

ОТДѢЛЪ I.

Первичные психозы.

Первичные психозы характеризуются тѣмъ, что они обыкновенно развиваются на почвѣ наследственно неистощенной. Эти психозы въ большинствѣ являются у людей, имѣющихъ отъ природы мозги мощные и заболѣвающихъ подъ вліяніемъ жизненныхъ неблагопріятныхъ условій. Тщательно разсматривая эту группу психозовъ, мы находимъ, что въ основѣ ихъ, съ клинической точки зрѣнія, лежитъстройство самочувствія, на которомъ уже, какъ на основномъ фонѣ, являются другія уклоненія душевной дѣятельности: органовъ чувствъ, мыслительной области и области движенія; съ анатомо-фізіологической же точки зрѣнія они характеризуются расстройствами кровообращенія въ области черепа и питанія центральной нервной системы.

Изъ ученія общей психопатологіи мы знаемъ, что уклоненія въ области самочувствія, главнымъ образомъ, дѣлятся на двѣ формы: въ однихъ случаяхъ самочувствіе бываетъ слишкомъ непріятное, подавленное или, какъ говорятъ, представляетъ отрицательное состояніе настроенія духа,—въ другихъ случаяхъ оно, напротивъ, повышенное, веселое или, какъ говорятъ, положительное состояніе.

Соотвѣтственно этимъ двумъ состояніямъ въ уклоненіи самочувствія и первичные психозы дѣлятся на двѣ большія подгруппы: въ основѣ одной подгруппы лежитъ отрицательное, непріятное состояніе самочувствія—это будутъ *меланхоліи*,—въ основѣ другой подгруппы лежитъ веселое, пріятное состояніе самочувствія—это будутъ *маніи*. Къ этой же группѣ первичныхъ психозовъ мы относимъ и явленія *слабоумія* (*dementia*) на томъ основаніи, что одни случаи этого заболѣванія могутъ наступать первично, подъ вліяніемъ психической и физической травмы и проч.,—другіе же если являются и вторично, то въ огромномъ большинствѣ какъ исходное состояніе изъ меланхоліи и маніи. Вотъ почему кромѣ меланхоліи и маніи мы въ первомъ отдѣлѣ помѣщаемъ и слабоуміе.



Меланхолія.

Слово *меланхолія* состоитъ изъ двухъ греческихъ словъ *μελας*—черный и *χολος* желчь; повидимому меланхолической группѣ больныхъ это названіе дано вслѣдствіе весьма часто наблюдаемой ціанотической окраски лица и покрововъ ихъ тѣла. Болѣзнь эта извѣстна была еще въ весьма отдаленныя времена. Такъ, царь Саулъ страдалъ очень сильными приступами меланхолической тоски, подѣ влияніемъ которой онъ неоднократно покушался на убійство. Гиппократу¹⁾ эта болѣзнь была извѣстна очень хорошо и онъ опредѣляетъ ее какъ проявленіе сочетанія страха и печали. Всѣ дальнѣйшія опредѣленія меланхоліи, даже до позднѣйшихъ дней, мало чѣмъ отличаются отъ гиппократовскаго опредѣленія. По нашему мнѣнію, *меланхолія* есть нутритивное страданіе головного мозга, въ основѣ клинической картины котораго лежитъ болѣзненно повышенное, страдальческое настроеніе духа, или, по Mendel'ю²⁾, съ точки зрѣнія нейропатологовъ, «меланхолія есть нейралгія сѣраго вещества головного мозга». Анализируя различныя формы проявленій непріятнаго состоянія самочувствія, даже въ нормальной жизни, мы замѣчаемъ, что въ однихъ случаяхъ оно выражается въ видѣ грусти, печали, апатіи, гнета и проч.,—въ другихъ случаяхъ—въ видѣ раздражительности, досады, тоски, гнѣва и проч. Эти двѣ разновидности непріятнаго настроенія духа неодинаково отражаются на мыслительной и двигательной области душевной жизни человѣка и заставляютъ дѣлать подгруппу психозовъ, въ основѣ которой лежитъ отрицательное состояніе самочувствія, на два вида: *пассивную меланхолію* и *активную меланхолію*. Въ основѣ пассивной меланхоліи лежитъ подавленное состояніе непріятнаго самочувствія,—въ основѣ активной меланхоліи лежитъ состояніе непріятнаго возбужденія и раздражительности.

¹⁾ Гиппократ, Aphorism., VI, 23.

²⁾ Mendel, Melancholie, Real-Encyclopedie, 1888.

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 эта 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 теченіе дня это состояніе мало-по-малу проходитъ и къ вечеру больной чувствуетъ себя сносно и даже удивляется своему утреннему состоянію. Но новое утро приноситъ новую печаль, сильнѣе прежней. Съ каждымъ днемъ это дурное расположеніе становится интензивнѣе и длителнѣе, 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, существуетъ по прежнему, только онъ одинъ расшатанъ, разбитъ, угнетенъ, уничтоженъ. Больной теряетъ всякій интересъ къ жизни: все ему противно, все отвратительно, все надоѣло. Съ другой стороны, самая бездѣятельность для него тоже невыносима и она еще болѣе усиливаетъ мрачное настроеніе духа.

Отношеніе къ близкимъ лицамъ рѣзко перемѣняется. Все прежде близкое, дорогое—теперь противно и раздражаетъ. Семья, жена, дѣти,—всѣ эти лица почему-то наиболѣе раздражаютъ больного, наиболѣе какъ бы ему ненавистны. Но еще хуже то, что въ этомъ отношеніи больной находится въ какомъ-то двойственномъ положеніи: съ одной стороны, своимъ присутствіемъ семья его раздражаетъ и отталкиваетъ,

а съ другой—является сознаніе всей ненормальности даннаго отношенія и это еще болѣе угнетаетъ больного.

Иногда эти больные пытаются заглушить свое безотрадное положеніе дѣлами, но и дѣло у нихъ не идетъ: чувствуется какая-то немощь, усталость и неспособность къ дѣятельности. Другой разъ, по совѣту малосвѣдущихъ людей, или же по собственной инициативѣ, больные 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 вызываетъ ни то удивленіе, ни то впечатлѣніе чего то страннаго и ужаснаго.

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 та же 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 у больного легко развивается бредъ грѣховности, преступности, паденія, разложенія организма и т. д.

Естественно, что этотъ бредъ отчужденности и одиночества—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 изъ близкихъ и обратится къ больному съ участіемъ и сердечностью, то это также не успокаиваетъ больного, а еще болѣе растравляетъ его душевныя страданія. Прежнія радости ему не радостны, прежнее веселье ему не весело. Напротивъ, радости усиливаютъ печаль и производятъ боль, веселье усиливаетъ грусть и отчаяніе.

При сознаніи своей внутренней несостоятельности, у больных 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, сознанія 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, ужаснаго и вмѣстѣ съ тѣмъ для него неизвѣстнаго... Развиваются приступы страха, отчаянія и ужаса. Еще хуже то, что 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.

Таково внутреннее содержаніе самочувствія меланхолика въ асте болѣзни. Человѣку здоровому всю силу этой муки и этого страданія невозможно представить и приблизительно.

Въ началѣ заболѣванія больной сознаетъ всю ненормальность своего измѣненнаго настроенія духа,—ищетъ тому причину, старается найти средства избавиться отъ него; но затѣмъ мало-по-малу онъ погружается въ это состояніе,—находитъ объясненіе ему въ обстоятельствахъ своей жизни самыхъ ничтожныхъ и не имѣющихъ ничего общаго съ его теперешнимъ состояніемъ. Больной погружается въ переживание этого своего прошлаго. 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 какъ бы болѣе онъ становится самодовольственнымъ и покойнымъ... Сплошь и рядомъ можно наблюдать, что меланхолики въ такомъ состояніи не ограничиваются нравственными или чисто душевными страданіями, а ищутъ помощи въ физическихъ самоистязаніяхъ. Отсюда цѣлый рядъ различныхъ членовредительствъ: больные распарываютъ 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 происхожденіе зла, какъ половые органы, языкъ, руки и проч.

Состояніе органовъ чувствъ. Въ области органовъ чувствъ почти всегда, и притомъ довольно рано, наступаютъ значительныя измѣненія. Измѣненія эти бывають двойки: количественныя и качественные. 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 физиологическая 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 *функциональная*, вслѣдствіе отвлеченія вниманія на самого себя,—а затѣмъ, при дальнѣйшемъ теченіи процесса, съ одной стороны отъ недостаточнаго питанія клѣточныхъ элементовъ, а съ другой стороны въ силу венознаго и отекаго давленія на эти элементы, анестезія эта становится *органическою*. И дѣйствительно, мои ¹⁾ изслѣдованія кожныхъ чувствъ у меланхоликовъ показали, что чувства мѣста, давленія, температурное, электрокожное и болевое въ началѣ болѣзни бывають мало ослаблены. При усиленіи болѣзни анестезія эта усиливается и становится органическою, въ асте болѣзни она достигаетъ наибольшей напряженности, а затѣмъ, 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 больные въ это время испытывали какую бы то ни было боль. Такъ *Rochoux* приводитъ случай изъ Бисетра, гдѣ больной, оставшии 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 при этомъ

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Измѣненія чувствительности кожи у меланхоликовъ. 1877 г.

не испытывалъ никакихъ мученій. *Michéa* ¹⁾ приводитъ нѣсколько примѣровъ, гдѣ меланхолики безъ боли увѣчили себя. У *Винслова* ²⁾ 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 представленій сплошь и рядомъ обусловливается образующимися ощущеніями. Отсюда естественно вытекаетъ, что подобные дефекты въ чувствительной области меланхолика не могутъ не повліять на образованіе ложныхъ идей. И дѣйствительно, слѣдствіемъ ихъ является 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 аналгіи верхнихъ конечностей у больного, на основаніи которыхъ у него образовался бредъ превращенія его рукъ въ золотыя руки.

На этихъ аномаліяхъ, повидимому, зиждется ощущеніе 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». Точно также удачно выразился больной *Тризингера* ³⁾: «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 ограниченія воспріятій зрительныхъ, слуховыхъ и проч. впечатлѣній,—при чемъ больной можетъ реагировать только лишь на раздраженія, стоящія выше нормы.

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

На воспріятіяхъ нашихъ органовъ чувствъ зиждется наши знанія о внѣшнемъ мірѣ. Въ нашемъ представленіи весь міръ является не такимъ, каковъ онъ есть въ дѣйствительности, а такимъ, какимъ его представляютъ наши органы

¹⁾ *Michéa*, Gas. hebdomadaire, 1856.

²⁾ *Винсловъ*, Болѣзни мозга и души, 1870.

³⁾ *Тризингеръ*, Душевные болѣзни.

чувствъ. Отсюда естественно слѣдуетъ, что всякія неpravильности въ нашихъ органахъ чувствъ непремѣнно будутъ отражаться на нашемъ міросозерцаніи и на нашихъ свѣдѣніяхъ о мірѣ. Если такія ошибки будутъ существовать съ начала пріобрѣтенія нашихъ знаній, съ дѣтства, 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 впослѣдствіи органы чувствъ передаютъ его сознанию не тѣ образы, не тѣ ощущенія. У человѣка невольно является мысль—или я измѣнился, или міръ измѣнился....

То же состояніе наступаетъ и у меланхолика. Отчасти на основаніи анестезіи органовъ чувствъ, отчасти вслѣдствіи ослабленія 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 отгвнокъ. Иногда даже бываетъ полное извращеніе ощущеній. Такъ, больной видитъ дерево, а принимаетъ его за человѣка, скрипъ двери принимаетъ за поражающій его небесный громъ,—въ пищу ощущаетъ ядъ,—въ воздухѣ особые запахи,—по кожѣ электричество, mesmerизмъ и проч. Такимъ образомъ, у больного является разладъ между представленіями его опыта, между слѣдами отъ прежде бывшихъ ощущеній и являющимися въ данный моментъ. Поэтому неудивительно, если весь міръ для него сталъ какой-то иной, чѣмъ прежде. Больная *Тризингера* ¹⁾ выразилась такъ: «Мнѣ кажется, что все вокругъ меня осталось какъ было прежде, однако должно было бы и измѣниться; оно представляетъ еще свои прежнія формы, *однако, все таки со всѣмъ этимъ произошла большая перелѣна.*»

Естественно, что ошибочныя ощущенія, иллюзіи, дадутъ ошибочныя представленія и лучшимъ тому доказательствомъ служитъ примѣръ *Гризингера*: «одна молодая женщина, страдавшая меланхоліей, увидѣла въ зеркалѣ свиную голову и, начиная съ того времени, думала очень долго, что превратилась въ то же животное». Присутствіе иллюзій у меланхоликовъ—явленіе далеко не обязательное. Онѣ могутъ быть, могутъ и не быть. Если и бываютъ, то часто стусе вы-

¹⁾ *Гризингеръ, Душевные болѣзни, 1867.*

ваются присутствующими рядомъ съ этимъ галлюцинаціями, почему и просматриваются наблюдателями. Недавно мнѣ пришлось наблюдать одного студента меланхолика, у котораго по временамъ наступало такое слуховое явленіе: во всѣхъ слышимыхъ имъ звукахъ онъ различалъ голоса и слова, которые его порицали, дѣлали намеки, отгадывали мысли и проч.

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, обонятельныя и общаго чувства.

Больные слышатъ голоса, ихъ порицающіе, укоряющіе, напоминающіе 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 *анестезію* и соотвѣтственно тому ограниченіе количества ощущеній въ данную единицу времени,—*иллюзію*—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 занятъ 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 анестезіи всѣхъ органовъ чувствъ.

Мы знаемъ, что единицею мыслительной дѣятельности служить *представленіе*. Количество ихъ въ данную единицу времени обуславливается, съ одной стороны, количествомъ воспринимаемыхъ въ данную единицу времени ощущений, а съ другой стороны—количествомъ воспроизводимыхъ и ассоціируемыхъ представлений по слѣдамъ прежде бывшихъ ощущений или по памяти.

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

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

Въ виду такого уменьшеннаго образованія представлений, а также ограниченнаго возникновенія ихъ въ сознаніи, *ходъ представлений* пассивнаго меланхолика *замедленъ* и въ крайнихъ случаяхъ болѣзни доходитъ до фиксаціи на одной группѣ представлений и даже на одномъ—двухъ представленіяхъ. Исслѣдованія *Obersteiner'a* ¹⁾, *Buccola* ²⁾ и др. показали, что время реакціи элементарныхъ психическихъ процессовъ при психическихъ угнетеніяхъ, какъ пассивная меланхолія, значительно увеличено противъ нормы; а также замедлено и время чувственной и двигательной проводимости. Исслѣдованія психо-

¹⁾ *Obersteiner*, Virchow's Archiv, B. LIX, H. 3 и 4.

²⁾ *Buccola*, Riv. sperim. di freniatr. 1881.

физической реакціи меланхоликовъ *Игнатова* ¹⁾, произведенныя въ нашей клиникѣ, привели его къ тому выводу, что психофизическая реакція пассивныхъ меланхоликовъ устойчиво понижена, но не въ слишкомъ рѣзкой степени, что, вѣроятно, зависѣло отъ того, что случаи *Игнатова* были довольно легкіе.

Ассоціація представлений у пассивныхъ меланхоликовъ также *нарушается*. Ассоциируются только *представленія съ печальнымъ и грустнымъ содержаніемъ* и выводятся изъ цѣпи ассоціацій тѣ представленія, которыя имѣютъ своимъ содержаніемъ что-нибудь веселое и пріятное. Съ этой точки зрѣнія нарушение ассоціаціи и ведетъ къ уменьшенію количества представлений.

Такое количественное состояніе представлений и измѣненіе ассоціаціи ихъ способствуетъ образованію *насильственныхъ представлений*, а также *фиксированныхъ идей* и вообще ограниченію мыслительной дѣятельности только въ области представлений съ печальнымъ и грустнымъ содержаніемъ. Иногда образованію насильственныхъ и безумныхъ представлений способствуютъ чисто случайныя явленія.

Качество представлений будетъ также измѣнено. Являются *представленія неясныя, неточныя, сбивчивыя*, вслѣдствіе неясности и не точности ощущеній, основанныхъ на анестезированныхъ органахъ чувствъ. Далѣе, являются *завѣдомо извращенныя и ошибочныя представленія*, основанныя на иллюзіяхъ. Говоря о неясности и неотчетливости представлений, мы имѣли въ виду представленія, образующіяся на основаніи новыхъ ощущеній. Вовсе въ иномъ состояніи находятся представленія, интересующія больного. При недостаточности другихъ представлений, болѣзненно фиксированныя представленія выражаются съ особенною яркостью, отчетливостью и рельефностью. Они главная суть и главный фокусъ ихъ душевной жизни.

Далѣе, при неполной и односторонней ассоціаціи представлений, естественнымъ слѣдствіемъ 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 погру-

¹⁾ *Игнатовъ*, Архивъ психіатріи, 1890, т. XVI

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

Содержаніе болѣзненныхъ представленій пассивнаго меланхолика гармонизируетъ съ фономъ его душевнаго настроенія. Весьма важно знать, что меланхолическій бредъ никогда не является у больного первично и въ началѣ болѣзни. Обыкновенно онъ является уже тогда, когда измѣненія въ настроеніи духа достигли значительной напряженности и развивается изъ стремленія больного выяснить себѣ причину. По мнѣнію Seglas ¹⁾, бредъ меланхолика тяжкій и грустный, вслѣдствіе его грустнаго настроенія,—онъ однообразенъ, вслѣдствіе сосредоточенности всей нравственной жизни больного на одномъ чувствѣ горя и тоски; далѣе, этотъ бредъ носитъ отпечатокъ смиренія и покорности, вслѣдствіе ложнаго ощущенія своей виновности и грѣховности. Бредъ меланхолика центрифугаленъ, т. е. центромъ и главнымъ дѣйствующимъ лицомъ бреда служитъ самъ больной, считающій себя причиной безконечныхъ страданій и опасности для всѣхъ своихъ близкихъ,—не обвиняя никого въ своихъ страданіяхъ, онъ, напротивъ, считаетъ себя виновникомъ чужихъ бѣдъ; наконецъ, бредъ меланхолика всегда носитъ черту ожиданія, какъ проявленія тоски и страха «вотъ, что-то случится!» Затѣмъ нерѣдко въ бредѣ меланхолика замѣчается черта возвращенія къ прошлому: въ виду частаго отсутствія въ данный моментъ жизни меланхолика поступка, которому больной могъ-бы приписать достаточно грѣховности, чтобы за нее платиться такимъ тяжкимъ нравственнымъ состояніемъ, больной вспоминаетъ тотъ или другой проступокъ, совершенный имъ въ дѣтствѣ или юношествѣ, преувеличиваетъ его и терзается имъ. Вышеназванныя главные черты бреда меланхолика проявляются также и во внѣшности больного, въ его галлюцинаціяхъ и въ ложныхъ ощущеніяхъ. Больной имѣетъ страдальческій, покорный и испуганный видъ; галлюцинаціи специальныхъ чувствъ тяжки и центрифугальны. Ложныя ощущенія проявляются въ жалобахъ на разрушеніе или полное отсутствіе тѣхъ или другихъ органовъ собственного тѣла.

Проф. Meynert ²⁾, какъ на характерную черту меланхолическаго бреда, указываетъ на *самоуниженіе* и *самоуменьшеніе* (Kleinheit). Испытывая крайне тягостное чувство грусти и

¹⁾ Seglas, Le Progrès medical, 1889, № 46.

²⁾ Prof. Meynert, Психіатрія, т. I.

печали, больные стараются найти оправданіе этому состоянію въ обстоятельствахъ своей прежней жизни. И вотъ они отыскивають что-нибудь давно забытое, давно искупленное. Это то и есть причина ихъ несчастія и ихъ бѣды. Это Божье наказаніе тяготѣтъ надъ ними. Это проклятѣ людское. «Я нераскаянный грѣшникъ. Я отвергнутый Богомъ и людьми человѣкъ. Я недостойнъ образа Божія, я послѣдній изъ людей. Я ничего не дѣлаю, а потому не достоинъ и того хлѣба, которымъ кормлюсь (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 не рѣдко принимаютъ на себя чужое преступленіе и взводятъ самообвиненіе. Подобныя же самообвиненія могутъ быть и плодомъ собственныхъ иллюзій и галлюцинацій (А. А. Говсѣвъ ¹⁾). 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 явленія чаще обнаруживаются при активной меланхоліи; при пассивной же меланхоліи самоубійства, убійства, поджоги и проч. совершаются самымъ обдуманнѣмъ и хладнокровнѣмъ образомъ и притомъ убійства самыя ужасныя, самыя звѣрскія. Такъ въ случаѣ Tamburini ²⁾ несчастная мать, подъ вліяніемъ болѣзненныхъ идей о грѣховности и обнищанія, самымъ хладнокровнѣмъ образомъ убила трехъ своихъ дѣтей. Мнѣ извѣстенъ такой случай въ одной изъ южныхъ губерній: Больной имѣлъ 4-хъ маленькихъ дѣтей. Въ силу различныхъ ассоціацій о грѣховности, у него явилась безумная идея спасти своихъ дѣтей отъ нравственной гибели и вѣчнаго огня. Въ одинъ изъ праздниковъ онъ ихъ ведетъ въ церковь, пріобщаетъ, приводитъ домой и, не давши имъ поѣсть,—перерѣзалъ имъ всѣмъ горло. Явилось четыре новыхъ ангела. Онъ радъ, доволенъ и считалъ себя совершенно правымъ. Самъ Иисусъ Христосъ приказалъ ему это дѣлать и нѣтъ на это суда человѣческаго. Иногда подъ вліяніемъ бреда грѣховности они

¹⁾ *А. А. Говсѣвъ*, Архивъ психіатріи и пр., 1884, т. IV, кн. 2.

²⁾ *Tamburini*, Rivista sperimentale di freniatria, An. VII, F. 2.

прибѣгаютъ къ самоистязаніямъ, такъ: сжигаютъ руку, обвиняемую ими въ воровствѣ, выкалываютъ глаза и проч.

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

Такимъ образомъ, въ области мыслительной дѣятельности пассивныхъ меланхоликовъ замѣчается ограниченіе количества представленій, измѣненіе хода и ассоціацій, 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. Человѣкъ до болѣзни скуповатый—теперь все раздаетъ; прежде щедрый и добрый—теперь, подъ вліяніемъ идеи, что онъ разорился и обнищалъ, становится скупымъ; прежде религіозно-индифферентный—теперь постоянно молится и налагаетъ на себя эпитеміи. 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 крайне медленныя. Дѣло не подвигается. Онъ бросаетъ всѣхъ и все, забывается куда нибудь въ уголокъ и здѣсь сидитъ или стоитъ цѣлыми часами, днями и недѣлями. 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 каталепсін. 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; при *melanch. attonita* выраженіе лица больного не носитъ на себѣ никакого эмоціональнаго отпечатка и лице представляется въ видѣ маски (*проф. Сикорскій* ¹⁾). 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

¹⁾ *Проф. Сикорскій*, Труды перваго Съѣзда Русскихъ Психіатровъ, 1887, ст. 932.

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 закисши, 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, шершавыя. 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, тѣмъ и 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. *Musso* ¹⁾ изслѣдовалъ графически дыханіе меланхоликовъ, при чемъ нашелъ, что у меланхоликовъ съ тоской и подавленностью — оно замедлено, экспирація превалируетъ предъ инспираціей — замедленный обмѣнъ газовъ въ легкихъ. 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* ²⁾). Новѣйшія однако изслѣдованія, болѣе точныя, *Cougnat* и *Lombroso* ³⁾, а также *Л. О. Рагозина* ⁴⁾, показали, что состояніе пульса у меланхоликовъ не представляетъ особенныхъ характерныхъ измѣ-

¹⁾ *Musso*, Archivio di Psichiatria, V. VI, 3, 1885.

²⁾ *Wolf*, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. XXIV.

³⁾ *Cougnat* и *Lombroso*, Archivio di Psichiatria, т. II, F. 2.

⁴⁾ *Л. О. Рагозинъ*, Исслѣдованіе пульса и дыханія у душевно-больныхъ, 1882.

неній. Greenlees ¹⁾ нашелъ, что при хронической депрессіи аускультация сердца указываетъ на акцентуацію систолическаго тона, а кривая пульса представляетъ явленія слабого артеріальнаго давленія. По Ziehen'у ²⁾ во всѣхъ формахъ меланхоліи въ кривой пульса наблюдается легкій дикротизмъ, по видимому, зависящій отъ легкаго суженія артеріальныхъ сосудовъ,—вообще характеръ кривой при меланхоліи ангиоспастической съ легкимъ дикротизмомъ. Тщательное изслѣдованіе крови меланхоликовъ, произведенное Seppilli ³⁾, показало въ ней гипоглобулію, т. е. недостаточное количество красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Температура тѣла меланхоликовъ, по изслѣдованіямъ проф. Бехтерева ⁴⁾, Tambroni ⁵⁾ и другихъ, ниже нормы,—обыкновенно 35,1—36,5°. При чемъ не рѣдко наблюдается *typhus inversus*. 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 ⁶⁾, уменьшено. Mairet ⁷⁾ нашелъ, что при меланхоліи увеличивается питаніе въ мозговой субстанціи,—общее же питаніе организма замедляется при меланхоліи безъ ажитации; по Laillier ⁸⁾, количество фосфорной кислоты въ мочѣ меланхоликовъ не измѣняется, въ періоды же остраго возбужденія явно увеличивается количество мочевины и уменьшается количество фосфорной кислоты. Половые отправленія у меланхоликовъ обыкновенно ослаблены или угнетены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные онанируютъ. Менструаціи тоже подвергаются уклоненіямъ. Въ началѣ болѣзни онѣ или вовсе отсутствуютъ, или же являются въ очень небольшомъ количествѣ и несвоевременно. Съ усиленіемъ болѣзни онѣ прекращаются,—если же и продолжаются, то въ эти періоды обыкновенно происходитъ ухудшеніе болѣзни. Если менструаціи прекращаются совершенно, то, съ появленіемъ ихъ, обыкновенно, въ болѣзни замѣчается улучшение и болѣзнь

¹⁾ Greenlees, The Journal of Nervous and mental Diseases.. 1887, N 1.

²⁾ Ziehen, Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskrankheit. 1888.

³⁾ Seppilli, Rivista sperimentale di freniatria, XII, F. 2.

⁴⁾ Бехтеревъ, Клиническое изслѣдованіе температуры у душевно-больныхъ, 1881.

⁵⁾ Tambroni, Rivista sperimentale di Freniatria, 1884, F. 3.

⁶⁾ Rabow, Archiv f. Psychiatr. B. VII.

⁷⁾ Mairet, Recherches sur les modifications dans la nutrition du système nerveux. Acad. de Sc. 1884.

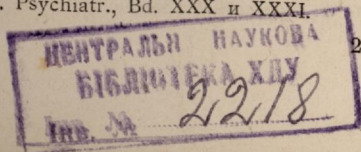
⁸⁾ Laillier, L'Encephale, 1885, N 1.

идеть къ выздоровленію. 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* ¹⁾). Я изслѣдовалъ многихъ меланхоликовъ съ помощью динамометра и при этомъ обыкновенно находилъ у нихъ значительно меньшую мускульную акцію противъ 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. То же самое ослабленіе обнаруживается и въ мускульной сократительности, при изслѣдованіи ее индуктивнымъ и постояннымъ токомъ. Мускульная реакція пассивнаго меланхолика, по *Tigges'sy* ²⁾; 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 пассивныхъ меланхоликовъ значительно ослаблена—это я наблюдалъ и другимъ способомъ. Въ бытность мою въ Казани, я, по предложенію проф. *Фрезе*, занимался спирометріей и манометріей душевно-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. По *Mendel'ю*, вдыханіе у меланхоликовъ укорочено, а выдыханіе очень замедлено, и только изрѣдка такой типъ дыханія прерывается однимъ тяжелымъ и продолжительнымъ вздохомъ. По мнѣнію *Марсэ*, эта недостаточность дыханія обуславливаетъ обѣдненіе окисленія крови съ послѣдующими явленіями, какъ: ціанозъ, отекъ, холодъ конечностей и проч.

Мускульная слабость пассивнаго меланхолика отражается и въ письмѣ его. Почеркъ его письма тоньше и легче нормальнаго, — онъ скорѣе похожъ на женскій почеркъ,

¹⁾ *Lombroso*, Klinische Beiträge d. Psychiatrie, 1869.

²⁾ *Tigges*, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. XXX и XXXI.



чѣмъ на мужской (П. Ковалевскій ¹⁾ и *Christoph von Schröder* ²⁾). При ручной работѣ меланхолики 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 нѣскольку сутокъ стискиваютъ такъ руки, что ихъ трудно разжать и проч. Въ большинствѣ же ихъ поступки и тѣлоположенія служатъ выраженіемъ скорби и печали.

Больные часто жалуются на болѣзненные явленія въ области головы; они говорятъ, что въ головѣ жаръ, пустота, качанье воды, присутствіе раскаленнаго гвоздя, головокруженіе, давленіе, тяжесть, тоска и проч. Меланхолики обыкновенно обнаруживаютъ плохой аппетитъ, плохое пищевареніе, плохую ассимиляцію и плохое питаніе организма. Такое состояніе пищеварительныхъ органовъ приписывали уменьшенному отдѣленію пищеварительныхъ соковъ желудка, почему меланхоликамъ назначали передъ пищепринятіемъ соляную кислоту. Однако изслѣдованія Noorden'a ³⁾ и Raschoud ⁴⁾ показали, что въ желудкѣ меланхоликовъ происходитъ гиперсекреція, особенно соляной кислоты. Такое увеличеніе отдѣленія соляной кислоты въ желудкѣ проявляется только въ моментъ пищеваренія; тѣмъ не менѣе указанные авторы рекомендуютъ назначать меланхоликамъ, часа черезъ 2—3 послѣ пищеваренія, приемы соды. Сами меланхолики не просятъ пищи, — если даже имъ напомнить, то и тогда они едва прикасаются, часто такіе больные даже отказываются отъ пищи. Въ основѣ этого отказа лежатъ различныя причины: а) слишкомъ выраженное угнетенное состояніе самочувствія, доходящее до полной подавленности (*Stupor, kathalepsia*); б) галлюцинаціи органовъ чувствъ, когда больные видятъ въ пищѣ кровь своихъ дѣтей, слышатъ голосъ Божій, запрещающій имъ прикасаться къ пищѣ, — обоняютъ запахъ разложенія или пищевой отравы, — ощущаютъ присутствіе различныхъ ядовъ

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Письмо помѣшанныхъ. Судебно-психиатрическіе анализы, т. II.

²⁾ *Christoph von Schröder*, Studien über die Schreibweise Geisteskranker, 1880.

³⁾ Noorden, Archiv für Psychiatrie, B. XIII, H. 2.

⁴⁾ *Pachoud*, Recherches sur la sécrétion gastrique chez les aliénés atteints de melancolie, 1888.

въ пищу и пр.; и с) безумныя и ложныя представленія, когда больной приходитъ къ тому выводу, что его вѣчное спасеніе заключается въ отказѣ отъ пищи,—что онъ разорился и не имѣетъ права ѣсть хлѣба общественнаго,—что онъ на столько низкій человѣкъ, что уже самая забота близкихъ людей накормить его есть великое благодѣяніе, но онъ все таки не достоинъ прикоснуться къ пищу и т. д. Hughes ¹⁾ полагаетъ, что иногда въ основѣ отказа отъ пищи меланхоликовъ лежитъ анестезія кишечника. Нѣкоторые больные отказываются отъ тѣхъ или другихъ сортовъ пищи,—такъ иные отказываются отъ мясной, другіе отъ растительной и т. д. Сонъ меланхоликовъ обыкновенно плохой. Больные долго не могутъ заснуть, если же и засыпаютъ, то просыпаются съ тяжелою головою, разбитые и утомленные,—часто во снѣ видятъ тяжелыя 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 цѣлые часы въ состояніи пролежать неподвижно и тихо и въ то же 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 и неряшливы,—отсюда сплошь и рядомъ у нихъ можно встрѣтить дурной запахъ изо рта. Ослабленіе общей мускульной дѣятельности отражается также и на кишечныхъ отправленіяхъ. Меланхолики страдаютъ тяжелыми и упорными запорами; иногда они не имѣютъ отдѣленій по забывчивости и при напоминаніи вовсе не такъ долго не удовлетворяютъ потребности. Та же забывчивость иногда обуславливаетъ и задержаніе мочи. Мы знаемъ, что предъ актомъ отдѣленія мочи является особенное специальное ощущеніе и побужденіе, «ощущеніе потребности мочиться». Это-то ощущеніе заглушается иногда у меланхоликовъ (Christian). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ неожиданно является произвольное отдѣленіе мочи и экскрементовъ, какъ говорятъ, подъ вліяніемъ внезапно проявившагося чрезвычайнаго приступа страха. Всѣ тѣла меланхоликовъ въ теченіе болѣзни значительно падаетъ. Я производилъ, не менѣ какъ въ 50 случаяхъ пассивной меланхоліи, систематическія ежедневныя взвѣшиванія и во всѣхъ слу-

¹⁾ Hughes, Alienist and Neurologist, 1886. N.

чаяхъ наблюдалъ такое явленіе: въ началѣ болѣзни вѣсѣ тѣла падаетъ слабо,—съ усиленіемъ болѣзни паденіе вѣса тѣла усиливается, въ асте болѣзни бываетъ наименьшій вѣсѣ и затѣмъ постепенно къ выздоровленію увеличивается и становится значительно выше того, чѣмъ былъ при поступленіи. Относительно рефлексовъ изслѣдованія д-ра *Совѣтова* ¹⁾ 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, при чемъ повышеніе очень ничтожно; *болевые* даютъ малую цифру средней напряженности и значительную повышенія и пониженія; *сосудодвигательные* въ подавляющемъ большинствѣ не нарушены.

Вотъ приблизительная симптоматологія пассивной меланхоліи.

Разновидности меланхоліи.

Разумѣется, не всѣ эти признаки бываютъ выражены въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ меланхоліи или, по крайней мѣрѣ, не въ одинаковой степени. Въ зависимости отъ того, какія явленія преобладали въ томъ или другомъ случаѣ, авторами предлагались самыя разнообразныя дробленія меланхоліи. Такъ напримѣръ, если являлась въ меланхоліи особенная религіозность—это была *Melancholia religiosa*,—если подѣ влияніемъ анестезіи осязанія, являлось безумное представленіе о превращеніи въ волка, собаку и проч.—это была *M. metamorphosis* (*Lycantropia*, *Kynantropia*); были даже случаи разновидностей—*Melancholia maniaса* и *mania melancholica*. Въ сущности всѣ эти формы ни чѣмъ другъ отъ друга не отличались, кромѣ преобладанія разстройствъ въ той или другой области.

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

Мы знаемъ, что въ основѣ пассивной меланхоліи лежитъ печальное и грустное настроеніе духа. Бываютъ случаи, когда дѣло только этимъ и ограничивается. Если къ этому присоединяются иллюзій и галлюцинацій, то въ такой слабой степени, что отступаютъ слишкомъ далеко и играютъ ничтожную роль. Въ другихъ случаяхъ дѣло идетъ дальше.

¹⁾ С. Н. Совѣтовъ, Архивъ психіатріи, неврологіи и пр. т. V, кн. 2.

Галлюцинаціи развиваются въ большемъ количествѣ и выражаются слишкомъ рѣзко. Но, имѣя вліяніе на умственную дѣятельность, онѣ 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* ¹⁾, а за нимъ и многіе другіе, дѣлитъ пассивную меланхолію на три разновидности: простую меланхолію (*M. simplex*), меланхолію съ галлюцинаціями (*M. cum hallucinationibus*) и меланхолію съ бредомъ (*M. cum delirio*).

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, безпричинное чувство нравственной скорби, тоски, тревоги, физической и умственной депрессіи, но съ сохраненіемъ сознанія. По напряженности заболѣванія эту группу меланхоліи можно раздѣлить на три отдѣла: *m. simplex* въ узкомъ смыслѣ слова, *m. cum stupore* и *m. kathaleptica*.—*M. cum stupore* всегда развивается изъ *m. simplex*. Развитие 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 разѣ принятомъ 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 висячемъ положеніи, костюмъ совершенно разстроены, нерѣдко больной мочится и испражняется подъ 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 предложатъ вновь. При ощупываніи мускульной системы она является вялою, мягкою, не напряженною. Въ рѣдкихъ только случаяхъ въ группахъ мускуловъ антагонистовъ можно бываетъ замѣчать противодѣйствіе вашему насилію: но это противодѣйствіе слишкомъ ничтожно и быстро прекращается. При разпросахъ больной не отвѣчаетъ ничего или же, при очень на-

¹⁾ *Krafft-Ebing*, *Melancholie*, 1884.

зойливой 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 разспросахъ этихъ больныхъ по выздоровленіи, оказывается, что они въ это время совершенно внѣ міра. Внѣшнія впечатлѣнія на нихъ почти не вліяютъ. Они бывають замкнуты въ ничтожной группѣ идей и дальше этого, весьма ограниченного, микрокосма не идутъ. За то вышуканныя эти фиксированныя идеи поглощаютъ теперь все ихъ существо. Иногда при этомъ бываетъ большое количество галлюцинацій, почти всегда гармонирующихъ по содержанію съ фиксированными идеями, но о существованіи этихъ галлюцинацій мы узнаемъ только въ послѣдствіи, по выздоровленіи. Иногда кругъ мыслительной дѣятельности останавливается только лишь на одномъ представленіи и, естественно, яркость его обратно—пропорціональна количеству бываемыхъ представлений. Но все-таки эта форма меланхолии проявляетъ еще движенія,—хотя пассивныя, соподчиненныя, но они бывають. Такъ, больного можно заставить перейти на другое мѣсто, надѣтъ халатъ, съѣсть принесенную пищу,—при напominаніи—произвести отдѣленіе экскрементовъ и проч. По своему характеру это внутреннее состояніе очень напоминаетъ собою состояніе тяжелаго сна, отъ 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* ¹⁾ 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 затѣмъ, спустя 30—60', вновь погружаются въ прежнее состояніе. Это состояніе *melancholia cum stupore* очень напоминаетъ острое 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,

¹⁾ *Esquirol*, Traité des maladies mentales, d. II.

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 достаточно изложены выше.

Печальное и грустное состояніе въ начальныхъ формахъ меланхолии легко можетъ быть смѣшано съ такимъ же состояніемъ въ здоровой жизни, являющимся вслѣдствіе жизненныхъ условій,—а также при нейрастеніи и истеріи. Отличить эти состоянія другъ отъ друга довольно легко. Печальное настроеніе духа, являющееся въ нормальной жизни человека, всегда имѣетъ для себя дѣйствительную причину и напряженность этого причиннаго воздѣйствія должна соотвѣтствовать обусловленному имъ послѣдствію. Подавленное состояніе при нейрастеніи и истеріи отличается отъ меланхолическаго подавленного состоянія комбинаціей явленій истеріи и нейрастеніи. Но не смотря на это бываютъ случаи, когда все таки трудно бываетъ различить эти состоянія, почему было бы легко отличить меланхолическое подавленное состояніе отъ подавленного настроенія духа въ здоровомъ состояніи, при истеріи и нейрастеніи, что важно не только въ діагностическомъ, но и въ терапевтическомъ отношеніяхъ. Gray ¹⁾ указываетъ для меланхолическаго подавленного состоянія три такихъ отличительныхъ признака: характеръ самой подавленности, посттравматическую боль и бессонницу. Подавленное состояніе при меланхолии не имѣетъ для себя оправдательнаго причиннаго момента, не можетъ быть удалено путемъ развлеченія или отвлеченія, больной не только не тяготится имъ, а какъ бы упивается. Посттравматическая боль является еще до меланхолии, существуетъ во время болѣзни и еще нѣкоторое время послѣ нея. Боль эта бываетъ сначала въ видѣ нейралгическихъ приступовъ, а потомъ становится тупою и постоянною, она распространяется въ области затылка верхней части спины и плечъ. Эти признаки Gray считаетъ характерными для меланхолии.

Теченіе, исходъ и предсказаніе. Теченіе пассивной меланхолии различно, въ зависимости отъ вызвавшихъ ее причинъ и ихъ напряженности. Въ легкихъ случаяхъ заболѣванія, какъ иногда послѣ тифа или другихъ инфекціонныхъ болѣзней, меланхолия 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.

¹⁾ Gray, The Journal of Nervous and ment. Diseases. 1890, N. 1.

Во многихъ случаяхъ пассивной меланхоліи, разсматривая предыдущую жизнь больного, мы встрѣчамъ въ ней кратковременные и скоропроходящіе періоды меланхолическаго состоянія. Періоды эти длятся нѣскольکو дней, много—недѣли двѣ, три. Выражены они бывають не рѣзко и въ большинствѣ связаны съ физическими или нравственными потрясеніями. Обыкновенно имъ не приписываютъ никакого значенія въ моментъ ихъ появленія и вниманіе на нихъ обращаютъ только при наступленіи серьезной болѣзни.

Теченіе меланхоліи неровное. Обыкновенно она протекаетъ колеблясь, особенно въ началѣ и концѣ, обнаруживая то улучшенія, то ухудшенія. Послѣ одного 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, бессонницей 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 мѣнѣе благоприятныхъ условіяхъ болѣзнь можетъ перейти въ активную меланхолію и слабоуміе. Смертельные случаи наводятся 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. За то теперь описываются случаи развитія параной на меланхолической почвѣ, или даже совмѣстное теченіе меланхоліи и параной (Kiernan ¹⁾, Schlös ²⁾). Иногда на меланхолической почвѣ развивается бредъ отрицанія, который впослѣдствіи становится самостоятельнымъ и представляетъ ясную форму параной (Г. И. Раевскій ³⁾ Nasse ⁴⁾), почему Seglas ⁵⁾ и называетъ такія формы бреда отрицанія *paranoja secundaria* (Seglas).

¹⁾ Kiernan, American Lancet, 1886.

²⁾ Schlös, Jahrbücher für Psychiatrie, 1889, 3.

³⁾ Г. И. Раевскій, Архивъ психіатріи, 1886.

⁴⁾ Nasse, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. XLIV, 1888.

⁵⁾ Seglas, Annal. medico-psycholog., 1888, N 1; онъ же, Progres medical, 1886, N 46.

Наконецъ, говорили еще о переходѣ меланхоліи въ прогрессивный параличъ помѣшанныхъ (*Voisin* и *Burlureau* ¹⁾). Можно думать, что въ этомъ случаѣ рѣчь идетъ о меланхолическомъ періодѣ прогрессивнаго паралича или же простой компликаціи 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 организма можетъ быть легко поправимо и вызвавшія и поддерживающія причины могутъ быть устранены. Значительно хуже предсказаніе въ тѣхъ случаяхъ, если пассивная меланхолия принимаетъ хроническое теченіе, — если она уже перешла 12—16 мѣсяцевъ; при этомъ анатомическія измѣненія въ мозговой корѣ являются настолько солидными, атрофія нервныхъ элементовъ настолько въская, что о поправленіи клинической картины и о выздоровленіи нужно говорить съ большою осторожностью.

Между другими видами пассивной меланхоліи хорошимъ предсказаніемъ пользуется также старческая меланхолия. *З. В. Туттиковъ* ²⁾ объясняетъ это тѣмъ, что при старческой меланхоліи наступаютъ легко поправимыя расстройства питанія мозга. По *Fürstner*’у ³⁾, у стариковъ чаще всего является *melancholia simplex*, а затѣмъ *agitata* и *stuporosa*.

Причины пассивной меланхоліи. Приступая къ разсмотрѣнію причинъ того или другого психоза, невольно наталкиваешься на вопросъ: играетъ ли въ данномъ случаѣ какое либо значеніе наслѣдственность? До послѣдняго времени, до послѣднихъ 8—10 л., по отношенію къ меланхоліи этотъ вопросъ рѣшался положительно. Пока ясно и рѣзко не была отдѣлена меланхолия отъ «первичнаго помѣшательства», пока эти два отдѣла были совмѣстны, наслѣдственность при меланхоліи была въ большинствѣ допускаема. 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, то положеніе, что меланхолия есть психозъ, являющійся на *поцнонъ*, не по-

¹⁾ *Voisin et Burlureau*, De mélancholie dans ses rapports avec la paralysie générale, 1880.

²⁾ *З. В. Туттиковъ*, Архивъ психіатріи, т. VI, кн. 2.

³⁾ *Fürstner*, Archiv f. Psychiatrie, B. XX, 2.

дорванномъ 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 появиться безъ наслѣдственности, такъ какъ и при наслѣдственности, отъ совершенно случайныхъ постороннихъ причинъ, и между наслѣдственностью и меланхоліей можетъ существовать только отношеніе простой компликаціи. Marro и Granger ¹⁾, на основаніи статистическихъ данныхъ, пришли къ тому выводу, что родители передаютъ своимъ дѣтямъ свои патологически усиленные особенности и свойства характера, при чемъ сдержанность и серьезность престарѣлыхъ родителей превращаются у дѣтей въ меланхолію, а веселость молодыхъ родителей въ манию; поэтому отъ молодыхъ родителей дѣти чаще унаслѣдуютъ манию, а отъ престарѣлыхъ—меланхолію. Wigglesworth ²⁾ опубликовалъ замѣчательный случай заболѣванія меланхоліей 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. На основаніи видѣнныхъ нами случаевъ, можно сказать, что эта болѣзнь чаще является у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ; особенно часто является у помѣнутыхъ лицъ комбинированною и комплицированную истеріей. По числовымъ даннымъ З. В. Гутникова ³⁾, изъ 560 мужчинъ было больныхъ пассивной меланхоліей только 36 или 6,4%, а изъ 289 ж.—30 или 10,4%.

Принято думать, что меланхолія является въ возрастѣ отъ 20 до 35 лѣтъ. Дѣтскому возрасту она почти не свойственна, хотя все-таки иногда является ⁴⁾; чаще въ сравненіи съ дѣтскимъ она является въ старческомъ возрастѣ; въ послѣднемъ случаѣ онъ представляетъ большую опасность, въ смыслѣ частаго покушенія такихъ больныхъ на самоубійство (Гутниковъ).

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; про-

¹⁾ Granger, Il manicomio, 1886.

²⁾ Wigglesworth, The Journal of mental Science, 1885, № 1.

³⁾ З. В. Гутниковъ, Архивъ психіатріи, т. V, кн. 2, 1885.

⁴⁾ П. И. Ковалевскій, Медицинскій Вѣстникъ, 1883 г.

стому же классу болѣе свойственна меланхолія ступорозная и въ рѣдкихъ случаяхъ меланхолія съ галлюцинаціями.

Изъ отчета д-ра Гутникова и изъ отчета И. Я. Платонова ¹⁾ видно, что по сословіямъ пассивные меланхолики распредѣлялись такъ:

у д-ра Гутникова:

у д-ра Платонова:

Дворянъ . . .	8 = 2 м. + 6 ж.	Дворянъ . . .	15 = 6 м. + 9 ж.
Духовныхъ . . .	2 = 1 » + 1 »	Духовныхъ . . .	11 = 5 » + 6 »
Мѣщанъ . . .	19 = 8 » + 11 »	Мѣщанъ . . .	25 = 12 » + 13 »
Крестьянъ . . .	37 = 25 » + 12 »	Крестьянъ . . .	146 = 68 » + 78 »

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

Къ случайнымъ причиннымъ моментамъ, производящимъ меланхолію, слѣдуетъ отнести также: беременность, роды, послѣродовый періодъ, періодъ кормленія, разстройства менструацій, страданія половыхъ органовъ у мужчинъ, особенно же импотенцію, —различныя хроническія заболѣванія, а также острые инфекціонные процессы, какъ: тифъ, туберкулезъ, ревматизмъ, рожа и проч. Справедливость требуетъ однако добавить, что инфекціонные процессы въ однихъ случаяхъ служатъ этиологическимъ моментомъ для меланхоліи, въ другихъ прекращаютъ меланхолію, если они являются во время ея теченія. Литература по вопросу о благопріятномъ вліяніи инфекціонныхъ заболѣваній на теченіе психозовъ весьма богата; въ послѣднее время *Wagner* ²⁾, указываетъ на тотъ фактъ, что это вліяніе инфекціонныхъ процессовъ особенно благотвѣтельно при меланхоліи и остроуми.

Къ числу этиологическихъ моментовъ при меланхоліи относятъ еще *автоинтоксикацію*. Еще Bouchard указалъ на то, что во многихъ случаяхъ привычныхъ запоровъ, малокровіе и цѣлый рядъ ненормальныхъ явленій со стороны нервной системы своимъ происхожденіемъ обязаны бываютъ продолжительному пребыванію экскрементовъ въ кишечникѣ, образованію въ немъ лейкомаиновъ, всасыванію послѣднихъ лимфатическими путями и затѣмъ дальнѣйшему самоотравленію организма. Въ послѣднее время, на сѣздѣ психіатровъ въ Парижѣ въ 1889 г., Bottencours Rodriges высказалъ то положеніе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ меланхолія обязана бываетъ своимъ происхожденіемъ *автоинтоксикаціи* лейкомаинами кишечника при продолжительныхъ запорахъ. Если нельзя согласиться съ вышеназваннымъ авторомъ въ томъ, чтобы меланхолія во всѣхъ случаяхъ всецѣло была обязана автоинтоксикаціи, то нельзя также отрицать и того, чтобы автоинтоксикація не играла роли совмѣстно съ другими этиологическими моментами.

¹⁾ И. Я. Платоновъ, Архивъ психіатріи, т. VII, кн. 1 и т. VII, кн. 3.

²⁾ *Wagner*, Jahrbüch. f. Psychiatrie, B. VII, N. 1 и 2.

Ближайшею и основною причиною пассивной меланхоліи считаютъ *анемію мозга*. Малоокровіе это можетъ быть то частнымъ, мозговымъ только, то общимъ, всего организма. Въ силу этого къ этиологическимъ моментамъ меланхоліи нужно отнести всѣ тѣ болѣзнетворныя вліянія, которыя вызываютъ анемію общую, или же частную, одного мозга. Нравственныя потрясенія этиологически 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 малоокровія обращено особенное вниманіе (*Ball, Voisin* и друг.). И дѣйствительно, весьма трудно отрицать случаи меланхоліи, въ основѣ которыхъ лежитъ малоокровіе спазмодическое, возникающее рефлекторнымъ 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 бокомъ-о-бокъ съ явлениями меланхоліи: въ началѣ болѣзни менструаціи ослабѣваютъ, при 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 малоокровіе. 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 спазмодическаго характера.

Къ числу ближайшихъ причинъ пассивной меланхоліи можно отнести также *злокачественную анемію*, происхожденіе которой нѣкоторыми авторами (*Schüle*) ¹⁾ считается нервнаго характера. И дѣйствительно, во многихъ случаяхъ меланхоліи это какъ нельзя лучше оправдывается. При этомъ малоокровіе и, разумѣется, меланхолія плохо поддаются питанію и идутъ гораздо лучше при противонервномъ леченіи.

Патологическая анатомія пассивной меланхоліи, какъ и многихъ другихъ психозовъ, далеко не обследована и для многихъ случаевъ не достаточна.

¹⁾ *Schüle*, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. B. XXXII, H. 1.

Bullen ¹⁾ на очень большомъ количествѣ патологоанатомическаго матеріала нашелъ, что при хронической меланхолии часто встрѣчаются ассиметріи черепа, анемія костей, измѣненія, болѣе или менѣе хроническія, въ мягкой мозговой оболочкѣ, преимущественно васкулярнаго свойства, а также легкія кровоизліянія въ вещество мозга, размягченія, атрофіи и грануляціонное разрастаніе эпендимы. — Въ огромномъ большинствѣ случаевъ меланхолии можно наблюдать явленія крайней анеміи, въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ явленіямъ артеріальной анеміи присоединялась застойная гиперемія, — еще въ иныхъ случаяхъ, болѣе интенсивныхъ, къ этимъ явленіямъ присоединялся отекъ (*Шюле*), хроническое воспаление оболочекъ, серозное пропитываніе мозгового вещества и проч. 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* ²⁾ показали, что почти во всѣхъ случаяхъ меланхолии въ мозгу была сильная анемія. Тоже находилъ и *Douty* ³⁾. *Jensen* ⁴⁾, на основаніи очень большого количества изслѣдованій, дѣлаетъ выводъ, что меланхолія сопровождается атрофіей мозговой корки, такъ какъ у здоровыхъ людей вѣсъ мозговой корки равняется 785,82, — у меланхоликовъ же 780,01; повидимому, въ этой атрофіи, лобныя доли принимаютъ ничтожное участіе. Точно къ такому же выводу пришелъ и *Tigges* ⁵⁾, именно онъ говоритъ, что лобныя доли мозговъ меланхоликовъ мало страдаютъ. По его изслѣдованіямъ вѣсъ мозга меланхоликовъ въ среднемъ равняется 1392,8 у мужчинъ. Значительно низшія цифры получились у *Meynert'a*, именно въ большинствѣ 1200, затѣмъ нѣкоторые вѣсили между 1260—1300 и очень немногіе 1300—1400 grm. *Morselli* ⁶⁾ нашелъ, что мозги меланхоликовъ, какъ въ отдѣльныхъ своихъ частяхъ, такъ и въ цѣломъ, представляютъ увеличенную плотность.

Изслѣдованія *Wiglesworth'a* ⁷⁾ случаевъ mel. attonita дали слѣдующія микроскопическія данныя: малыя пирамиды 2-го

¹⁾ *Bullen*, The Journal of mental Science, 1890, № 1.

²⁾ *Meynert*, Viertheljahrschr. f. Psych. B. I.

³⁾ *Douty*, Lancet, 1884, Oct.

⁴⁾ *Jensen*, Archiv f. Psychiatrie, B. XX, H. 1.

⁵⁾ *Tigges*, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLV, H. 1 и 2.

⁶⁾ *Morselli*, Rivista speriment. di freniatria, An. XIII, F. 3.

⁷⁾ *Wiglesworth*, Journal of mental Science, 1884 г. 4.

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 представляет скопленіе желтаго пигмента; ядро эксцентрично, иногда оно лежитъ на периферіи и часто содержитъ въ центрѣ бѣлое пятно.

Патологоанатомическія данныя относительно мозговой анеміи вообще очень скудны, а потому, имѣя въ виду, что въ основѣ меланхоліи лежитъ мозговая анемія, мы позволимъ себѣ остановиться на экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ ишеміи мозга д-ра Пекёра ¹⁾. Экспериментируя на собакахъ и кроликахъ, онъ нашелъ, что при перевязкѣ двухъ сонныхъ артерій и въ особенности апонумае, сосуды мозговой паренхимы содержатъ значительно меньшее, сравнительно съ нормою, количество крови. При этомъ въ основной ткани мозга замѣчается разрѣженіе свободныхъ люковъ, остающихся между отростками клѣтокъ нейроглии. Структура ганглиозныхъ клѣтокъ диффузно подвергается глубокимъ измѣненіямъ ихъ физическихъ, химическихъ и морфологическихъ свойствъ некробиотическаго характера. Въ сосудистой системѣ происходятъ также измѣненія какъ въ стѣнкахъ, такъ и въ просвѣтѣ, въ формѣ появленія гіалинового вещества въ формѣ гіалидныхъ глыбокъ, иногда закупоривающихъ просвѣтъ сосудовъ. Здѣсь же встрѣчаются различныя степени и виды гіалидного метаморфоза со всевозможными переходами отъ нормальнаго состоянія до крайнихъ степеней болѣзненнаго измѣненія.

Результатомъ уменьшеннаго притока крови въ черепной полости является—уменьшеніе количества крови, а также уменьшеніе давленія и скорости ея теченія въ обезкровленной области. Эти измѣненные условія циркуляціи естественно влекутъ за собою застой или стазъ со всѣми его дальнѣйшими послѣдствіями—отекомъ ткани, венозностью крови и коагуляціею ея. Въ мельчайшихъ сосудахъ плазма, раздѣляющая кровяныя тѣльца, исчезаетъ; скупленіе элементовъ будетъ становиться все гуще и гуще; контуры отдѣльных элементовъ начнутъ сливаться и весь столбикъ крови можетъ превратиться въ неподвижный однородный красный цилиндръ; въ концѣ концовъ эти кровяные элементы подвергаются некробиозу. Рядомъ съ этимъ, пропорціонально возрастающему замедленію и ослабленію кровяного тока, содержимое сосудовъ, въ особенности венъ и капилляровъ, приобретаетъ венозные свойства, нарушающія газовый обменъ.

Такое нарушеніе химизма крови, естественно не можетъ не отразиться на питаніи нервныхъ элементовъ, производя въ нихъ результаты кислороднаго голоданія—измѣненія въ видѣ диффузной, простой или дегенеративной атрофіи или простого некроза.

Такъ какъ явленія анеміи мозга наступаютъ не сразу и неравномѣрно въ различныхъ частяхъ мозга, то и патологическія измѣненія ганглиозныхъ клѣтокъ будутъ полиморфны. Наиболѣе рѣзкія измѣненія всегда находятъ въ области мозговой корки, такъ какъ условія кровообращенія здѣсь далеко въ худшихъ условіяхъ, чѣмъ въ другой мѣстности мозга. Въ легкихъ степеняхъ ганглиозныя клѣтки лишены отростковъ, какъ осевыхъ,

¹⁾ Пекеръ, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ элементовъ головного мозга въ зависимости отъ искусственно вызваннаго малокровія, 1887.

такъ и протоплазматическихъ,—сами же оставшіяся клѣтки весьма разнообразны. Въ иныхъ изъ этихъ клѣтокъ конфигурація ихъ уцѣлѣла, въ другихъ она уже измѣнена; протоплазма кажется темнѣе и мутнѣ нормальной, вслѣдствіе присутствія въ ней мелкихъ зеренъ, болѣе грубыхъ сравнительно съ нормальной зернистостью. Зернистость эта проясняется отъ укислой кислоты. Объемъ такихъ клѣтокъ въ однихъ случаяхъ уменьшенъ въ другихъ случаяхъ клѣтки являются набухшими. Въ большинствѣ клѣтокъ ядра замаскированы мутною зернистостью тѣла, но послѣ просвѣтленія они рѣзко выступаютъ. Такимъ образомъ въ этомъ стадіи клѣтки представляютъ измѣненія «мутнаго набуханія» или бѣковой дегенерачіи.

Въ остальной преобладающей массѣ клѣтокъ картина разрушенія во всѣхъ отношеніяхъ выражена гораздо рѣзче. Протоплазма такихъ клѣтокъ имѣетъ видъ или совершенно однородной, блестящей субстанции, или же матово блестящей. Нѣкоторыя клѣтки даютъ такъ называемый раковый изломъ и особенный свойственный ему жирный или перламутровый блескъ. Въ нѣкоторыхъ такихъ клѣткахъ ядра еще уцѣлѣли и представляются въ видѣ темнаго, расплывающагося пятна, въ другихъ же клѣткахъ ихъ вовсе нѣтъ, или же въ еще иныхъ они проявляются помощью укислой кислоты. Остротки клѣтокъ въ большинствѣ отсутствуютъ. Большинство такихъ клѣтокъ изуродовано процессомъ вакуолярной дегенерачіи, вслѣдствіе которой они совершенно утрачиваютъ первоначальную форму. Ихъ углы закруглены, притуплены; края извѣдены и прорывы различными выемками или вырѣзками.

Эти экспериментальныя изслѣдованія измѣненій мозговой субстанции подъ вліяніемъ анеміи мозга даютъ намъ вполнѣ удовлетворительное объясненіе тѣхъ атрофій мозга меланхоликовъ и потери ихъ вѣса, которыя были найдены у меланхоликовъ prof. Meynert'омъ, Jensen'омъ, Morsselli и друг.

Для пониманія тяжелаго и грустнаго состоянія меланхоліи, проф. Мейнертъ предложилъ слѣдующую теорію, теорію нарушеннаго химизма питанія мозговой корки. По его мнѣнію, дѣятельность клѣтокъ мозговой корки представляетъ двойственное значеніе: одна часть ихъ энергіи идетъ на проявленіе игры ассоціаціи или психической дѣятельности, а другая на вазомоторную функцію сосудовъ мозга. Эти двѣ функціи находятся между собою въ прямомъ антагонизмѣ: чѣмъ сильнѣе воздѣйствіе этой функціи проявляется въ суженіи мускульной системы сосудовъ, тѣмъ слабѣе она проявляется въ психической области, и наоборотъ. Естественно, что чѣмъ сильнѣе сосудисто-иннервационная дѣятельность, тѣмъ сосуда будутъ сильнѣе сужены, притокъ крови будетъ уменьшонъ, количество доставляемаго ею мозгу кислорода будетъ также уменьшено, а потому и ассоциативная дѣятельность кортикальных клѣтокъ будетъ уменьшена. «Это собственное измѣненное состояніе питанія воспринимается корковой клѣткой въ субъективномъ проявленіи недостатка радостнаго чувства, въ видѣ пониженнаго настроенія, переходящаго въ грустное настроеніе. Недостатокъ отравленія клѣтки, умственная бездѣятельность физиологическимъ образомъ обуславливаютъ подавленное настроеніе. Недостатку функціональной гипереміи соотвѣтствуетъ задержка проводимости. Передній мозгъ воспринимаетъ диспноэтическое состояніедыханія своихъ клѣтокъ, какъ аффектъ грусти»¹⁾.

Такимъ образомъ недостаточность функціональной гипереміи или недостаточность потребнаго количества крови для питанія мозга является

¹⁾ Prof. Meynert, Клиническія лекціи. Переводъ К. Н. Ковалевской, 1890, стр. 8.

основаніемъ возникновенія меланхолическаго фона, того печальнаго и грустнаго настроенія, какое является основаніемъ для развитія всѣхъ остальныхъ проявленій меланхолии. Этимъ же недостаткомъ питанія центральной нервной системы объясняются и остальные аномаліи душевной дѣятельности меланхоликовъ, какъ области органовъ чувствъ, такъ и въ областяхъ мыслительной и психо-моторной.

Общій, доселѣ существующій въ наукѣ, взглядъ на проявленіе меланхолии такой, что въ основѣ всего страданія меланхолика лежитъ пораженіе самочувствія и всѣ остальные явленія, какъ подавленность мыслительная, моторная и психоморная есть прямое послѣдствіе этого состоянія отрицательнаго самочувствія. Однако въ послѣднее время Robertson¹⁾ высказалъ новый взглядъ въ этомъ отношеніи. Извѣстно, что если загнипотизированному лицу придать извѣстное положеніе частей тѣла, напр. положеніе молящагося, оратора, дерущагося и проч., то вслѣдъ за симъ данное лицо начинаетъ молиться, ораторствовать, драться и проч. Такимъ образомъ извѣстное положеніе и состояніе органовъ моторной области вызываетъ у субъекта соотвѣтственный рядъ идей и чувствъ и даетъ направленіе цѣлымъ возникающимъ отсюда психическимъ картинамъ. Такую мысль воздѣйствія позы и положенія организма на направленіе душевной дѣятельности мы встрѣчаемъ у Hack Tuke²⁾ и др. Это положеніе Robertson примѣняетъ къ меланхолии и находитъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ ея подавленность моторной области является не вторичнымъ и послѣдовательнымъ признакомъ, а первичнымъ, на существованіи котораго уже основываются всѣ другіе симптомы. На это можно сказать одно, именно: если такіе случаи и бываютъ, то, во всякомъ случаѣ, весьма рѣдко.

Что касается механизма различныхъ формъ меланхолическаго бреда, какъ самоумаленія, преступности, преслѣдованія, отрицанія, превращенія и проч.,—то въ этомъ отношеніи играетъ не малую роль состояніе области самочувствія, органовъ чувствъ и большая или меньшая степень ограниченія мыслительной области.

Бредъ самоумаленія, повидимому, возникаетъ на почвѣ ограниченія ассоціаціи представленій, или, какъ говоритъ проф. Мейнертъ³⁾, на ограниченіи нашего Я. «Меланхолическое состояніе сопровождается задержкой теченія мыслей и волевыхъ импульсовъ, вслѣдствіе которой движенія становятся рѣзкими, медлительными и до извѣстной степени вносятъ въ картину меланхолии явленія ступора... Бредъ самоумаленія и является суженнымъ бо́лѣзненною ассоціаціей Я». Отсюда, чисто логическимъ путемъ, у меланхоликовъ возникаетъ вторая сторона бреда самоумаленія—*возмеленіе всѣхъ остальныхъ людей*. Этотъ отбѣнокъ бреда является только лишь проявленіемъ усиленія бреда самоумаленія: чтобы еще болѣе унижить себя, они стараются возможно сильно возвысить другихъ и тѣмъ еще рѣзче очертить контрастъ между собою и другими людьми.

Бредъ преступности, по проф. Мейнерту возникаетъ у меланхоликовъ такъ: извѣстно, что преступники слишкомъ сильно нравственно страдаютъ, частью отъ сознанія тяжести своего преступленія, частью отъ ожиданія грядущаго наказанія, общественнаго позора, изверженія изъ общества и проч. Такое нравственное состояніе непременно должно погружать преступниковъ въ печаль, грусть, тоску, отчаяніе и проч. Меланхолики, переживая самое тяжкое и ужасное состояніе тоски, грусти, печали, отчаянія и ужаса, невольно думаютъ въ обратномъ направленіи—

¹⁾ Robertson, The Journal of mental. Science, 1890, № 1.

²⁾ Hack Tuke, Духъ и тѣло, 1889.

³⁾ Meynert, Клиническія лекціи, 1890.

именно, что они преступники, ибо только тяжкіе преступники могут такъ сильно и такъ продолжительно нравственно страдать и казнитья.

Бредъ преслѣдованія меланхолика обыкновенно возникаетъ на основаніи иллюзій и галлюцинацій; но этотъ бредъ преслѣдованія рѣзко отличается отъ бреда преслѣдованія паранои. Преслѣдованіе при первичномъ помѣшательствѣ является людскою несправедливостію и потому для больныхъ оно тяжко, раздражаетъ ихъ и можетъ доводить ихъ до неистовства; преслѣдованіе для меланхолика является должнымъ воздаяніемъ за его грѣховность и преступность и потому больной переноситъ его съ терпѣніемъ и даже самоудовлетвореніемъ.

Бредъ отрицанія при меланхоліи развивается чаще, чѣмъ при другихъ психозахъ. Prof. Seglas¹⁾ механизмъ развитія бреда отрицанія выясняетъ такъ: подъ вліяніемъ измѣненія въ области общаго чувства, мускульнаго чувства и кожныхъ чувствъ, меланхоликъ испытываетъ рѣзкую перемѣну въ самомъ себѣ. Наше *Я* создается изъ чрезвычайно многочисленной массы ощущеній, идущихъ отъ самыхъ разнообразныхъ частей нашего организма. Измѣненія въ этихъ ощущеніяхъ даютъ основу для измѣненія нашей личности или нашего *Я*. Меланхолическая почва именно и создается массою этихъ измѣненій въ области ощущеній, идущихъ отъ различныхъ частей организма. Разстройство питанія всего организма, а также въ частности и отдѣльныхъ частей его, естественно, создаютъ иной *modus vivendi* этихъ частей, почему сознанію такого человѣка будутъ доставляться иные свѣдѣнія, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Этимъ дается основа созиданію *Я* иного, отличнаго отъ *Я* нормальнаго. Результатомъ такого состоянія въ однихъ случаяхъ является воображаемое превращеніе личности въ другого человѣка, въ другихъ же—въ животныхъ: волка, собаку и проч. Такія превращенія зиждутся преимущественно на измѣненіяхъ общаго чувства и проч.—Весьма интересны бывають тѣ случаи, когда измѣненія чувствительныхъ импульсовъ происходятъ только на одной сторонѣ организма, напр., при геміанестезіяхъ и гемипараличахъ,—тогда происходитъ раздвоеніе личности: одну сторону своего организма человѣкъ признаетъ за самого себя, другую же за другого человѣка, лежащаго съ нимъ рядомъ. Одну нашу меланхолическую больную (*l'ues cerebri*) разбилъ параличъ. Съ этого дня у нея послѣдовало раздвоеніе сознанія: лѣвую сторону (здоровую) она признавала за самую себя, а правую (парализованную съ анестезіей) больная называла «она» и считала ее за другое лицо.

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, такъ какъ они не только не облегчаютъ тяжелаго состоянія больного, а иногда даже ведутъ за собою покушеніе на самоубійство (*Hughes*¹⁾). 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

¹⁾ *Hughes*, The Alienist and Neurologist, 1886.

умѣнны понимать и обращаться съ этими больными, замѣнили бы имъ все родное. Переимѣненіе это имѣетъ еще и то значеніе, что въ чужомъ домѣ сами больные будутъ нѣскольکو сдержаннѣе и осмотрительнѣе. Лучше всего рекомендовать помѣщеніе въ специально назначенныя для этого хорошія лечебницы. Въ нихъ и люди и обстановка приспособлены къ тому, чтобы приютить этихъ несчастныхъ отщепенцевъ.

Помѣстивъ ихъ въ заведеніи, необходимо подыскать подходящее занятіе и развлеченіе, которымъ нужно посвящать больныхъ по ихъ охотѣ и въ соотвѣтственныя подходящія минуты. Инициатива въ этомъ отношеніи должна исходить отъ окружающихъ,—но такъ какъ больные по своей волѣ не всегда охотно работаютъ, то иногда приходится прибѣгнуть къ принужденію, хотя способъ принужденія долженъ выражаться ласкою, человѣчностью и искренностью. Полезно меланхоликамъ предлагать книги съ картинками, легкую работу, какъ ажурная, клейка коробочекъ, переписка, вязанье, шитье, вышиванье и проч. Полезна гимнастика,—но эта мускульная работа искусственная и потому больные съ меньшею охотою предаются ей. Съ большей охотой и пользой больные занимаются въ саду, на огородѣ, отбрасываніемъ снѣга, рубкою дровъ и проч.

Разъ мы устанавливаемъ то положеніе, что въ основѣ пассивной меланхоліи лежитъ малокровіе, этимъ самымъ указывается и способъ борьбы съ нею. Необходимо употребить всѣ средства къ улучшенію питанія. Для этого требуется хорошая и обильная пища и движеніе на свѣжемъ воздухѣ. Наблюдая въ пассивныхъ меланхоликахъ значительную атонію всѣхъ областей и органовъ организма, мы невольно задаемся вопросомъ: не слѣдуетъ ли въ случаяхъ меланхоліи назначать приемы такихъ пищевыхъ веществъ, которыя могли бы дѣйствовать на организмъ возбуждающимъ образомъ? Мы лично очень склонны одобрить эту мысль и въ своихъ назначеніяхъ питанія меланхоликамъ всегда руководствуемся ею. Такимъ больнымъ мы назначаемъ дичь и мясо, послѣднее часто въ значительномъ количествѣ. Chalmers da Costa ²⁾ рекомендуетъ пассивнымъ меланхоликамъ назначать мясо даже по ночамъ. Лучше всего назначать мясо въ видѣ порошка; онъ легко переваривается и усваивается организмомъ. Разумѣется, при этомъ слѣдуетъ соблюдать всѣ условія, необходимыя при кормленіи больныхъ мяснымъ порошкомъ ³⁾.

¹⁾ Seglas, Annal. medico-psychol., 1889, № 4.

²⁾ Chalmers da Costa, The Journal of Nervous and ment. Dis. 1887.

³⁾ П. И. Ковалевскій, Лечение душевныхъ и нервныхъ болѣзней, 1889.

Кромѣ мяса быка, слѣдуетъ назначать больнымъ телятину, баранину, рыбу, яйца, молоко, икру, жирныя и крахмалистыя вещества и особенно фрукты. Такимъ образомъ пища пассивнаго меланхолика должна быть разнообразна, но съ преобладаніемъ мясной. — Изъ напитковъ очень полезно назначать вино (русскаго производства), молоко, кофе, чай и квасъ. Хорошее крымское, донское, или кавказское вино дѣйствуютъ на организмъ не только стимулирующимъ образомъ, но иногда даетъ и хороший сонъ (Moulton ¹⁾).

Изъ фармацевтическихъ средствъ при меланхоліи 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 iodati*, а также желѣзо съ глицериномъ. *Nasse* ²⁾ рекомендуетъ подкожное впрыскиваніе *ferrum reptonatum* (0,025 fer. oxydat). Очень хорошо въ этихъ случаяхъ назначать также желѣзные и мышьяковисто-желѣзные минеральныя воды, какъ: *Levico*, *Ronsegno*, *Эссенуки* № 18, *Нарзанъ* и проч.

Принимая во вниманіе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ недостаточность питанія нервныхъ элементовъ обусловливается не только мозговымъ малокровіемъ, сколько нарушеніемъ нутритивной атракціи нервныхъ элементовъ, вслѣдствіе болѣе или менѣе неправильнаго состоянія самой нервной системы, — слѣдуетъ принимать мѣры къ болѣе или менѣе спокойному и правильному положенію самой нервной системы. Въ этомъ отношеніи громадную услугу приносятъ теплыя ванны, какъ средство въ значительной мѣрѣ понижающее кровяное давленіе. Практика психіатрическихъ клиникъ вполнѣ подтверждаетъ прекрасное воздѣйствіе теплыхъ ваннъ на меланхоликовъ. Теплая ванна даетъ покой и тихій пріятный сонъ; — душевный же покой и покойный сонъ даютъ аппетитъ, порядочный аппетитъ даетъ хорошее питаніе, хорошее питаніе способствуетъ выздоровленію.

Такого же пониженія кровяного давленія можно достигнуть и другимъ путемъ — посредственно: прохладными ваннами или душами съ послѣдующимъ крѣпкимъ растираніемъ всего организма. Я пробовалъ во многихъ случаяхъ пассивной меланхоліи, особенно у молодыхъ лицъ, холодный

¹⁾ Moulton, The Alienist and Neurologist, 1887, N. 1.

²⁾ Nasse, Allg. Zeitschr. f. Psych. B. XLI, H. 4 и 5.

душъ не болѣе $\frac{1}{2}$ —1', съ послѣдовательнымъ крѣпкимъ вытираніемъ всего тѣла. Но душъ только лишъ съ послѣднимъ условіемъ, такъ какъ послѣ вытиранія больной чувствуетъ особенную теплоту по всему тѣлу и вообще покой и хорошее состояніе организма. Безъ вытиранья душъ приноситъ вредъ, такъ какъ еще больше повышаетъ кровяное давленіе и внутреннее раздраженіе. Проф. Мейнертъ ¹⁾ рекомендуетъ при меланхоліи, какъ и при другихъ депрессивныхъ психозахъ, холодный душъ на голову. Такой совѣтъ онъ оправдываетъ тѣмъ, что искусственное раздраженіе въ области черепа можетъ уменьшить и облегчить то функціональное напряженіе мозговыхъ полушарій, которое обычно меланхоліи; точнѣе, дѣло въ данномъ случаѣ сводится на вышнее отвлеченіе.

При ступорозныхъ состояніяхъ проф. Ball ²⁾ 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 ³⁾ рекомендуетъ съ большимъ успѣхомъ, особенно при *melancholia cum stupore*, постоянный и индуктивный токъ на Plex. sympathicus, позвоночникъ, брюшную область и проч. Болѣе положительныя данныя по этому вопросу мы находимъ у *de-Watteville* ⁴⁾, который постоянный токъ рекомендуетъ при состояніяхъ депрессіи, особенно въ свѣжихъ случаяхъ, а также и общую фарадизацію. Къ тѣмъ же результатамъ пришелъ *Engelskjön* ⁵⁾ и *Wiglesworth* ⁶⁾.

Часто хорошему аппетиту мѣшаютъ запоры. За этимъ нужно тщательно слѣдить особенно въ виду возможности автointоксикаціи лейкомаинами кишечника при продолжительныхъ и привычныхъ запорахъ (*Bouchard, Bottencours-Rodriguez*) и потому обязательно очищать желудокъ, будетъ ли лучше производить это путемъ слабительнаго, или промывательнаго—это дѣло вкуса медика и обстановки. Я предпочитаю назначить приемъ слабительнаго внутрь, въ виду отвлеченія на кишечный каналъ. Кромѣ того, существенную пользу въ этихъ случаяхъ приноситъ массажъ живота.

¹⁾ *Meynert*, Клиническія лекціи, 1890.

²⁾ *Ball*, Leçons sur les maladies mentales, F. II, pag. 274.

³⁾ *Tigges*, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, B. XXXIX, H. 6.

⁴⁾ *De-Watteville*, The Journal of mental Science, 1875, № 1.

⁵⁾ *Engelskjön*, Archiv f. Psychiatrie, B. XVI, H. 1.

⁶⁾ *Wiglesworth*, The Journal of mental Science, 1888, 1.

Часто больные отказываются от приема пищи. Нужно узнать основание отказа и соответственно тому принимать надлежащія мѣры. Въ случаѣ полного отказа приходится прибѣгать къ насильственному кормленію. Я избѣгаю кормленія зондомъ и считаю его въ нѣкоторыхъ случаяхъ небезопаснымъ. Еще менѣе одобряю насильственное разжиманіе челюстей. Для насильственнаго кормленія я предпочитаю способъ, употребляемый въ нашей клиникѣ ¹⁾.

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,—при такомъ содѣйствіи индуктивнаго тока глотанье производится легко.

Противъ головныхъ болей, давленія въ области затылка, явленій угнетенія, или раздражительности, я съ пользою употреблялъ мушки. Это старинное и теперь почти покинутое средство я считаю весьма дѣйствительнымъ и рациональнымъ. Я его употреблялъ тысячи разъ и никогда не чувствовалъ раскаянія. Мушки дѣйствуютъ какъ нравственно отвлекающее средство, уменьшая угнетенное состояніе, а вмѣстѣ съ тѣмъ и какъ физически отвлекающее, повидимому, производя рефлекторное измѣненіе въ условіяхъ кровообращенія и питанія мозга. Очень часто больные, поступившіе въ полномъ угнетеніи, уже послѣ одной мушки рѣзко оправлялись.

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

Я никогда не употребляю и не совѣтую другимъ употреблять опій и его алколоиды: морфій, кодеинъ, папаверинъ и пр. Кромѣ вреда отъ этихъ средствъ я никогда ничего не видалъ. Считаю также вреднымъ средствомъ при меланхоліи и хлораль-гидратъ. При употребленіи теплыхъ ваннъ, достаточнаго питанія, мушекъ и бромистаго натрія, я почти не знаю, что такое безсонница у моихъ больныхъ. Проф. Меупертъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ меланхоліи видѣлъ пользу отъ употребленія амилъ-нитрита.

Я рекомендую воздерживаться отъ свиданія больныхъ съ родственниками до выздоровленія больныхъ или, по менѣ-

¹⁾ П. И. Ковалевскій, Леченіе, 1889.

шей мѣрѣ, до улучшенія болѣзни, а также и противъ переписки съ родными. Всякое такое свиданіе дурно отражается на состояніи больныхъ.

Судебно-психіатрическое значеніе. Подъ вліяніемъ галлюцинацій, ошибочныхъ, ложныхъ и безумныхъ представленій, пассивные меланхолики иногда совершаютъ преступленія. Такъ, подъ вліяніемъ галлюцинацій слуха, приказывающихъ имъ искупить свою грѣховность разореніемъ враговъ, они поджигаютъ чужія зданія. Желая спасти для будущей жизни кого-нибудь изъ своихъ близкихъ, они совершаютъ убійства. 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 своей вины, не бѣгутъ отъ преступленія. Они считаютъ себя совершенно 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, разсчитывая, 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 такіе преступники являются опасными членами общества, то и должны быть помѣщены въ лечебницы для душевно-больныхъ.

Интересенъ механизмъ совершенія преступленія пассивнаго меланхолика. Преступленіе такого больного есть строго обдуманный и логическій поступокъ. Прежде совершенія его, больной разберетъ всѣ обстоятельства и случайности, взвѣситъ все за и противъ и дѣйствуетъ навѣрняка. Слѣдовательно, это преступленіе предумышленное и строго обдуманное. Это есть актъ строгой логики и строгого длительного мышленія, но вмѣстѣ съ тѣмъ мышленія больного, имѣющаго въ основѣ своей ложныя посылки и ложные поводы. Совершивши свое преступленіе, пассивные меланхолики мало измѣняются

въ своемъ поведеніи. Бываютъ случаи, что они даже довольны своимъ поступкомъ, но бываютъ случаи, это этотъ новый поступокъ еще болѣе угнетаетъ ихъ и способствуетъ еще большей 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 затѣмъ, съ усиленіемъ болѣзненнаго процесса, само преступленіе нерѣдко служитъ исходнымъ пунктомъ бреда.

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

И п о х о н д р і я .

На границѣ между пассивной меланхоліей и активной меланхоліей стоитъ *ипохондрія*. Она заключаетъ въ себѣ часть признаковъ пассивной меланхоліи и часть признаковъ активной меланхоліи. Больше она представляетъ отгѣнковъ пассивной меланхоліи.

Болѣзненное состояніе настроенія духа можетъ возникать двоякимъ образомъ: оно можетъ вызываться причинами и мотивами внѣ насъ существующими, исходящими не изъ нашего организма,—и причинами лежащими въ нашемъ собственномъ организмѣ. Въ послѣднемъ случаѣ будетъ нарушеніе *тѣлеснаго самочувствія*. Ипохондрія есть функциональное корковое разстройство, въ основѣ котораго лежитъ психическая подавленность, страхъ за цѣлость своего организма и болѣзненные ощущенія, исходящія изъ самаго тѣла. Слѣдовательно, это есть отгѣнокъ пассивной меланхоліи, въ которой предметомъ печали и грусти будетъ болѣзнь или боязнь за болѣзнь собственного тѣла.

Больные по временамъ впадаютъ въ уныніе и грусть по поводу своего здоровья. Ихъ здоровье разстроено. Они чувствуютъ полную усталость организма, общую боль, раз-