Ю. КАННАБИХ

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ



ФИЛИПП ПИНЕЛЬ

Ю. КАННАБИХ

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

ПРЕДИСЛОВИЕ
П. Б. ГАННУШКИНА

Дорогая Е. В. Алексеева
На добрую память
в день рождения
г. Москва 1994
От коллектива
кафедры.

Репринтное издание

Москва
ЦТР МГП ВОС
1994

Ответственный за выпуск
Жигарьков А. А.

Подписано в печать с готовых диапозитивов 22.04.94. Формат 84×108/32. Печать офсетная. Объем 16,5 п. л. Тираж 30 000 экз. Заказ 5145.

Центр творческого развития МГП ВОС.
125252, Москва, ул. Куусинена, 19а.

Отпечатано с готовых диапозитивов на Книжной фабрике № 1 Комитета РФ по печати. 144003, г. Электросталь Московской обл., ул. Тевосяна, 25.

ISBN 5-87044-009-2
ЛР № 050014 от 19.07.91 г. © ЦТР МГП ВОС, Оформление, 1994

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Оглавление 3

Предисловие П. Б. Ганнушкина 11

От автора 15

Введение 17

Глава первая. ДРЕВНЕЙШИЙ ПЕРИОД ПСИХИАТРИИ 23

1. Психозы у первобытных народностей. Библейские сказания. Древне-греческая мифология. — 2. Первые исторические данные у Геродота. Врачебное сословие в древней Греции. Переход к научному периоду. Демокрит. — 3. Вопрос о местоположении «души». Мозговая теория и Алкмеон. Гиппократ. Гуморальная теория психозов. Наследственность. Основные психиатрические термины и их характеристики. — 4. Философы.

Глава вторая. ДРЕВНИЙ РИМ И ВИЗАНТИЯ . . 38

1. Эразистрат. Цельс и его подразделение психозов. — 2. Архиген и Аретей. Уход за душевнобольными у Аретея. Намеки на маниакально-депрессивный психоз. Эпилепсия. — 3. Соран в изложении Целия Аврелиана. Лечение мании. — 4. Конец греко-римского периода и Гален. — 5. Византийские компиляторы.

Глава третья. СРЕДНИЕ ВЕКА В ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ 57

1. Психиатрия у арабов. — 2. Монастырские приюты и убежища в Западной Европе. Суеверия и первоначальная борьба с ними. Медицина этого периода. Салернская школа. Константин Африканский о меланхолии. Психиатрия в период схоластики. Михаил Саванарола и начало Ренессанса. — 3. Положение душевно-больных в эпоху развития городского хозяйства. — 4. Пример психиатрической экспертизы в первой трети XVI века.

Стр.

Глава четвертая. ПЕРВЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ ДЛЯ ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХ 69

Указание Вирхова на Эльбинг. Первое специальное заведение в Валенсии.

Глава пятая. ЭПОХА РЕНЕССАНСА 73

1. Реставрация греко-римской медицины. XVI век и великие научные открытия. — 2. Первод религиозного фанатизма, демонологии и процессов ведьм. Казни душевно-больных. — 3. Борьба с инквизицией и деятельность Вейера. Шпее.

Глава шестая. НАЧАТКИ ПСИХИАТРИИ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ 82

Аналогия с Западной Европой и роль монастырей. Первый указ о душевно-больных в допетровской Руси. Константинопольские больницы.

Глава седьмая. ПСИХИАТРИЯ XVI ВЕКА 86

1. Вивес об уходе за душевно-больными. — 2. Итальянские врачи. Меркуриали и его «Консультации». — 3. Платер и его деятельность. Первая классификация психозов.

Глава восьмая. XVII ВЕК 96

1. Принцип механистического мировоззрения. Декарт. Бекон. Атомизм Гассенди. Гарвей и открытие кровообращения. Врачи-механики. Английский эмпиризм. Гоббс и Локк. — 2. Изучение психозов в XVII веке. Лепуа. Зеннерт. Гельмонт. Сильвий. — 3. Сиденгем. Уиллис. — 4. Павел Заккиас и основание судебной психопатологии.

Глава девятая. XVIII ВЕК (Германия и Франция) . . 112

1. Германия: Шталь и Гоффман. — 2. Архивные изыскания Серье. О пансионатах для привилегированных больных во Франции. — 3. Французские государственные «убежища».

Глава десятая. XVIII ВЕК (продолжение: Франция и Италия) 123

Теоретическая психиатрия во Франции: Буасье де-Соваж, Лорри, Дакен. Выступление Киаруджи в Италии. Взгляды Морганьи на уход за душевно-больными.

Стр.

Глава одиннадцатая. АНГЛИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ В XVIII ВЕКЕ 133

1. Келлен, Браун, Кричтон и другие. — 2. Больничное дело в Англии в описании Тенона. Сравнение с парижскими больницами. — 3. Уильям Тьюк и основание Иоркского убежища.

Глава двенадцатая. ЭПОХА ВЕЛИКОЙ ФРАНЦУЗСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ 143

1. Проекты больничных реформ накануне Революции. Доклады Коломбье и Байи. Образование Больничной Комиссии. — 2. Кабанис. Его жизнь и деятельность.

Глава тринадцатая. ПИНЕЛЬ, ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ 149

1. Жизнь в Монпелье и первые годы в Париже. Дружба с Кабанисом и назначение в Бисетр. — 2. Снятие цепей с душевно-больных по преданиям и в изложении самого Пинеля. Роль Пюссена. — 3. Научные идеи Пинеля. Идейное «завещание» Пинеля.

Глава четырнадцатая. ЭСКИРОЛЬ, ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ 170

1. Биографические данные об Эскироле. Доклад Эскироля о состоянии больниц. Патронаж в начале XIX века. Закон 30 июня 1838 г. — 2. Эскироль — клиницист. Его классификация психозов. Учение о мономаниях. Кормление зондом. Первая колония для душевно-больных.

Глава пятнадцатая. УЧЕНИЕ О ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ (1-й период) 182

1. Указание Эскироля и работа Жорже. «Исследование о душевных болезнях» Бейля. — 2. Ссылки Бейля на своих предшественников. — 3. Консерватизм Эскироля. Работы Делайе, Кальмейля и Фовиля. — 4. Дальнейшее обсуждение вопроса. Фальре и Бейарже. Попытка лишить Бейля приоритета.

Глава шестнадцатая. УЧЕНИКИ И СОВРЕМЕННИКИ ЭСКИРОЛЯ 200

1. Жорже, Феррю, Вуазен. Сеген и основание дефектологии. Описание циркулярного психоза. Фальре и Бейарже. Эпилептический психоз. Паршапп. Бриер-де-Буамон. Трела. Моро. Ласег и описание бреда преследования. — 2. Гислен и эпоха Пинеля в Бельгии.

Стр.

Глава семнадцатая. НАЧАЛО ЭПОХИ КОНОЛЛИ. 210

1. Отсталость английской психиатрии в первые десятилетия XIX века. Злоупотребления в лечебницах по отчетам «комиссаров по душевным болезням». Парламентский билль о реформе в Бедламе. — 2. Деятельность Чарльсворта в Линкольне. Гардинер Гилль и его доклад о «полной отмене насилия над человеком». — 3. Деятельность Коннолли в Генуэле. Обсуждение принципа No-restraint в Англии. Анкета 1842 г. и Комиссия 1854 г. Начало нового периода в истории психиатрии.

Глава восемнадцатая. ГЕРМАНСКАЯ ПСИХИАТРИЯ НАЧАЛА XIX ВЕКА 218

1. Экономическая отсталось Германии. Умозрительная философия. Кант и классификация психозов. Гоффбауер. Психиатрические взгляды Гегеля и его классификация. Гредииг. Френология Галля. — 2. Дома для умалишенных в Германии начала XIX в. по описаниям современников. Рейль и Лангерман.

Глава девятнадцатая. ШКОЛА ПСИХИКОВ . . 234

1. Натурфилософия и мистицизм. Спиритуализм в учении об этиологии психозов. Гейнрот, Иделер, Бенеке. — 2. «Механотерапия» психозов, как способ воздействия на «душу». Мешок, смирительная рубашка, смирительный стул, принудительное стояние, маска и груша, вращательные машины и т. д. Причиняющие боль средства. «Водяные» процедуры и другие виды воздействия на психику. — 3. Протестующий голос Гайнера. Отзыв Дамерова о механической терапии.

Глава двадцатая. СПОР ПСИХИКОВ И СОМАТИКОВ 258

Идеология соматической школы. Нассе. Якоби. Деятельность Фридрейха.

Глава двадцать первая. ПЕРЕХОДНОЕ ВРЕМЯ В ГЕРМАНИИ 263

1. Открытие главных германских заведений для душевно-больных. Флеммииг. Учение о первичных и вторичных формах. «Илленау» и Роллер. Зольбриг и борьба за университетское преподавание психиатрии. Иессен. Гаген. — 2. Принципы подразделения психозов. Главнейшие классификации. Их неудовлетворительность. Нигилизм Неймана.

Стр.

Глава двадцать вторая. ГРИЗИНГЕР, ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ 277

1. Отсутствие единства взглядов в германской психиатрии 30—50-х годов. Объединяющая роль Гризингера и полная победа соматической школы. Гризингер о рефлексах головного мозга. — 2. Психиатрические воззрения Гризингера. Закрепление учения о первичных и вторичных состояниях. Классификация Гризингера. Его жизнь. «Патология и терапия душевных болезней», как поворотный пункт в германской психиатрии. Гризингер — немецкий Эскироль.

Глава двадцать третья. РУССКАЯ ПСИХИАТРИЯ ДОЗЕМСКОГО ПЕРИОДА 285

1. Завершение монастырского периода. Указ 1762 г. и постройка «доллгаузов». Проект Мюллера и доклад Шлецера. Приказы общественного призрения и «желтые дома». Новгород, Москва, Петербург, провинция. Описание домов умалишенных современниками. Московский доллгауз и доктор Саблер. «Прозорливец» Корейша. Бессилие правительства в деле организации психиатрической помощи.

Глава двадцать четвертая. БОРЬБА ЗА НОРЕСТРЕНТ 297

1. Брозиус, Мейер и Гризингер. Дебаты на Берлинском съезде 1879 г. Швейцария, Италия, Голландия. — 2. Консервативные идеи во Франции. Впечатления В. П. Сербского в 1886 г. Америка. Система «открытых дверей» в Шотландии.

Глава двадцать пятая. УЧЕНИЕ О ПАРАНОЙЕ . 307

1. Переполнение больниц и необходимость устройства колоний. Земледельческая колония бр. Лабитт. Снелль и открытие колонии «Эйнум». Кеппе и «Альт-Шербиц». Описание Альт-Шербица Сербским. — 2. Расширение психиатрического кругозора. Людвиг Снелль и его доклад на Ганноверском съезде 1865 г. Учение о первичном сумасшествии. Прирожденная паранойя Зандера. Карл Вестфаль и острая паранойя. Расширение границ этой болезни. Первые признаки ее распадения. Мерклин, Фритч, Мейнерт. Аменция Мейнерта. Заслуги Вестфаля в развитии учения о параноье. Навязчивые состояния. — 3. Переписи душевно-больных в Западной Европе и в России. — 4. Посемейное призрение.

Стр.

Глава двадцать шестая. МОРЕЛЬ И УЧЕНИЕ О ДЕГЕНЕРАЦИЯХ 323

1. Расцвет естествознания в середине XIX столетия. Дарвин и интерес к вопросам наследственности. Монография Проспера Люка. Патологическая психология Моро-де-Тура. Появление Мореля. «Трактат о вырождении». — 2. Закон вырождения. Внешние факторы вырождения. Классификация Мореля. Идея общественной профилактики нервно-психических заболеваний. Описание эмотивного бреда. Другие достижения Мореля.

Глава двадцать седьмая. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИДЕЙ МОРЕЛЯ 333

1. Маньян и дальнейшее развитие учения о дегенерациях. Учение об алкоголизме. Появление морфинизма и первые работы об этом в Германии и во Франции. Работа Маньяна в убежище св. Анны. Классификация Маньяна. Его учение о бредовых состояниях. — 2. Учение Мореля в Италии. Ломброзо и криминальная антропология. Гениальность и помешательство. Сторонники и противники Ломброзо. — 3. Влияние Мореля в Германии. Шюле, его классификация. Крафт-Эбинг, его классификация. Реакция против учения о дегенерациях. Цион. Интерес к экзогенным факторам. — 4. Начало учения о психогении. Гипноз и внушение. Шарко. Льебо. Мебиус. Пьер Жане. Кох и пограничные состояния. 5. Психозы детского возраста.

Глава двадцать восьмая. УЧЕНИЕ О ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ (2-й период) 365

1. Краткий очерк истории развития учения о лихорадочном и инфекционном бреде. — 2. Завершение учения о прогрессивном параличе.

Глава двадцать девятая. МЕЙНЕРТ и ВЕРНИКЕ. Анатомофизиологическое направление в психиатрии. 372

Глава тридцатая. РУССКАЯ ПСИХИАТРИЯ ЗЕМСКОГО ПЕРИОДА 383

1. Начало университетского преподавания. Балинский. Мержеевский. Фрезе и Бехтерев в Казани. Ковалевский в Харькове. Эммингауз в Дерпте. Сикорский в Киеве. Преподавание психиатрии в Москве. А. Я. Кожевников. С. С. Корсаков. —

Стр.

2. Введение но-рестрент в России. Земские и городские реформы. Штейнберг. Андриолли. Литвинов. Бурашево. Открытие психиатрических больниц. Психиатры-общественники. Первый съезд психиатров в Москве. Доклад Корсакова о но-рестренте, и о помощи на дому. Дальнейшие этапы в больничной, колониальной и патронажной психиатрии. — 3. Жизнь и деятельность Корсакова. Полиневритический психоз. Международный съезд в Москве в 1897 г. Корсаковская болезнь. Сподвижники Корсакова: Сербский, Баженов, Бернштейн. Деятельность Яковенко и Кащенко.

Глава тридцать первая. КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 411

1. Кальбаум, его жизнь и деятельность. Описание кататонии. Геккер и гебефрения. — Классификация Кальбаума. Причины ее непопулярности.

Глава тридцать вторая. ЭПОХА КРЕПЕЛИНА . 417

1. Несовершенство клинической психиатрии и искание новых путей. Крепелин и первый период его деятельности. Принципы клинический и этиологический, как основы его классификации. Подготовительные работы. IV и V издания «Учебника». Прогноз, как практическая потребность и теоретический принцип. — 2. Учение о раннем слабоумии. Съезд психиатров Юго-западной Германии в 1898 г. — 3. Маниакально-депрессивный психоз. Его краткая история. Смешанные состояния. VI издание «Учебника». Учение о паранойе.

Глава тридцать третья. ЭПОХА КРЕПЕЛИНА (продолжение) 434

1. Раскол среди психиатров. Нападки на крепелиновскую систему. — 2. Дальнейшие фазы в развитии учения о маниакально-депрессивном психозе. Работы Дрейфуса, Вильманса, Шпехта. — 3. Учение об эпилепсии в эпоху Крепелина. — 4. Учение о наследственности. — 5. Сотрудники Крепелина: Ниссль, Альцгеймер, Бродман. — 6. Достижения эпохи Крепелина в практической психиатрии: постельный режим, упразднение изоляторов. — 7. Длительная ванна. Женский уход. — 8. Учение о парафрениях. Курсы усовершенствования. Сравнительная психиатрия. Исследовательский институт. Классификация Крепелина.

Стр.

Глава тридцать четвертая. ПЕРЕХОД К СОВРЕМЕННОСТИ 462

1. Современники Крепелина — Фрейд, Юнг, Блейлер и оживление психологических интересов. Учение о схизофрении. — 2. Пограничные состояния, циклотимия и первые этапы учения о конституциях. Гохе и реакция против клинико-нозологического направления. Бонгеффер и вопрос об экзогенных реакциях. Ясперс и уточнение обще-психопатологических понятий. — 3. Зарождение учения о схизофренической конституции. Работа Ганнушкина. — 4. Психиатрия после империалистической войны и учение о психогении (истерия, травматический невроз). Психоанализ Фрейда. Индивидуальная психология Адлера. Учение о психопатических личностях. Учение о симптомокомплексах, о реакциях и последние этапы учения о паранойе. «Построение психоза» и «диагностика о многих измерениях». — 5. Классификация психических расстройств, принятая на германском съезде 1920 г. — 6. Соматические изменения при психозах. Эндокринология. «Строение тела и характер» Кречмера. — 7. Объективная психиатрия ленинградской психиатрической школы: Бехтерев, Осипов, Ющенко и другие.

Глава тридцать пятая. СОВРЕМЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 494

1. Начало осуществления идей Мореля о психогигиене. Евгеника отрицательная и положительная. Французская система диспансеризации в борьбе с психопатиями. — 2. Расцвет психопрофилактики в Северо-Американских Соед. Штатах. Клиффорд Бирс. Национальный комитет психической гигиены. — 3. Оживление психогигиенического движения во Франции. Так называемая «открытая помощь» в Германии. — 4. Психогигиена и советская медицина.

Литературный указатель 507

Указатель имен 521

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проследить на протяжении большого промежутка времени, на промежутке ряда веков, ход и развитие психиатрии — психиатрической мысли, с одной стороны, и прикладной психиатрии, как практического осуществления лечения и призрения душевно-больного человека,—с другой, — такова задача настоящей книги. Книга имеет таким образом своею целью не только изложение содержания определенной дисциплины, в данном случае одной из биологических дисциплин, но еще больше — установление истории развития этой дисциплины. Всякий автор, ставящий перед собой такую задачу, оказывается, с одной стороны, натуралистом-биологом, специалистом, имеющим, конечно, собственные взгляды в своей специальности, связанным с определенной эпохой, с определенным направлением, с другой стороны — он же должен быть историком-гуманистом, безукоризненно владеющим историческим методом, умеющим отказаться от переживаний текущего момента, умеющим погрузиться в изучение архивного литературного материала и в то же время сохраняющим холодное беспристрастие и вдумчивость незаинтересованного наблюдателя. Автор такой работы должен иметь в себе гармоническую равнодействующую, при наличности которой в нем являются уравновешенными в одно и то же время сложившийся профессионал, хозяин своей специальности, отдающий себе отчет во всех ее актуальных достижениях, и человек, умеющий находить основание и корни настоящего в далеком прошлом. Быть и биологом, и гуманистом, одинаково глубоко проникнуться ценностью прошлого и значением настоящего, причинной связью одного с другим, — таковы требования к автору по вопросам истории медицины, и эти требования делаются еще гораздо более

значительными, когда заходит речь об истории психиатрии. Психиатрия изучает не только способы лечения и призрения душевно-больного, психически больного человека, она устанавливает самое понятие о душевно-больном, о душевном здоровье, понятие о психической норме, определяет права душевно-больного в обществе и т. д. и т. д. Естественно, что на всех этих очень важных и очень общих понятиях и представлениях отражаются взгляды и воззрения соответствующей исторической эпохи. Одна формулировка понятия о душевно-больном человеке, сущности этого понятия является необычайно ценным и тонким реагентом, которым можно пользоваться для оценки уровня знания того или другого периода времени; безо всякого страха впасть в преувеличение можно утверждать, что психиатрия, взятая в целом, — и конкретные формы психиатрической практики и общие теоретические предпосылки патопсихологии — эта психиатрия стоит в самой определенной корреляции с состоянием биологии, социологии, философии данного отрезка времени. Не даром уже давно высказано положение, что по состоянию психиатрической помощи в стране можно сделать заключение о степени культурности этой страны.

Таким образом проблема историка психиатрии делается очень трудной, ибо он не только должен быть психиатром, но он должен обладать большими, почти универсальными знаниями в целом ряде дисциплин. Притом это знание, если можно так выразиться, должно быть не только интенсивным, но и экстенсивным: нельзя ограничиваться современным уровнем, но нужно быть знакомым и с эволюцией этих знаний. Этим, вероятно, и объясняется тот факт, что, несмотря на весь совершенно неоценимый интерес исторических очерков по психиатрии, мы во всей литературе — и русской, и мировой — не имеем ни одной сколько-нибудь обстоятельной и компетентной истории психиатрии.

Второе, на чем мы бы хотели остановиться, — это следующее. Психиатрия — дисциплина сравнительно молодая; из сферы деятельности сравнительно узкого круга специалистов она выходит, смеем думать, уже вышла на более широкую и более ответственную дорогу; она становится достоянием большого круга лиц, большого круга

специалистов — и теоретиков, и практиков. Молодая дисциплина не может иметь своей истории; 20—25 лет тому назад можно было написать очень интересный этюд, очерк из истории психиатрии, но написать книгу, основы, если угодно — учебник по истории психиатрии, — можно только тогда, когда дисциплина уже определилась и достигла известного этапа своего развития. Психиатры долгое время были отгорожены от общей медицины и даже от жизни; они были настоящими сектантами со всеми положительными и отрицательными сторонами такой работы; быть может с некоторой грустью, с некоторой робостью, но в то же самое время с чувством большого удовлетворения покидают они свои кельи, узкий круг своей деятельности и выходят на широкую дорогу активных участников и строителей жизни. Появление труда по истории психиатрии является лучшим доказательством, что из стадии младенчества и юности психиатрия вступила в фазу зрелости; этот труд своим появлением не только доказывает, что психиатрия достигла известного уровня и значения: он — своими синтетическими построениями — в свою очередь окажет, несомненно, контролирующее, регулирующее, если можно так выразиться, даже перспективное влияние на дальнейшее развитие психиатрической науки. Каждый деятель из области психиатрии будет себя чувствовать участником большого строительства, строительства, у которого есть ясно осязаемый план, есть большое будущее, есть надежды и чаяния.

Наконец третье, что я бы хотел сказать: заключительный, современный аккорд наших психиатрических достижений и радостей, связанный с выходом работников психиатрии из запертых больниц в обычную жизнь, применение психиатрического критерия и метода к так называемому нормальному человеку, превращение психиатрии в науку понимания и познавания людей, завоевание психиатрией индивидуальной психологии, выделение психиатрами психических типов, характеров, темпераментов и находящееся в прямом соотношении со всеми этими завоеваниями психиатрической мысли, распространившееся по всему культурному миру психопрофилактическое, психогигиеническое движение, не только с больничным, но и с амбулаторным и диспансерным обслуживанием населения — все

это должно находить в книге по истории психиатрии свои истоки, свое обоснование, свое утверждение.

Таковы самые общие рамки, которыми определяется значение и ценность книги Ю. В. Каннабих. Требованиям, о которых мы говорили, как бы ни показались они высокими, эта книга удовлетворяет вполне. Счастливые, совершенно необходимые для данного случая свойства психики, долголетнее сосредоточение внимания и интересов на историческом развитии психиатрии, личное участие в разработке ряда вопросов теоретической и практической психиатрии и еще многое другое позволили Ю. В. Каннабих, русскому психиатру, заполнить этой своей книгой столь чувствительный пробел в литературе.

Единственным оправданием для написания этих вступительных строк к истории психиатрии Ю. В. Каннабих служит желание выразить чувство глубокого удовлетворения по поводу появления в русской литературе такой книги.

П. Ганнушкин.

10/VIII 1928.

ОТ АВТОРА

Предлагаемая книга представляет опыт обозрения главных этапов развития клинической психиатрии, начиная с ее древнейших времен и кончая завершившейся на наших глазах эпохой, неразрывно связанной с именем Крепелина. Автор, выступая с докладами на историко-психиатрические темы и читая курсы лекций по истории психиатрии (в 1907—1909 гг. на повторительных курсах для врачей при Центральном приемном покое для душевнобольных в Москве и в 1925—1928 гг. — на курсах усовершенствования в Невро-психиатрическом диспансере Наркомздрава), неоднократно мог убедиться в том, что в таком историческом обозрении ощущается большая потребность. Между тем ни у нас, ни в Западной Европе не существует до сих пор сколько-нибудь полной истории психиатрии. Специальное исследование Фридрейха, а также исторические введения в учебники старинных авторов — Гейнрота, Бауера, Фейхтерслебена, в трактате «О бреде» Фодере и т. д.—обрываются на первых десятилетиях XIX века; соответствующие главы у Шюле, Крафт-Эбинга, Крепелина — далеко не отличаются полнотой; то же самое следует сказать об увлекательно написанных 40 страницах в «Общем курсе душевных болезней» проф. В. П. Осипова: посвященные главным образом древности и Средним векам, они дают о позднейших периодах психиатрии лишь отдельные, хотя и весьма ценные указания. История психиатрии, составленная таким глубоким знатоком этого предмета, каким был проф. Кирхгоф (в первой части руководства Ашаффенбурга), точно так же почти не затрагивает более поздних эпох [1]. Много интересных сопоставлений и

[1] Kirchhoff. Grundriss einer Geschichte Der deutschen Irrenpflege. Leipzig, 1912.

намеков содержит очерк Дель-Греко в «Патологической психологии» под редакцией Мари [1]; но связного изложения предмета этот автор также не дает. Совершенно особое место занимает «История психиатрии» Корнфельда, входящая составной частью в «Историю медицины» Нейбургера и Пагеля [2]. Этот труд представляет собой главным образом хронологический перечень с кратким изложением содержания всех сколько-нибудь значительных и самостоятельных трудов по психиатрии, начиная с XVI века. Как справочник — эта работа незаменима. Но в ней отсутствует всякая попытка освещения исторической преемственности научно-психиатрических идей. Непревзойденным образцом историко-психиатрического исследования следует считать книгу Трела [3], изданную в 1839 г.: помимо стройности изложения в ней имеется то, что отсутствует у большинства авторов: сделана попытка хотя бы некоторого выяснения преемственности психиатрических взглядов. Немалую ценность представляют отдельные очерки и статьи Ниссля, Гауппа, Мёнкемёллера, доклады Клейста, Бумке и некоторые другие работы. Несмотря на все это, повторяем, история психиатрии еще не написана. Этим и объясняется появление настоящего труда.

Преимущественное внимание автор обращал на клиническую психиатрию и эволюцию ее основных принципов. Другие стороны психиатрической науки, а именно: общая психопатология, патологическая анатомия, гистопатология, судебная психиатрия — не включены в рамки исследования. Этих вопросов, которые могли бы каждый в отдельности составить предмет самостоятельных монографий, автор касался лишь попутно и только в той степени, какая была необходима для освещения его главной темы.

---

[1] Del-Greco. Aperçu critique sur l'histoire de la médecine mentale (Traité international de Psychologie pathologique. Paris, Alcan, 1910).

[2] Neuburger u. Pagel. Geschichte der Medecin, 1906.

[3] Trélat. Récherches historiques sur la folie. Paris, 1839.

ВВЕДЕНИЕ

В системе врачебного образования психиатрия, как известно, преподается на последних семестрах факультетского курса, так как понимание ее сложных проблем становится доступным учащемуся лишь после усвоения обширного цикла предварительных дисциплин. Соприкасаясь с различными отделами биологии, со всей внутренней медициной, неврологией и психологией, — психиатрия простирает свои интересы еще на целый ряд вопросов, на первый взгляд лежащих как-будто далеко от ее прямого задания, — вопросы юридические, этические, социально-бытовые, этнологические и другие. Для правильной ориентации в таком сложном фактическом и идейном материале требуется, помимо знаний, — методически законченное развитие научно-критического мышления. Только при выполнении этих условий представляется возможным сколько-нибудь ценное и плодотворное обсуждение вопросов: что такое психопатия в широком смысле слова, какова ее природа, происхождение, значение в жизни человеческого общества в процессе его развития от поколения к поколению, каковы ближайшие и отдаленные задачи коллектива по отношению к своим душевно-больным сочленам и, наконец, в чем должны состоять общественно-государственные мероприятия, направленные на создание условий, гарантирующих психическое здоровье широких народных масс.

Человеческая мысль прошла долгий путь, прежде чем она оказалась в состоянии охватить эту задачу во всей ее полноте и дать сколько-нибудь удовлетворительное теоретическое и практическое разрешение ее отдельным частям. Это сделалось возможным лишь в самое недавнее время, после того, как осуществились, хотя и в неодинаковой

степени, обе вышеуказанные предпосылки, а именно: собран был запас необходимых ориентировочных сведений и выработан правильный метод дальнейшего продвижения вперед. В отношении вспомогательных знаний, биологических, анатомо-физиологических, психологических, социологических — многое, разумеется, еще остается сделать; но можно считать, что общий план и вся обстановка работы выяснились окончательно: психиатрия заняла прочное место в системе биологических наук, изучение ее многообразных проблем безостановочно подвигается вперед путем систематического естественно-научного наблюдения при дружественном содействии всей методики экспериментальной медицины и в широком разрезе социально-медицинских заданий, выдвинутых на первый план революционными идеалами и частичными достижениями человеческого труда и его творческой мысли.

Знаменитый основатель позитивной философии Огюст Конт полагал, что человеческое познавание явлений природы прошло три последовательные стадии развития: теологическую, метафизическую и, наконец, позитивную, или реально-научную. Хотя и было сделано много указаний на произвольность этого «закона трех состояний», но если бы нашелся мыслитель, стремящийся отыскать подтверждение для идеи Конта, то быть может он обрел бы в исторических судьбах психиатрии некоторый материал. Разбирая и оценивая психопатологические явления (галлюцинации, припадки, бред), люди в различные эпохи последовательно переходили от теологии к метафизике и от метафизики к точной науке. Разумеется, всякое деление эволюционного хода идеологических построений на различные эпохи отличается схематичностью. Нет возможности указать в точности грани и определить сроки. Поэтому предлагаемое нами ниже подразделение истории психиатрических учений на несколько периодов является также приблизительным и условным. В его основу мы положили два принципа: 1) реальные достижения в деле помощи душевно-больным и степень социальной организованности соответствующих мероприятий и 2) некоторые научно-идеологические построения теоретической психиатрии. Сказанное будет яснее при беглом взгляде на

нижеизложенные пункты, которые одновременно дадут общую программу и основную идею предлагаемого труда. Мы разделяем историю психиатрического дела и эволюцию научных воззрений в этой области на следующие этапы:

1. В начале идет донаучный период, простирающийся с древнейших времен до момента появления эллинской медицины. Его характерными чертами является полное отсутствие какой бы то ни было медицинской помощи при душевных болезнях, которые рассматриваются и истолковываются в духе примитивно-теологического мировоззрения. В это время происходит, однако, хотя и бессистемное, но крайне важное для будущего накопление разрозненных фактов и наблюдений, получивших образное запечатление в мифологии и народной поэзии.

2. Вторая эпоха обнимает древнюю греко-римскую медицину. Началом ее условно можно считать VII или VI век до нашей эры, когда впервые появились попытки оказать медицинскую помощь душевно-больным, заболевание которых стало рассматриваться, как явление естественного порядка, требующее принятия каких-то естественных мер. На смену отмирающей теологической медицине идет сперва медицина метафизическая, одновременно с которой, однако, все с большей настойчивостью пробивается сильная научно-реалистическая струя. Эта блестящая эпоха, начавшаяся во времена Перикла (V век до нашей эры), продержавшись около 800 лет, заканчивается в конце III века нашего летоисчисления.

3. Третий период отмечен регрессом человеческой мысли на стадию донаучного мировоззрения вообще и медицинского в частности. Наступают Средние века с их мистикой и схоластикой. Но вместе с тем, — это эпоха, крайне важная в истории психиатрии в одном определенном отношении: предпринимаются первые попытки общественного призрения душевно-больных. Как мы увидим впоследствии, совершенно неправильно рассматривать указанное время как исключительно наполненное различными процессами ведьм и сплошными казнями душевно-больных. Эти явления свойственны даже не столько Средним векам, сколько переходу к новому времени, — так называемому Ренессансу.

4. Четвертый период — XVIII век, особенно его последнее десятилетие, представляет решительный шаг вперед: повсеместно в Европе и Америке развивается госпитализация душевно-больных, наполовину лечебного, наполовину полицейского характера. Следствием этого явилась, наконец, возможность хоть сколько-нибудь организованной научной работы над психопатологическим материалом. Огромный социально-политический сдвиг — Великая французская революция, коренные изменения всей структуры Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицинских, а также значительное прояснение обще-философской идеологии (особенно во Франции) — все это наносит мощный удар остаткам вековых суеверий. И тогда душевнобольной человек выступает на фоне новой гражданственности, предъявляя молчаливое требование медицинской помощи и ограждения всех своих интересов, как члена общества. Это — эпоха Пинеля во Франции, постепенно распространившаяся на весь цивилизованный мир. Резко порвавши с прошлым, железные цепи которого (в буквальном смысле) были разбиты, эта эпоха, однако, еще принципиально допускала (в интересах больного) физическое насилие, хотя и в смягченном виде смирительной рубахи и кожаного ремня. В это время закладываются основы истинно научной теоретической психиатрии. Эпоха Пинеля простирается до шестидесятых годов XIX столетия.

5. Вслед за нею вступает в свои права эпоха Коноллли, по имени того врача, который решительно высказался за полную отмену механических способов стеснения и сам воплотил эти принципы — насколько позволяли материальные условия его времени — в своей жизни и деятельности. Идеи этого английского врача, высказанные им значительно раньше, потребовали для своего распространения нескольких десятков лет. Возникшие в Англии в эпоху быстрого развития промышленного капитала, они могли быть воплощены на европейском континенте лишь тогда, когда здесь окончательно обозначалась та же социально-экономическая эволюция. Это выразилось между прочим в численном росте и качественном (материальном) усовершенствовании психиатрических учреждений. Соответственно этому подлежавший материал увеличивался

с каждым годом. Ставятся и частично разрешаются некоторые основные проблемы науки о душевных болезнях, составляются многочисленные классификации психических расстройств, развиваются экспериментальная психология и невропатология и научное преподавание психиатрии постепенно поднимается на значительную высоту. Это время господства так называемой симптоматологической психиатрии, период *симптомокомплексов* на психологической основе, при одновременном, однако, напряженном искании других критериев для создания истинно научных нозологических единиц.

6. Шестой период, совпадающий с последним десятилетием XIX века, характеризуется колоссальным расширением и совершенствованием психиатрической помощи, организацией колоний, патронажей и огромных усовершенствованных больниц, которые видят в своих стенах все более многочисленные кадры врачей-психиатров и хорошо обученного среднего и младшего персонала. В уходе за душевно-больными наступает новая эра — постельный режим. И одновременно с этим происходит постепенное и вполне естественное отмирание одного пережитка седой старины, еще допускавшегося в эпоху Конолли: уничтожаются изоляторы. Теоретическая психиатрия этого периода переживает глубокий и бурный кризис: рушатся симптомокомплексы и на их место становятся многосторонне-очерченные, новые, «естественные» нозологические единицы, «настоящие болезни», прослеженные на огромном, клинически и статистически обработанном материале. Это — *эпоха Крепелина*. Она характеризуется еще одной существенно важной чертой: психиатрия в связи с огромным усилением так называемой нервности в широких слоях населения все более выходит за пределы специальных больниц и быстрыми шагами приближается к повседневной жизни. Изучение пограничных состояний — неврозов и психоневрозов — подает повод к созданию нового, скоро получившего права гражданства термина — «*малая психиатрия*». Одновременно с этим в науке о душевных болезнях все более обозначается социологический уклон.

И здесь мы незаметно вступаем в текущую современность. Полная характеристика ее, разумеется, еще не может быть сделана. Но некоторые бросающиеся в глаза

черты могут и должны быть отмечены. Это, во-первых, огромный интерес к вопросам профилактики и всеобщее распространение методов диспансерной помощи, особенно широко применяемой в Северо-Американских Соединенных Штатах, и лежащей в основе идейных начинаний государственной медицины Союза Советских Республик. В теоретическом отношении психиатрия наших дней отличается небывалым уточнением своих основных понятий и усовершенствованием диагностических методов. При этом становится очевидным, что нозологическое направление, возглавлявшееся Крепелином, исполнило свое назначение предварительного суммарного распределения по основным группам всей пестрой массы психопатологических фактов и с каждым днем начинает отходить в сторону. Наука возвращается к покинутой, казалось, раз навсегда стадии симптомокомплексов, но на этот раз преображенных и видоизмененных научными достижениями общей биологии, внутренней медицины (в ее конституционнологических исканиях) и новыми подходами к постановке и разрешению коренных психологических проблем.

ГЛАВА ПЕРВАЯ

ДРЕВНЕЙШИЙ ПЕРИОД ПСИХИАТРИИ

1. Психозы у первобытных народностей. Библейские сказания. Древне-греческая мифология. — 2. Первые исторические данные у Геродота. Врачебное сословие в древней Греции. Переход к научному периоду. Демокрит. — 3. Вопрос о местоположении «души». Мозговая теория и Алкмеон. Гиппократ. Гуморальная теория психозов. Наследственность. Основные психиатрические термины и их характеристика. — 4. Философы.

1

В настоящее время установлено, что психозы поражают не только представителей культурного человечества, но встречаются и среди примитивных племен. В самых различных местностях (даже там, где нет ни алкоголя, ни сифилиса) «дети природы», совершенно нетронутые цивилизацией, болеют, однако, артериосклерозом мозга, схизофренией, эпилепсией и дают похожие на истерию патологические реакции [1]. Очевидно, так было и в древнейшие времена. И, надо думать, доисторическое население земного шара обращалось со своими душевно-больными приблизительно так же, как современные жители тропической Океании или сибирских тундр: агрессивные и опасные больные считались одержимыми злым духом

[1] По Крепелину Dementia praecox составляет 77% всех психозов у туземных жителей Явы; маниакально-депрессивный психоз распространен в меньшей степени. Известна «лата» малайцев — явление автоматизма с копролаллией, развивающееся под влиянием испуга. У них же нередко встречается «амок», родственный эпилепсии или идентичный с нею (см. Kraepelin: Vergleichende Psychiatrie, Zentralbl. f. Neurol. 1904. Также: Lehrbuch, Bd. I. 1908).

безобидные и тихие — почитались иногда любимцами богов; первых гнали и порой избивали, за вторыми ухаживали. Этот первобытный анимизм еще долго потом служил объяснением для психопатологических фактов. Когда, приблизительно за 2000 лет до нашей эры, царь Саул болел какими-то депрессивными приступами, — библейский летописец с полной уверенностью определил их причины: бог покинул царя и тогда злой дух вселился в него. Кем-то, однако, была предложена наиболее действительная терапия: посылали за молодым человеком Давидом, который должен был играть на струнном инструменте и петь мелодичные песни, которые он сам слагал. Другое предание говорит о Навуходоносоре, наказанном безумием за надменность и гордость. Автор рассказа не жалеет красок для описания унизительного состояния, до которого дошел вавилонский царь: он скитался как вол, опустив голову, по пастбищам, одичал, весь оброс и питался травой. В древних священных книгах встречается еще целый ряд таких картин, полных той своеобразной поэзии, какой вообще отличаются примитивы.

Под синим эллинским небом люди также обнаруживали нередко те странности поведения, которые считались результатом вмешательства божества. Афина Паллада, богиня, нашла нужным покарать Аякса. И тогда он в ярости кидается на стадо баранов и наносит стремительные удары, воображая, что перед ним враги. Все происшедшее потом настолько угнетает его, что он кончает самоубийством, бросившись на собственный меч [1]. По приказу Аполлона, Орест убивает свою мать Клитемнестру, в отмщение за смерть отца. Но потом он не может найти покоя: его преследуют Эвмениды (упреки совести), которые постепенно доводят героя «до бешенства». Здесь интересна своеобразная черта древне-эллинского мировоззрения: хотя убийство совершено по приказу бога и является справедливой местью, однако, оно все же преступно, ибо с убийством матери не мирится человеческая душа. Впрочем, совесть точно также преследовала бы Ореста, если бы он не послушался Аполлона и не отомстил бы за смерть отца. Видимо, эллины считали такой непримиримый психический

[1] Этот миф послужил содержанием трагедии Софокла «Аякс».

конфликт крайне важным моментом в этиологии «неистовых» состояний. Кроме того, они думали, что некоторые преступления, к которым в первую очередь относились все тяжелые нарушения вековых устоев семейного быта, до такой степени ужасны, что за них люди неминуемо должны поплатиться рассудком.

Классическая мифология дает нам несколько примеров эпидемического распространения бредовых идей. Три дочери тиринфского царя Прэта ушли из родительского дома и бродили по лесистым предгорьям, утверждая, что они превратились в коров. Такое несчастье постигло их из-за того, что они презрели статую Геры, богини плодородия и брака. Эти девушки — Лизиппа, Финнойя и Ифианасса — сделались центром целой психической эпидемии, так как к ним присоединились другие женщины из Тиринфа и Аргоса. Вылечил их некий Меламп — пастух-прорицатель. По одной версии он напоил их отваром чемерицы (знаменитым средством, которое потом, вплоть до XVII века нашей эры, сохранило виднейшее место в психиатрической рецептуре[1]), по другой — Меламп заставил сильных юношей беспощадно гнать их прутьями до города Сикиона; истомленные диким бегом девушки выздоровели, примирившись, вероятно, с Герой, богиней плодородия и брака.

Из всех нервно-психических заболеваний, уже в самые отдаленные времена, сильное впечатление производила эпилепсия. Молниеносное начало припадка, крик, потемневшее лицо, кровавая пена и судороги — все это как нельзя более подходило для сверхъестественного объяснения: грозное божество невидимым ударом бросает человека на землю; это — «божественная болезнь»[2]. Однако, уже в VI веке до нашей эры, существовали попытки вполне реалистического истолкования припадков. Их выразителем был великий математический гений, творец акустики, ученый, признавший одним из первых шарообразную форму земли — Пифагор с острова Самоса объяснял эпилепсию заболеванием мозга. Он учил, что разум (nous) и рассудок (phren) помещаются в головном мозгу, а чувство (thymos) имеет местопребывание в сердце.

---

[1] Helleborus viridis.

[2] Morbus sacer, ἱερὰ νόσος.

2

Все вышеизложенное дает отрывочные указания об очень долгом историческом периоде, от которого остались намеки, как отдельные островки от материка, навсегда погрузившегося в бездну. Это был период несистематических наблюдений и случайного подбирания фактов, воспринимавшихся порой сквозь призму теологического мироощущения, порою выступавших в своем подлинном виде, как естественные явления. Накопленный материал, результат коллективной деятельности множества поколений, должен был лечь со временем в основу медицинской науки. Это осуществилось тогда, когда древне-греческая культура, совершенствуясь материально во всех отношениях, достигла пышного расцвета, который характеризует эпоху Перикла — V век до нашей эры. Хирургия и соматическая медицина очень рано, еще в период создания гомеровского эпоса, вступили на путь трезво-практических наблюдений и систематизированного опыта. Илиада не говорит ни о каких заговорах и чарах: «стрелы искусной рукой вынимают из тела воина, кровотечение останавливают, пользуются мазями, истощенных поят вином»[1]. Материально наиболее обеспеченная, раньше других классов приобщенная к просвещению, аристократия требовала для себя наиболее действительных видов медицинской помощи. Бедняку предоставлялось право купить за грош амулет, отправиться в храм или к священному источнику. Богатый купец или крупный чиновник, полководец или моряк, повидавшие свет, уже не довольствовались рассуждениями о какомнибудь божественном гневе; они призывали к себе на дом, наподобие столяра, певца, предсказателя, также и другого работника, который умеет за вознаграждение остановить кровь, вылечить лихорадку или помочь человеку, когда он впадает в «неистовство». Отец истории, Геродот, во многих отношениях далеко не отличавшийся критицизмом, рассказывая о душевных болезнях, почти не пользуется теологическими объяснениями. Спартанский царь Клеомен после утомительного путешествия «вернулся в Спарту и заболел

[1] Гомперц, Т. Греческие мыслители, СПБ, изд. Жуковского, 1911, т. I.

помешательством». Так и сказано — заболел. В дальнейшем рассказ развертывается следующим образом:

«Впрочем он и раньше был не совсем в здравом уме — каждый раз при встрече с кем-нибудь из спартанцев он бросал ему в лицо палку. В виду такого поведения родственники посадили Клеомена в колодки, как помешанного. Находясь в заключении, он заметил однажды, что страж при нем остался один и потребовал у него меч: тот сначала отказался, но Клеомен стал угрожать ему наказанием впоследствии, и, под страхом угроз, страж подал ему меч. Взявши меч в руки, царь стал изрезывать себя в полосы, начиная с бедер, а именно: он резал на себе кожу в длину от бедер до живота и поясницы, пока не дошел до желудка, который тоже изрезал в узкие полоски и так умер»[1].

Отчего же случилась с Клеоменом такая большая беда? На этот вопрос могли ответить сами спартанцы, которые прекрасно знали все обстоятельства жизни царя: при каждом приеме иностранных послов и по всякому вообще поводу он неумеренно пил неразбавленное вино. Клеомен заболел от пьянства. Так отметили уже древние эллины этот экзогенный момент.

Тот же Геродот рассказывает о другом душевно-больном. Персидский царь Камбиз отличался большой жестокостью и вместе с тем был болен эпилепсией. Приведя рассказ о том, как он без всякого повода убил стрелой сына одного из своих придворных, Геродот замечает, что «дух не может быть здоров, если тело больное» [2]. Он уже объяснял эпилепсию какой-то телесной причиной. Эллинам, принадлежавшим к материально обеспеченным классам, страстным любителям гимнастики, создателям олимпийских игр, творцам несравненных скульптур, красота которых блистала здоровьем и силой, выражая одновременно ясность мыслей и уравновешенность всех чувств,—эллинам влияние телесных свойств на психические особенности человека казалось чем-то само собой понятным. Об этом говорили писатели, не имеющие ничего общего с медициной. Богатый землевладелец, спортсмен и охотник, а вместе с тем

---

[1] Геродот. История в 9 книгах, пер. с греческого Ф. Г. Мищенко. Москва, 1888, том I, стр. 97 — 98.

[2] Геродот, там же, стр. 99.

сократовский ученик — Ксенофонт пишет в своих «Воспоминаниях»: «забывчивость, малодушие, недовольство, помешательство[1] — все это может происходить от слабости тела, при чем последняя иногда так сильно отражается на душевной жизни, что все знания, когда-либо приобретенные человеком, без остатка улетучиваются». Во всех вышеприведенных мифах и цитатах употребляются слова мания и паранойя, повидимому, как синонимы. Ксенофонт говорит, что Сократ часто разбирал, чем отличается незнание от мании. В другом месте при аналогичном контексте стоит слово паранойя. Возможно, что термин «мания» (от глагола mainesthai — неистовствовать) заключал в себе указание на сильный аффект и двигательное возбуждение, в то время, как название паранойя сильнее подчеркивало неправильности суждения и вообще дефекты формальной логики. Кажется слово мания соответствовало тому, что в современной разговорной речи обозначается словом сумасшедший, когда хотят указать на некоторую необычность поведения человека, находящегося в волнении.

Как обращались древние эллины со своими душевнобольными? Они не скупились на энергичные меры. В Спарте посадили в колодки даже царя. Душевно-больных, бродящих по окрестностям, отгоняли камнями, если они приставали к здоровым. Одно действующее лицо у Аристофана обращается к остальным со следующими словами: «В вас бросают камнями, как в помешанных, даже в священных местах» [2]. Когда Сократа обвиняли в том, что он проповедует непочтительное отношение к родителям, он отвечал, что здесь очевидное недоразумение: смысл его речи заключался лишь в том, что всякий сын, согласно закону, может связать своего отца, если тот явно безумен. Из этих слов совершенно ясно, что связывание душевнобольных было в обычае.

Об организации общемедицинской помощи того времени существуют некоторые указания. В эпоху, когда жили Софокл и Эврипид, Сократ и Платон, Геродот и

---

[1] В подлиннике: lethe, athymia, diskolia, mania (Ксенофонт, Меморабилии, кн. 3, гл. 12, §§ 6 — 7).

[2] Аристофан. «Птицы».

Фидий, городское благоустройство стояло в Афинах на большой высоте; уже успела выработаться официально признанная врачебная корпорация, вступавшая в соперничество с жрецами-целителями в храмах Асклепиада. Кроме частных были и городские врачи, заведывавшие бесплатными лечебницами; эти «иатреи» представляли собой первые попытки к созданию общественных амбулаторий, наподобие египетских учреждений такого же рода. Можно думать, что это были отделения при аптеках и цирульнях, где имелись особые комнаты, так что больной, которому пустили кровь или сделали перевязку (а может быть произвели и более сложную операцию) мог отлежаться и окрепнуть; и, конечно, бывали случаи, когда, по обстоятельствам дела, залеживались не на один день. Неизвестно, принимались ли туда душевно-больные; возможно, что спокойные депрессивные случаи, где болезнь приписывалась поражению печени или кишек, нередко попадали в эти общественные лечебницы. Но нет никаких указаний на какую-либо организацию помощи беспокойным и возбужденным больным. Вероятно, состоятельные люди держали своего заболевшего психозом родственника дома под надзором слуг. В книге Теофраста «Характеристики» описывается суеверный афинянин, который при встрече на прогулке с помешанным или припадочным плюет себе на грудь [1]; отсюда очевидно, что душевно-больные могли бродить на свободе. Нет сомнения, что много душевных больных из неимущих слоев погибало от недостатка ухода и от несчастных случаев; безобидные идиоты и слабоумные нищенствовали у храмов, на рынках и перекрестках дорог, как это почти в полной неприкосновенности сохранилось и теперь в юго-восточных странах.

К эпохе Перикла приурочена легенда о том, как жители некоего города заподозрили одного из граждан, что ум его помутился, а так как это был человек известный, то призвали к нему знаменитейшего врача. Это было на границе Фракии и Македонии, вблизи богатых золотых рудников, в Абдере, где когда-то окончил свои дни Левкипп из Милета, первый высказавший основной принцип

[1] Цитир. по Гиро, П. Частная и общественная жизнь греков, изд. Спиридонова, Москва (год не указан), стр. 180.

всякой науки: не может быть действия без причины и все вызывается необходимостью. Другие его идеи классически формулировал в той же Абдере его ученик и последователь Демокрит, за колоссальной фигурой которого исчез облик учителя. Сограждане почему-то объявили Демокрита помешанным. Тогда к пациенту, основателю атомистической физики, пригласили издалека того, кто впоследствии получил почетное звание «отца медицины». Он приехал с острова Коса, посвященного богу медицины Асклепию и сестре его, богине здоровья, Гигие. Маленький островок славился своими мануфактурными изделиями и вел обширную торговлю на Средиземном море. Предание говорит, что с нетерпением ожидали жители Абдеры, чем кончится свидание обоих мыслителей, сверстников по возрасту, беседовавших в саду под платаном, у «Верхней дороги» [1]. Беседа эта закончилась довольно неожиданно для жителей Абдеры. Им было указано, что Демокрит отличается здоровым и ясным умом, чего никак нельзя сказать об его согражданах. Так навсегда объединила легенда два великих имени, которые внутренне связаны естественно-неразрывными узами: имя отца медицины и имя основателя научного материализма — Гиппократа и Демокрита [1].

3

Праздный вопрос — кто на кого оказал большее влияние Демокрит на Гиппократа или обратно. Но в деле развития научной медицины и в пропаганде материалистических идей, старцу из Коса принадлежит первенство. Можно сказать, что именно врачи основали научный материализм в тот день, когда высказали мысль, что причина поведения как здорового, так и больного человека, причина psyche находится в пределах тела, где-то в глубине его тканей, в материи, из которой оно состоит. Истинное местоположение этого центра распознали не сразу. Но важно, что высказан был принцип. Прикрепив душу к определенному пункту, этим самым освободили ее от обязанности покидать тело во время сна и носиться по воздуху в виде тончайшего дуновения. И одновременно с этим начали

[1] Гомперц, Т. Греческие мыслители, стр. 272.

питать надежду когда-нибудь изучить ее свойства. Старинные взгляды сосредоточивали умственные способности под диафрагмой, и от этого периода психиатрия получила в наследство слово френ, которое она переделала в френию. Диафрагму недолго заставляли мыслить: вскоре приписали эту способность сердцу — идея, поддержанная впоследствии Аристотелем и некоторыми врачами (напр., Диоклом). Между тем «мозговая» теория уже успела пустить прочные корни в древне-греческой медицине. Кроме Пифагора ее провозвестником считается Алкмеон, видимо, глубокий биолог и эмпирик-анатом: он открыл главные нервы органов чувств, названные им «ходами», или «каналами», и определил их начало (или окончание) в мозгу. Таким образом, основы мозговой теории были получены Гиппократом уже в готовом виде, и он только поставил на них свою визу: мозг — это орган познания и приспособления человека к среде. Вот его подлинные слова: «Надо знать, что, с одной стороны, наслаждения, радости, смех, игры, а, с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы — происходят от мозга... От него мы становимся безумными, бредим, нас охватывают тревога и страхи, либо ночью, либо с наступлением дня» [1]. Так получила свое первое выражение мысль, что психическое заболевание, как и все другие болезни, имеет свою анатомическую локализацию.

Но отчего возникают неправильности мозговой деятельности? Мы, конечно, не будем искать у великих врачей древности таких конкретных указаний и категорических утверждений, которые были бы не по силам не только тогдашней эпохе, но и нашему современному знанию. Но нельзя не обратить внимания на то, что гиппократовская медицина в вопросах об этиологии психозов высказала важные принципиальные соображения, в полной сохранности дошедшие до наших дней. В Corpus Hippocraticum есть замечательная книга: «О воздухе, воде и местностях». В ней говорится о связи климата со строением тела, о смене времен года и распространении болезней, о влиянии состава воды, о причинной зависимости между характером

[1] Hippocrates, cap. 14, VI, стр. 386 и след. (см. у Heiberg, J. L., Geisteskrankheiten im klassischen Altertum. Berl. u. Leipz., 1927).

народа, его образом мыслей и нравами, с одной стороны, и внешними факторами — с другой. Все окружающее влияет на состав человеческого тела; от этого состава зависит все, в том числе и работа мозга. Кровь, слизь, желтая желчь и черная желчь — вот четыре основных жидкости, играющие в жизни человека такую же роль, какая в остальной природе принадлежит четырем стихиям: огню, земле, воздуху и воде. Когда стихии уравновешивают одна другую, все в природе благополучно, и нет ни потопов, ни засух. Точно так же и в теле человека. Когда основные жидкости смешаны в правильном соотношении, это называется *краза*, и тогда человек здоров; когда жидкости смешаны неправильно, это называется *дискразия*, и тогда человек болен. Выздоровление происходит таким путем, что дискразия снова превращается в кразу. Это учение о роли жидкостей в физиологии и патологии получило название *гуморальной теории*. Видимо, мы стоим до сих пор на этой точке зрения, только говорим на несколько ином языке.

Психические заболевания также происходят от какой-нибудь дискразии. И картина болезни зависит от того, какая из жидкостей в преимущественной степени пропитывает головной мозг. Вот что говорит автор книги «О священной болезни»: мозг работает неправильно «либо в том случае, если он слишком нагрет, или слишком охлажден, или слишком влажен, или слишком сух... Эти изменения мозга происходят от слизи или от желчи». Слишком влажный мозг вызывает картину тихого помешательства: больные не кричат, не делают резких движений, они спокойны, боязливы, грустны и безопасны для окружающих. Слишком сухой мозг (с избытком желчи) дает в результате противоположную картину болезни: больные кричат, делают резкие движения, лица у них красного или темного цвета от внутреннего нагревания; в этом состоянии они опасны для окружающих [1]. Такова церебрально-гуморальная теория психозов — первая теория, построенная на основе естественно-научных понятий.

Интересна ее клиническая сторона. Первоначальные врачебные наблюдения разбили прежде всего материал на

[1] De morbo sacro, cap. 15, стр. 388 и след.

две группы фактов, соответственно наиболее резко бросающимся в глаза особенностям в поведении больных: на процессы, протекающие тихо, и на процессы, протекающие бурно. Древняя медицина дала это основное, практически важное подразделение на спокойных и беспокойных больных.

Принято указывать, будто всецело сосредоточенная на изучении внешних этиологических факторов гиппократовская медицина отрицала наследственность. Верно, что древние врачи не приписывали ей того огромного значения, какое отвел ей впервые XIX век. Но неправильно думать, что они не заметили самого факта. В книге «О священной болезни» содержатся нижеследующие слова: «Если, в самом деле, от флегматика рождается флегматик, от желчного — желчный, от чахоточного — чахоточный, от человека с больной селезенкой — человек с больной селезенкой, то где же основание, чтобы эта болезнь (эпилепсия), поражая отца или мать, не переходила на кого-нибудь из детей?»[1]. Значительно раньше один из учеников Пифагора, Тимон Локрийский, вложил в уста своего учителя слова: «мы предрасположены к добродетелям и к порокам так же, как к здоровью и к болезни, и это зависит в большей степени от наших родителей и от составных частей нашего тела, чем от нас самих»[2].

Гиппократовские книги не дают нам законченно-цельного изложения психиатрии. В различных местах — во «Внутренних болезнях», «Болезнях молодых женщин», «Трактате о диэте», в «Эпидемических болезнях», «О священной болезни» и особенно в «Афоризмах» разбросаны отдельные намеки, наблюдения, теории, терапевтические советы. Кое-что противоречит одно другому, так как, несомненно, представляет собой мысли не одного человека, а многих. Здесь, на сердцевине растения папирус впервые были начертаны переписанные впоследствии многие сотни раз те несколько слов, которые послужили начальными элементами психиатрической терминологии: меланхолия, мания, френит, паранойя, эпилепсия. Спокойные состояния,

---

[1] Hippocrate. De la maladie sacrée, trad. par. Littré. Paris, 1849.
[2] Цит. по Morel'ю. Traité des maladies mentales. Paris, Masson, 1860, стр. 6.

вообще говоря, трактовались как меланхолия, беспокойные — как мания.

Меланхолики «боятся света и избегают людей, они полны всевозможных опасений, жалуются на боли в животе, словно их колят тысячами мелких иголок». «Иногда им снятся тяжелые сны, а наяву они видят образы умерших». Но меланхолия имеет у Гиппократа не одно, а два значения: это, во-первых, болезнь, проявляющаяся только-что перечисленными симптомами, во-вторых, это особый темперамент, особая конституция с гуморальной (биохимической) основой и психологической характеристикой. Меланхолический темперамент отличается преобладанием робости, молчаливости, грусти. На почве этого темперамента нередко возникает и сама болезнь: «если чувства страха или малодушия продолжаются слишком долго, то это указывает на наступление меланхолии». «Страх и печаль, если они долго длятся и не вызваны житейскими причинами, происходят от черной желчи». Так можно, собрав воедино разрозненные цитаты, реконструировать понятие меланхолии, созданное косской школой.

Трудней восстановить понятие мании. Некоторые позднейшие авторы хотели во что бы то ни стало найти в творениях, приписываемых «отцу медицины», типические картины маниакального состояния в его современном нозологическом смысле. Читая между строк, приписывали древне-эллинским врачам то, чего они не знали и не могли говорить. Изучение подлинника показывает, что под словом «мания» объединялись все формы душевных заболеваний с двигательным и речевым возбуждением; сюда же относились и некоторые случаи лихорадочного и инфекционного бреда, сумеречные состояния эпилептиков, многие патологические реакции и бурные аффекты. Кроме меланхолии и мании древняя медицина пользовалась термином *френит* или *парафренит*. Это были все более или менее ярко выраженные бредовые картины при лихорадочных болезнях. Надо, однако, сказать, что границы между манией и френитом были обозначены довольно смутно.

Интересны отдельные замечания и психопатологические намеки, рассеянные в различных местах гиппократовского собрания.

Мания у женщин появляется при накоплении молока. Малокровные девушки меланхоличны и имеют наклонность к самоубийству. Дрожание рук как следствие пьянства предвещает манию. Если у злоупотребляющего вином начинается познабливание, то это опасный признак (Афоризмы, VII, 7). Меланхолики обыкновенно становятся эпилептиками, а эпилептики меланхоликами,— говорится в книге «Эпидемические болезни». В основу этого правила, очевидно, легли наблюдения над тяжелыми депрессиями некоторых эпилептиков и над эпилептоидными припадками при органических болезнях мозга.

4

«Эллинская нация,— говорит Гомперц,— имеет за собой не одну заслугу. На ее долю, или по крайней мере на долю тех гениальных умов, которые она создала, выпало грезить блестящие теоретические сны. Им было дано создать несравненное в царстве образов и слов. Но более, чем несравненным, прямо единственным, является другое творение греческого ума — положительная или опытная наука» [1]. На маленьком острове, называемом теперь Станко, получила начало медицина; здесь же были собраны первые очищенные от всякой мистики психиатрические наблюдения. В «Собрании» Гиппократа пробиваются первые истоки психиатрических знаний.

Огромное влияние на всю последующую науку имели, однако, не только врачи, но и великие философы древности. По некоторым вопросам к ним обращались даже охотнее, чем к врачам. Так же, как и в последующие времена — «мудрецы» казались особенно компетентными во всем, что касалось психической жизни. Платон, Аристотель, стоики внесли свою долю участия в первоначальную работу над основными понятиями о «болезнях души».

Психиатрические термины употреблялись в несколько ином смысле великими современниками Гиппократа, собиравшими учеников вокруг портиков и в садах Академии. Слово мания встречается у Платона, но большею частью оно лишено медицинского смысла. Платон говорит, во-первых, о дельфийской Пифии, начинающей пророчествовать, находясь в особом состоянии, которое не может быть названо иначе, как «неистовством»; во-вторых, о людях, под влиянием религиозной фантастики и специальных обрядов, доводящих себя до особого рода маниакального состояния с мистическими видениями; в-третьих, наконец, он называет этим именем и вдохновение всякого истинного поэта, ибо, как бы ни была совершенна

[1] Гомперц, Т. Греческие мыслители, стр. 272.

ремесленная выучка, она всегда бледнеет перед творческим порывом, который граничит с «неистовством»[1]. Но на ряду с этим Платон признает также неистовство, «проистекающее от человеческих заболеваний». Он пользуется еще и другими терминами: «анойя»—безрассудство, которое бывает двоякого рода: мания—неистовство и аматия—бессмыслие. И то и другое проистекает от нарушения телесных функций; в результате такого нарушения возникают сильные страсти, самодовольство или же озабоченность, половая распущенность, угнетенное настроение, забывчивость и умственная неподвижность; кто возбужден какой-нибудь страстью, тот подобен бешеному и не слушается разума—его поэтому следует считать неправоспособным. Таким образом, основатель идеалистической философии является в этом пункте настоящим соматиком. Платон предлагает даже лечение, при чем его советы во всем соответствуют духу гиппократовской медицины: правильная диэта и телесные упражнения стоят на первом плане, но к этому присоединяются еще систематическое разъяснение и обучение, чтобы наступило равновесие одновременно и в теле и в душе. В своих «Законах» Платон, надо думать, не предлагает чего-либо нового и только санкционирует обычай своего времени, когда говорит: «неистовые не могут оставаться на свободе, их необходимо держать взаперти, при чем родственникам вменяется в обязанность сторожить их; если они не исполнят этого, то их следует штрафовать».

Психические функции Платон помещает в голове. Правда, он делает это не по научным, а по чисто метафизическим соображениям: шар,—говорит он,—наиболее совершенная из всех геометрических фигур, и поэтому ясно, почему боги, «подражая форме вселенной, которая кругла, заключили душу в шарообразное тело, то самое, которое мы называем теперь головой, и которое, представляя в нас самую божественную часть, господствует над всеми остальными частями»[2]. В этом вопросе великий ученик Платона делает странным образом шаг назад по сравнению со своим учителем: Аристотель низводит мозг до степени железы, на которую возложена функция охлаждать не в меру разгоряченную кровь; всю психическую жизнь он переносит в сердце. О нервной системе Аристотель имел так же мало понятия, как и врачи-гиппократики (возможно, что и Платон, помещая душу в голове, не имел в виду мозг, а представлял себе дело как-нибудь иначе).

Отдельные психиатрические замечания рассеяны в разных местах сочинений Аристотеля. В книге «О памяти и воспоминаниях» он приводит примеры, когда люди видели различные образы, «принимая их за действительность»; он рассказывает о случаях патологического людоедства, болезненных страхов, и говорит, что слабоумие наступает иногда в результате болезни, как, например, «эпилепсии и помешательства» («Этика» Никомаха, VII, 6). Особенной известностью пользуется одно место в книге «Проблемы», где впервые была выражена идея, получившая через много веков

---

[1] Платон. Федр, 244—45.

[2] Тимей, 44, Д. Перев. Малеванского, Киев, 1883, стр. 115.

большое распространение и детальную обработку. Подлинная цитата такова: «Почему люди, блиставшие талантом в области философии, или в управлении государством, или в поэтическом творчестве, или в занятиях искусствами,—почему все они, повидимому, были меланхоликами? Некоторые из них страдали разлитием черной желчи, как например, среди героев—Геракл: именно он, как полагали, был такой меланхолической природы, и древние, по его имени, называли священную болезнь Геракловой. Да, несомненно, и многие другие герои, как известно, страдали той же болезнью... А в позднейшие времена также Эмпедокл, Сократ и Платон и многие другие замечательные мужи» [1].

---

[1] Проблемы XXX, I (принадлежность этой книги Аристотелю в настоящее время оспаривается).

ГЛАВА ВТОРАЯ

ДРЕВНИЙ РИМ И ВИЗАНТИЯ

1. Эразистрат. Цельс и его подразделение психозов. — 2. Архиген и Аретей. Уход за душевно-больными у Аретея. Намеки на маниакально-депрессивный психоз. Эпилепсия. — 3. Соран в изложении Целия Аврелиана. Лечение мании. — 4. Конец греко-римского периода и Гален. — 5. Византийские компиляторы.

1

В IV веке до христианской эры афинская образованность, в силу целого ряда условий экономического и политического характера, стала приходить в упадок, и центр тяжести древне-греческой культуры переместился в Александрию. Здесь, на берегах Нила, получили дальнейшее развитие научные идеи, когда-то возникшие в греческой метрополии. К сожалению, мы не знаем, имел ли какое-нибудь отношение к психиатрии знаменитый музей, основанный Птоломеем Филадельфом, — настоящий университет с четырьмя факультетами, — или Серапейон, в котором помещался госпиталь и читались медицинские лекции. Предание говорит нам о пышном расцвете анатомии, которая изучалась на человеческих трупах.

В Александрии жил Герофил, который будто бы впервые определил роль мозга как центрального органа всей нервной системы; он описал мозговые синусы и помещал душу в Calamus (torcular Herofili); говорят, что он уже знал различие между чувствительными и двигательными нервами. Его современник Эразистрат предложил анатомический способ определения ума и способностей человека. Масштабом служила площадь поверхности мозга,

разнообразие и глубина извилин. Он описал слуховой, зрительный и другие черепные нервы.

Познание нервной системы — одно из главных достижений александрийской врачебной науки. Но нам неизвестно, существовала ли в древней столице Египта какая-нибудь организация помощи или призрения душевно-больных и каковы были взгляды, например, того же Эразистрата на психические заболевания? Легенда о том, как он вылечил сына сирийского тирана, обрисовывает нам этого врача как опытного психолога-практика. Молодой человек, Антиох, страдал депрессивным состоянием и, казалось, день ото дня умирал. Эразистрат заподозрил затаенную любовь. Он положил больному руку на сердце и распорядился, чтобы все живущие во дворце женщины по очереди подходили к нему. Когда порог переступила молодая мачеха юноши, красавица Стратоника, рука находчивого врача ощутила беспокойное биение сердца больного, который изменился в лице и задрожал; капли пота выступили у него на лбу. Все кончилось однако благополучно, так как великодушный отец, Селевк, отдал Стратонику своему сыну в жены [1]. Если не считать этой поэтической легенды, вся психопатология и психиатрия на протяжении целых 300 лет представляет собой зияющую пропасть, как говорит Литтре. Но зато на другом краю этой пропасти возвышается крупная фигура Цельса, первого римского писателя по вопросам психиатрии. Есть основание предполагать, что в его сочинениях отразилась значительная часть не дошедших до нас александрийских подлинников.

Авл Корнелий Цельс (Aulus Cornelius Celsus), живший в Риме в I веке нашей эры, во времена Тиберия, не был врачем. Разносторонне образованный дилетант, он оставил потомству огромную энциклопедию, в которой собраны все современные ему знания, начиная с космографии и кончая сельским хозяйством. От этого утерянного труда сохранилось только 8 книг медицинского содержания; в третьей книге, в VIII главе, содержится, хотя и краткая, но

[1] Это событие послужило темой для картины знаменитого итальянского художника Паоло Веронезе; другой художник, Берретини, запечатлел на плафоне одной из зал палаццо Питти во Флоренции тот момент, когда взволнованный юноша увидел приближающуюся Стратонику, между тем как Эразистрат не спускает с него проникновенно-внимательных глаз.

систематическая обработка учения о душевных болезнях. Перед нами, таким образом, первый по времени связный психиатрический трактат.

У Цельса общим названием для всех видов душевного расстройства служит insania — безумие, точный перевод греческого п а р а н о й я. Цельс различает три вида безумия:

1. Френит — острое заболевание, сопровождающееся лихорадкой с расстройством психической деятельности, представляющее разнообразные картины: от легкого возбуждения с веселым оттенком, до глубокой печали, большой раздражительности, даже буйства, когда бывает необходимость связывать больного и держать его в темноте [1].

2. Меланхолия — второй вид безумия, которое овладевает человеком на более долгое время, начинается почти без лихорадки, а потом дает легкие припадки последней; эта болезнь состоит в печали, которая, повидимому, причиняется разлитием черной желчи [2]. Лечение меланхолии состоит в кровопусканиях, а если они противопоказаны в виду общей слабости больного, то можно заменить их рвотными средствами; кроме того, необходимы растирания всего тела, движения и слабительные, чтобы непрерывно поддерживать жидкие испражнения. При этом очень важно внушить больному бодрость духа, развлекая его разговорами на такие темы, которые ему были приятны раньше.

3. Третий род безумия — самый длительный из всех. Эта болезнь проявляется в двух видах: во-первых, человека могут обманывать восприятия; во-вторых — мысли. Ложные восприятия, как говорят поэты, овладели безумствующими Аяксом и Орестом: оба поступали нелепо и безрассудно. При этой болезни необходимо прежде всего выяснить, находятся ли больные в веселом или печальном настроении [3]; если они веселы и притом чрезмерно

---

[1] A. C. Celsus, III. 18. Безумие... которое носит острый характер и сопровождается лихорадкой: греки его называют «френезис» (Insania... quae et acuta et in febre esse: φρενεσιν graeci appellant).

[2] A. C. Celsus, III. 20. Alterum insaniae genus est, quod spatium longius recipit, quia fere sine febre incipit, leves deinde febriculas excitat. Consistit in tristitia, quam videtur bilis atra contrahere.

[3] Tertium genus insaniae ex his longissimum... Hujus autem ipsius species duae sunt: nam quidam imaginibus, non mente falluntur, quales insanientem Aiacem vel Orestem percipisse poetae ferunt: quidam animo desipiunt. Si imagines fallunt, ante omnia videnda esse, tristes an hilares sunt.

возбуждены и наклонны к насилиям, им дают рвотное. В случае отказа от лекарства, последнее подмешивают в хлеб. Вообще же таких больных надо крепко держать в руках: когда не помогают уговоры, действуют голодом, связывают, бьют. Никогда не следует доверять, когда больные говорят, что поправились, не развязывать и не отпускать их, несмотря на все просьбы и на разумные с виду доводы [1], quoniam is dolus insanientis est—ибо таков жребий безумца.

Эти указания Цельса имели для всего будущего практической психиатрии неисчислимые последствия. В течение целого ряда столетий, когда медицина влачила жалкое существование, питаясь преимущественно наследием древности, и материальная культура человечества была на сравнительно низком уровне,—легче и проще было морить людей голодом и держать их в цепях, чем организовать за ними дорого стоящий уход и сложное наблюдение. Заслоненные мерами грубого насилия оставались в тени другие методы, предлагаемые тем же Цельсом. Он говорил, что больных угнетенных, у которых только мысли неправильные, но все окружающее они воспринимают ясно, лучше всего лечить осторожными растираниями, теплыми ваннами, смачиванием головы холодной водой; на ряду с легкими слабительными, он советовал пользоваться массажем, умеренной гимнастикой, воздерживаться от жирного мяса и от вина; учил, что не следует окружать душевно-больных людьми, которые им неизвестны или антипатичны; вместе с тем он предостерегал от оставления их в одиночестве и горячо советовал, когда уже наступило улучшение, отправить их путешествовать [2].

Уход за спокойным больным во все времена был сравнительно прост. Роковым вопросом психиатрии был больной беспокойный. Римский писатель времен Тиберия предложил одно из решений. Однако, приблизительно в ту же

---

[1] Neque credendum est, si vinctus aliquis, dum levari vinculis cupit, quamvis prudenter et miserabiliter loquitur.

[2] Предполагают, что устами Цельса говорил римский врач Асклепиад, живший во II веке до нашей эры. Он избегал лекарств, назначал массаж, гимнастику, путешествия, музыку, и лечил изнеженную римскую знать «tuto, cito et jucundo» (ему и приписывается эта формула).

самую эпоху, некоторые врачи высказывали на этот счет мысли, совершенно иные, чем Авл Корнелий Цельс.

2

Самым замечательным памятником греко-римской психиатрии являются сочинения Аретея. Как показали исследования Велльмана [1], Аретей излагает учение Архигена, уроженца Сирии, жившего в Риме в эпоху Траяна (54—117 гг. нашей эры); его писания утеряны, и если бы не Аретей, мы ничего не знали бы о его замечательных достижениях. Сам Аретей, уроженец Каппадокии, жил в Риме во второй половине I века; кроме того факта, что его годы учения протекли в Александрии, о нем больше ничего неизвестно.

Этиология душевных болезней делает у Аретея шаг вперед по сравнению с традиционными гуморальными воззрениями гиппократовской школы. Он не отказывается признать, что черная желчь, заливая диафрагму, проникая в желудок и вызывая тем самым тяжесть и вздутие, расстраивает психическую деятельность и дает таким образом в результате меланхолию. Но помимо этого соматического генезиса, она может возникнуть также и чисто психическим путем: какое-нибудь угнетающее представление, печальная мысль вызывают иногда совершенно аналогичное расстройство. Animi moeror propter certam opinionem — «угнетенное состояние души, сосредоточившейся на какой-либо мысли», — вот как определяет Аретей такое психогенное меланхолическое состояние. Сама по себе печальная идея возникает без каких-либо существенно важных причин (sine manifesta gravis causa), — говорит Аретей, очевидно имея в виду отсутствие чисто внешних поводов. Однако, иногда меланхолическое состояние устанавливается после какого-нибудь душевного волнения, как это было, — думает он, — у разгневанного Агамемнона, в описании Гомера:

> ...встал Агамемнон
> Гневом волнуем; ужасной в груди его мрачное сердце
> Злобой наполнилось; очи его засветились, как пламя.
>
> *(Илиада I 105—104)*

---

[1] Wellmann, M. Die pneumatische Schule. Berlin, 1825.

Больные сосредоточиваются на одной какой-либо ложной мысли, между тем как все остальные суждения их могут быть совершенно правильными [1]; содержание ее может быть крайне разнообразным: иногда — это боязнь отравы, иногда — разного рода суеверные страхи, но во всех случаях тоскливое состояние приводит к тому, что больные уединяются, питают отвращение к жизни и страстно мечтают о смерти — vitae maledicentes mortisque cupidi. Такова краткая характеристика меланхоликов, предлагаемая Аретеем. Однако, иногда встречаются картины болезни и несколько иного характера. Так например, бывают меланхолики, у которых главным симптомом служит только болезненная недоверчивость и ничем неискоренимое подозрение, что со всех сторон против них замышляются какие-то враждебные действия. Все эти отдельные формы или картины имеют, однако, существенно общие черты, приводящие к тому определению, которое дает Аретей: меланхолия есть подавленное состояние при наличии той или иной неправильной (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки.

Кроме описанных психических симптомов, болезнь имеет еще целый ряд иных признаков. Меланхолики страдают бессонницей, а если и заснут на короткое время, то просыпаются в страхе [2].

В дальнейшем своем течении меланхолия выражается нередко все усиливающимся равнодушием ко всему и полным отупением, когда больные, например, не узнают окружающих, забывают кто они, и мало по малу доходят до совершенно животного состояния: more brutorum vitam exigant, как говорит Аретей (надо думать, что материалом для этого описания послужили случаи раннего слабоумия и, быть может, органических поражений мозга, ближайший характер которых, разумеется, не может быть установлен).

Предсказание при меланхолии по Аретею иногда совершенно безотрадное. Это в тех случаях, когда болезнь охватила весь организм человека — и кровь, и желчь, и нервы, и органы чувств, и психические способности,

---

[1] Melancholia in una re aliqua est lapsus, constante in reliquis judicio. Animi angor in una cogitatione defixus.

[2] Vigilia premuntur, et e somnis cum tumultu excitantur.

и когда наблюдаются тяжелые осложнения: судороги, бурное помешательство и паралич. Это место у Аретея невольно заставляет думать, что, возможно, древний мир все-таки, несмотря на все теории, говорящие против этого, знал прогрессивный паралич, хотя, быть может как исключительное явление. В обычных случаях меланхолии — предсказание далеко не плохое. Лечение, предлагавшееся Аретеем, строго выдержано в истинно гиппократовском духе, т.-е. соматическое по существу, с большим акцентом на диэтетику и с соблюдением основного требования отца медицины: мудрым выжиданием помочь природе и ее целительным силам. Еще более подробно описывает Аретей манию, или полное помешательство. С манией не надо смешивать — говорит он, — картины возбуждения, получающиеся от злоупотребления вином, от приемов белены и других ядов; далее, в эту группу не входит помешательство преклонного возраста, протекающее без всяких перерывов и по существу неизлечимое (между тем как мания развивается приступами и при хорошем уходе излечима). От френита мания отличается отсутствием обманов чувств: больные правильно воспринимают окружающее, и только суждения их ошибочны и нелепы. Вот как описывает Аретей манию: появляется веселое настроение, смех, страсть к забавам, играм (иногда, впрочем, раздражительность и беспричинная грусть); как правило, эти больные безопасны для окружающих; однако, в некоторых случаях у них обнаруживаются разрушительные наклонности, покушения на самоубийство и на убийство других. Поразительно иногда, как старинные воспоминания, казалось исчезнувшие навсегда, внезапно воскресают, яркие и отчетливые. В таком состоянии люди образованные вдруг начинают заниматься астрономическими и философскими вопросами, или же им кажется, что музы вдохновляют их на создание великих поэм; таким образом, даже во время помешательства обнаруживаются признаки умственного развития и хорошего воспитания. У представителей низших классов болезненное состояние выражается несколько иначе: им хочется поднимать огромные тяжести, без устали заниматься своим ремеслом (гончарным, столярным и проч.). Нередко высказываются бессмысленные идеи. Вот, например, больной,

который думает, что он превратился в наполненный маслом сосуд, и он боится упасть и разбиться; вот другой, воображающий, что он комок необожженной глины, а потому он перестал пить, чтобы не размочить себя водой и не растаять. Некоторые больные у себя дома не обнаруживают ничего болезненного, между тем как в менее привычной для них обстановке сразу проявляется несостоятельность их ума. Таков был некий столяр, который правильно измерял доски, обтачивал дерево, заключал разумные сделки с подрядчиком, но все это только пока он не выходил из круга своих обычных занятий; но каждый раз, собираясь на площадь, на рынок или в баню, он с глубоким вздохом клал в сторону инструменты и, выйдя из дому, сразу горбился, начинал дрожать и приходил в состояние тоскливого возбуждения, едва только терял из виду мастерскую и своих подручных. Возвращаясь домой, он успокаивался и вновь принимался за дело. У некоторых бывают обманы чувств: сперва это шум в ушах, а потом звуки флейт и рожков; но такие явления бывают только, когда болезнь уже далеко зашла вперед. Некоторые мучимы неодолимою страстью к чувственным наслаждениям, которым бесстыдно предаются у всех на виду. Некоторые пробегают большие расстояния без смысла и цели, возвращаясь затем к исходному пункту в одиночестве или же присоединившись к встречным, провожая их. Есть такие, которые постоянно ссорятся со всеми окружающими, негодуя на то, что их обкрадывают; другие вообще избегают людей, держатся в стороне и вслух разговаривают сами с собой. Больные манией часто далеко не лишены сознания болезни; они опечалены таким огромным несчастьем. Бывает иногда, что болезнь проявляется в совершенно другой форме: больные уродуют свои собственные члены, побуждаемые к этому религиозными идеями, принося таким образом жертву богам. Несмотря на невыносимую боль, они остаются веселыми, радостными, считая себя сопричастными высшим силам. Замечательно, что во всех других отношениях они могут рассуждать правильно.

К мании предрасположены люди от природы раздражительные, но легкомысленные, веселого характера (хотя, впрочем, заболевают также субъекты, отличающиеся

совершенно противоположными свойствами). Возраст, особенно благоприятный для появления мании — это ранняя молодость.

Течение болезни прерывается паузами, независящими от лечения, и тогда кажется, что больной совершенно поправился; однако, по самому ничтожному поводу, в роде погрешности в диэте, приступа гнева или при смене времен года, болезнь возвращается вновь, при чем в этом отношении особенно неблагоприятна весна. Мания часто наступает вслед за меланхолией, непосредственно примыкая к ней; таким образом, первая как бы является продолжением второй. Это можно выразить еще иначе: частичное заболевание, сосредоточенность на одной идее (что служит характерным признаком меланхолии) переходит в общее заболевание, в помешательство, захватывающее все мысли человека, что является характерным для типических случаев мании. Непосредственными поводами для наступления болезни могут служить: чрезмерное обжорство и пьянство, неумеренность в любви, а у женщин — задержка месячных.

Мы не знаем, какие меры лечения предлагал Архиген и вслед за ним Аретей при мании — эти главы утеряны. Но зато сохранились терапевтические советы, касающиеся френита; они представляют как психиатрический, так и бытовой интерес. Комната должна быть достаточно велика, чтобы в ней всегда поддерживалась чистота воздуха и умеренная температура; лучше всего, если стены будут совсем гладкими, так как всякие выступы и украшения плохо действуют на слабый ум больного: он видит то, чего нет, волнуется и протягивает руки вперед. Слух обычно обострен, шум раздражает больных, а потому и в комнате и во всем доме необходимо поддерживать тишину. Больные френитом мечутся на своем ложе, поэтому последнему надлежит быть не слишком узким, чтобы нельзя было свалиться на пол. Покрывало надо выбрать гладкое, иначе у больного появляется желание выдергивать из него нитки. В заключение дается совет всеми силами поддерживать бодрое настроение в больном: пусть приходят друзья развлекать его легкой беседой [1].

[1] De morb. acut., Lib. I, cap. 1.

Нельзя не признать, что только-что приведенное описание депрессивных, экспансивных, дементных и бредовых картин отличается обилием деталей, позволяющим притти к заключению, что автор (был ли это Архиген, Аретей или тот и другой совместно) действительно наблюдал подобные случаи. О яркости и выпуклости клинических изображений Аретея Каппадокийского уже неоднократно упоминали все, писавшие по истории древней психиатрии[1]. Обращалось внимание и на то, что он считал меланхолию начальной фазой мании и что оба эти состояния, переходящие одно в другое, были, очевидно, по его мнению, проявлениями единого болезненного процесса. Иначе говоря, было высказано допущение, что Аретей предвосхитил учение Фальре и Бейарже. Конечно, не подлежит сомнению, что Архиген (или Аретей) был замечательным клиницистом, но все же приписывать ему открытие маниакально-депрессивного психоза нет достаточных оснований. Меланхолия представляла у него сборную группу; таким же конгломератом из целого ряда симптомокомплексов была и мания. Кроме циркулярных случаев, сюда входили у него, очевидно, и схизофренические процессы, и параноидные формы религиозного бреда с нанесением себе повреждений, и органические психозы, и проч. Таким образом переход меланхолии в манию означал для Аретея просто тот факт, что многие психозы начинаются с депрессивного состояния при наличии ограниченного круга бредовых идей и переходят потом в совершенно иные картины с общим возбуждением и широким развитием бреда.

Остается отметить еще одно достижение Аретея: ему было известно, что эпилепсия может дать психотическую картину. Он начинает с указания на крайнее разнообразие форм, свойственных падучей болезни[2]; некоторые из ее проявлений поистине ужасны[3], — говорит он, — и могут повести за собой настоящие катастрофы (нападения, убийства и проч.). В самых обычных случаях у эпилептика с течением времени наступают тяжелые симптомы, так

[1] Осипов, В. П. Из истории психиатрии. Заметка об Аретее. Невролог. вестн. Т. XIX, вып. 2, 1912.

[2] Varium ac portentosum morbis genus.

[3] Terribilis in accessionibus morbus, et peracutus et perniciosus.

как, — замечает Аретей, — «годы не облегчают состояние этих больных»[1], а скорей наоборот. С бледно-свинцовым цветом лица, с неясными восприятиями органов чувств, медлительные в своих мыслях и неловкие в словах (и не только потому, что язык их пострадал во время частых припадков, но и от других причин)[2], влачат они тяжелые дни и безотрадные ночи, полные страшных видений, а когда они достигают среднего или более преклонного возраста, то очень часто всем становится очевидным, что их умственные способности пострадали[3].

3

Наивысшим достижением римской психиатрии, особенно со стороны практики и ухода за душевно-больными, надо считать деятельность Сорана, грека, родом из Эфеса, жившего в Риме в царствование Адриана. Его репутация достигла своего апогея лишь триста лет спустя, когда Целий Аврелиан перевел на латинский язык[4] сочинения Сорана.

Нижеследующая выписка, в которой говорится о лечении мании, является одним из важнейших памятников греко-римской психиатрии.

В комнате больного, в 1 этаже, окна должны быть расположены повыше, чтобы нельзя было выброситься наружу. Изголовье кровати располагается спиной к дверям (тогда больной не видит входящих). У очень возбужденных больных приходится иногда поневоле вместо постели ограничиваться соломой, но тогда последнюю надо тщательно осматривать, чтобы не попалось в ней твердых предметов. В случаях повреждения кожи, эти места необходимо перевязывать и тогда на некоторое время, пока это нужно, больного пеленают мягкими бинтами, делая обороты вокруг головы, плеч и груди. Приходится иногда прибегать к помощи надсмотрщиков: эти люди должны по возможности незаметно, под предлогом, например, растирания, приблизиться к больному и овладеть им, но при этом надо принять все меры, какие возможны, чтобы еще сильнее не взволновать его. В таких случаях всегда имеется опасность повредить суставы, а потому при связывании

---

[1] «Neque aetate procedente mitiores fiunt».

[2] «Tunc enim lingua variis torquentur modis».

[3] «Rationem usque eo morbus conturbat ac dejicit, ut prorsus denique infatuentur».

[4] «Soranus vero, cujus haec sunt quae latinizanda suscepimus»... (Caelius Aurelianus, Acut. Lib. II).

надо пользоваться мягкими тканями и делать это осторожно и ловко. Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятных рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух. Целесообразно при этом подбирать текст, содержащий ошибки, чтобы таким образом вновь пробудить критическую способность. Однако, содержание книги должно быть понятно и просто. В дальнейшем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи. Когда выздоровление уже подвинулось далеко, надо побуждать больного к более сложной умственной деятельности и даже к ораторским выступлениям. Надо учить его, чтобы вступление к речи было выдержано в спокойном тоне, главная тема, наоборот, излагается с некоторым воодушевлением и достаточно громким голосом, после чего следует краткий, незаметно сходящий на-нет, эпилог. Среди слушателей должны быть только друзья и близкие, которым предлагается благожелательно слушать и высказывать одобрение. После этого больной должен погулять или же ему делают растирание всего тела маслом. С человеком неграмотным беседа должна касаться его профессии: с земледельцем— обработки полей, с моряком—навигации. Совершенно невежественному человеку предлагается тема наиболее общего содержания или же ему предлагают вычислять. Можно найти пищу для всякого ума, но надо стараться быть приятным тому, с кем имеешь дело.

Излагая свою терапию, Соран полемизирует с другими авторами.

Эти места вполне достойны того, чтобы их привести целиком.

«Иные врачи, — говорит он, — предлагают держать всех без исключения больных в темноте, не принимая во внимание, как часто отсутствие света раздражает человека, не соображая, что темнота еще больше омрачает голову, в которую, как раз обратно, требуется внести свет... Некоторые, например, Тит, проповедывали голодный режим, забывая, что это вернейший способ довести больного до смертельной опасности и помешать применению других средств, например, гимнастики. Врачи, сравнивающие умалишенных с дикими животными, укрощаемыми голодом и жаждой, должны сами считаться умалишенными и не браться за лечение других. Исходя из ошибочной аналогии, они предлагают применение цепей, совершенно упуская из вида, что это наносит тяжелые повреждения и что гораздо легче и целесообразнее удерживать больных руками, чем тяжестью оков (ministrantium manibus quam inertibus vinculis) [1]. Некоторые заходят так далеко, что рекомендуют бич,

[1] Caelius Aurelianus, Chron. Lib. I, cap. V.

полагая, что таким воздействием можно вызвать прояснение рассудка: жалкий способ лечения, ожесточающий болезнь и уродующий больных».

Также не одобряет Соран снотворных средств, вроде настоя мака, ибо они дают только оглушение вместо здорового сна. Были врачи, например Темизон, советовавшие напаивать больных пьяными — нелепая идея, так как само пьянство приводит часто к мании. Соран восстает также против шаблонного пользования музыкой: известно, — говорит он, — что Асклепиад и Темизон считали подходящим фригийский ритм, одновременно и живой, и нежный, для тех, кто печален и раздражен, в то время как воинственный темп дорийских мелодий должен был, по их мнению, влиять на больных, склонных к нелепым выходкам и взрывам ребяческого смеха. Опыт, однако, показывает, что звуки флейты, несносные иногда и для здорового человека, могут привести больных в бешенство. Были предложения пробуждать у помешанных любовные чувства, что, разумеется, неправильно, ибо как раз любовь нередко служит причиной болезни. Некто, влюбившись в нимфу Амфитриту, бросился в море. Бессмысленно полагать, что любовь, которая сама по себе есть сильное возбуждение, может способствовать успокоению мании.

Такова терапия Сорана. Надо думать, что в рекомендованных им тихих комнатах, с высоко помещенными окнами, где вышколенные надсмотрщики должны были осторожно овладевать возбужденным больным, которого потом пеленали мягкими тканями или, еще лучше, — держали руками, пока он не успокоится, Соран неоднократно беседовал с пациентами, собирая наблюдения и вдумываясь в причины психозов. Вот некоторые записи этого замечательного врача.

Задолго до наступления мании можно отметить некоторые предвестники приближающейся беды: тяжесть в голове, потеря аппетита или, наоборот, прожорливость и вздутие живота; далее — учащение пульса, ослабление зрения, искры в глазах, плохой сон с тягостными сновидениями, тревожное состояние, недоверчивость, раздражительность по ничтожным поводам. Нередко бросается в глаза забывчивость. Некоторые больные не помнят своего прошлого. На высоте болезни появляется бред то веселого, то печального содержания, с идеями бессмысленного чванства или ребяческими страхами. Фразил, сын Пифадора, думал, что ему принадлежат все суда, стоявшие в Пирее. Ученик грамматик Артемидор,

увидев растянутого на песке крокодила, вдруг вообразил, что гад съел его руку и ногу. Некоторые больные уверяют, что они превратились в воробьев, петухов и в глиняные сосуды; другие считают себя ораторами, трагическими актерами, а третьи, потрясая пучком соломы, заявляют, что держат в руках скипетр мира, или же, как новорожденные дети, кричат и просятся на руки к матери. Попадаются и такие, которые боятся выпускать мочу из опасения вызвать потоп.

Уже внешний вид этого рода больных указывает на расстройство душевной деятельности: они поражают пристальным и беспокойным взглядом своих кровью налитых глаз, красным цветом лица, вздутыми жилами. Во всем организме заметны напряжения, исходящие от головы. Пусть некоторые врачи думают, что в таких случаях раньше всего заболевает душа, это ошибочно: причина болезни чисто телесная; еще ни один философ не сумел выработать предписания, как лечить помешательство.

Описание меланхолии у Сорана мало чем отличается от картины, нарисованной Аретеем. И здесь симптомы распадаются у него на две группы: психических и физических. К первой он относит печаль, тревогу, страх, нелюдимость, жажду смерти, подозрительность, опасение мнимых интриг; ко второй — холодные конечности, потливость, тяжесть в голове, похудание, темный или бледный цвет лица. Некоторые писатели (и среди них последователи Темизона), — говорит Соран, — рассматривают меланхолию, как видоизменение мании. С этим он несогласен. Во-первых, местонахождение обеих болезней совершенно различно: при меланхолии поражена полость живота, при мании — голова (in melancholicis stomachus in furiosis vero — caput)[1]. Во-вторых, течение меланхолии медленное, хроническое, между тем как мания протекает быстрей.

Таковы взгляды Сорана, приведенные в сочинениях Целия Аврелиана[2]. Совершенно очевидно, что говоря о мании и меланхолии, автор был далек от современного нам понимания этих терминов. В его книге «Об острых болезнях» («De morbis acutis») обе главы, посвященные психозам, носят следующие заглавия: 1) «О неистовстве, или помешательстве, которое греки называют манией», и 2) «О меланхолии»[3]. Мания является, таким образом,

---

[1] Caelius Aurelianus, Chron., lib. I, cap. V.

[2] Уроженец города Сикк, в Нумидии, жил в Риме в конце IV или начале V века.

[3] «De furore sive insania quae Graeci μανίαν vocant» и «De melancholia».

термином, равнозначащим общему расстройству психических функций с распространенным бредом, в то время, как меланхолия есть частичное заболевание, частичный бред. Это различие, настойчиво проводившееся врачами классической древности, существовало потом в течение восемнадцати веков.

4

Греко-римский период медицины замыкается Галеном. Если Гиппократа, несмотря на мифический туман, окружающий его жизнь и личность, следует назвать одним из гениев человечества, то Галена можно определить как разносторонний и яркий талант. Здание, воздвигнутое им — Corpus Galenicum, — стоит в конце длинного пути, пройденного классической медициной, подобно тому, как Corpus Hippocraticum возвышается в самом его начале. Однако, нам не придется долго останавливаться на его трудах. Ученик анатома Пелопса, самостоятельный физиолог-экспериментатор, в чью лабораторию ездили любознательные римляне смотреть на биение обнаженного сердца животного, первый, кому принадлежит точное описание мозговых оболочек, глубоко под которыми в желудочках мозга он видел местопребывание ума (или психической «пневмы»), Клавдий Гален, уроженец Пергама, однако, мало интересовался душевными болезнями: в числе его 500 научных работ нет ни одной, содержащей систематическое изложение психозов, хотя бы в таком виде, как у Цельса. Последующим векам он передал, подчеркнувши ее великое значение, гиппократовскую теорию о четырех жидкостях, от различного смешения которых зависит *темперамент* человека; после Галена только салернская школа уже в XII веке дала не менее яркое описание типов *меланхолика*, *холерика*, *флегматика*, *сангвиника* — первый эскиз учения о конституциях, над которыми до сих пор с таким интересом работает человеческая мысль. В соответствии с этой гуморальной теорией, Гален стремился к изменению соков организма при френитах, мании, меланхолии, эпилепсии: он назначал кровопускание и слабительные, давал рвотные, применял разнообразную диэту и ванны. Ему не чужды были и

психотерапевтические приемы: так, он с одобрением ссылается на Руфа, эфесского врача, который надел на одного больного тяжелую свинцовую шапку, чтобы он перестал бредить, что у него нет головы [1].

Несмотря на свой интерес к экспериментальной медицине, Гален был большим метафизиком: он без конца размножил число сущностей (ens), давая им различные наименования, точно реальным существам. Это дает основание признать, что в методологическом отношении, по сравнению с Гиппократом, Аретеем, Сораном он сделал шаг назад. Последующим векам он завещал, между прочим, знаменитые три «души»: растительную, чувствующую и рассуждающую (anima: vegetativa, sensitiva et rationalis), над которыми ломали голову схоластики, предшественники Декарта и Локка.

Во времена Галена в Риме жил Марцелл, родом из Сиды в Панфилии, написавший 42 книги по медицине в стихотворной форме. Здесь впервые дается подробная картина ликантропии, болезни, которою будто бы часто страдали жители горной Аркадии, пастушеское племя, для которого волк был самым большим экономическим злом. Нет ничего удивительного в том, что их бредовые идеи, в случае заболевания депрессией, имели своим содержанием превращение в волков: они бродят по окрестностям, нападают на людей, воют. Описание Марцелла перешло в сочинения последующих авторов. Верные наблюдения перемешивались с фантазиями и поверьями. Рассказывалось, как больной по ночам, чаще всего в феврале, выходит из дома, скитается по пустынным местам, между прочим — по кладбищам, где будто бы раскапывает могилы,

---

[1] Подобно Цельсу, Гален говорил, что помешательство зависит в некоторых случаях от расстройства восприятий, а в других — от неправильностей суждения. Он приводит пример одного больного врача, во всех отношениях здравомыслящего человека, который, однако, утверждал, что в углу его комнаты сидят флейтисты, которых он видит и слышит; у другого больного не было галлюцинаций, но преследуемый нелепой мыслью, что он должен выбросить на улицу все свои вещи, он высовывался из окна, обращаясь к прохожим с вопросом, действительно ли он должен так поступать (цитиров. по Heiberg «Geisteskrankheiten im klassischen Altertum», стр. 32 — 33).

и только утром бледный, изможденный, весь в ранах и ушибах, нередко искусанный собаками, но с уже прояснившимся сознанием возвращается домой. Это по мнению Марцелла — особый вид меланхолии[1].

5

С III века нашей эры греко-римская медицина начинает непрерывно падать. Однако, к этому периоду постепенного разложения общественной и государственной жизни относится основание первых больничных учреждений, в настоящем смысле этого слова, в столице Восточной Римской империи, Византии. Правда, это были учреждения для больных соматических. Не исключается, однако, возможность, что там находили временами приют и больные психозами. В 369 г. в Кесарее основана была больница Базилиас, заключавшая в себе, кроме госпитальных корпусов, также приюты для старцев и сирот, для нищих и странников; особый штат служащих — «паремпонты», или «парабаланы» — должны были по всему городу разыскивать больных, особенно чужеземцев. Кирхгофф думает, что в это число попадали и бездомные душевно-больные, а, следовательно, для них, вероятно, было устроено отделение[2]. Если это и было так, — византийские врачи не пользовались, однако, этим живым материалом. Вместо самостоятельных творцов и исследователей, они выдвинули только компиляторов и комментаторов. Надо думать, что во времена Орибазия (325 — 403 гг.) и особенно Аэция (начало VI века), беспокойная действительность уже не давала возможности сосредоточиться на самостоятельных изысканиях. Дух коллекционирования, копирования и систематизации насквозь пропитывает византийскую науку,

---

[1] Сочинение Марцелла утеряно. Выдержки оттуда приведены из Аэция в его «Tetrabilion»: «in... februario mense noctu exeunt per omnia imitantes lupos aut canes, et usque ad diem monumenta maxime aperiunt... pallidi sunt, et visu imbecilli et oculos siccos habent... et tibias habent exulceratas immedicabilitur, propter assiduos casus et canum morsus» (cap. II, pag. 280).

[2] Kirchhoff, Th. Geschichte der Psychiatrie (in Handbuch der Psych., herausg. von Prof. Aschaffenburg, Bd. I. Leipz. u. Wien, 1912).

достигая своего кульминационного пункта в лице Александра Тралльского[1] в его книге «О медицинском искусстве». У него, между прочим, собрано несколько «историй болезни», неоднократно цитируемых впоследствии, благодаря терапевтическим указаниям на разные хитрые приемы психического лечения душевно-больных. Одной женщине, вообразившей, что у нее в животе змея, Александр Тралльский распорядился дать рвотное, при чем подбросил незаметно в сосуд заранее припасенную живую змею: больная поправилась, а пресмыкающееся удостоилось бессмертной славы, продолжая занимать умы психиатров и широкой публики вплоть до позднейших времен (подобными же приемами пользовались еще в сороковых годах XIX века в Европе).

Во времена Александра Тралльского наука уже всюду была в упадке. Религиозный фанатизм господствовал во всех больших городах Востока и Запада, в том числе и в Александрии (куда, однако, все еще по старой памяти ездили учиться врачи). Глубокий экономический кризис, рознь между частями огромной империи, эпидемии, начавшие опустошать Аппенинский полуостров, христианство, которое, сделавшись официальной религией, видело своего врага не только в жреце, но и в светском ученом — все это повело к тому, что вместе с классической литературой, государственностью, философией и всей медициной древности заглохли те блестящие начатки психиатрических достижений, которые были так ярко представлены в книгах Аретея и Целия Аврелиана.

*

Древняя психиатрия дала последующим векам в теоретическом отношении очень много, и прежде всего — самое понятие о душевной болезни. Пеструю массу психозов древняя психиатрия стремилась распределить по нескольким группам. Основанием для такого подразделения она избрала психологический признак. Самые термины, которыми она пользовалась, обозначали различные стороны человеческого поведения: **паранойя** — уклонение мысли от

[1] От слова «Траллы» — название города. Общепринятое начертание «Траллеский» (от франц. Thralles) этимологически неправильно.

нормального пути, м а н и я — неистовство в словах и поступках.

Однако другие термины этого первого психиатрического лексикона имели совершенно иной смысл: «меланхолия» указывала на нечто материальное, лежащее в основе расстройства мыслей и чувств. Такой же оттенок имело — «френ» (диафрагма). Так отразила на себе классическая терминология тот дуализм в науке о душевных болезнях, который прошел потом через всю ее историю до наших дней: психиатрия, с одной стороны, прислушивалась к речам и старалась угадывать мысли, а с другой — изучала ткани и жидкости организма.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

СРЕДНИЕ ВЕКА В ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ

1. Психиатрия у арабов. — 2. Монастырские приюты и убежища в Западной Европе. Суеверия и первоначальная борьба с ними. Медицина этого периода. Салернская школа. Константин Африканский о меланхолии. Психиатрия в период схоластики. Михаил Савонарола и начало Ренессанса. — 3. Положение душевно-больных в эпоху развития городского хозяйства. — 4. Пример психиатрической экспертизы в первой трети XVI века.

1

Средние века обычно рассматриваются как исключительно мрачный период в истории Европы, как время полного застоя научной мысли и грубейшего суеверия. Такая оценка, однако, должна считаться односторонней. Разумеется, в беспокойной атмосфере непрерывных войн, опустошений, голода, полной неуверенности в завтрашнем дне — не могло быть речи о продолжении научных занятий, получивших начало в культурных центрах древней Греции и Римской империи. Несмотря на это, как мы увидим ниже, Средние века не были совершенно бесплодным периодом для развития психиатрии. Они дали Европе то, чего не знал древний мир — первые попытки общественной организации психиатрической помощи: 1) ограждение здоровой части населения от опасных душевно-больных и 2) начатки организованного ухода и призрения. Некоторые документальные данные позволяют связать этот почин с городским хозяйством и медициной арабов.

Падение Александрии, сопровождавшееся разрушением ее музеев, библиотек и госпиталей, повело к эмиграции (вернее к бегству) ученых и врачей — несториан, евреев и греков, спасавшихся

от преследования христианского фанатизма. Беглецы с остатками рукописей Аристотеля, Целия Аврелиана, Галена и других авторов нашли приют сперва в Месопотамии, а потом в Персии, завоеванной вскоре арабами. В середине VII века произошло первое соприкосновение арабских ученых с медицинскими памятниками древности. Начинается трехсотлетний период (732 — 1096 гг.) мусульманской культуры. От Самарканда и Багдада до самой Севильи и Кордовы распространяется частичное веяние воскресшего эллинизма. В народе завоевателей, превратившихся в мирных купцов, зреет и крепнет великое уважение к науке — математике, астрономии, химии, но особенно — медицине. И в то время, как Средняя Европа пребывает в бедности, материальном и духовном убожестве — богатство и даже роскошь — это дитя промышленности, сеет просвещение повсюду, куда проникает ислам.

Больницы общего типа были в Багдаде, где в IX веке уже велись записи наблюдений, в Ираке, Испагани, Ширазе, в нынешнем Мерве, Иерусалиме, Дамаске. Здесь Нур-Эддин основал один большой и несколько меньших госпиталей, которые пользовались славой благодаря отличному содержанию больных и по крупным медицинским силам; сохранились известия, что, окончив визитации, врачи читали на дворе под деревьями лекции, окруженные множеством слушателей. В Каире, по сообщениям Леклерка, в 854 г. была открыта больница с отделением для душевно-больных; эмир, истративший на ее постройку и управление 60.000 дйнаров, «сам приезжал каждую пятницу ревизовать врачей, смотреть кладовые, расспрашивать больных, и перестал ездить лишь после того, как один умалишенный бросил в него яблоком, которое, по просьбе того, он сам подарил ему». Тот же Леклерк сообщает, что в огромной больнице Мористан в Каире было также особое психиатрическое отделение, будто бы сохранившееся, но в запущенном виде, до конца XVIII века, когда французы, при своем походе в Египет, застали там еще 50 больных, не считая помешанных» [1].

Общие основы патологии и терапии психозов арабы заимствовали из греческих рукописей. Знаменитый Авицена объяснял меланхолию темнотой, образующейся внутри черепа, как следствие черной желчи. Он же учил, что «против слез и тоски, не имеющих причин в жизни, необходимо применить в качестве лекарств развлечения, работу, песни, так как самая вредная вещь для умалишенного — страх и одиночество». Али-Абас, багдадский врач X века, отмечал частые заболевания религиозной меланхолией в периоде полового развития. Разес советовал лечить тоскливые состояния игрой в шахматы. В Кордове врач Авензоар осуждает пользование каленым железом при лечении душевных болезней — первые указания, — говорит Фридрейх, — в древних книгах на этот способ лечения. Несмотря на крайнюю скудость наших сведений об арабской психиатрии, получается впечатление, что в ней отсутствовали чрезмерно жестокие меры механического стеснения, практиковавшиеся столь широко в Средней Европе до

[1] Ковнер С. История средневековой медицины. Вып. 1-й. Киев, 1893.

самых последних времен. Мусульманский Восток, привыкший к пляшущим дервишам и пришельцам из соседней Индии — факирам, относится до сих пор благодушно-терпимо к своим душевнобольным.

2

Обратимся теперь к средневековой христианской Европе. Много писалось о том, что психические расстройства рассматривались в Средние века, как продукт бесоодержимости и злонамеренного колдовства. Существует мнение, будто единственной психотерапией всех Средних веков были пытки и казни (главным образом сожжение на кострах душевнобольных). Необходимо, однако, подчеркнуть, что раннее средневековье было почти совершенно свободно от тех суеверных эксцессов, которым предавались позднейшие времена. Несмотря на то, что во все разветвления средневековой жизни проникало мировоззрение одного из могущественных господствующих классов — духовенства, люди еще не успели сделать тех выводов, которые привели впоследствии к инквизиции и знаменитым «процессам ведьм». Известно, что, начиная приблизительно с III в., все припадочные, эпилептики, истерики, страдающие хореей подвергались так называемым экзорцизмам, т.-е. заклинательным обрядам, практиковавшимся в монастырях, при чем образовалась даже особая категория специалистов этого рода, к которым привозили больных. Духовенство — единственно грамотная часть населения — в силу социально-экономических условий сосредоточило в своих руках большие земельные владения, и оба эти фактора, вместе взятые — материальная обеспеченность и некоторая образованность, — естественно, привели к тому, что медицина, в свое время оторвавшаяся от религии, снова вступила в союз с церковью. При монастырях, где постоянно являлась необходимость в размещении прибывших издалека и внезапно заболевших паломников, стали один за другим возникать приюты или убежища, во главе которых ставился начитанный в древних рукописях полу-врач, полу-знахарь — монах. Некоторые ордена специально занимались медициной: бенедиктинцы, алексиане, иоанниты, госпитальеры приобрели известный опыт в уходе за больными.

Надо думать, что при крайней разреженности населения тогдашней Европы единичный случай душевной болезни

в той или иной местности не представлял еще такого социального интереса, как в последующие времена, когда города стали окружаться стенами и в них сложилась та строго регламентированная жизнь, которая известна в истории под названием цехового устройства. В деревнях и поселках с отдельным больным нетрудно было справиться: буйного держать связанным в чулане, со спокойным — совершить паломничество в какую-нибудь обитель и, быть может, оставить его там на лечение. Разумеется, в это темное время, когда верили во все, что угодно, допускали, что душевные болезни — от дьявола. Считалось, однако, более целесообразным испробовать изгнание беса, нежели сжигать его подневольную жертву. Отдельные случаи самосудов (хотя нет никаких доказательств, что в раннее средневековье прибегали к ним именно при душевных болезнях), как это достоверно известно, не встречали сочувствия духовных и светских властей. Кое-где по епархиям разослан был даже особый «указатель суеверий»[1], чтобы проповедники знали, с чем надлежит бороться. Во времена Карла Великого в 805 г. вышел декрет с запрещением сжигать мнимых ведьм, под предлогом того, что они производят засуху, падеж скота и болезни. С этого времени в течение почти 500 лет ничего не было слышно ни о каких казнях.

Католическое духовенство еще не проявляло тогда враждебного отношения к светской науке, которое так характерно для последующих веков, уже граничащих с Ренессансом. Как уже было сказано, изучение медицины было в большом ходу и даже вменялось некоторыми орденами в обязанность своим членам. Отрывки из Гиппократа, Галена тщательно переписывались и в многочисленных копиях расходились по Германии, Франции, Англии. Лишь значительно позже, по мере развития городского хозяйства, возникает тип светского врача, много странствовавшего по свету, побывавшего в арабской Испании, надолго задержавшегося в Италии, где даже в самые варварские периоды средневековья никогда вполне не порывалась связь с культурой древнего Рима. К IX веку светская медицина уже достигает значительного развития. Одним из ее

[1] Indiculus superstitionum.

первых очагов, откуда пошло ее распространение по всей Европе, была знаменитая Салернская школа, в маленьком городке этого имени, недалеко от Неаполя. Легенда приписывает ее основание греку Понтусу, арабу Аддалаху, еврею рабби Елинусу и, наконец, некоему безымянному магистру Салернскому — интернациональной группе, составленной как раз из тех четырех наций, которые заботливо сохранили потомству медицинские познания классиков.

Есть основание думать, что в Салерно привозили иногда и душевно-больных. Они, вероятно, находили пристанище в бенедиктинском монастыре VII века или в каком-либо из приютов-больниц, находившихся в ведении иоаннитов или «братьев Креста». Есть данные, что сюда приезжали, например, люди, не бывшие в состоянии «забыть умерших друзей» — меланхолики, которым предлагалось в качестве лечебной меры «съесть нафаршированное целебными травами свиное сердце». Врачебное сословие в Салерно уже обнаруживало признаки деления на несколько специальностей. Возможно, что таким полуспециалистом, особенно охотно посвящавшим свои силы лечению психозов, был известный в истории медицины Константин Африканский († 1087). Ему принадлежит трактат «О меланхолии» — старательная компиляция из римских и арабских источников. Его психологическое определение меланхолии не лишено меткости: это такое состояние души, когда человек твердо верит в наступление одних только неблагоприятных для него событий [1]. Причина болезни в том, что пары черной желчи поднимаются к мозгу больного, сознание затемняется (lumen ejus obscurat) и есть даже риск, что оно совсем погаснет. Однако, не всякий человек наклонен к таким тревожным предчувствиям. Для этого требуется особый темперамент, т.-е. чисто материальное свойство жидкостей организма. Хорошо усвоив наследие Гиппократа и Галена, Салернская школа деятельно разрабатывала учение о темпераментах.

По образцу Салернской школы в XII веке был основан медицинский факультет в Болоньи, одновременно во

[1] Melancholia est cujuslibet rei malae ut superveniat credulitas. De melancholia Lib. II (цитир. по Friedreich'y, Versuch einer Literärgeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Würzburg, 1830).

Франции открываются университеты в Монпелье и Париже, а в Англии — высшие школы Оксфорда и Кембриджа. Однако, научные занятия сводились здесь в эту эпоху к компиляциям и комментариям — этим излюбленным методам средневековой официальной науки. Вскоре должно было наступить то время, когда не в меру самостоятельные исследования, отступавшие от традиции церкви, навлекали на себя преследования. Роджер Бэкон (1214—1292), один из величайших ученых и борцов за свободу мысли, учил, что только опыт и наблюдение могут дать истинное познание вещей, и это, как известно, стоило ему многих лет тюремного заключения. В этот период так называемой схоластики, т.-е. исключительно книжного знания и логических хитросплетений, направленных на примирение светской науки с догматами римско-католической церкви, даже самостоятельные исследователи были во власти теологии и метафизики. Знаменитый Арнольд из Виллануова в Испании[1] (1250—1313), выдающийся хирург и терапевт, был убежден, что созвездия влияют на появление и течение болезней. Эпилепсию он связывал с луной: в первую четверть судороги возникают под влиянием флегматического вещества, в следующие две четверти — из крови, а в последнюю — из черной желчи. Аналогичные воззрения высказывал он по поводу меланхолии — название, под которым объединялись в то время почти все без исключения психозы.

Через сто лет после Арнольда в Италии жил Антонио Гуаянери[2] († 1440), профессор медицины в Павии и в Падуе, уже представляющий заметный переход от схоластических отвлеченностей к самостоятельным наблюдениям. Он описывает не только то, что читал у древних, но и то, что сам наблюдал, например, случай афазии и бурного помешательства от злоупотребления вином; Гуаянери осмеивает предрассудок, будто эпилептики могут предвидеть будущее. Вслед за ним огромный шаг вперед делает другой падуанский профессор, Михаил Савонарола († 1461)[3].

---

[1] Friedreich, там же, стр. 102, см. также Ковнер, История средневековой медицины. Киев, 1893, стр. 233.

[2] Friedreich, стр. 103.

[3] Friedreich, стр. 104.

Савонарола рассказывает, что в его время душевно-больных секли розгами до кровавых полос, с целью «дать диверсию материальной причине мании», кололи иглами, шипами, покрывали все тело горчичниками, чтобы уничтожить застой мысли, вызванный меланхолией. Такой «отвлекающий метод» встречает со стороны Савонаролы решительное осуждение. Боль ожесточает больного, доводит его до бешенства и, — говорит он, — надо думать, что большинство случаев так называемой волчьей ярости — insania lupina — являются искусственным продуктом жестокого обращения. Савонарола рекомендует осторожные кровопускания, банки к ногам, рвотные, слабительные и особенно — теплые ванны. Он говорит, что прежде всего необходимо возвратить больному сон; для этого хорошо поселить его в прохладной местности, около реки, и раскачивать на висячей койке, на манер колыбели. Свою книгу «Великая практика» он писал, чтобы отвлечь врачей от диалектических пререканий на углах улиц и площадей и дать им в руки реальные факты. Время Савонаролы — уже начавшийся Ренессанс, с его мощным развитием торговли и городского хозяйства. В Италии этот процесс наступил раньше, чем в остальной Европе. Здесь никогда не порывалась связь с античной культурой, дух корпораций был не таким строгим, схоластика — менее неподвижной, не отживало здесь и Римское право, реальное по существу. Только в Италии, в описываемую эпоху, мог появиться такой врач, как Михаил Савонарола.

3

Каково было положение душевно-больных в этом новом периоде отживающего средневековья, в эпоху развития и укрепления городов? По этому предмету сохранились документальные данные, касающиеся Испании, Франции и в особенности Германии. Городские власти (магистраты) уже интересовались «психиатрическим делом». Юридические акты того времени содержат несколько пунктов с перечислением мер, применяемых в различных случаях, в зависимости от характера и проявления болезни, от материальной обстановки больного и его родственников, если он местный житель, и от возможности отправки его на родину, если он чужой. Вот эти меры:

1. Ближайшим родственникам категорически вменяется в обязанность принять все меры к ограждению безопасности и покоя остальных граждан, т.-е. иначе говоря, предписывается держать больного взаперти. Древне-испанский кодекс говорит о том, что «помешанный, маньяк и слабоумный не ответственны за поступки, содеянные ими во время болезни; ответственность падает на родных, если они не сторожили больного и этим не воспрепятствовали тому ущербу, который он нанес другим»[1]. В Бретани дается указание на то, что при отсутствии родных «приходское духовенство отвечает за больного». В Германии заботу об одиноких больных должны были брать на себя цехи; в целом ряде случаев расходы по содержанию больного брали на себя города[2]. Надо думать, что большинство больных содержалось дома; если вспомнить архитектуру средневековых построек, с их обилием каменных закоулков, чуланов, погребов, то станет понятным, как сравнительно нетрудно было устроить «удовлетворяющий всем требованиям» изолятор.

2. Если родственники не хотели держать больного дома и имели на это средства, то они помещали его к чужим людям; сохранились сведения о некоторых таких случаях «патронажа», естественно возникавшего то здесь, то там. Иногда при несостоятельности родных за это платил город. Так в 1425 г. некая горожанка регулярно получала в магистрате причитающуюся ей сумму за содержание совершенно посторонней ей душевно-больной женщины. В 1427 г. приехавший во Франкфурт поверенный в делах маркграфа бранденбургского внезапно лишился рассудка, и тогда его принципал договорился с городом о помещении больного в отдельную квартиру и о приискании сторожей[3].

3. Больных пришельцев и чужестранцев, если родина их была известна, препровождали домой и сдавали там на руки родственникам или, при отсутствии таковых, в коммуны (communes), при чем последним предлагалось уплатить издержки; так, в некоторых провансальских актах

---

[1] Pezé, L. Les précurseurs de Pinel en France au XVII et XVIII siécles. Paris, 1922.

[2] Kirchhoff, Th. Grundriss einer Geschichte der Deutschen Irrenpflege. Berlin, 1890.

[3] Kirchhoff, там же.

говорится, что, по повелению короля Франции и по постановлению парламента в Эксе, коммуны обязаны кормить своих бедняков и держать под замком помешанных. Если больной не мог ничего сообщить о себе, его увозили куда-нибудь подальше, «за границу» и там отпускали на все четыре стороны. Во Франкфурте-на-Майне большая судоходная река сильно помогала этому способу эвакуации, которым, видимо, довольно широко пользовались. В 1399 г. посадили в лодку больного, который перед этим голым бегал по городу, и пустили его вниз по течению с провожатым, чтобы тот его высадил на берег где-нибудь подальше от Франкфурта. В 1406 г. нескольким рыбакам было поручено ночью водворить буйно-помешанного в Майнц. Когда больные возвращались обратно, эту процедуру повторяли, нередко по несколько раз; в 1427 г. подмастерье-кузнец, дважды доставляемый до слияния Майна с Рейном, но всякий раз возвращавшийся назад, был наконец третий раз отвезен до самого Крейцнаха, а так как он был гол, пришлось его экипировать на казенный счет. Как правило, таких больных, упрямо возвращавшихся обратно, жестоко наказывали кнутом.

4. Четвертая мера — тюремное заключение — применялась, когда родственники не могли сладить с возбужденным больным и сами просили об этом, или же когда на этом настаивали городские власти, если больной казался им опасным, и домашнее содержание недостаточно гарантировало общественный покой и порядок. О случае первого рода говорит нам один документ XV века — прошение подмастерья ткацкого цеха о принятии его слабоумного брата в городскую тюрьму, так как содержание его в специально нанятой комнате в частном доме вогнало его, просителя, в непомерные расходы. Один из случаев второго рода (принудительное помещение) произошел в 1415 г. с богатым мясником Клезе Нойт, которого, несмотря на материальную возможность держать дома, водворили в один из наиболее прочных казематов городской тюрьмы, приставив трех сторожей, чтобы «Клезе Нойт, мясник, не вырвался из тюрьмы» [1]. Кроме тюрем, беспокойные больные помещались в подвалы городских дум, или ратушей.

[1] Приведено по Kirchhoff'y, там же.

Были еще особые камеры, находившиеся внутри массивных городских стен, так называемые «Tollenkisten» (ящики для буйно-помешанных). Здесь больные содержались большею частью на городские средства. Сквозь решетки миниатюрных окон в кирпичной стене они протягивали руки за милостыней и гостинцами, приносимыми по праздникам сердобольными бюргерами Нюренберга, Брауншвейга, Франкфурта, Гамбурга; праздные зеваки и мальчишки дразнили их. В 1376 г. в Гамбурге, в одной из башен городских стен была устроена несколько большего размера камера, которая называлась на языке официальной средневековой латыни cista stolidorum или custodia fatuorum, что означает ящик для безумных или карцер для дураков.

5. Наконец, значительная часть безобидных и спокойных больных была предоставлена своей собственной участи (что было для них далеко не худшей из всех возможностей в те времена): пестрая масса имбециллов, эпилептиков, схизофреников, органиков была рассеяна по деревням, большим дорогам, ярмаркам, как об этом свидетельствует один литературный памятник начала XVII века — монолог Эдгара, притворяющегося сумасшедшим, в «Короле Лире»:

> Я знаю, в этом крае есть немало
> Безумцев диких и крикливых; бродят
> Они по селам, мельницам и фермам,
> По бедным деревням, в нагие руки
> Себе втыкая гвозди и колючки,
> И в этом странном виде умоляя
> О подаянии [1].

Если так было в Англии в год выхода «Короля Лира» (1608), то нет основания думать, что раньше было иначе или что на континенте были другие обычаи.

4

Душевно-больные перечисленных категорий, т.-е. содержавшиеся дома, у чужих людей, в тюрьмах, в башнях и комнатушках какой-нибудь городской стены, разумеется, почти никогда не видали врача. Бывали, однако, особые обстоятельства, когда средневековый «медикус» был обязан

[1] Шекспир. «Король Лир», д. II, сцена III (перев. Дружинина).

обследовать больного и дать официальное заключение о «состоянии его ума». Нижеследующий пример воспроизводит с целым рядом бытовых подробностей интересный факт врачебной экспертизы над душевно-больным преступником в городе Нюренберге в 1531 г. За три года до этого учитель арифметики Конрад Глазер сбросил с лестницы свою мать и ученика, юношу Крессена, результатом чего была смерть первой и тяжелые повреждения у второго. Арестованный и заключенный в тюрьму, Глазер уже через несколько дней был переведен в частный дом одного штадткнехта, где велено было держать его на цепи под присмотром, ибо не было сомнения, что этому человеку необходимо «прояснить свои мысли». По прошествии месяца жена и опекун больного возбудили ходатайство о взятии его домой, так как, во-первых, дома ему будет спокойнее и, во-вторых, трудно платить штадткнехту. Власти обсуждали вопрос, следует ли обязать жену и опекуна добровольно сесть в тюрьму, если Глазер скроется, и решили, что можно ограничиться большим залогом, после чего вскоре больной был водворен домой. Окна комнаты снабдили решетками, соорудили прочный замок, ключ от которого по условию должны были каждый раз сдавать в ратушу. Однако, родственники потерпевшего Крессена возбудили протест против такого снисходительного отношения к убийце. Между обеими сторонами начинается тяжба. Городские советники, не соглашаясь с чрезмерными претензиями родных и друзей Крессена, разъяснили, что жестоко было бы оставлять Глазера в пожизненном заключении, что, вообще, мероприятия, применяемые к нему, вовсе не следует считать наказанием и что надо, наоборот, не скупиться на милосердие, чтобы этим путем утешить больного и поскорее вернуть ему здравый смысл; если же он поправится, его надлежит попросту освободить[1]. Дальнейшая судьба больного Глазера сложилась так: в апреле 1530 г. он сам ходатайствует о снятии с него цепей, и в ответ на это город назначает *медицинскую экспертизу*. 10 мая 1531 г. два врача — Зеобальд Пуш и Иоганнес Шиц — отправляются в дом Глазера,

[1] Kirchhoff, Th. Grundriss einer Geschichte der Deutschen Irrenpflege. Hirschwald, Berlin, 1890. Стр. 99 — 102.

осматривают его, убеждаются в том, что здоровье его поправляется и, повидимому, чтобы предупредить рецидив, прописывают больному энергичное лечение клизмами и тут же пускают ему кровь; после этого эксперты представили бургомистру Фолькамеру отчет, в котором выразили надежду, что в дальнейшем Глазер будет здоров. На основании этого заключения 12 сентября 1531 г., с него, Глазера, не только сняли цепи, но даже разрешили посещать проповеди и прогуливаться у ворот; в июле 1533 г. ему уже позволили давать уроки, однако, через некоторое время, видимо, обнаружились какие-то шероховатости, так как в августе 1538 г. вышел приказ, ограничивающий свободу передвижения Глазера: ему запрещалось посещение рынка и других людных мест и было разрешено ходить только в церковь.

Этот документ имеет большое историческое значение: внимание, уделенное городом душевно-больному и его семье, просвещенный взгляд нюренбергских юристов, врачебно-психиатрическая экспертиза в середине XVI века — все это представляет крайне интересную страницу в истории культуры и истории нашей науки.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

ПЕРВЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ ДЛЯ ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХ

Указание Вирхова на Эльбинг. Первое специальное заведение в Валенсии.

Исторические сведения о первых заведениях для душевно-больных не отличаются достоверностью. Говоря об арабах, мы приводили данные Леклерка по поводу больниц общего типа в Дамаске, Багдаде, Каире, Фецe. Сохранились отрывочные, противоречивые известия, что в некоторых из этих городов были специальные и к тому же весьма благоустроенные приюты для душевно-больных. Эти рассказы, вероятно, легко объяснимы бывшей одно время в ходу у некоторых историков идеализацией арабского Востока, по сравнению с средневековьем в Европе. Оставляя в стороне все эти смутные известия, обратимся к тем фактам, о которых существуют документальные данные.

Одна итальянская статистическая сводка об актах человеколюбия сохранила известие, что в XII веке в городе Фельтре было какое-то психиатрическое заведение (не тюрьма, очевидно, так как иначе о нем не упоминалось бы, как о благотворительном деле). В конце XIII века в Каире открыта была больница Мористан, первоначально предназначенная для душевно-больных и лишь впоследствии обращенная в госпиталь общего типа. В 1305 г. в Швеции, в Упсале, одно из монашеских братств основало дом «Святого духа» для больных и усталых странников, куда будто бы принимались и душевно-больные. По данным рукописной хроники северо-германского города Эльбинга, на которую

ссылается Вирхов, в 1326 г. вблизи последнего, в Сант-Гергене, было основано заведение для умалишенных. Кирхгофф думает, что это было психиатрическое отделение в лепрозории св. Георга; о таком превращении лепрозориев определенно говорит Вирхов: в городе Липлингене, в Бадене, в опустевших домах прокаженных стали помещать скарлатинозных больных, оспенных и помешанных. Кроме короткой заметки от 1326 г. в дальнейшем, однако, нигде не упоминается о существовании какого-либо психиатрического заведения в Эльбинге. Вопрос этот не представлял бы сам по себе существенного интереса, если бы не утверждение Кирхгофа, что именно здесь родилась первая психиатрическая больница, и если бы этот автор не оспаривал прав Валенсии, давно уже заявившей о своем приоритете в этом культурном почине[1].

Права испанского города отстаивает Паскуал Мадоз в своем «Историческом и географическом словаре»[2]. Католическая легенда связывает это событие с именем монаха Хуана Джилаберто Хофре, которому удалось собрать большую сумму на устройство больницы. Предание приводит даже имена главных жертвователей. Вскоре после этого, по свидетельству другого испанского автора, дона Гаспара Эсколана, все рассеянные по городу и окрестностям больные были сосредоточены в учреждении, получившем официальное название «Убежище Мадонны», а в разговорной речи именовавшемся просто «сумасшедшим домом» — manicomio. Историк испанской медицины, дон Эрнандец Морехон, с законным удовлетворением отмечает этот факт, как почетный для его родины: «Испанцам, — говорит он, — принадлежит заслуга первой попытки лечения психозов путем организации специальных больниц». В больницу будто бы принимался всякий, независимо от звания, национальности, веры. Разумеется, спор между Валенсией и Эльбингом не имеет особого значения, но, повидимому, права испанского города, где по наследству от арабов сохранилась традиция к созданию всевозможных

---

[1] Ullersperger, J. B. Geschichte der Psychologie und der Psychiatrik in Spanien. Würzburg, 1871. Стр. 63 — 64.

[2] Madoz, Pas. Diccionario geografico, estadistico, historico de Espana. Madrid. 1850 (цитир. по Ullersperger, там же, стр. 65).

филантропических учреждений, более обоснованы, чем претензии северо-германского провинциального городка. За Валенсией последовали Сарагосса (1425), Толедо (1436) Валладолид (1489), наконец, Мадрид (1540). Таким образом, к середине XVI века в Испании уже была целая сеть психиатрических учреждений. Шестнадцатый век является, таким образом, эпохой, когда дело строительства психиатрических заведений окончательно стало на твердую почву. Это произошло почти одновременно во всех государствах Центральной Европы. Вот некоторые данные о Германии.

В 1544 г. жители Пфорцгейма письменно обратились с ходатайством к городу Эслингу о разрешении осмотреть «благоустроенные помещения для душевно-больных, так как они, пфорцгеймцы, намерены завести у себя такие же». С 1576 г. душевно-больные находят приют в Юлиевском госпитале, в Вюрцбурге. В это время один за другим воздвигаются «сумасшедшие дома» в Нюренберге, во Франкфурте-на-Майне, Мекленбурге, Бранденбурге, Берлине, Бремене, Любеке.

Относительно Швейцарии сохранились такие сведения: в 1570 г. городской магистрат постановил выстроить около Цюриха два «приюта» для беспокойных больных. Однако, не только беспокойных, но и совершенно смирных больных сажали на цепь, при чем им ежедневно, в лечебных целях, выдавалось вино. В 1599 г. здесь содержался портной, прикрепленный за пояс к стене и занимавшийся своим ремеслом: он должен был выдержать искус, пока не станет ясным, что его можно отпустить домой. В окрестностях Солотурна, в лесу, находился старый, давным-давно покинутый лепрозорий, в котором в конце XVI века устроено было убежище для инвалидов и неизлечимых больных и куда принимались также и умалишенные. В 1551 г. в Швеции, в Стокгольме, была открыта психиатрическая больница Данвикс Толлгауз. Во Франции в эпоху деятельности Людовига Вивеса, приблизительно в 1526 г., открываются первые специальные приюты. В Англии уже в конце XV века функционирует Бедлам — лондонская больница, устроенная в старом аббатстве Вифлеемской божьей матери.

Трудно, разумеется, точно приурочить к какому-нибудь определенному моменту начало такого обширного дела, как

организация психиатрической помощи. При всем том можно утверждать, что XV и XVI века были свидетелями устройства первых специальных заведений для помешанных. Эти учреждения еще не преследовали никаких лечебных целей. Примитивные по своему устройству, с оборудованием, которое ограничивалось высокой стеной, ассортиментом цепей и наручников, эти места заключения все же должны рассматриваться, как решительный шаг вперед, сделанный в такую эпоху, когда рядом развивали свою деятельность инквизиторы, и еще пылали костры, от которых хорошо было иметь возможность скрыться куда-нибудь в лес, в полуразрушенный лепрозорий и позволить приковать себя к стенке. Что касается лечения, то сохранились известия, рисующие нам элементарную психиатрию того времени. Розалинда у Шекспира говорит: «Любовь — просто безумие, и я считаю, что вы заслуживаете быть помещенным в темный дом и получать удары плетью, как помешанный». Видимо, этот способ лечения был в большом ходу. Быть может, с этих времен сохранилось выражение: «выбить дурь из головы». Как бы то ни было, но с этой эпохой связано начало нового периода в истории психиатрии: периода «сумасшедших» домов.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ЭПОХА РЕНЕССАНСА

1. Реставрация греко-римской медицины. XVI век и великие научные открытия. — 2. Период религиозного фанатизма, демонологии и процессов ведьм. Казни душевно-больных. — 3. Борьба с инквизицией и деятельность Бейера. Шпее.

1

К концу XV и началу XVI веков относится реставрация греко-римской медицины, т.-е. открытие целого ряда рукописей, остававшихся до той поры неизвестными. После периода естественного увлечения и последовавшего за этим более полного знакомства с знаменитыми подлинниками, стало обозначаться некоторое разочарование в классической старине, так как сделалось очевидным, что вся древняя наука — Птоломей, Аристотель, Гиппократ — не успела дать исчерпывающих ответов на все вопросы естествознания и медицины. И тогда в умах людей постепенно стала складываться другая идея — науки не в виде книжной системы, завещанной от прошлых времен, но живого и непрерывного творческого процесса. Ярким воплощением этой идеи встала на рубеже двух веков огромная фигура Леонардо да-Винчи, указавшая человеческой деятельности новые творческие пути: реализм в искусстве, наблюдение и опыт в науке, тесное слияние науки и жизни.

Это было поистине революционное время: на свет появились идеи великой культурной ценности. Коперник, в противовес церкви и древней науке, указал земле более скромное место, на ряду с другими планетами; Везалий издал свою «Великую анатомию», составленную не по Галену, а на основании многих сотен самостоятельных вскрытий; Гесснер, первый настоящий зоолог,

и Цезальпино, первый самостоятельный ботаник — оба, не слушаясь Аристотеля, составляют классификации животных и растений, основанные на личном опыте; наконец, выступает величайший естествоиспытатель всех времен, Галилей, и закладывается фундамент научной механики, а вместе с нею и первые контуры механистического мировоззрения. Не могла не войти и медицина в этот круг новых идей. Парацельс — фантастическая смесь авантюриста, мистика и смелого новатора, торжественно сжигает на Базельской площади экземпляры сочинений Галена и Авиценны, во имя новой, свободной науки, переставшей заниматься одним только пережевыванием старья.

2

Несмотря на это идейное оживление, Западная Европа вступила в один из самых мрачных периодов своей истории, когда воинствующая церковь стала напрягать все бывшие в ее распоряжении средства для сохранения своих прав и всей полноты материальной и духовной власти. Началась борьба феодальной теократии с нарождающимся капитализмом. История психиатрии всегда с большим вниманием относилась к этой эпохе, так как долго господствовало мнение, будто почти все душевно-больные погибали в застенках и на кострах, как заключившие союз с дьяволом. В рамки настоящего исследования не входит подробное изложение всех данных, касающихся знаменитых процессов ведьм. То, что имеет отношение к психиатрии, может быть изложено в сравнительно немногих словах.

Поворотным пунктом, с какого началось это кошмарное время, принято считать буллу (послание или манифест) папы Иннокентия VIII, в которой предписывалось разыскивать и привлекать к суду людей, добровольно и сознательно отдавшихся во власть демонов. Два доминиканских монаха, Яков Шпренгер и Генрих Институрис, опираясь на папскую буллу, как на юридическую санкцию своих действий, стали энергично истреблять ведьм. В 1487 г. они опубликовали свой «Молот ведьмы» — Malleus maleficarum, — названный так потому, что в нем перечислялись все способы, как опознавать, изобличать и сокрушать этих зловредных женщин. Несомненным доказательством виновности служило «чистосердечное» признание обвиняемых, которое добывалось почти всегда, так как никто не мог выдержать изощренных пыток, пускаемых в ход в застенках святой инквизиции. На судебных следствиях

задавались неизменно одни и те же вопросы; молва о многочисленных признаниях и покаяниях расходилась из уст в уста; самые невероятные вещи, в силу многократного повторения, начинали казаться достоверными фактами; всеобщее напряжение, жуть и страх, настойчивость обвинений и постоянство признаний — все это создавало атмосферу повышенной коллективной внушаемости и способствовало широкому распространению так называемых демонологических идей. Были деревни, где не оставалось ни одной женщины; когда приезжал инквизитор, все без удержу доносили друг на друга, чтобы этим путем уцелеть самим. Матери доносили на четырехлетних детей; дети погибали на кострах. Несколько примеров будет достаточно, чтобы дать представление об этих процессах ведьм. Магдалина Круа созналась, что она 30 лет находилась в преступной связи с дьяволом, похожим на отвратительного негра. Она была настоятельницей монастыря и всякий раз, когда она удалялась в келью для греха с демоном, другой нечистый дух принимал ее внешний облик и ходил по монастырю, так что отсутствие ее проходило незаметно. Монашенка-подросток Гертруда, 14 лет, признавалась, что жила и живет с демоном, производит падеж скота и вызывает бесплодие у женщин. Француз-священник Труазешель, приговоренный к смерти в 1571 г., но амнистированный за выдачу сообщников, открыл, что во Франции, по самому приблизительному подсчету, не менее трехсот тысяч колдунов и ведьм. Многочисленные женщины в Германии, Франции, Швейцарии, Англии, рассказывали о том, какому разврату научил их «нечистый», как он пробирается к ним на супружеское ложе, не стесняясь присутствием мужа; описывались все его анатомические признаки, козлиный запах, свойства его семени, холодного, как лед. Подробными и красочными описаниями изобиловал «Молот ведьм».

Трудно решить, каков был истинный процент душевнобольных среди всех этих ведьм и колдуний, где кончалось суеверие дрожащего за свою жизнь невежественного человека и где начиналось сумеречное состояние истерической женщины или индуцированное помешательство, охватывавшее сразу значительные группы людей, целые села, города. Некоторые авторы представляли себе дело

в несомненно упрощенном виде. Людвиг Мейер полагал, что душевно-больные составляли преобладающую массу казненных ведьм [1]. Наоборот, Сольдан, изучавший подлинные судебные акты, не нашел там никаких указаний на психозы [2]. Кирхгоф думает, что истина лежит посредине. И действительно, история сохранила нам несомненные доказательства многочисленных приговоров над душевно-больными людьми. Вот некоторые примеры.

В 1339 г. один испанец, объявивший себя братом архангела Михаила, был сожжен на костре в Толедо. Доктор Торальба в 1530 г. признался на суде, что у него в услужении находится некий дух или «гений», и за такое пользование нечистой силой был посажен в тюрьму на 3 года, после чего выдал письменное обязательство в отказе от услуг демона [3]. Но особенно поучителен следующий случай, приводимый Сольданом, не сумевшим, повидимому, распознать здесь довольно типичную картину депрессивного состояния. Анна Кезерин перестала ходить на свадьбы, не посещала знакомых, все молилась, постилась и плакала. По словам мужа, не было никаких причин для такой безысходной печали. Дело окончательно выяснилось, когда 12 человек ведьм и колдунов перед тем, как взойти на костер, показали, что Анна Кезерин также ведьма. Ее арестовали, посадили на цепь, допрашивали и, разумеется, она в конце концов призналась во всех предъявленных ей обвинениях. Только перед казнью на исповеди Анна Кезерин отреклась от всего и потом, умирая, слезно просила, чтобы после нее больше никого не жгли на костре. 20 сентября 1629 г. в гор. Нейбурге, около моста, с нее сняли голову, тело сожгли и пепел бросили в воду [4].

Вероятно, наиболее благодарным материалом для инквизиторов были депрессивные больные с идеями самообвинения. Параноики также нередко представляли черты, которые могли подать повод к демонологическим подозрениям. Не подлежит также сомнению, что нередко сами больные (например, с бредом преследования) выступали в роли неутомимых доносчиков и яростных обвинителей. На заседаниях судебных трибуналов фигурировали и схизофреники, как, например, некий Эон, называвший себя сыном божьим и осужденный в Реймсе в 1570 г. Надо полагать, что и сексуальные извращения нередко подавали

---

[1] Kirchhoff, там же, стр. 44 — 45.

[2] Там же.

[3] Matthias, K. Die Behandlung der Geisteskranken. Dissert. Marburg, 1887.

[4] Kirchhoff, там же, стр. 48.

повод к таким судебным делам. Наконец, сюда входили тяжелые случаи истерических реакций, ступорозные, каталептические, эпилептические состояния. Были беспощадные инквизиторы, одно имя которых наводило на людей трепет — Пьер де-Ланкр, Боден Интересно отметить, что современником последнего был знаменитый Монтень, который в своих «Опытах» писал о ведьмах и колдунах следующее: «Эти люди представляются мне скорей сумасшедшими, чем виноватыми в чем-нибудь. Но до чего высоко нужно ставить свое мнение, чтобы решиться сжечь человека живьем!» Между тем авторитетнейшие врачи Франции были в то время еще очень далеки от здравого смысла Монтеня. Фернель [1], профессор в Париже, Амбруаз Паре [2], фактический основатель научной хирургии, твердо верили в демонов. У других в голове была невообразимая смесь здравых понятий и бессмысленных суеверий. Уже упомянутый выше Парацельс говорил, например, что нельзя сомневаться в существовании людей, заключивших союз с дьяволом; но одновременно с этим он советовал относиться с осторожностью даже к добровольным признаниям, так как есть умалишенные, не знающие, что они говорят. «Дьявол, — по мнению Парацельса, — вселяется только в здорового и разумного человека, а в душевно-больном ему делать нечего». «Есть люди, — говорил Парацельс,— утверждающие, что они умеют заклинать чертей; но надо думать, что они имели дело с возбужденно-помешанными, которые успокаивались сами собой». Останавливают на себе внимание следующие слова Парацельса: «Практически гораздо важней лечить душевно-больных, нежели изгонять бесов, ибо помешанные — это больные люди, и, кроме того, наши братья, а потому следует относиться к ним сочувственно и мягко. Ведь может случиться, что нас самих или наших близких постигнет такая же злая судьба» [3]. Неизвестно, выступал ли когда-нибудь Парацельс активным защитником ведьм, как это делал один из его современников, Агриппа Неттесгеймский, который, будучи в 1518 г. генеральным адвокатом города Меца, спас

---

[1] Jean Fernel (1497 — 1558).
[2] Ambroise Paré (1517 — 1590).
[3] Kirchhoff. Deutsche Irrenärzte, Bd. I.

от смерти молодую крестьянку, обвиненную в колдовстве. Корнелий Агриппа еще и по другой причине должен быть отмечен в истории психиатрии: он был учителем Иоганна Вейера, энергично боровшегося против инквизиции.

3

Иоганн Вейер родился в 1515 г. в Рейнской области, в городе Граве. Восемнадцатилетним юношей он живет в Бонне в качестве ученика Агриппы, изучает алхимию, астрологию, медицину, философию — всю энциклопедию наук того времени. После ряда лет, проведенных в Париже и Орлеане, он возвращается на родину, и в 1563 г. состоит придворным врачем у одного из бесчисленных герцогов тогдашней Германии, в городе Юлих. Сохранились до сих пор развалины замка, где Вейер писал свое сочинение «О дьявольских навождениях, наговорах и чародействах» [1] — пять книг, которые вписаны неизгладимыми буквами в историю человеческой культуры вообще и психиатрии в частности. Эти 479 страниц, начиная с традиционного посвящения «высокому покровителю» и кончая разнообразным казуистическим материалом, читаются с большим интересом даже и теперь. «Будучи 13 лет твоим медиком, — обращается Вейер к герцогу, — слышал я при дворе самые разнообразные толки о ведьмах, но наиболее правдоподобным казалось мне всегда твое мнение, а именно, что все эти ведьмы, даже если мы допустим у них наличие злой воли, никому не в состоянии вредить... У них больная фантазия, они страдают меланхолией, поэтому им начинает казаться, что они натворили множество разных бед». Вейер негодует и одновременно насмехается над жестоким усердием инквизиторов. «Недавно, — говорит он, — несчастную старуху заставили покаяться в том, что она наслала 1565 ураганов, производила морозы и пр. и пр.; при этом нашлись серьезные люди, поверившие такой нелепости». Вейер несколько раз указывает, что ведьмами слывут большей частью пожилые женщины,

[1] «De Praestigiis daemonum et incantationibus ac veneficiis», Libr. V. О Вейере и его знаменитой книге см. монографию Бинца: Binz, K., Doctor Weyer, ein Rheinischer Arzt. Berlin, Hirschwald, 1896.

потерявшие ум и память, или же меланхолички с бредовыми идеями. Он думает также, что употребление мазей, содержащих белладонну и белену, может вызвать не только



Рис. 1. Иоганн Вейер

яркие сновидения, но и приступы душевного расстройства, во время которых больные наговаривают на себя всевозможные небылицы. «Если, — говорит он, — человек обнаруживает странности, то прежде нежели отправлять его

в трибунал, надо пригласить врача. Известны случаи, когда участливое отношение разумного человека очень скоро обнаруживало, что мнимая одержимость представляет собой просто душевное заболевание, которое потом, под влиянием физического лечения, проходило бесследно, ибо «надо помнить, что укрепляя тело, можно вылечить дух». Если же (а такие случаи бывают!) с несомненностью выясняется, что дело не обошлось без нечистого, то и тогда не за чем спешить с крайними мерами, а лучше раньше пригласить хорошего духовника». Трудно решить в какой мере эти слова представляют собой не вполне искреннюю дань господствующим взглядам, и в какой они соответствуют убеждениям Вейера. Надо думать, что при всей ясности его ума, он не мог не быть сыном своей эпохи. Но как бы то ни было, его книга, выдержавшая в течение 20 лет шесть изданий, навлекла на ее автора подозрение в ереси. Боден, Скрибониус, Эраст [1] и целый ряд других реакционно настроенных писателей того времени говорили, что книга Вейера «изобличает полное невежество или крайнюю недобросовестность», а так как о невежестве не может быть речи, в виду того, что автор имеет врачебный диплом, то остается признать его сознательную злонамеренность. Такие же взгляды выражал и знаменитый Кардан [2]. Вейер неоднократно при жизни был на краю опасности; это был одинокий борец, отдавший всю свою жизнь одной определенной идее: борьбе с суевериями и защите душевно-больных от суда инквизиции. Он умер в 1588 г. За четыре года до его смерти в Англии Реджинальд Скотт издал книгу «Обнаружение колдовства», в которой он приводит цитаты из Вейера и отзывается о нем, как «о знаменитом и благородном враче» [3]. Неизвестно, знал ли престарелый Вейер о своем английском поклоннике и последователе.

Таким образом несмотря на сильное противодействие, идеи Вейера дали плоды. Через полвека в первой трети XVII в. выступил Фридрих Шпее со своей знаменитой книгой: «Осторожность в судебных делах, или о процессах

[1] См. Binz, там же, стр. 83—84.

[2] Иероним Кардан (Cardanus—1501 — 1576), итальянский математик и мистик, глубокий психопат.

[3] Reginald Scott. The discovery of witchcraft. 1584.

против ведьм» (1631). Шпее называет свое сочинение циркулярным посланием «ко всем власть имущим в Германии, к советникам, князьям, исповедникам, инквизиторам, судьям, адвокатам, обвиняемым — очень полезная книга» (так значится на заглавном листе) [1]. Здесь кстати будет отметить, что не только католицизм, но и молодое воинствующее лютеранство одинаково повинны в демонологических эксцессах и в ужасах процессов ведьм. Лютеранство так сильно всколыхнуло интерес к богословским проблемам и так усердно боролось с влияниями и происками дьявола, что последний приобрел еще больший авторитет. «По моему мнению, — говорил Лютер, — все умалишенные повреждены в рассудке чортом. Если же врачи приписывают такого рода болезни причинам естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени могуч и силен чорт». По отношению к колдуньям и ведьмам Лютер рекомендовал самые радикальные меры: «их необходимо без промедления казнить смертью, я сам стал бы охотно их жечь». Слово этого человека обладало в то время огромной суггестивной силой в протестантских кругах населения. Здесь перед нами, таким образом, как бы выступление авторитетной богословской мысли против едва нарождающейся психиатрии; победа до поры до времени была не на стороне медицины. В заключение приведем пример обвинительного приговора, вынесенного через сто лет после Лютера. В 1636 г. в Кенигсберге появился человек, утверждавший, что он бог-отец, и что бог-сын, а также дьявол признали его власть, и ангелы поют ему песнопения. За такие вещи ему вырвали язык, обезглавили его и труп сожгли. Перед смертью больной рыдал, но не над своею участью, а над грехами всего человечества, решившегося на истребление бога-отца [2].

---

[1] Friedrich von Spee, будучи в Вюрцбурге исповедником приговоренных колдуний, убедился в их невиновности.

[2] О процессах ведьм существует большая литература. См. 1) Soldan. Geschichte der Hexenprocesse. Stuttg., 1843. 2) Calmeil. De la folie considerée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, II vol. Paris, 1845; 3) Конторович. Средневековые процессы о ведьмах. СПБ., 1896; 4) Сперанский. Ведьмы и ведовство. М., изд. «Научн. сл.».

ГЛАВА ШЕСТАЯ

НАЧАТКИ ПСИХИАТРИИ В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ

Аналогия с Западной Европой и роль монастырей. Первый указ о душевно-больных в допетровской Руси. Константинопольские больницы.

Первые шаги психиатрического дела в допетровской Руси наметились в том же направлении, что и в Западной Европе в Средние века. Психические болезни рассматривались как результат божьего наказания, — отчего душевно-больные назывались божегневными, — а также, как последствия колдовства, дурного глаза, наговоров и проч. Есть много оснований думать, что в самые отдаленные времена русской истории уже в XI — XIII в.в. душевно-больные находили примитивные виды помощи в монастырях, где на них смотрели скорей как на невольных жертв каких-то темных сил, чем как на активных сеятелей зла. В одном документе, относящемся к XI веку, проводится параллель между душевно-больным и пьяным, при чем говорится, что «иерей придет к беснующемуся, сотворит молитву и прогонит беса, а если бы над пьяным сошлись попы со всей земли, то не прогнали бы самовольного беса пьянства». Кроме так называемых «бесноватых» (эпилептиков, истериков и кататоников), в то время еще отличали лжеюродивых. К этой группе, по всей вероятности, относили некоторые формы душевных заболеваний, носителей которых подозревали в симуляции и злостном уклонении от работы, как, например, некоторые бредовые формы при ясном сознании, формы, болезненная природа которых подвергалась (как это бывает и теперь) сомнениям;

сюда же входило, вероятно, не мало истериков и схизофреников, о которых говорится, что «лживые мужики, и женки, и девки, и старые бабы бегают из села в село нагие и босые с распущенными волосами, трясутся, бьются и кричат, беспокоя смирных жителей». Отсюда, между прочим, можно заключить, что огромная масса душевнобольных, не находя даже монастырской помощи, бесприютно скиталась по «земле русской», как это было и в Западной Европе и как бывает еще и теперь на Востоке.

Более обеспечена была судьба душевно-больных из привилегированных классов. Они направлялись в монастыри для духовного лечения и вразумления; этот способ призрения душевно-больных, в свое время образовавшийся стихийно, был впоследствии легализирован государственными актами. Первый такой акт относится к 1551 г., когда в царствование Иоанна Грозного на церковном соборе при составлении нового судебника, названного «Стоглавым», была выработана статья о необходимости попечения о нищих и больных, в числе которых упоминаются и те, «кои одержимы бесом и лишены разума». Государственная помощь состояла в размещении по монастырям, «чтобы не быть им помехой и пугалом для здоровых», но также и для того, чтобы дать им возможность получить вразумление или «приведение на истину». Интересный документ относится ко времени Михаила Федоровича, который «указал послать Микиту Уварова в Кириллов монастырь под начало для того, что Микита Уваров в уме помешался». В указе имеется и наставление о том, как его содержать: во-первых, послан «Микита Уваров с провожатым, с сыном боярским Ондроном Исуповым, а велено тому сыну боярскому Микиту Уварова вести с к о в а н а. И как сын боярский Ондрон Исупов Микиту Уварова в Кириллов монастырь привезет, чтоб у него Микиту Уварова взяли, и велели его держать под крепким началом, и у церковного пения и у келейного правила велели ему быть по вся дни, чтоб его на истину привести, а кормить его велели в трапезе с братиею вместе; а буде Микита Уваров в монастыре учнет дуровать, велели держать в хлебне в работе скована, чтобы Микита Уваров из монастыря не ушел».

По многим причинам, разбор которых не входит в предмет настоящего исследования, допетровская Русь не знала той высокоорганизованной системы духовных судилищ, которые с конца XV века, после знаменитой буллы папы Иннокентия VIII, в течение двух столетий то и дело вмешивались в судьбы нарождающейся психиатрии, нередко истребляя душевно-больных с бредом самообвинения или же вырывая совершенно такие же признания из уст вполне здоровых людей. Однако, существовавшее прежде мнение, что в России не было решительно никаких процессов о ведьмах и колдунах, в настоящее время оставлено. В царствование Алексея Михайловича не раз пылали костры с колдунами. Сначала это имело место всякий раз «по нарочитому повелению», но вскоре последовали общие указы, распубликованные через воевод, и излагавшие правила, кого изловливать и как допрашивать и по какому ритуалу жечь огнем. Так, например, «175-й год, сентября в 13 день, боярин и гетман Иван Мартынович Брюховецкий в Гадяче велел сжечь пять баб ведьм, да шестую Годяцкого полковника жену... за то, что они его, гетмана, и жену его портили и чахотную болезнь на них напустили». Кроме того, носятся у них в Гадяче слова: «будто бы де те же бабы выкрали у гетмановой жены дитя из брюха». Документы такого рода, разысканные и собранные Новомбергским в его исследовании «Колдовство в Московской Руси XVII века», приоткрыли нам завесу над фактами, существование которых явилось для многих совершенно неожиданным. Много интересного материала приведено Лахтиным [1]. Однако, все эти сообщения, крайне существенные для изучения истории суеверий в России, не имеют все же прямого отношения к истории развития научной психиатрии.

---

[1] М. Лахтин. Материалы к истории психиатрии в России. М., 1912. Другие работы по истории психиатрии в древней России см.: 1) Шульц. Призрение помешанных в России. Арх. Суд. Мед. и обществ. гигиены, изд. Мед. Деп. М. В. Д., 1865, I. 2) Роте. История психиатрии в России и в Польше, изд. журн. «Арх. психиатр., неврологии и судебн. психопатологии», Харьков, 1893. 3) Лахтин. М. Из прошлого русской психиатрии, журн. «им. Корсакова», 1911, кн. 4. 4) Константиновский. Русское законодательство об умалишенных. Труды I съезда отеч. псих. Москва, 1887.

Интересующихся этим вопросом мы отсылаем к соответствующим источникам.

В царствование Федора Алексеевича — непосредственного предшественника петровской эпохи — был издан специальный закон (1677), по которому не имели права управлять своим имуществом, на ряду с глухими, слепыми и немыми, также пьяницы и «глупые». Законодательство того времени было уже настолько просвещенно, что относило таких «глупых» к категории «хворых», т.-е. больных. Понятие о душевной болезни, как о чем-то независимом от сверхъестественных сил, уже существовало в России в течение всего XVII века. В Западной Европе в это время еще были отдельные врачи, например, Этмюллер, лейпцигский профессор, который считал необходимым проводить диференциальную диагностику между манией и одержимостью демоном. Видимо, благодаря пассивности русского духовенства, русские люди не подвергались такой многовековой демонологической обработке, какая была уделом населения католических стран в течение всего средневековья.

Относительно Греции XVI и XVII века известно, что душевно-больные содержались в Дафнийском монастыре на пути из Элевзиса в Афины. Положение их было довольно печальное — они не пользовались никаким уходом. Наоборот, в Турции уже в 1560 г. основано было султаном Сулейманом в Константинополе специальное заведение, будто бы отличавшееся своим поразительным благоустройством.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ

ПСИХИАТРИЯ XVI ВЕКА

1. Вивес об уходе за душевно-больными. — 2. Итальянские врачи. Меркуриали и его «Консультации». — 3. Платер и его деятельность. Первая классификация психозов.

1

В Западной Европе в XVI веке и в первую очередь во Франции и в Италии создалась атмосфера, сравнительно благоприятная для трезвых научных исследований и психиатрических наблюдений. Бернардино Тилезио (1508—1588) рассматривает душу как тончайшую материю и решается утверждать, что способность ощущения, обычно приписываемая только душе, есть одно из основных свойств вещества [1]. Томазо Кампанелла (1568 — 1639) говорит о пороге ощущений [2], а Людовиг Вивес (Vivés 1492—1540) отказывается исследовать, что такое душа, интересуясь только ее свойствами и проявлениями. Так поставлена была впервые с полной ясностью основная проблема материалистической психологии: точное изображение явлений сознания, как одного из свойств материи. Из перечисленных авторов для нас особенно важен Вивес. Мало того, что он в вопросах опытной психологии шел вперед «уверенным шагом вождя» [3], отчетливо понимая, что сквозь сеть схоластических понятий необходимо наконец добраться до самых вещей — Вивес, этот законченный представитель

---

[1] Виндельбанд, В. История новой философии. СПБ., 1913, Т. I, стр. 50 — 52.

[2] Там же, стр. 65 — 71.

[3] Дессуар. Очерк истории психологии. СПБ., 1912.

итальянского Ренессанса, высказал несколько замечательных для его времени положений по вопросам практической психиатрии. Он говорил: «Так как нет ничего в мире совершеннее человека, а в человеке — его сознания, то надо в первую очередь заботиться о том, чтобы человек был здоров и ум его оставался ясным. Большая радость, если нам удается вернуть в здоровое состояние помутившийся разум нашего ближнего. Поэтому, когда в больницу приведут умалишенного, то нужно прежде всего обсудить, не является ли это состояние чем-то от природы свойственным этому человеку, а если нет, то в силу какого несчастного случая оно образовалось, и есть ли надежда на выздоровление? Когда положение безнадежно, надо позаботиться о соответствующем содержании больного, чтобы не увеличивать и не углублять несчастья, что всегда случается, если душевно-больных, и без того озлобленных, подвергают насмешкам или дурно обращаются с ними... С каждым больным надо обращаться соответствующим образом. С одним — мягко, любезно и вежливо, другого — полезно обучить и просветить; но есть и такие, для которых необходимы наказания и даже тюрьма. Однако, такого рода крайними мерами следует пользоваться осмотрительно. Вообще же надо сделать все возможное, чтобы вернуть успокоение и ясность помраченному духу»[1].

2

В это время итальянская медицина выдвинула целую плеяду врачей, которые детально разрабатывали психиатрические вопросы. Монтанус (1498 — 1551), падуанский профессор, современник Парацельса, в своих «Медицинских консультациях» настоятельно советует употребление теплых ванн; Веттори (1481 — 1561), Тринкавелла (1491 — 1563), Валериолла († 1580), Капиванци († 1589) и некоторые другие, все бесконечно далекие от демонологической мистики, еще процветавшей на равнинах Средней Европы, рассматривают психозы, как нарушенную функцию мозга — functio corrupta cerebri. Они учат, что причина мании заключается во внутреннем жаре или огне, причина меланхолии, наоборот, состоит в каком-то затемняющем мозг

[1] Pezé, L. Les précurseurs de Pinel. Paris, 1922.

веществе (affectio est tenebricosa, — говорят они). Носителями огня или мрака в том и другом случае являются так называемые spiritus animales, в точном переводе — животные духи, — слова, выражающие, на первый взгляд, пустое метафизическое понятие[1]. Однако, если вчитаться в подлинные тексты врачебных трудов XVI века, этот термин перестает звучать так непонятно и странно: животный дух оказывается не столько духом, сколько тончайшим газообразным веществом, выделяющимся из крови и действующим на головной мозг. Здесь перед нами не столько метафизическое, в тесном смысле слова, сколько гипотетическое построение, пытающееся объяснить интоксикацию нервных центров какими-то невидимыми продуктами, циркулирующими в крови. Подобными гипотезами, как известно, охотно пользуется и современная медицина.

Ряд итальянских врачей XVI в. завершается Иеронимом Меркуриали (1530 — 1606), бывшим профессором в Падуе и Болонье. Автор «Частной патологии» и «Врачебных консультаций», Меркуриали не столько цитирует древних, сколько приводит собственные наблюдения. Из соседней Венеции, а также из других городов Аппенинского полуострова к нему стекались в изобилии больные. Как подобает знаменитому врачу, среди его пациентов фигурировали главным образом высокопоставленные мужи — comites, principes et barones, многие из которых (что явствует по историям болезни) не сумели избежать сифилиса, совершавшего в то время свое триумфальное шествие по Европе. Меркуриали, не подозревая всей важности зарегистрированных им наблюдений, не раз отмечает неврологические симптомы сифилитического характера. Он говорит, что меланхолики и эпилептики часто теряют зрение. В его описании выпукло выступает, например, болезнь некоей Камиллы Фрамонта, знатной дамы, которую он наблюдал в 1592 г.; она страдала одновременно меланхолией, эпилепсией и расширением зрачков; первоначальным симптомом было подавленное состояние, которое и послужило «причиной всему остальному» (melancholia erat omnium malorum origo), между тем как судороги и другие явления присоединились только

[1] Friedreich, там же, стр. 114.

потом. Один герцог страдал головокружениями и меланхолией, а вскоре затем у него развилось слабоумие и сильное физическое истощение. Другой «благороднейший человек» (nobilissimus vir), описанный на 61-й странице «Врачебных консультаций», представлял картину полного поглупения и слабости памяти. В качестве причин этого печального состояния Меркуриали приводит беспорядочный образ жизни и половые эксцессы — immodicus Veneris usus [1]. По мере изучения главного труда Меркуриали, его «Консультаций», перед нами встает образ несомненно выдающегося клинициста. Вероятно, не только частная практика, но и какое-то больничное учреждение давали ему материал. Бросается в глаза его умение сочетать между собой психопатологические признаки, с одной стороны, соматические — с другой. Чувствуется, как тщательно исследовал он своих больных, при чем от него не ускользали даже зрачковые симптомы и как он задумывался над закономерной эволюцией отдельных фаз болезни, которые он зафиксировал настолько отчетливо (сперва меланхолия, потом беспамятство, за ним головокружение, припадки и все заканчивается общим истощением), что в этих недвусмысленных намеках ярко выступает перед нами специфическое поражение мозга, быть может целая группа прогрессивных паралитиков XVI столетия. Не лишены интереса некоторые отдельные мысли Меркуриали. Все увеличивающаяся роскошь, столь характерная для его привилегированных пациентов из эпохи позднего Ренессанса, заставляет его утверждать, что богатство делает людей эгоистами, и они носятся со своим здоровьем, боясь расстаться с приятностями жизни. Меланхолия, — говорит он, — хотя и возникает большею частью от материальных причин (например, от неправильностей пищеварения), нередко, однако, появляется у человека под влиянием ударов судьбы. Между последними немалую роль играет дурное обращение с человеком в годы раннего детства: такие дети вырастают замкнутыми, невосприимчивыми к радостям жизни, вечно подавленными людьми. Таков

---

[1] Mönkemöller. Zur Geschichte der Progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. g. N. u. P. Bd. V. H. 4.

Меркуриали. В его «Консультациях» основные психиатрические моменты — этиология, диагностика, клиника — намечены смелой рукой. Он представляет большое сходство с одним из своих современников, жившим по ту сторону Альп и оставившим еще больший след в истории психиатрии: с творцом первой по времени классификации душевных болезней, Платером.

3

Феликс Платер (1537—1614) [1] был профессором медицины в своем родном городе Базеле. Современник Галилея и Джордано Бруно, Платер был еще юношей, когда Везалий закончил свой великий анатомический труд; бок-о-бок с Платером, в Цюрихе, Гесснер составлял в то время первую зоологическую классификацию, а Цезальпини, предшественник Линнея, разрабатывал систематику растений по собственным наблюдениям. Вот атмосфера, окружавшая Платера. Обе тенденции эпохи — наблюдение и классификация фактов — были воплощены им в его медицинских трудах. Большую долю внимания Платер уделил душевным болезням. Он проникал в монастырские кельи и подвалы, посещал тюрьмы и другие места заключения беспокойных больных, и этим, конечно, объясняется то подлинное веяние жизни, которое нельзя не почувствовать при чтении описаний Платера. Его «Наблюдения» — Observationes (1614) — являются выдающимся памятником медицины начала XVII века. Дополнения к этим зарисовкам с натуры можно получить в другом его труде — «Медицинской практике» — Praxis medica (1625), — где изложена теоретическая часть его общей и частной патологии.

Человек обладает ощущениями (senses) двоякого рода, — говорит Платер: — внешними — зрением, слухом, осязанием и т. д. — и внутренними — рассудком, воображением, памятью. Все эти способности составляют в общей сумме то, что мы называем сознанием (mens). Воображение, интеллект, память могуть быт расстроены в отдельности

---

[1] О Платере см. Friedreich (Literärgeschichte, стр. 121 — 124) и особенно: Genil-Perrin, La psychiatrie dans l'oeuvre de Félix Plater. Rev. de Psychiatr. et de Psych. exper. T. XVII, № 7, 1913.

или совокупно. Эти расстройства бывают четырех родов: 1) ослабление, 2) усиление, 3) уничтожение, 4) извращение функций. На основании названных психопатологических отклонений построена нижеследующая классификация душевных болезней Феликса Платера:

I. Mentis imbecillitas.

1. Hebetudo. 2. Tarditas. 3. Oblivio. 4. Imprudentia.

II. Mentis consternatio.

5. Somnus immodicus. 6. Carus. 7. Lethargus. 8. Apoplexia. 9. Epilepsia. 10. Convulsio. 11. Catalepsia. 12. Ecstasis.

III. Mentis alienatio.

13. Stultitia. 14. Temulentia. 15. Amor. 16. Melancholia. 17. Hypochondricus morbus. 18. Mania. 19. Hydrophobia. 20. Phrenitis. 21. Saltus Viti.

IV. Mentis defatigatio.

22. Vigiliae. 23. Insomnia.

Интерес этой системы заключается не столько в четырех предложенных Платером основных группах, или классах, сколько в эмпирически установленных отдельных подвидах, или формах, которые даже не всегда соответствуют общей характеристике отдела, к которому они относятся. Первый отдел — mentis imbecillitas — это группа психической недостаточности, представляющая несколько вариантов. При одновременном расстройстве интеллекта, памяти и фантазии, получается hebetudo mentis — высшая степень слабоумия; если имеется бедность одной только фантазии, тогда перед нами лишенный изобретательности и талантов, малоспособный человек: tarditas ingenii; слабость памяти, так часто наблюдаемая в преклонных годах,— oblivio; наконец, imprudentia — недостаточность способности суждения или слабость критики, наклонность к поспешным выводам. Imbecillitas возникает от целого ряда причин, к которым относятся: наследственность, удары по голове, раны черепа с повреждением мозга, приливы крови, половые эксцессы, отравления наркотическими ядами, старость.

Так устанавливает Платер целый ряд подлинно жизненных этиологических факторов. Среди них мы видим на первом месте наследственность. При наследственной имбецильности, — говорит Платер, — часто бросаются в глаза различные внешние признаки, по которым ее можно предугадать: малая емкость черепа, неправильная форма головы. Здесь перед нами первые, но уже достаточно определенные намеки на теорию наследственного вырождения, которой суждено было сыграть такую огромную роль в истории психиатрии второй половины XIX века.

Второй отдел классификации mentis consternatio содержит описание различных видов патологической оглушенности, сонливости, спячки; сюда он относит апоплексию, эпилепсию, экстаз, при чем общей чертой всех этих расстройств является затемнение сознания, от чего бы последнее ни зависело. Таким образом, Платер стоит на симптоматологической точке зрения в своей классификации душевных расстройств. В одном случае тяжелой спячки, где дело дошло до слабоумия, обнаружена была при вскрытии опухоль мозга.

Наиболее интересен третий отдел систематики Платера, — mentis alienatio, т.-е. группа психозов в прямом смысле слова. Вот как он определяет помешательство: «помешательство (или галлюцинация), называемое также paraphrosyne, состоит в том, что (люди) воображают вещи, которых нет, или же о тех вещах, которые имеются налицо, высказывают извращенные суждения и плохо помнят все вообще или отдельный какой-нибудь предмет, при чем описанные расстройства наблюдаются у них в мыслях, или в речах, или в действиях» [1]. Причины помешательства могут быть внешние или внутренние. Здесь мы имеем, таким образом, первое в истории психиатрии совершенно ясное указание на экзогенное и эндогенное происхождение психозов. Врожденное помешательство, или

---

[1] «Mentis alienatio seu hallucinatio paraphrosyne appellata est, quando ea quae non sunt, ac si essent; vel quae sunt, sinistre et praeter rationem fingunt, judicant et memorant; idque vel simul, vel separatim; sive hoc cogitatione sola fiat, vel idem dictis, factisque exprimant».

глупость — stultitia — объединяет у Платера современную олигофрению и кретинизм. Он описывает детей с первых лет жизни представляющих различные признаки дефективности: они непослушны, упрямы, с трудом научаются говорить, лишены сообразительности в самых простых вещах; кроме того, они отличаются физическими недостатками: неправильной формой головы, манерой глотать пищу, особенностью своих жестов, недостатками речи. Такие субъекты чаще встречаются в определенных местностях, в горах, например, в кантоне Валис в Швейцарии, в Бреми, в Брицгертале, в Коринтии; у этих жалких созданий бесформенная голова, язык громадный и толстый и, кроме того, зоб.

От внешних причин возникают, во-первых, temulentia и, во-вторых, animi commotio. Под первым названием описывается патологическое опьянение и приводятся случаи расстройства ориентировки во времени и пространстве с иллюзорным восприятием окружающего и с соответствующей нелепостью поведения: человек принимает полосу лунного света на земле за ручей и собирается плавать, другой приходит в непомерный гнев по ничтожному поводу и наносит удары направо и налево; третьего постигает казус анекдотического характера: ночной гуляка, он останавливается у источника, где терпеливо ждет, пока кончится у него акт мочеиспускания, за которое он принимает журчание воды. Под вторым названием — animi commotio — описывается душевное потрясение, которое может быть и огромной радостью, и смертельной печалью, и безудержным гневом, но также и исключительным интересом к какому-нибудь одному предмету, при чем забывается все остальное. Во всех подобных случаях человек теряет ясное сознание окружающего и действует как помешанный. В своих «Наблюдениях» Платер приводит соответствующие примеры: 1) навязчивые состояния, 2) бред изобретения, 3) влюбленность, 4) ревность. Вот человек ученый, порядочный, «верный сын церкви», но всякий раз при мыслях на религиозные темы, он вынужден представлять себе разные неприличные вещи. Вот женщина, жена письмоводителя, никак не может избавиться от опасения, как бы не убить своего мужа, которого она, однако, нежно любит. Другая, трактирщица, испытывает точно

такое же опасение, касающееся ее новорожденного младенца; все эти люди хотят избавиться от своих мыслей, но не могут. Таково первое в истории психиатрии описание невроза навязчивых состояний.

Включая в этот же класс влюбленность, Платер не без видимого удовольствия говорит о любви, как о душевном расстройстве. Описанные им случаи действительно представляют характерные черты патологической сексуальности: это либо бессильная старческая любовь с непомерной разницей в возрастах, либо это муж красавицы, страстно влюбляющийся в уродливую служанку соседа, либо, наконец, самоубийство от любви, где больной из робости не решается открыться предмету своей страсти. В эту же группу «душевного потрясения» Платер относит болезненную ревность. Описывая меланхолию и манию (т.-е. объединяя под этими названиями едва ли не все психозы), Платер не дал ничего существенно нового. Подведем некоторые итоги.

Задолго до Боне и до Морганьи, этих основателей патологической анатомии, Платер пользуется анатомо-клиническим методом изучения психических расстройств, яркой иллюстрацией чего является описанный им случай мозговой опухоли. Убежденный представитель церебральной теории психических заболеваний, считающий, что мозг есть орудие мысли, и что повреждение орудия дает извращение мысли, — Феликс Платер — прямой предшественник французских материалистов XVIII века. Симптоматология многих психотических и психопатических состояний отличается у него точностью и полнотой; в этом легко убедиться, просмотрев приведенные в «Наблюдениях» случаях. Здесь, между прочим, обращает на себя внимание, что Платера больше всего интересуют пограничные состояния — психастенические картины, ипохондрические симптомокомплексы, сексуальные аномалии. В трудах Платера нет литературы и книжной учености. Его руководительницей была сама жизнь, а не авторитеты; его «Наблюдения», как он с гордостью отмечает, содержат только то, что он сам действительно видел, изучал, разбирал: quae ipse vidi, animadverti, tractavi. По справедливому отзыву Жениль-Перрена, «Платер применил к медицине индуктивный метод, провозглашенный Роджером Бэконом,

вновь призвавшим к жизни великие традиции греко-римской древности. Этим методом Платер владел в совершенстве, как достойный современник Галилея и Френсиса Бэкона. Ему принадлежит почетное место не в одной только истории психиатрии: Платер — один из видных деятелей культурного развития человечества в эпоху Ренессанса» [1].

---

[1] Genil-Perrin, там же, стр. 435.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ

XVII ВЕК

1. Принципы механистического мировоззрения. Декарт. Бэкон. Атомизм Гассенди. Гарвей и открытие кровообращения. Врачи-механики. Английский эмпиризм. Гоббс и Локк. — 2. Изучение психозов в XVII веке. Лепуа. Зеннерт. Гельмонт. Сильвий. — 3. Сиденгем. Уиллис. — 4. Павел Заккиас и основание судебной психопатологии.

1

Наука XVII века все дальше отходила от средневековой метафизики. Огромное расширение географического кругозора и быстрое развитие торговли пробуждало неодолимую жажду дальнейшего овладения предметами материального мира — этими источниками прибылей и наслаждения жизнью. Указанная тенденция получила свое выражение в идеологии Френсиса Бэкона (1561—1626), давшего логическую формулу для процесса, развившегося до него. Однако, нельзя отрицать, что идеи Нового Органона все же наложили свою печать на всю последующую науку. От их чисто практического материализма оставалось сделать только один шаг к теоретическому обоснованию последнего. Этот шаг сделал француз Гассенди (1592—1655), напомнивший современникам о древнем атомизме в его наиболее совершенном выражении — философии Эпикура. С этих пор, хотя и медленно, но с неумолимой последовательностью, материалистическая теория, тесно слитая с принципами механистического мировоззрения, стала проникать во все области человеческого познания. В своем «Рассуждении о методе» Декарт писал, что необходимо создать «практическую философию, при

помощи которой мы могли бы познать все окружающие нас перемены так же отчетливо и ясно, как мы познаем механические приемы ремесленников» [1]. В этих словах творца аналитической геометрии и основателя философского рационализма содержится требование объяснить всю вселенную, как закономерную систему движений. Некоторые приемы ремесленников были уже довольно сложны в XVII веке, но зато недавно открытые законы природы оказались гораздо проще, чем можно было предполагать: падение тел, качание маятника, пути планет, — все эти движения, как выяснилось, повинуются от начала веков довольно незамысловатым правилам. И осмелевшая человеческая мысль уверенно обратилась к изучению явлений жизни, уже готовая установить и здесь все «естественные причины» и простые комбинации чисел. Крупнейшим успехом в этой области было открытие кровообращения. Уильям Гарвей (1578—1658) навсегда изгнал воздух и «жизненных духов» из полости сердца и кровеносных сосудов. Вместо этих умозрительных выдумок ясно выступила вперед во всей ее стройности простая схема движения крови, строго доказанная при помощи двух-трех остроумно наложенных лигатур. Механика и гидравлика проникли в физиологию. Борелли (1608—1679) учит, что кости — это рычаги, приводимые в движение живыми веревками — мышцами; Паккиони (1664—1726) создает свою гипотезу нервной жидкости, совершающей такой же круговорот, какой делает кровь по артериям, а еще раньше тот же Декарт, в 1633 г., пытается приложить механику к научному познанию высших нервных функций. «Я анатомирую теперь головы разных животных, — пишет он своему другу Марсенну, — чтобы объяснить, в чем состоит воображение, память и проч.». Великому философу не удалось найти то, к чему он стремился, но во время этих занятий он набрел на схему р е ф л е к с а, которую и изложил со всей ясностью, свойственной его математическому уму. И тогда же Декарт набросал свои гениальные мысли о животных—машинах, представляющих собой простое скопление

[1] Descartes. Discours de la methode (цитир. по Ланге, Ф. А., История материализма. Пер. Н. Н. Страхова, СПБ., 1899, стр. 165—166, в выноске).

лишенных сознания механизированных рефлексов; он предуказал, таким образом, путь, на который вступили впоследствии Ламеттри и Гольбах, сделавшие из картезианской физиологии тот вывод, на который в свое время не решился ее гениальный творец.

В то же время из практической Англии шла лишенная всяких примесей материалистическая струя. Томас Гоббс (1588 — 1679) осуждал Декарта за то, что в конечном счете французский философ еще признавал две субстанции, не сводимые одна к другой — «вещь протяженную» и «вещь мыслящую». Разве вещь протяженная не может иметь, как одну из своих особенностей или свойств, мысль? Связующим звеном между телом и так называемым духом служит ощущение, эта основа всей психической жизни в ее наиболее сложных формах. Подобно тому, как в пространственном мире движутся и сочетаются между собой вещи и события, так движутся и сочетаются внутри нас ощущения этих вещей; в конечном итоге от таких душевных движений возникают понятия, образующиеся потому, что память не удерживает всех отдельных индивидуальных черт предметов, и потому, что человек изобрел слово, сделавшееся знаком для целого класса вещей. Мышление представляет собой как бы сложение и вычитание этих знаков,— оно является, таким образом, подведением итогов, счетом. Так положено было начало сенсуалистической психологии. Едва ли не главной ее чертой является строжайший детерминизм. Человеку только кажется, что он свободен, а в действительности все его поведение складывается из результата тончайших телесных движений, заложенных в глубине его индивидуальной организации. Во внутреннем мире есть своя механика, аналогичная механике притяжения и отталкивания вещей: удовольствие, любовь, желание — вот проявления притяжения, боль, отвращение, страх — вот проявления отталкивания. В этой механике желаний движущей силой является стремление к самосохранению, при чем все так называемые моральные и альтруистические тенденции представляют собой лишь видоизменения эгоизма, вызванные разумом и привычкой. Младший современник Гоббса, Джон Локк (1634 — 1704), автор «Опыта о человеческом разумении», был самым ярким выразителем

английского эмпиризма, оказавшим наибольшее влияние на французское просвещение середины XVIII века; его психологические воззрения легли в основу учения Кондильяка, в свою очередь явившегося учителем наиболее передовых врачей-психиатров в эпоху Великой революции. Коренные перемены в методике научного исследования, начиная с Бекона и кончая Локком, придают всему XVII веку характер великого подготовительного периода для будущих достижений. Кульминационным пунктом этого периода был 1687 год, когда вышли из печати «Математические принципы натурфилософии», с кратким, но ясным эпиграфом: «гипотез я не измышляю» (hypothesos non fingo). Этими словами было заклеймено вековое злоупотребление произвольными теориями, создаваемыми ad hoc по каждому частному случаю; на их место Исаак Ньютон (1643 — 1727) поставил одну единственную великую гипотезу, объединяющую весь ход космических и земных событий. Мир, в котором действует закон тяготения, живет сам по себе, и все перемены, происходящие в его отдельных системах, вытекают как необходимое следствие его закономерного устройства, замкнутого в нем самом. В течение XVII века эта идея абсолютного детерминизма окончательно укрепилась во всех науках о неорганическом веществе и отчасти в медицине, поскольку дело касалось явлений растительной жизни. Детерминизм психического функционирования, хотя и провозглашенный ассоциационной психологией, примыкавшей к Гоббсу и Локку, еще не получил научно-философской санкции. Эту задачу должны были взять на себя последующие два века: восемнадцатый — расчистить почву и заложить фундамент, девятнадцатый — построить здание.

2

Отличительной чертой психиатрии XVII века является обилие самостоятельных наблюдений. Хотя и несколько отставая от основных тенденций эпохи, наука о душевных болезнях постепенно отказывается от мистики и метафизики; вместе с этим она обнаруживает критическое отношение к древним источникам, авторитет которых уже не царствует так безраздельно, как раньше. Личный опыт ценится дороже, чем книжная мудрость, и сборники

«наблюдений» современных врачей успешно конкурируют с классиками. Шарль Лепуа (1563—1633) перерабатывает все учение об истерии [1]. Он наблюдал эту болезнь у мужчин [2], и этого достаточно, чтобы заставить его выступить против Галена. Решительно устраняя матку — эту традиционную виновницу судорожных припадков, которую Платон заставлял странствовать по всему телу женщины и доходить до самого горла, Лепуа указывает на нервную систему, как на единственную причину расстройства. «Принимая во внимание, — говорит он, — что истерическое оцепенение охватывает все тело, необходимо признать здесь наличие поражения одних только нервов». Но главную роль играет здесь голова. И Лепуа высказывает мысли, замечательно верные по существу, несмотря на наивность его мозговой теории. При истерии, по его мнению, поражен в первую очередь «общий сенсорий» — sensorium commune, т.-е. высшие психические функции, вся личность, как сказали бы мы теперь. Интересно отметить, что идея Лепуа была потом забыта, и только через два века заново реставрирована, как самостоятельное открытие. Самый припадок происходит от сжатия мозговых оболочек, отчего по всему телу распространяется напряженность и судороги. Когда человек очень сильно волнуется от страха или от радости, мозговые оболочки то сокращаются, то расправляются; вот почему истерические припадки часто присоединяются к душевным волнениям. Однако, сжатие мозга иногда происходит и помимо таких душевных причин: тогда перед нами эпилепсия, болезнь, по своему механизму ничем не отличающаяся от истерии, за исключением того, что отсутствует первоначальный психический повод. Из клинических симптомов Лепуа отмечает кожную анестезию, немоту, слепоту, афонию. Среди его казуистического материала обращает на себя внимание случай молодой француженки Матурины, уже снаряженной для погребения, которое несомненно было бы совершено, если бы она во-время не очнулась и, как ни в чем не бывало, веселая, не попросила бы есть.

---

[1] Его латинизированное имя Carolus Piso.

[2] «Hysterica symptomata vulgo dicta, omnia fere viris cum mulieribus communia sunt» (см. Cumston, Ch. G., An Introduction to the History of Medicine. New-York, Knopf, 1926, стр. 298—302).

В этот век увлечения медицинской казуистикой, следуя принципу: все, что ты видел интересного, ты обязан описать в назидание другим, — Николай Тульпиус (которого потомство знает по знаменитой картине Рембрандта, где он изображен читающим лекцию по анатомии) представляет нам душевно-больную женщину, повторявшую непрерывно пять месяцев под ряд одно и то же движение — ритмические удары по собственным коленям и притом настолько жестокие, что приходилось подкладывать подушку. Автор думал, что он открыл совершенно новое заболевание, названное им malleatio, по сходству с движениями кузнеца [1]. Гефер описывает зобатость, соединенную со слабоумием у обитателей Штирских нагорий, которые по его мнению заболевают потому, что они ленивы и злоупотребляют жирной пищей [2]. Так отовсюду идут научные сообщения.

Зеннерт (1572 — 1637), виттенбергский профессор и знаменитый химик, рассказывает про юношу, уверявшего, что он царь всего мира, но при этом предусмотрительно отказывавшегося от предложения управлять государством. Тот же автор рисует нам купца, со здравыми мыслями во всех других отношениях, за исключением того, что он считает себя разоренным. Зеннерт перечисляет следующие виды меланхолии: 1) от поражения мозга, 2) от безумной любви, 3) от болезни сердца и других органов, 4) от заболевания матки, переполненной кровью, 5) ипохондрическая меланхолия, 6) меланхолия с наклонностью к бродяжничеству вдали от людей, 7) меланхолия с атоничностью, когда больной словно прикреплен к месту все в одной и той же позе. Во всех этих случаях основная причина — химическая; «меланхолический сок» (если непременно нужно как-нибудь обозначить это вещество, отравляющее мозг человека). Но иногда причина совершенно иная — здесь Зеннерт выступает перед нами, как сын своего времени, еще порою оглядывающийся назад на уплывающие видения средневековья: эта причина — демоны. Однако, он уже не делает из этого тех выводов, которые способны были бы навлечь на него упреки со стороны

---

[1] Tulpius, N. Observat. med., Lib. I, cap. 17, Amster. 1641.
[2] Höfer. Hercules medicus, s. loci communes. Norib. 1675.

последователей Вейера. Своих больных и в том числе предполагаемых бесноватых, он лечил слабительными и каленым железом, лишь изредка призывая на помощь не слишком фанатичного духовника. Между прочим он верил, что при некоторых формах мании люди говорят на иностранных языках, которых не знали раньше, а также выбрасывают из своих желудков камни, куски железа и другие предметы, которые никак не могли туда попасть без очевидного содействия дьявола [1]. Такая отсталость у современника Бэкона легко объясняется тогдашним общим положением Германии: изнуренная религиозными распрями и тридцатилетней войной, обнищалая страна еще не могла смотреть на вещи так ясно и просто, как это делала богатеющая Англия, только что пережившая елизаветинскую эпоху и уже готовая к революции.

Если Зеннерт еще не освободился от пережитков чертовщины, то его голландский коллега по химическим изысканиям, ван-Гельмонт (1577—1644) [2], создатель учения о газах (ему принадлежит и самое слово «газ»), не уберегся от соблазна поспешных теоретических построений. Такова была особенность этого амбивалентного века, двуликого Януса, смотревшего и вперед и назад: разрешавшего одновременно ставить медицинские эксперименты по точным предписаниям индуктивного метода и вместе с тем придумывать различные «сущности», давно уже изгнанные из физики и химии. Гельмонт учил, что в основе каждого физиологического процесса лежит особое духовное начало, которое он называл а р х е е м. Душа человека, по его мнению, заболеть не может, заболевает всегда только архей, или anima sensitiva. Если из этого метафизического тумана выделить основное ядро идеи Гельмонта, то перед нами окажется нечто очень простое и ясное: душевное заболевание происходит от различных нарушений растительных функций, т.-е. является чем-то вторичным, находящимся в зависимости от материальных процессов во всем организме человека. Прогрессивная мысль была облечена Гельмонтом в явно реакционную

---

[1] Sennert, Daniel. Pract. medicinae, Libri VI.

[2] Van-Helmont, Joh. Bapt. Opera omnia, Hafn. 1707 (и Ortus medicinae, 1667).

форму. По его словам, ему приходилось самому наблюдать немало душевно-больных. Этиологическими моментами помешательства он считает сильные волнения, нарушающие равновесие архея, далее — все телесные заболевания и, разумеется (что и следовало ожидать от химика), отравление ядовитыми веществами. Сам Гельмонт однажды испытал кратковременное душевное расстройство: делая опыты с дигиталисом, он наглотался этого вещества, после чего у него вскоре появилась нелепая мысль — demens idea, — будто он не может думать головой, и все умственные способности его опустились в желудок. Лечение психозов по Гельмонту должно состоять в неожиданном погружении больного в воду (при чем не следует — из опасения, что больной утонет — слишком рано вытаскивать его из воды!). Для иллюстрации он приводит пример некоего столяра в Антверпене, который бросился в озеро, после чего поправился.

Другим выдающимся представителем голландской медицины был лейденский профессор Франциск де-ле-Бо, более известный под именем Сильвия (1614 — 1672). Он выгодно отличается от Гельмонта почти полным отсутствием произвольно умозрительных построений. С большой симпатией относившийся ко всем механистическим объяснениям жизненных процессов, Сильвий сделал для распространения идей Гарвея то, что в свое время великий хирург Амбруаз Паре сделал для идей Везалия. Он говорил, что «кто не умеет лечить болезни ума, тот не врач», прибавляя о себе следующее: «Я имел случай видеть немало таких больных и многих вылечил, притом большей частью моральным воздействием и рассуждениями, а не посредством лекарств» [1]. Вот некоторые мысли де-ле-Бо: больные с идеями тщеславия и власти неизлечимы; ошибки суждения нередко исчезают во время какой-нибудь лихорадочной болезни, а потом возвращаются вновь; меланхолия часто бывает наследственной; слабоумие иногда следует за тяжкими телесными болезнями, и тогда оно с трудом поддается лечению. Эти отдельные блестки правильных наблюдений рисуют нам де-ле-Бо, как опытного

[1] Francisci Deleboë Sylvii. Medicinae Practicae Opera, p. 253 (цитир. по Trélat, Récherches historiques sur la folie. Paris, 1839).

практика и трезвого мыслителя; и действительно, Сильвий был крупным ученым, великим анатомом, одним из блестящих представителей лейденской школы врачей: ему принадлежит описание синусов твердой мозговой оболочки, боковых желудочков, четверохолмия и водопровода — aqueductus Sylvii.

3

В эту эпоху в Англии жил и работал Сиденгем (1624—1689), британский Гиппократ, как его называли, признававший, в согласии с Лепуа, истерию у мужчин и давший настолько точное описание хореи, что имя его осталось навеки связанным с этой формой болезни. Непосредственного значения для психиатрии Сиденгем не имел, но его строго клинический метод и большая школа врачей, группировавшихся вокруг него, оказали сильное влияние на развитие медицинской мысли. Его современником был знаменитый Томас Уиллис (Вилизий, 1622—1678), в лице которого научная психиатрия вплотную подошла к одному великому открытию. В своей книге «О душе животных» Уиллис говорит о болезни, представляющей замечательные особенности. Вот его подлинные слова: «Я наблюдал многочисленные случаи, где сперва появляется общее недомогание, потом понижение умственных способностей, утрата памяти, после чего развивается слабоумие, которое заканчивается общим истощением и параличем (что обычно я даже предсказывал)» [1]. Быть может Уиллис размышлял над названием для этих случаев, которые он наблюдал; вероятно последнее, если бы оно было запечатлено им на бумаге, мало отличалось бы от придуманного через полтораста лет. Бейль, впервые описавший прогрессивный паралич, считал Уиллиса своим прямым предшественником.

Автор «Анатомии мозга» (1664), представлявшей для того времени наиболее полное и точное изложение предмета, Уиллис был убежденным сторонником теории мозговых локализаций. По соображениям, на которых он не

[1] Вот это знаменательное место: «Observavi in pluribus, quod cum primum indispositio mentis hebetudine et oblivione, et deinde stupiditate et μωρωσει afficerentur, postea in paralysin (quod etiam praedicare solebam) incidebant» (De anima brutorum. 1676, cap. IX, pag. 280).

останавливается подробно, Уиллис рассматривает corpus striatum ощущений; в белом веществе сосредоточены фантазия и память, а на мозолистом теле, — учит он,— отражаются, как на белой перегородке, идеи. Он разделяет взгляды Лепуа и Сиденгема на истерию. Совершенно свободный от всякой теологии и наивной метафизики, великий английский исследователь является одним из родоначальников неврологического направления в психиатрии: Мейнерт и Вернике, Альцгеймер и Бродман — все это прямые потомки знаменитого Вилизия, описавшего артериальную сеть на основании мозга, nervus accessorius и создавшего первую, хотя и фантастическую теорию локализации психических функций.

XVII век дал медицине первый опыт патолого-анатомической монографии, автором которой был Теофил Боне (1620—1689), уроженец Женевы. Его знаменитая в летописях науки книга [1] послужила основанием, на котором впоследствии итальянец Морганьи воздвиг стройное здание своей патологической анатомии. Боне, видимо, очень интересовался психическими расстройствами. В 1684 г. он опубликовал сочинение: Medicina septentrionalis, в котором собрана целая коллекция примеров душевных расстройств из личной практики и литературы. Автор говорит, что случаи бредовых идей богатства и власти все чаще и чаще приходится наблюдать. Он описывает ювелира, который в первую половину года здоров, а во вторую — считает себя царем; рассказывает о купце, уверявшем его, что он король Польши, император Московии, князь Литовский, имеющий 700 жен (350 законных и 350 наложниц) и, кроме того, владеющий всеми человеческими знаниями, превосходя таким образом всех ученых земного шара. Лечение душевных болезней сводится по Боне к тому, чтобы умелой диалектикой разрушать ложные представления; но это надо делать очень осторожно, чтобы не вызвать приступа злобы, который может перейти в манию. Врачи, применяющие грубые меры, сами должны считаться безумными. В качестве профилактики Боне проповедует самообладание и умеренность во всем. Нервному человеку

[1] Sepulchretum, s. anatomia pract. ex cadaveribus denatis. Geneva, 1679.

он дает следующий совет: «не выписывай лекарств из каких-нибудь дальних стран и не обращайся к Эскулапу: в тебе самом содержится противоядие от всех зол, и никто не может быть для тебя лучшим врачем, чем ты сам». В четвертой книге своей Medicina septentrionalis Боне приводит случай чередования меланхолии и мании: зимой было подавленное настроение, летом возбужденное. Такого человека, — говорит автор, — можно было бы назвать «маниакально-меланхоличным» [1].

4

Было еще несколько психиатрических вопросов, которыми интересовался XVII век. Людям всегда казалось, что можно найти какие-то особенно подходящие вразумительные слова или действия, способные уничтожить бредовую идею или разогнать страх. Закутус Лузитанус (1575 — 1642), португальский еврей, вынужденный бежать в Голландию, где он и обосновался, плодовитый компилятор и один из первых историков медицины сообщает нам несколько примеров такого психического лечения. Больной мечтал об огне, чтобы вылечиться от смертельного холода, и вот Лузитанус зашил его в шубу, которую потом зажег; другой больной утверждал, что ему не избегнуть ада, и тогда подослали человека, наряженного ангелом, возвестившего ему полное отпущение грехов [2]. Такие психиатрические анекдоты о тонкой изобретательности врачей и о больных, благополучно обманутых в их собственных интересах, постоянно встречаются в различные эпохи истории психиатрии, все в тех же немногих вариантах — безжизненные клише, механически переносимые из книги в книгу. Человек с широкими умственными интересами, Лузитанус интересуется, между прочим, старым вопросом о том, обязательно ли талантливые люди страдают меланхолией, как об этом говорил Аристотель. И он отвергает это чрезмерно широкое обобщение. Меланхолический сок вызывает в человеке тяжеловесную обстоятельность и неподвижное упорство. Великие люди вовсе не обладают названными чертами: у них острота

[1] Med. septentr., p. 188 (цитир. по Trélat, «Recherches etc.», стр. 91).
[2] Lusitanus Z. Practica admiranda, Lib. I, Obser. 48.

мысли, быстрое схватывание сути вещей — характерные черты, указывающие на присутствие зеленой желчи, т.-е. на холерический темперамент. Можно, однако, думать, что если зеленая и черная желчь находятся в гармоническом равновесии, лишь тогда в результате получится истинная мудрость, ибо мудрым мы называем того, кто легко и быстро схватывает, но судит обстоятельно и спокойно. Такими био-химическими формулами оперировал XVII век.

Еще один важный вопрос не был освещен в психиатрической литературе того времени, но и этот пробел был восполнен. Крайне заинтересованный в развитии медицинской науки, живший, повидимому, ею и ради нее, Лузитанус однажды послал письмо в Италию, где просил одного римского врача обнародовать, наконец, драгоценные рукописи, хранящиеся у того в ящике. Это были существенные добавления к великому делу его жизни: основанию судебной психопатологии и психиатрической экспертизы. Местом рождения этой отрасли знания был Рим, творцом ее—Павел Заккиас. К нему и обратился из Голландии с почтительным посланием Лузитанус.

Автор замечательного сочинения — Questiones medico-legales, — вышедшего в свет в 1624 г., Павел Заккиас (1584—1659) был семнадцатилетним юношей, когда закончилось XVI столетие; он мог быть очевидцем сожжения Джордано Бруно, если только его потянуло на Кампо Фиоре 19 февраля 1600 г. Одновременно и врач, и юрист, и художник, Заккиас был одним из тех разносторонних умов, каких было так много в эпоху Возрождения в Италии. Один из популярнейших людей в Риме, современник Микель-Анджело и Рафаэля, Заккиас был старшиной врачебной корпорации Вечного города, главным врачем больницы св. Духа, лейб-медиком нескольких пап. К его голосу, как авторитетнейшего эксперта, внимательно прислушивались те 12 членов судебного трибунала, которые делегировались в Рим от всей Италии, Франции, Испании и Германии. Интересны некоторые отдельные замечания, рассеянные на страницах «Судебно-медицинских вопросов». Если болезни, — говорит Заккиас, — отличаются одна от другой, то не менее отличается одна и та же болезнь у разных людей, так как на ее симптомы влияет темперамент больного. Он советовал тщательно

наблюдать мимику, жесты больного, манеру держать себя; учил не жалеть времени на подробное изучение прошлой жизни больных. Наконец, он подчеркивает необходимость отдавать себе самый детальный отчет в соматическом состоянии больного, так как некоторые внутренние болезни вызывают несомненные отклонения в душевной деятельности. Заккиас предложил следующую классификацию психических расстройств:

I. Душевные заболевания первичные.	А. Мания.	Экстаз. Ликантропия. Гидрофобия. Психические расстройства от укусов ядовитых животных и от некоторых ядов.
	Б. Меланхолия.	1) *Разновидности меланхолии.* Ипохондрическая меланхолия с частичным бредом; ипохондрия без бреда; галлюцинация без бреда. 2) *Состояния, близкие к меланхолии:* влюбленные, демониаки и фанатики; лимфатики; энтузиасты; разгуливающие по ночам или ноктамбулы.
II. Душевные заболевания вторичные.	Апоплексия; Эпилепсия; Мозговой удар; Летаргия; Кома; Карус; Обмороки и липотимии; Агония.	
III. Страсти.	Гнев; Страх; Разврат и расточительность; Опьянение и пьянство.	

Крайне интересны некоторые соображения Заккиаса об отличии мании от меланхолии. В этом вопросе, — говорит он, — до сих пор не было ясности: Гиппократ пользовался обоими терминами, как попало, для обозначения одних и тех же расстройств; у Аретея, Целия Аврелиана и Павла Эгинского — мания и меланхолия также сливаются между собой. Цицерон указал на то, что меланхолия и неистовство (furor) у римлян означали одно и то же; с другой стороны, неистовство равнозначуще мании; две величины, порознь равные третьей, равны между собой, следовательно, меланхолия равна мании и, действительно, древние авторы никакого различия между этими двумя терминами не проводят.

Нельзя не согласиться, что такая критика была вполне обоснована. Это было первое в истории психиатрии откровенное и прямое указание на полнейшую неясность старинных терминов и на крайнюю трудность их адэкватного приложения к целому ряду живых конкретных случаев. В настоящее время мы знаем, отчего это было так. Но, очевидно, надо было обладать большим критическим умом (а может быть умом, изощренным схоластическим воспитанием, которое не было лишено положительных достоинств), чтобы почувствовать недостаточную определенность в содержании этих двух исторически-основных обозначений в науке о душевных болезнях. Для самого Заккиаса обе болезни различны не только по симптомам, но и по причинам. Симптомы меланхолии — тоска и неподвижность, симптомы мании — ажитация и возбуждение. Таким образом, Заккиас в этом вопросе является убежденным дуалистом. И старинное наблюдение Аретея Каппадокийского, Целия Аврелиана, Павла Эгинского, что обе болезни могут переходить одна в другую, даже не подвергается с его стороны обсуждению.

Трибунал обращался к Заккиасу по самым различным поводам: можно ли посвятить в священники эпилептика, оправившегося от своей болезни? Можно ли считать ответственным за преступление маниакального больного, произносящего бессвязные речи? Действительно ли болен такой-то каноник и нет ли здесь симуляции? Надо ли признать ответственным человека, совершившего убийство

в сонном состоянии? На некоторые из подобных вопросов Заккиас давал ответы, ничем не отличающиеся от судебно-психиатрических заключений позднейших времен. По его мнению, степень правоспособности и уголовной вменяемости эпилептика зависит от целого ряда моментов. Кроме тяжести, частоты и длительности припадков, здесь играют существенную роль послеприпадочные состояния, в виде оглушенности, отупения и потери памяти. Маниак во время приступа возбуждения лишен всяких прав и ни за что не ответственен, но в промежутках между приступами ему разрешается составить завещание; он не может занимать общественных должностей, совершать богослужения и, уж во всяком случае, не подлежит посвящению в епископы. Маниак не должен давать свидетельских показаний о событиях, случившихся во время его приступа, ему не следует разрешать вступать в брак, и болезнь его может служить законным поводом к разводу. Уголовное преступление может вменяться ему в вину, если оно было обдумано заранее в здоровом состоянии. Человек, совершивший преступление во сне, должен быть наказан, если, зная за собой подобные припадки, он не принял никаких мер, не спрятал оружие, а тем более, если он остался ночевать в доме человека, к которому питает враждебное чувство, или у женщины, от которой он в состоянии бодрствования мечтал отделаться какой-угодно ценой. Женщина в истерическом припадке, в противоположность эпилептичке, хотя и падает на землю полумертвая и не говорит ничего, однако, ясно воспринимает слова окружающих и способна отвечать знаками. Так как здесь всегда имеется некоторая неясность восприятия, то женщины, страдающие истериками, должны быть приравнены, с юридической точки зрения, к мертвецам или отсутствующим, даже в том случае, когда они отвечают на вопросы кивком головы или иными движениями.

Рассматривая страсти, гнев, страх и т. д., как кратковременные душевные расстройства, Заккиас считает преступления, совершенные в этих состояниях, заслуживающими более снисходительного приговора. Большой интерес представляют судебно-психиатрические воззрения Заккиаса на симуляцию и диссимуляцию. Он советует обращать особое внимание на объективные признаки, например,

на сон, расстройство которого так часто наблюдается при мании и меланхолии: длительную бессонницу нет возможности симулировать. Один из способов обнаружения симуляции—это пробудить у подозреваемого субъекта какое-нибудь сильное чувство; известно, как равнодушны настоящие меланхолики к реальным жизненным впечатлениям — симулянт в таких случаях не сумеет удержаться от радости или досады. При подозрении на искусственный припадок падучей, полезно воспользоваться каким-нибудь порошком, вызывающим чихание. Но как раз эпилепсию чаще диссимулируют. В таком случае надо предложить испытуемому вдыхать дым оленьего рога или дать ему внутрь истертую в порошок сухую бычачью печень — эти субстанции считались тогда специфическими средствами для вызывания припадка.

Таковы основные идеи этого крупного римского врача, умершего 75-ти лет, в 1659 г., накануне своего третьего избрания на должность старшины врачебного цеха, и похороненного в церкви Санта Мария Ин-Ватичелла. Questiones medico-legales были замечательным достижением XVII века. Непереведенные, к сожалению, ни на один из новейших языков, они послужили предметом обстоятельной монографии Шарля Валлона и Жениль-Перрена, извлекших из их второй части все, что относится к психиатрическому мировоззрению Заккиаса [1].

---

[1] Vallon, Ch. et Genil-Perrin. La psychiatrie médico-legale dans l'oeuvre de Zacchias, Rev. d. Psych. 1912, Fevr.-Mars.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ

XVIII ВЕК (ГЕРМАНИЯ и ФРАНЦИЯ)

1. Германия: Штааль и Гоффман. — 2. Архивные изыскания Серье. О пансионатах для привилегированных больных во Франции. — 3. Французские государственные «убежища».

1

До XVIII века научное мировоззрение в центральных странах Европы было по существу однородным. Но с этого момента обозначаются различия, выражающиеся в преобладании тех или иных интересов, в методах работы и характере обобщений. Во главе научного движения попрежнему стояли Англия и Франция, отчасти Италия. Наиболее значительные успехи в области физики, химии и практической механики были связаны с именами Уатта, Фультона, Лагранжа, Лавуазье, Гальвани, Вольта. Их работы подготовили тот коренной переворот в промышленности, который должен был к концу века заложить основы для новых форм человеческого бытия и структуры общества.

В этом процессе Германия, раздробленная на мелкие государства и обедневшая от продолжительных войн, значительно отставала. И в то время, как ее централизованные западно-европейские соседки, в лице своих господствующих классов, уже успели, опираясь на материальный достаток, усовершенствовать столь полезные для процесса накопления естественно-научные методы и соответствующие философские построения, германские страны, т.-е. их цеховые ученые, в одиночестве размышлявшие в патриархальной обстановке какого-нибудь Галле, Геттингена или Вюрцбурга, создавали абстрактные теории, нередко

весьма далекие от реальной действительности. Таков был, например, Эрнст Штааль (1660 — 1734), знаменитейший химик, творец теории флогистона, предшественницы кислородной теории горения, выдвинутой Лавуазье. В истории психиатрии он сыграл явно реакционную роль. Провозвестник чистейшего анимизма, Штааль учил, что материя сама по себе безжизненна, и только душа является причиной всех движений тела; она строит его, удерживает в целости, знает обо всех переменах, происходящих в отдельных частях организма, о процессах питания, кровообращения, о выделениях и воспалениях — обо всем; и в случае болезни она же посылает к заболевшему месту энергию, необходимую для того, чтобы путем целесообразных движений удалить из организма вредные части. Таким образом, исцеление тела зависит единственно от души. Выставляя эту теорию, Штааль думал, что он целиком опирается на повседневный опыт. Разве страх и гнев, печаль и радость не изменяют ритма дыхания, не изменяют цвета человеческой кожи, не действуют на сосуды? Кто не знает, что душевное волнение у беременной женщины отражается на ребенке, у которого даже может появиться на теле пятно, соответствующее форме предмета, испугавшего мать? И неизвестно ли каждому врачу, что душевное состояние больного влияет на ход болезни? Верные по существу наблюдения, касающиеся психогенных расстройств, Штааль положил в основу широкого обобщения, которое, в силу именно своей широты, имело явно отрицательное влияние на последующее развитие науки [1].

Диалектическим отрицанием анимизма была теория многолетнего соперника Штааля и его сослуживца по университету в Галле, Фридриха Гоффмана (1660 — 1743). Представитель механистического мировоззрения, Гоффман учил, что жизнь есть не что иное, как движение крови и соков в непрестанном круговороте. Внутри нервов, — думал он, — также протекает особая жидкость, которая держит мускулы в состоянии непрерывного тонуса; острые

[1] Сочинения Штааля: 1) Dissertatio de motu tonico-vitali. Jena, 1692. 2) Theoria medica vera etc., Halle. 1707, в немецком переводе, Halle, 1802 и 1831 — 32 (последнее изд. в перев. Иделера). О Штаале см. монографию В. П. Карпова: Штааль и Лейбниц, Вопросы философии и психологии, 1912 г.

болезни возникают тогда, когда тонус усилен сверх меры и наступает спазм; хронические болезни происходят от ослабления тонуса — атонии. Таким же способом возникают и обе противоположные по знаку душевные болезни — мания и меланхолия. Многие, вероятно, удивятся, — говорит Гоффман, — найдя эти страдания, описанными в одной и той же главе. Однако, в этом нет ничего странного, так как отличие между ними чисто количественное. Душевные болезни зависят от разных причин: от задержки кровотечений, от застоя крови в брюшной полости, от непомерного гнева и страстей, которые сами, однако, возникают от телесных причин. На таком патогенезе основано «естественное лечение», предлагаемое Гоффманом: кровопускания, холод на голову, отвлечение на кишечник и проч. Профилактика психозов должна состоять в своевременных и регулярных кровопусканиях и в правильном образе жизни. В своей книге «Рациональная система медицины» [1] он приводит несколько историй болезни, где в кратких и энергичных строках изложено все, что интересует врача-практика: этиология, диагноз, лечение.

Пятидесятилетний полнокровный человек, упустивший сделать себе кровопускание, заболел манией; после горячих ножных ванн, извлечения крови из вены, винокаменной кислоты и потогонных внутрь — он поправился. У одного сорокалетнего еврея, впавшего в меланхолию по поводу смерти ребенка, было применено лечение ножными ваннами и карлсбадской солью. Несмотря на то, что болезнь приняла периодическое течение с чередованием меланхолии и мании, он поправился под влиянием такой терапии. В этих коротеньких записях целиком отражается почти вся германская психиатрия первой трети XVIII века. Вероятно, это были случаи из частной практики Гоффмана; психиатрических учреждений лечебного типа Германия в то время еще не знала, так как ее «дома для умалишенных», представлявшие собой отделения при исправительных заведениях, и «приюты» в монастырях, выполняли лишь полицейские задачи и не преследовали лечебных целей. Мы увидим впоследствии, что даже в начале XIX века эти места заключения душевно-больных

[1] Hoffmann, Fr. Medicina rationalis.

не имели ничего общего с терапией психических заболеваний. О существовании в то время каких-либо частных лечебниц мы ничего не знаем.

2

Между тем непрерывный рост материального благосостояния средних классов во Франции и в Англии, с вытекавшим отсюда совершенствованием обще-культурного уклада жизни, естественно вызвал потребность в более квалифицированной помощи душевно-больным, принадлежавшим к упомянутым классам. Ответом на такой спрос явилось соответствующее предложение, исходившее, во-первых, от провинциальных врачей и частных лиц, открывавших в окрестностях больших городов специальные психиатрические пансионы, и, во-вторых, от монашеских конгрегаций, приобревших некоторую опытность в обслуживании больных. Отрывочные данные, сохранившиеся в литературе, не говорят нам ничего хорошего об этих начинаниях в Англии. Известно, например, что специальная комиссия, обследовавшая частные лечебницы, обнаружила там даже в начале XIX века массу злоупотреблений. Во Франции обстоятельства, повидимому, сложились кое-где более благоприятно. Опубликованные Серье и Либером архивные материалы показывают, что ордену иоаннитов удалось поставить психиатрическое дело на значительную высоту. Пансионы, открытые еще в 1630 г. орденом при больницах Шарантон и Санли, с течением времени совершенствовались и в первые десятилетия XVIII века уже представляли такие учреждения, в сравнении с которыми государственные приюты казались тюрьмами самого примитивного типа. Конструкция этих парижских пансионов рисуется в следующем виде.

В постоянном соприкосновении с больными, в роли их руководителя выступал так называемый монах-директор (frère directeur), проводивший с ними большую часть времени; лечением руководил особый больничный монах (frère infirmier), которого можно сравнить с врачем-ординатором современной больницы; за правильным ходом всего дела наблюдал попечитель или помощник приора, а во главе всего учреждения стоял приор, или заведующий, равнозначный по своим обязанностям главному врачу

наших психиатрических учреждений. Средний персонал — «санитары» и палатная прислуга (garçons) получали от братии постоянные указания «относиться к больным мягко и сострадательно» [1].

Что касается размещения больных, то «поразительно,— говорит Серье, — до какой степени научил вековой опыт этих монахов всем тем правилам и приемам, которые выработаны новейшей психиатрией».

Каждый пансионат имел четыре отделения:

1. Свободный корпус для «благоразумных» больных и для неутративших «доброй воли».

2. Полусвободные корпуса.

3. Крепкий корпус, или отделение с надзором для «пансионеров, находящихся под замком».

4. Госпитальное отделение — на случай острых заболеваний.

Обитатели свободного и полусвободного корпусов, больные спокойные и безопасные, беспрепятственно прогуливались по всему дому. Некий Латюд, содержавшийся в пансионате при Шарантоне, оставил записку, рисующую нам типы некоторых своих товарищей: многие,— пишет он, — приходят в возбужденное состояние периодически, в определенное время года, в остальные же месяцы они в ясном сознании и здравом уме; тогда их ни в чем не стесняют; запирают их только, когда они уже готовы впасть в свойственное им прискорбное состояние; у других наблюдается помешательство «тихое», состоящее в какой-нибудь одной ложной идее, при чем во всех других отношениях они рассуждают правильно. Этой категории пансионеров разрешается выходить из комнат, видеться друг с другом, собираться; некоторым предоставляется свободный выход.

В крепком корпусе помещались беспокойные, антисоциальные элементы, нуждающиеся в исправлении, от которых постоянно можно было ждать проявления дурных инстинктов. Крепкий корпус в Санли имел два отделения, с 22 и с 14 комнатами; это было двухэтажное здание с большим вестибюлем и широкими коридорами; одна

---

[1] ... engager à traiter les aliénés avec beaucoup de douceur et de charité.

из комнат была побольше, на три кровати; меблировка была всюду одинакова: деревянная кровать, стол и стул. Для отопления устроены были три печи, коридоры освещались пятью стеклянными фонарями; была даже медная ванна с крышкой и бассейн из полированной меди. При отделении был карцер (cachot), который должен был представлять собой, согласно позднейшему разъяснению 1783 г., комнату, построенную несколько более прочно нежели другие, но вполне гигиеничную. Когда кто-либо из пансионеров переводился туда, приор обязан был сейчас же «известить министра или магистрат» о мотивах подобного наказания.

В госпитальное отделение помещали тех, кто нуждался в специальном уходе, а также пансионеров, ослабленных отказом от пищи или же наклонных к самоубийству.

Регламент 1765 г. и разъяснение 1783 г. дают нам некоторые подробности внутренней жизни этих учреждений.

В § 11-м регламента сказано: «Никто из пансионеров не должен пользоваться под каким бы то ни было предлогом собственной одеждой, в виде долгополых сюртуков, шляпами и обувью, ни у кого не должно оставаться на руках ни ножей, ни ножниц, ни металлических вилок, ни тростей, ни палок; больных надлежит брить каждую неделю, и специальное лицо должно присутствовать, наблюдая за тем, как больной стрижет себе ногти, а когда эта операция закончена, немедленно отбирать у него ножницы. Больные облачаются в халаты поверх теплого жилета и драповых брюк. Им выдаются шерстяные чулки, туфли и колпаки; белье должно быть из хорошего белого полотна, но без всяких украшений; платки носовые должны быть обыкновенные».

§ 12. Помещение. Больные помещаются каждый в отдельной комнате, где должна быть кровать с набитым соломой тюфяком, хорошим матрацом, подушка, два одеяла, пара простынь, стол и т. д.

Далее в параграфе «О развлечениях» сказано следующее: «В часы, свободные от приема пищи и отдыха, руководитель в сопровождении нескольких прислужников идет с партией заключенных на прогулку в сад, между тем как больные, оставшиеся в «Крепком корпусе»,

занимаются чтением или какими-нибудь играми, вроде шахмат, трик-трака, шашек, бильярда». В распоряжении заключенных была библиотека и газеты.

Методы лечения соответствовали состоянию медицины того времени: кровопускания, слабительные, мушки, антиспазматические средства, наркотики. С 1720 г. в Шарантоне широко пользовались водолечением, главным образом, ваннами и обливанием холодной водой.

Если кто-нибудь из заключенных оказывал на своих товарищей деморализующее действие, его отделяли. Тот факт, что руководители подобных пансионатов обладали некоторым опытом в обращении с душевно-больными, подходили к ним прямо и просто, не боялись их, подтверждается также свидетельством знаменитого Мирабо, которое касается некоего приора Пуссиона, получившего прозвище «целителя сумасшедших». В самый год революции к нему привезли больного, связанного по рукам и ногам; первой его заботой было немедленно снять с больного путы; этот приор не уставал повторять, что меры стеснения не только излишни, но и приносят вред.

Таковы интересные материалы, извлеченные Серье и Либером из парижских и провинциальных архивов [1]. Данные, приводимые этими исследователями, конечно, не подлежат ни малейшему сомнению; однако, нарисованная ими картина не отражает всех сторон психиатрического дела в XVIII веке во Франции. Названные авторы, видимо, пытаются доказать, что французская психиатрия задолго до Великой революции уже встала на правильный путь, т.-е. уже осудила те меры стеснения, с которыми только в конце века повел такую энергичную борьбу Филипп Пинель. Возникает недоумение: если все было так благополучно, то чем объяснить те ужасы, которые послужили поводом для выступления этого выдающегося врача? Вопрос разрешается очень просто: пансионаты при больницах, называемых общим именем Шаритэ, были привилегированными учреждениями, и пансионеры, которые должны были пользоваться здесь бельем «без украшений» (хотя и сшитым из

[1] Sérieux, P. Le traitement des maladies mentales au XVIII siécle (Arch. de Neurol., Oct. 1924, Avril, 1925).

«хорошего полотна»), ходили до своего заболевания в бархатных кафтанах и напудренных париках. Ни в одной строчке приведенных регламентов и разъяснений нет ни малейшего указания на то, чтобы в эти «отдельные комнаты», где были «хорошие матрацы», приглашался когда-нибудь врач на помощь приору и другим братьям; даже в госпитальном отделении, куда помещались заболевшие острыми болезнями, распоряжался монах. Французская светская медицина, видимо, прошла мимо этих пансионов, не давших таким образом ничего для истинного развития теоретической психопатологии и практической психиатрии. Можно думать, что она поступила так не по своей инициативе: духовные врачеватели ревниво закрывали от нее двери этих обителей.

3

Надо, однако, признать, что и государственные больницы Парижа, где содержались душевно-больные «третьего» и «четвертого» сословия, также не представляли собою учреждений, куда охотно заглядывали врачи. Присмотримся ближе, как была организована психиатрическая помощь широким слоям населения во Франции в середине XVIII века.

Декретом от 16 сентября 1760 г. в Париже всякий душевно-больной должен был непременно пройти через больницу Hôtel-Dieu, где для этого были отведены две палаты: палата святого Людовика на 42 человека мужчин и палата святой Женевьевы на такое же приблизительно число женщин. Сюда примыкали приемная и ванная комната с двумя ваннами. Это было психиатрическое отделение. Штат отделения состоял из двух наемных служителей, из которых один был банщиком. В каждой палате было по 6 больших кроватей и по 8 меньших размеров, при чем на каждой большой кровати помещалось по-трое, по-четверо. Легко представить себе, что могло бы дать врачебное наблюдение для теории науки, когда возбужденные больные, очутившиеся на одной кровати, начинали наносить друг другу удары, царапались и плевали, в то время, как единственный палатный служитель, призвавши на помощь банщика, запасшись веревками, и нередко вооруженный палкой, принимал деятельное участие в побоище, пока

ему не удавалось наконец связать по рукам и ногам зачинщика или зачинщицу драки. Надо заметить, что условия в этой центральной парижской больнице были в то время одни из самых худших во всей Франции: в Лионе, например, в психиатрическом отделении больницы было 38 отдельных комнат, в Руане имелось до 85 таких «лож» (нечто в роде маленьких изоляторов), в которых больной, по крайней мере, был гарантирован от нападений соседа. В такой обстановке должен был решаться вопрос: излечим ли данный больной, или нет. Для этого пробовали

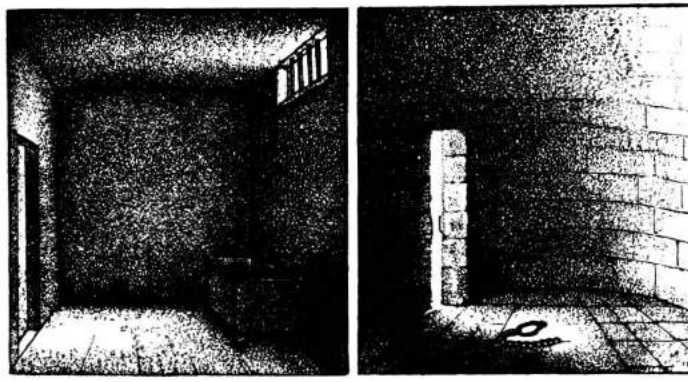


Рис. 2. Камеры в Бисетре (XVIII век).

лечить: делали повторные кровопускания, давали слабительные, опий и, конечно, знаменитую чемерицу, которою пользовался еще пастух Меламп, леча дочерей царя Прэта, и которая прошла через всю историю психиатрии, выдержав испытание времени. Кроме того, больным делали ванны и обливали их холодной водой. Не трудно вообразить, как эти две ванны обслуживали 84 человека, особенно если вспомнить тогдашние технические условия. Если по истечении нескольких недель не наступало улучшения, больные признавались неизлечимыми, и тогда их переводили в так называемые «Маленькие домики» — Petites maisons (впоследствии Hôspice du ménage) или в Бисетр (мужчин) и в Сальпетриер (женщин).

«Маленькие домики» заключали в себе 44 «ложи» для беспокойных больных обоего пола. Они принимались туда не иначе, как по свидетельству «врачей и хирургов», признавших факт неизлечимости. Каковы были критерии для такого безотрадного заключения, — нам неизвестно; видимо, главное значение имел срок: пять-шесть недель позволительно было еще надеяться, но после этого срока начинался уже дантовский ад: больные выходили не только из круга хоть каких ни на есть лечебных мероприятий, но и всякого медицинского наблюдения. Нет никаких сомнений, что немалый процент излечимых случаев попадал в эти «Маленькие домики», в Бисетр и в казематы старинного селитренного завода, так и сохранившего это название — Сальпетриер (от французского слова селитра — salpêtre). Трагически звучит предположение, что, даже поправившись, больной не мог доказать, что здесь ему больше не место. Вероятно, настойчивые и повторные заявления о том, что он выздоровел, казались, наоборот, несомненными признаками неизлечимого помешательства.

По мере того, как подвигалось время, и XVIII век достиг своих семидесятых годов, обстановка в этих трех приютах для хроников становилась все хуже и хуже. Если вспомнить, что Париж привлекал пришельцев со всей остальной Франции, что увеличивалось и само коренное население столицы, что еще не было патронажа и некуда было эвакуировать хроников, то нетрудно вообразить то колоссальное переполнение этих свалочных мест, которые лишь по недоразумению еще назывались больницами. К этому необходимо присоединить еще один фактор: полное расстройство французских финансов заставляло беречь каждый грош и уже во всяком случае не тратить деньги напрасно на безнадежных больных. Вот какую картину Сальпетриера дает нам Этьенн Паризе [1]:

«Здание было совершенно непригодно для жилья. Заключенные, скорченные и покрытые грязью, сидели в каменных карцерах, узких, холодных, сырых, лишенных света и воздуха; ужасные конуры, куда не хватило бы

[1] Pariset, Etienne (1770 — 1844), ученик Пинеля, непременный секретарь парижской Академии наук. Вышеприведенная цитата взята из его речи, произнесенной в Академии в память Пинеля. Паризе был сам врачем в Сальпетриере.

духа запереть самое отвратительное животное! Умалишенные, которые помещались в эти клоаки, отдавались на произвол сторожей, а сторожа эти набирались из арестантов. Женщины, часто совершенно голые, сидели закованные цепями в подвалах, которые наполнялись крысами во время поднятия уровня воды в Сене».

История сохранила нам еще одно знаменитое описание Бисетра и Сальпетриера. Герцог Ларошфуко-Лианкур[1] в 1791 г. представил Учредительному собранию доклад о своем посещении этих мест:

«Посмотрим на заведения Бисетр и Сальпетриер,—мы увидим там тысячи жертв в общем гнезде всяческого разврата, страданий и смерти. Вот несчастные лишенные рассудка в одной куче с эпилептиками и преступниками, а там, по приказу сторожа, заключенных, которых он пожелает наказать, сажают в конуры, где даже люди самого маленького роста принуждены сидеть скорчившись; закованными и обремененными цепями, их бросают в подземные и тесные казематы, куда воздух и свет доходят только через дыры, пробитые зигзагообразно и вкось в толстых каменных стенах. Сюда, по приказу заведующего, сажают и мужчин, и женщин и забывают их тут на несколько месяцев, иногда и на несколько лет... Я знаю некоторых, проведших таким образом по 12 — 15 лет».

---

[1] La Rochefoucauld-Liancourt родился в 1747 г., был во время революции депутатом Генеральных штатов, в 1792 г. эмигрировал в Америку, вернулся во Францию уже при Наполеоне, занимался благотворительностью и всю жизнь интересовался медициной; Франция обязана ему популяризацией идеи оспопрививания. Умер в 1827 г.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ

XVIII ВЕК (ПРОДОЛЖЕНИЕ: ФРАНЦИЯ и ИТАЛИЯ)

Теоретическая психиатрия во Франции: Буасье-де-Соваж, Лорри, Дакен. Выступление Киаруджи в Италии. Взгляды Морганьи на уход за душевно-больными.

Французская психиатрия первой половины XVIII века почти вся целиком воплотилась в лице Буасье де-Соважа (1706—1767), профессора в Монпелье. Его «Методическая нозология» — плод не столько самостоятельных наблюдений, сколько книжной учености, не пропустила, повидимому, неотмеченным ни одного психопатологического симптомокомплекса или отдельного признака, кем-либо и когда-либо упомянутого в древние и новые времена. Сложная классификация Буасье-де-Соважа крайне типична для XVIII века, отличавшегося своим пристрастием к бесконечным подразделениям и перечням. Подобно государственной структуре, принявшей «окончательные» формы феодальной монархии, людям казалось, что и в области науки все существенное установлено раз навсегда. Являлась потребность сделать опись богатствам, накопленным от предыдущих веков, разложить их по категориям, повинуясь строгим правилам придворных церемониалов, ложноклассической драматургии и классификаторскому гению Линнея, указавшему всем животным и растительным видам прочно уготованное место в великой «системе природы» [1].

[1] «Systema Naturae» — заглавие главного труда Линнея.

Вот классификация Буасье-де-Соважа:

CLASSIS OCTAVA.

(Восьмой класс).

MORBI VESANI SEU VESANIAE.

(Душевные болезни).

I. ORDO I (Отдел I). MORBI DELIRI

(Бредовые расстройства).

1. Amentia (Démence, слабоумие). A. senilis, A. serosa, A. a venenis, aliatalia.
2. Mania (Folie, помешательство). M. spontanea, M. ex quartana.
3. Melancholia (Mel. Folie, меланхолия). M. scytharum, M. anglica, Taedium vitae. M. heraclitica, M. mysantropica, M. milesiana, M. cynanthropica.
4. Daemonomania. D. sagarum, D. vampirismus, D. simulata, D. a vermibus, D. fanatica.
5. Paraphrosyne (Transport, Délire, бред с затемнением сознания). P. ex narcoticis, ex pathematibus, ex cephalalgia, P. lethargica, P. febrilis, P. ab exanthematibus, P. scorbutica.
6. Agrypnia (Insomnie, бессонница). A. arthritica, A. avermibus, A. cephalalgica, A. ex pancreate, A. melancholica.

II. ORDO II (Отдел II). MORBI IMAGINARII

(Расстройства воображения).

1. Oblivio (поражения памяти). O. spontanea, O. a peste, O. a cephalalgia.
2. Morosis (Stupidité, бессмыслие). M. ab hydrocephalo, M. a tumore in cerebro, M. ab hydatidibus, M. ab ischuria.
3. Vertigo (головокружение). V. plethorica, V. lateralis, V. verminosa, V. syphilitica, V. stomachica, V. ex abscessu, V. fugax, V. ex ictu, V. verticalis, V. febrilis, V. hysterica, V. hypochondriaca, V. jumentorum, V. a venenis, V. a terrae motu, V. ab ischuria, M. epileptica.
4. Suffusio. S. scintillans, S. muscas referens, S. objecta adaugens, S. objecta emarginans, S. objecta duplicans, S. scotoma.
5. Syrigmus. S. fugax, S. ex lapsu, S. catarrhalis, S. cephalalgicus, S. a ventriculo, S. arthriticus, S. surdorum, S. syphiliticus, S. a viscerum obstructione.
6. Somnabulismus. S. vulgaris, S. stupidus, S. catalepticus.
7. Panophobia. P. nocturna, P. hysterica, P. a vermibus.
8. Hypochondriasis. H. spontanea, H. exhaustorium, H. hepatica.

III. ORDO III (Отдел III). MORBI MOROSI.

(Расстройства воли).

1. Nostalgia. N. simplex, N. symptomatica.
2. Erotomania. E. vulgaris, E. phrenitica.
3. Satyriasis. S. spontanea, S. a cantharidibus.
4. Nymphomania. N. coelibum, N. ex ovario, N. a tarantula, N. somnanbulans.
5. Tarantismus. T. a tarantula alba, T. a tarantula stellata, T. a tarantula uvaea, T. a scorpio, T. mirandus, T. a musomania.
6. Rabies (Rage). R. canina, R. periodica, R. a mancanilla.
7. Hydrophobia. H. spontanea, H. vulgaris.
8. Boulimia. B. lupina, B. ab insectis, B. indica, B. syncopalis, B. verminosa, B. biliosa, B. nocturna, B. a graviditate.
9. Cacositia. C. melancholica, C. a nausea, C. arthritica, C. plethorica, C. a suburra.
10. Pica. P. esculentorum, P. a flatibus, P. a scabile repulsa, P. hysterica, P. malacia, P. liquidorum.
11. Phantasia. Ph. visus, Ph. odoratus.
12. Polydipsia. P. febrilis, P. ascitica, P. a dipsade, P. ab ischuria, P. a diabete.
13. Antipathia. A. humana.

В вопросе этиологии психозов Соваж — дуалист. Он не отрицает, что многие бредовые состояния и дикие фантазии зависят от изменений в мозгу, но по его мнению неправильно как здоровый рассудок, так и помешательство сводить исключительно на сохранность или повреждение «волокон»: надо также принимать во внимание значение самообладания человека, его умение умерять свои страсти. Если бы все зависело от одной анатомии, то мы лишены были бы возможности действовать убеждением на наших больных, а между тем это возможно. «Необходимо только,— говорит Буасье-де-Соваж, — чтобы врач, оказывающий помощь душевно-больным, был человеком образованным, терпеливым и мягким в обращении. Он должен приобрести доверие больного, чтобы открыть первопричину ошибочных суждений, так как невозможно излечить помешательство, если не знаешь, отчего оно появилось». Иногда причины известны — это опьяняющие напитки, страмоний, опий, белладонна, перемежающаяся лихорадка, головная водянка, опухоль мозга, наконец, старость, а также преждевременное истощение организма от неправильной жизни и чрезмерных животных страстей; часто ближайшим поводом служат жестокие удары судьбы; но в целом ряде

случаев происхождение безумия покрыто глубоким мраком [1]. Следующим этапом в развитии французской психиатрии была книга Лорри (1726—1783) «О меланхолии и меланхолических заболеваниях» [2]. Большой знаток классической литературы (и неизвестно в какой мере имевший возможность самостоятельно наблюдать психозы), этот автор охотно пользуется старинными гуморальными гипотезами о действии черной желчи, однако, на ряду с этим, не пренебрегает также и механистическими объяснениями современной ему медицины. «Эластические» волокна, т.-е. нервы, приходят иногда в состояние максимального спазма. И тогда, помимо всякой черной желчи, возникает картина меланхолии, которую и следует в таких случаях называть melancholia nervosa. Таких больных невозможно развеселить, так как эластические волокна — носители уныния и грусти, находятся в спазматическом сокращении; и нельзя убедить их также в неправильности какой-либо идеи, так как волокна, в которых гнездится эта идея, болезненно напряжены. Такого рода нервная меланхолия появляется у женщин в форме истерии, а у мужчин — в форме ипохондрии. При этой болезни наблюдаются иногда внезапные вспышки возбуждения, заслуживающие названия мании. Такой переход зависит от целого ряда причин: во-первых, от особого предрасположения, которое Лорри называет идиосинкразией, во-вторых, от влияния окружающей обстановки, бытовых условий, легкомысленного образа жизни, в-третьих, специально от пьянства и, в-четвертых, от непомерного умственного напряжения. Нервная меланхолия, по описанию Лорри, сопровождается целым рядом изменений в деятельности всего организма: нарушаются выделения, падает питание, иногда появляется жар, который, в затянувшихся случаях, нередко приводит к чахотке. Во второй части своего труда Лорри останавливается на другом виде меланхолии, зависящей, как сказали бы в наше время, от нарушенного химизма. Эта гуморальная меланхолия—melancholia humoralis,—появляющаяся в результате целого ряда внутренних болезней, природу которых Лорри, однако, не указывает, обработана им в духе древних

[1] Boissier de Sauvage. Nosologia methodica. Leyden, 1767.
[2] Lorry. De melancholia et morbis melancholicis. 1765.

медицинских писателей. Книга Лорри пользовалась большим распространением в медицинских кругах. В 1770 г. во Франкфурте вышло немецкое издание ее.

Крайне характерным явлением для предреволюционной эпохи во Франции было пространное сочинение Ле-Камю (1722—1772) «Медицина души» [1], в котором уже явно отражаются материалистические тенденции середины XVIII века. Главное значение в этиологии нервных и душевных болезней автор приписывает непосредственным влияниям среды. Он подробно останавливается на роли климата, на физическом воспитании и на других внешних моментах и дает сравнительную характеристику различных народностей. Несмотря на наивное изложение и легковерное пользование непроверенными фактами, нас не может, однако, не заинтересовать эта первая попытка монографической обработки темы об этиологии душевных болезней, с преимущественным акцентом на экзогенных условиях. Через год после Ле-Камю вышла книга Дюфура (1770) — «Этюд о человеческом разуме и его болезнях» [2]. Описывая слабоумие, манию, меланхолию, помешательство, ипохондрию, автор пытается объяснить, почему эти болезненные состояния так редко поддаются лечению. Причина, по его мнению, простая: до сих пор считалось само собой понятным, что эти недуги сосредоточиваются в мозгу, а между тем в их происхождении по большей части виновны совершенно другие органы. Болезни кишек, уплотнение печени и селезенки и многие другие процессы во внутренних частях организма — вот, что вызывает длительные нарушения психической деятельности. Чисто психические причины Дюфур почти не принимает в расчет.

Совершенно особое место в истории французской психиатрии второй половины XVIII века занимает Дакен (1732—1815). Уже самое заглавие его труда сразу освещает нам роль и значение Дакена: «Философия помешательства, или опыт философского изучения людей, заболевших помешательством, где доказывается, что эта болезнь

---

[1] Le Camus. Médecine de l'ésprit. Paris, 1769 (сочинения Лорри и Ле-Камю были вскоре после их появления переведены на немецкий язык).

[2] J. Fr. Dufour. Essai sur les opérations de l'entendement humain et sur les maladies, qui les dérangent. Amst. et Paris, 1770.

должна быть подвергнута прежде всего психическому лечению»[1]. Главное лечебное средство — это мягкое человеческое обращение с больными. Надо приобрести их доверие и даже привязанность, а для этого необходимо уметь становиться иногда на их точку зрения, вдуматься в их неправильные идеи и до известной степени быть помешанным вместе с ними (être fou avec eux). Дакен жил и работал в провинции. Маленький городок Шамбери, затерянный в гористой Савойе, представлял собой, разумеется, узкое поле для врачебной деятельности. Под управлением Дакена была небольшая больница, где он отвел особую палату для душевно-больных, а в саду построил отдельный павильон для беспокойных. В это суровое время повсеместного применения цепей и наручников, в эпоху господства темных казематов, описанных Ларошфуко и Паризе, больные Дакена много часов проводили на свежем воздухе, для них устраивались развлечения и были организованы различные виды ручного труда. Дакен был совершенно самостоятельный наблюдатель и оригинальный исследователь. Мы не найдем в его книге многочисленных цитат и слепого поклонения предшественникам. Он изгнал из употребления покрытые пылью веков меланхолию и манию, без которых не могла обойтись ни одна систематика. В своей простой классификации он ограничивается чисто внешним описанием клинических типов, как бы предоставляя будущим исследователям дальнейшую детализацию этих суммарно-начертанных форм.

Вот подразделение Дакена:

1. Душевно-больные возбужденные;
2. » » спокойные;
3. » » с чудачествами;
4. » » с нелепыми мыслями;
5. » » с понижением умственных способностей;
6. » » со слабоумием.

Гуманная психиатрия Дакена не была исключительным явлением в описываемую эпоху. Старинные предписания великих врачей древности — Аретея и Сорана — снова

[1] Daquin. La philosophie de la folie ou éssai philosophique sur les personnes attaquées de la folie, ou l'on prouve que cette maladie doit plutot être traitée par les secours moraux. Paris, 1792 (II изд. 1804).

воскресли в XVIII веке после того, как жестокие Средние века тщетно пытались изгладить о них всякую память. В солнечной Флоренции жил в то время замечательный врач, Винченцо Киаруджи (1759—1820), профессор медицинской академии и директор госпиталя св. Бонифация. Его ясная голова была совершенно свободна от всякой схоластики и метафизики, его широкое сердце полно горячим сочувствием к больному. Он категорически запретил суровое обращение с больными, какое по традиции широко практиковалось в его родном городе. В его классическом труде «О помешательстве вообще и о различных видах его, медико-аналитический трактат с приложением ста наблюдений»[1] (1793—1794) излагаются те правила, которым великий итальянец следовал с самого начала своей деятельности. В своей больнице, специально построенной для психиатрических целей, он завел изоляторы, куда переводились возбужденные больные, и, таким образом, получилась возможность обходиться не только без наручников и цепей, но даже отказаться от других, более мягких приемов физического стеснения. Один из первых в настоящем смысле слова специалистов-психиатров, Киаруджи еще в конце XVIII века читал клинические лекции по душевным болезням; он собирал самостоятельные наблюдения, на основе которых и написал свою книгу, не позабыв, однако, изложить подробнейшим образом все, что было создано врачебной мыслью для познания психозов, начиная с древнейших времен. Он заботился о приискании и обучении среднего и младшего персонала; своему любимому детищу — госпиталю св. Бонифация — он стремился придать не только внутреннее содержание научно поставленного психиатрического учреждения, но и изящество внешних форм и красивое убранство палат.

Что такое душевная болезнь? Длительное нарушение психической деятельности, протекающее без лихорадки и вызываемое повреждением мозга.

Киаруджи различал следующие формы: а) частичное помешательство, или меланхолию, когда бредовые идеи

[1] Vincenzo Chiaruggi. Della Pazzia in genere e in specie, trattato mĕdico-analitico, con una centuria di osservationi, Firenze, 1793—1794 (3 тома).

относятся к одному или к небольшой группе предметов; б) общее помешательство, или манию, при которой больные возбуждены и склонны к насильственным актам; в) слабоумие, или общее помешательство, при котором аффективные расстройства отступают на второй план. К меланхолии склонны люди, слабые телом и духом, отпрыски семейств, в которых наблюдались душевные болезни; предрасполагающим моментом является врожденный меланхолический темперамент, а также плохое воспитание, при котором упущено было гармоническое развитие личности; случайными поводами к болезни могут служить сильные душевные волнения и страсти, сосредоточивающие внимание человека на ограниченном круге идей. Мания часто зависит от переполнения сосудов кровью и от других чисто физических причин. Слабоумие развивается только тогда, когда мозг поражен каким-нибудь глубоким материальным процессом. Есть основание думать, что Киаруджи между формами с приобретенным слабоумием уже умел отличать прогрессивный паралич. Книга Киаруджи содержит несколько десятков протоколов вскрытий душевно-больных. Ко времени ее выхода в свет его великий соотечественник Джиованни Баттиста Морганьи (1682—1771) уже успел основать целую науку, патологическую анатомию, изложенную в 75 письмах, составивших книгу под общим заглавием «О местоположении и причинах болезней»[1]. Он ввел в медицину анатомический способ мышления. В области патологии нервной системы Морганьи окончательно обосновал предположение своего учителя Вальсальвы, что мозговое кровоизлияние всегда находится на противоположной по отношению к параличу стороне; он впервые описал гумму мозга и, вскрывая умерших душевно-больных, стремился поставить данные вскрытия во взаимную связь с клиническими признаками болезни. Один из его протоколов рисует нам не только состояние патологической анатомии около 1760 г., но и дает некоторые указания на положение душевно-больных в Италии в годы, непосредственно предшествующие началу деятельности Киаруджи.

---

[1] Jiovanni Battista Morgagni. De sedibus et causis morborum.

Молодой человек, страдавший буйным помешательством, был найден мертвым в своей камере после того, как часом раньше у него выпустили около двух стаканов крови из сонной артерии. Варварское обращение надсмотрщика было причиной его смерти. Больной сорвал с головы повязку и за это получил сильный удар кулаком в нижнюю часть живота и по лбу, после чего ему так сильно затянули бинт на затылке, что он задохся. Сосуды обеих мозговых оболочек были растянуты темной жидкой кровью, в желудочках мозга было водянистое скопление, plexus chorioideus был темно-красного цвета и на нем водяные пузыри [1].

Таков пример этих примитивных протоколов — один из первых образчиков настойчивых и терпеливых исканий, на которые научная психиатрия потратила огромное количество энергии, стремясь отыскать анатомический коррелат для психопатологического процесса. Морганьи мог быть и в другом отношении учителем Кнаруджи. Говоря о душевных болезнях (и, между прочим, отмечая трудность отличить манию от меланхолии и указывая на то, что эти болезни могут чередоваться у одних и тех же больных), великий анатом строго осуждает Цельса, советовавшего бить маниакальных больных; напротив, он одобряет Вальсальву, которого ему приходилось неоднократно видеть в те моменты, когда умалишенные обступали его со всех сторон, и он давал наставления врачам и надсмотрщикам, как обращаться с ними: только в самых крайних случаях, учил он, можно связывать больного, но делать это необходимо крайне осторожно, подкладывая мягкие ткани между повязками и кожей [2]. Очевидно, в госпитале св. Бонифация во Флоренции получили свое воплощение идеи, уже давно передававшиеся из поколения в поколение итальянских врачей.

Воззрения Морганьи встретили горячее сочувствие у его знаменитого современника Альбрехта Галлера (1708—1777), автора «Элементов физиологии», одной из великих книг этого великого века. Галлер не был психиатром, но нельзя не приписать большой роли в истории науки о душевных болезнях тому человеку, который 1) трезво реалистически смотрел на функции нервной системы и 2) ввел понятие о раздражимости тканей. Он

[1] Friedreich. Literärgeschichte, стр. 320—321.
[2] Trélat. Récherches etc., стр. 101—104.

говорил очень просто: «Я называю раздражимою всякую часть человеческого тела, которая становится короче, если она приходит в соприкосновение с посторонним телом. Я называю чувствительным волокном такое, которое дает мозгу сведения о своем прикосновении к чему-нибудь. Мышцы и сухожилия сами по себе нечувствительны, это свойство принадлежит только нервам». Галлер еще не отличал чувствительных нервов от двигательных. Это открытие 60 лет спустя после выхода в свет «Элементов физиологии» сделал англичанин Чарлс Белль.



ДОМ ДЛЯ УМАЛИШЕННЫХ (С КАРТИНЫ ГОГАРТА, XVIII В.)

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ

АНГЛИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ В XVIII ВЕКЕ

1. Келлен, Браун, Арнольд и другие. — 2. Больничное дело в Англии в описании Тенона. Сравнение с парижскими больницами. — 3. Уильям Тьюк и основание Иоркского убежища.

1

Англия XVIII века представлена была несколькими выдающимися врачами, воспринявшими от Сиденгема и Уиллиса трезво реалистические принципы научно-клинической медицины. В их распоряжении, как мы скоро увидим, уже был обширный психиатрический материал: большие лондонские и шотландские больницы пропускали ежегодно не одну сотню больных. Кроме того, Соединенное королевство славилось и некоторыми из своих частных учреждений. Эти обстоятельства объясняют появление целого ряда «трактатов» и «руководств», влияние которых, не ограничиваясь Британскими островами, простиралось далеко по всему европейскому континенту. Уже Уильям Бетти и Джон Монро [1] усердно разрабатывали различные стороны практической психиатрии, но истинным основателем этой науки в Англии был Уильям Келлен (1712—1790), профессор в Глазго. Келлен собрал вокруг себя целую школу врачей и издал в 1777 г. учебник, помимо своих достоинств, интересный для нас тем, что он был переведен на французский язык Пинелем [2].

Преподаватель медицины почти в полном ее объеме, но главным образом невролог по своим преобладающим

[1] William Battie (1704 — 1776), John Monro (1715 — 1791).
[2] W. Cullen. First lines of the practice of physic. London, 1777.

интересам, Келлен приписывал нервной системе главнейшую роль в жизни животного организма. От нее зависят, по его мнению, все отклонения душевной деятельности, которые поэтому следует называть неврозами, т.-е. поражениями нервного вещества. В таком органическом смысле, необычном для современного уха, слово «невроз» было впервые введено Келленом в систематику нозологических обозначений. Работа мозга, по мнению Келлена, колеблется между двумя полюсами: минимум он назвал атонией, максимум — спазмом. Носителями атонии и спазма являются так называемые фибры, или нервные волокна. Возможно, что он был знаком с книгой Лорри, уже успевшей к тому времени получить довольно широкое распространение. Минимальная напряженность волокон дает меланхолию, спазм — маниакальное возбуждение. Свои неврозы он помещает в отдел везаний (везания — отсутстве здравомыслия: ve — частица отрицания, sania — здравый рассудок). Везанию он разделил на четыре больших класса: 1) аменция (в смысле слабоумия), 2) меланхолия, которую он делит на несколько симптоматологических групп (с галлюцинациями, без галлюцинаций, с демономаническими идеями, с тоской по родине и т. д.), 3) мания, или общее помешательство и 4) онироднния, или состояние сноподобного помрачения сознания.

Ассистент Келлена, Джон Броун (1735—1788), автор книги «Элементы медицины»[1] (несчастный человек, погибший от алкоголя и опия), ввел в науку два новых термина: стения и астения, равнозначных келленовским спазму и атонии. Он учил, что жизнь существует только в том случае, если на организм действуют внешние стимулы, на которые живая ткань отвечает, приходя в стеническое или астеническое состояние. Видимо, стоя всецело на почве механистической натурфилософии, Броун представлял себе животную машину, как сумму сложно организованных рефлексов. Он не оставил после себя ни психиатрической классификации, ни казуистических сообщений. Однако, общий дух его мировоззрения, а также предложенные им термины, прочно удержавшиеся в науке, заставляют нас упомянуть о нем в нашем исследовании.

[1] Elementa medicinae, Edinb., 1780.

Далее к Келлену примыкает Томас Арнольд с его двухтомным сочинением «О сущности, подразделениях, причинах и предупреждении душевных болезней» [1]. Психозы возникают тремя путями: 1) от поражения самого мозга, 2) от заболевания других органов, 3) от чрезмерного напряжения душевной деятельности под влиянием моральных причин. Арнольд один из первых указал на изменение мозгового кровообращения, как на существенное условие психических уклонений. Его профилактика сводится к гигиеническим предписаниям, среди которых большую роль играют телесные упражнения, умеренность во всем и психическая тренировка, в смысле обуздания чрезмерных влечений и правильной организации умственного труда. Его современник Эслем (Haslam—1764—1844), о котором у нас будет речь ниже в главе, посвященной истории прогрессивного паралича, делает многочисленные вскрытия в Бедламе, несмотря на то, что знаменитый английский физиолог Джон Гентер старается доказать, что душевные болезни не оставляют никаких следов в мозговой ткани. К этой плеяде выдающихся врачей относятся еще Перфект (1740—1789), опубликовавший клиническую монографию из 108 историй болезни [2], где он обращает преимущественное внимание на наследственность. Совершенно в стороне стоит Гарпер, «Трактат» [3] которого, полный мистики и метафизики, переведенный в 1792 г. на немецкий язык, сделался впоследствии одной из настольных книг германской реакционной психиатрии начала XIX века. Вообще интерес к психиатрии в Англии в последнюю четверть XVIII века был очень силен. Французский психиатр Фодере объясняет это тем, что количество больных в этой стране будто бы было всегда гораздо больше, чем на континенте. Это утверждение, разумеется, не поддается проверке. Способы лечения отличались смелостью и решительностью, широко господствовали кровопускания, рвотные, слабительные, и одновременно с этим придуманы были некоторые из тех приборов, которые со временем

[1] Observations on the nature, kinds, causes and prevention of insanity, lunacy or madness. 1782—1786, 2 тома.

[2] Perfect, W. Select cases. Rochest. 1787.

[3] A. Harper. A treatise on the real cause and cure of insanity etc. London, 1789.

послужили поводом к созданию своеобразной «механотерапии» психозов, получившей широкое распространение в Германии в первой трети XIX века. Первым аппаратом были качели, которые ввел в медицинскую практику Месон Кокс [1].

2

Обратимся теперь к больничному делу в Англии. В его развитии были кровно заинтересованы средние и мелкие собственники, посылавшие своих представителей в парламент и настойчиво требовавшие в Нижней палате решительных мер к тому, чтобы их душевно-больные родственники содержались во всяком случае не хуже, чем скаковые лошади в конюшнях британских помещиков. В результате английские больницы могли считаться в то время наиболее грандиозными и совершенными. Здесь выработан был тип этих массивных громад тюремного образца, с высокими стенами, мрачного вида воротами и запорами, тяжелыми и жуткими. Видимо, этот рисунок получен был в наследство также от старинных монастырей, далеко не отличавшихся, как известно, приветливостью архитектурного стиля. Таково было Вифлеемское аббатство, превращенное в 1537 г. в знаменитый Бедлам, при чем это новое предназначение, видимо, послужило поводом для филологической порчи всем известного названия библейского городка (Бедлам— искаженное Вифлеем). Сами англичане не скрывали, что за каменной оградой знаменитой больницы несколько столетий под ряд [2], не исключая и последней трети XVIII века, была обстановка кошмарная во всех отношениях. Множество больных были прикованы к стенам цепями, голые люди валялись на соломе в одиночных камерах, куда едва проникал свет. Но зрелище считалось «интересным», и публика за умеренную плату допускалась сюда по праздникам, как в зверинец [3]. На эти доходы содержались служители и, как надлежало предполагать — вносились улучшения в различные стороны хозяйственной жизни больницы. Другая лондонская больница, больница св. Луки была основана в 1751 г. на средства, собранные по подписке.

[1] Mason Cox. Practical observations on insanity. London, 1804.

[2] Душевно-больных начали помещать туда с XV века.

[3] Brown, W. A. What asylums were, are and ought to be. Edinb., 1873, p. 100 — 101.

Здесь сразу был взят несколько иной тон — не свалочное место для безнадежных, а лечебное учреждение с особым отделением для выздоравливающих. Больница св. Луки представляла собой некоторый шаг вперед в практической психиатрии: содержание больных было лучше, врачебные обходы регулярны, и даже введено было нечто вроде трудового режима, так как поощрялись рукодельные занятия женщин и участие крепких мужчин в уборке палат и кухни. Интересно свидетельство одного просвещенного француза, командированного за два года до революции с поручением ознакомиться с постановкой больничного дела в Британии. Это был Тенон, парижский врач-хирург, имя которого не может остаться неотмеченным в истории медицины вообще и психиатрии в частности. Часть его записок (неизданную) можно видеть в парижской Национальной библиотеке, другая была опубликована в 1788 г. Но раньше чем говорить о путешествии Тенона в Англию, полезно установить те парижские впечатления, с какими он отправился в путь. Это даст нам возможность провести некоторую параллель между психиатрией во Франции и в Англии накануне Великой революции.

Тенон не пожалел красок для описания «жилищ страдания, скорби и всяческой мерзости», образцом которых была самая старая по возрасту парижская больница — Отель-Дье (Hôtel Dieu), имевшая по штату 1220 кроватей, при чем на каждой из них умещалось от 4 до 6 человек (кровати были довольно широкие). Одиночных привилегированных кроватей было 486. Кроме того, в более обширных палатах около 800 больных лежало на соломенных тюфяках или просто подстилках, загрязненных до последней возможности. В этой обстановке люди редко поправлялись после хирургических операций, и септические лихорадки представляли собой правило; вентиляции не было никакой, и рассказывают, что персонал по утрам не иначе вступал в палаты, как с пропитанной уксусом губкой под носом, пока постепенно не осваивался с воздухом, от которого успевал отвыкнуть за ночь. Знаменитый Кювье сообщает, что когда правительство в 1785 г. поручило Академии наук составить доклад о парижских больницах, администрация Отель-Дье не постеснялась запретить комиссии доступ в больницу.

Об этом вертепе Тенон в течение нескольких лет собирал сведения, при чем то, чего он не мог увидеть самолично, сообщали ему приятели-врачи, работавшие там. В конце концов он составил несколько докладов, приведших в немалое смущение и правительство и широкие слои публики. Виновных, в настоящем смысле слова, трудно было найти: виновата была крайняя нищета Франции, полное банкротство государственного казначейства. Однако, буржуазия не замедлила откликнуться на объявленную подписку, и в течение нескольких дней было собрано до трех миллионов франков. Академия начала рассматривать план четырех больниц, и Тенон как-будто достиг той цели, к которой стремился всю свою жизнь. Но вдруг, за год до революции, королевское правительство, в конец обнищавшее, наложило тяжелую руку на собранный по грошам капитал. Таковы сведения, сообщаемые Кювье. Несомненно, впечатления Тенона о парижских больницах должны были быть ужасающими, если все увиденное им в Лондоне показалось ему чуть ли не верхом благополучия. Он с одобрением отмечает два пункта: 1) бедных лечат бесплатно и 2) не допускается публика, которая, как известно, не стесняется из чужого несчастья устраивать себе спектакль. Вот что, между прочим, писал Тенон: «...больных не раздражают, разговаривают с ними ласково... На койках они лежат привязанные за одну ногу, но днем их выводят из камер, предоставляя им свободу прогуливаться по галерее или во дворе, на открытом воздухе; у совершенно безумных связывают руки назад длинными рукавами; впрочем, это не мешает ходить взад и вперед, и таким образом больные меньше раздражаются»[1]. Даже Бедлам произвел на Тенона далеко не безотрадное впечатление. Он подробно описывает, видимо, в назидание соотечественникам, как хорошо кормят там душевно-больных: утром дают кашу, в обед — мясо, кружку пива, три раза в неделю — бульон, в пять часов вечера — хлеб с маслом; четыре раза в неделю, когда не полагается бульона, варят молочный суп. По вторникам, начиная с марта и до сентября, подают жареную или вареную баранину, по четвергам — телятину, по воскресеньям —

[1] См. Pézé. Les précurseurs de Pinel. Thèse. Paris, 1922.

говядину, а в течение летних месяцев — 6 раз угощают свининой; ко всему этому прибавляется молоко, картофель, капуста. И все эти разнообразные блюда чередуются по дням, неделям и месяцам с точностью часового механизма. Далее он рассказывает о двух больших залах, дающих возможность гулять и развлекаться играми (он видел группу играющих в кости больных, за которыми издали незаметно наблюдал надсмотрщик); несколько человек прохаживались с руками, завязанными на спине; только немногие в палатах были прикреплены цепью к койке за руку или за ногу. Посещение Бедлама 15 июня 1787 г. обогатило французского путешественника многими сведениями, как например: «бурно протекающие случаи дают больше шансов на поправление», «самостоятельно возникающее помешательство более благоприятно, чем наследственное», «душевные болезни на почве гордости и фанатизма — неизлечимы, и лучше, если причиной послужили любовь или деньги» и, наконец, «нет больных страшнее рыжих». Кроме Англии, Тенон собирал материалы также о континентальных больницах. Вел переписку с Италией и Швейцарией, при чем женевский корреспондент пишет ему в 1787 г., что по его наблюдениям «мягкий режим лучше действует на больных, чем суровые меры».

Жак Рене Тенон (1724—1816), большой врач-общественник, не дожил до полного осуществления всех своих замыслов в деле реформы больниц. Мы не знаем, но, конечно, догадаться нетрудно, каково было отношение Тенона к преобразовательной деятельности его знаменитого современника, протекавшей в последние десятилетия XVIII века. Нисколько не желая умалять заслуги Пинеля, можно, однако, утверждать с полным правом, что связанный с его именем героический период в истории психиатрии, совпавший с Декларацией прав человека и гражданина, был результатом деятельности целой группы людей, вдохновленных не только более точно оформившимися директивами теоретической и практической медицины, но еще в большей степени идеологическим содержанием переживаемой ими эпохи. Среди этих людей, находившихся [1]

[1] См. Semelaigne, R. Les grands aliénistes et philanthropes. Paris, Steinheil, 1912.

в постоянном общении друг с другом, виднейшее место принадлежит Тенону.

3

Некоторые данные заставляют думать, что впечатления, вынесенные Теноном из Англии, были слишком оптимистичны. Возможно, что ему, как иностранцу, показали далеко не все. Но, как бы то ни было, другие свидетели рисуют нам положение психиатрической помощи в Англии совершенно в другом свете. Прежде всего установлено, что с конца восьмидесятых годов входная плата в Бедлам для посетителей была понижена до 1 пенса. И по воскресным дням в этот «зверинец» устремлялись новые массы публики. На помещенном выше снимке с картины Гогарта изображены две такие посетительницы, из которых одна стыдливо закрывается веером, а другая украдкой рассматривает обнаженного больного с короной на голове. Избиение больных было в полном ходу. Не говоря уже о невежественных надсмотрщиках, даже такой культурный человек, как Келлен, советовал поколачивать непослушных больных для острастки. Положение душевно-больных было печально еще и в другом отношении: многие попадали не в больницы, а в тюрьмы, где было, конечно, значительно хуже, чем в Бедламе или у св. Луки. Джон Говард [1], знаменитый филантроп, который в восьмидесятых годах объезжал всю Европу, изучая места заключения и госпитали (интересно отметить, что, попав в Россию, он умер от тифа в Херсоне), писал об Англии в 1786 г., что «есть тюрьмы, куда сажают идиотов и помешанных, не зная, как избавить иначе от них здоровых, которых они расстраивают и волнуют. Там они гибнут, лишенные всякого ухода, между тем, как при других условиях, многие из них могли бы выздороветь и сделаться снова полезными членами общества». Надо думать, что в провинциальных городах дома для умалишенных были не лучше, если не хуже лондонских. Об одном из них мы имеем документальные сведения. В городе Иорке, в начале девяностых годов, было заведение для помешанных, об ужасном состоянии которого ходили самые упорные слухи; туда не

[1] John Howard (1726 — 1790).

допускали никого из родственников; больных морили голодом, били и держали прикованными к стене. Но кажется приходится благодарить администрацию этого учреждения, так как не будь там возмутительных порядков, быть может, никогда не осуществилось бы великое дело, связанное с именем этого английского городка. Здесь мы подходим к одному из важных этапов в истории психиатрии.

В начале девяностых годов в иоркском доме для умалишенных содержалась женщина, принадлежавшая к секте квакеров, или, по другой терминологии, к «обществу друзей». Оторванная от родных, она умерла от никому неизвестной болезни; тогда стали говорить о загадочности ее смерти, о преступной небрежности, о вопиющих жестокостях. Этим делом был сильно взволнован шестидесятилетний старик Уилльям Тьюк, всеми уважаемый квакер, родившийся в 1732 г. в этом самом Иорке, где дед его незадолго до первой английской революции был заключен в тюрьму за независимые убеждения. Тьюку пришла мысль построить больницу, в которой больных содержали бы по-человечески, хорошо лечили и допускали к ним родных и друзей. Желая убедиться в том, как вообще в королевстве поставлено психиатрическое дело, он побывал в Лондоне и других городах. Зрелище больных, валяющихся на соломе, в грязи и цепях укрепило его в этом решении. После первоначальной неудачи заинтересовать «общество друзей» ему удалось в конце концов собрать пожертвования, и вскоре в окрестностях Иорка приобретен был участок земли — тот самый холм, на котором когда-то парламентская армия, осаждавшая город, разместила свои батареи [1]. Прежнее поле сражения должно было сделаться местом мирного культурного начинания. В 1792 г. заложен был первый камень с надписью:

Hoc fecit amicorum caritas in Humanitatis argumentum
Anno DMJ MDCCXCII [2]

Молодая невестка Тьюка, Мэри, предложила назвать учреждение «убежищем», и это было принято, чтобы оттенить основную тенденцию нового дела: дать приют, в истинном

[1] Баженов, Н. Психиатрические беседы на литературные и общественные темы. Москва, 1903.

[2] Сие исполнено состраданием друзей во имя человечности. Год от РХ — MDCCXCII.

смысле слова, тихую пристань, где «полуразбитая барка может быть исправлена для нового плавания или же, в крайнем случае—найти спокойное убежище от ветра и бури».

Норкское убежище было открыто 11 мая 1796 г. Его первым врачем был Фоулер, имя которого бессмертно по «solutio arsenicalis». Ему было в это время 60 лет и он никогда до этого не занимался психиатрией, — рассказывает Семелень, — но несчастные, порученные его заботам, возбуждали в нем такое живое сочувствие, что он с юношеским пылом принялся за новое для него дело. Охотнее всего он назначал теплые ванны и питательную диэту; он пользовался огромной любовью больных, которым уделял массу времени. Норкское убежище по внешнему виду казалось обыкновенной усадьбой. Оттуда, как на ладони, виден был город с его башнями и шпилями. Решеток на окнах не было. Из мер стеснения применялась только горячечная рубашка—этот огромный шаг вперед по сравнению с наручниками и цепями. Для слишком беспокойных больных были изоляторы. Тщательно проводилось деление больных на группы. Были особые сады и дворики для прогулок, а в доме организованы светлые помещения для дневного пребывания, для занятий и игр. Особое внимание уделялось огородным, садовым и земледельческим работам. Если взглянуть на сохранившиеся планы и рисунки убежища, перед нами будет хорошо устроенное почти современное учреждение. Уильям Тьюк до конца жизни руководил своим убежищем [1]. Видимо, это был человек совершенно исключительный. Он умер 90 лет, в 1812 г. Сделанный им подвиг, по своему идейному объему и огромному жизненному содержанию, является, несомненно, одним из значительнейших фактов в истории психиатрии. Поразительно, однако, что известия о нем в то время почти не проникли на континент. Норк, так же, как городок Шамбери, где работал Дакен, был небольшим провинциальным пунктом, и то, что делалось там, не могло иметь мирового значения. В конце XVIII века всякое начинание, чтобы иметь шансы на успех и сделаться активным фактором в историческом смысле, должно было пройти через мировой центр — Париж.

[1] Hack Tuke. History of the insane in the British Isles. Lond., 1882.

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ

ЭПОХА ВЕЛИКОЙ ФРАНЦУЗСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

1. Проекты больничных реформ накануне Революции. Доклады Коломбье и Байи. Образование больничной комиссии. — 2. Кабанис. Его жизнь и деятельность.

1

В Париже почва была уже подготовлена. Еще в 1781 г. декретом знаменитого Неккера провозглашалась необходимость широких больничных реформ. В 1785 г. появился доклад Коломбье: «Инструкции о способах обращения с душевно-больными»[1]. В этом докладе содержатся следующие слова: «избиение больных надо рассматривать как проступок, достойный примерного наказания». Генеральный инспектор больниц и тюрем всей Франции Жан Коломбье, родившийся в 1736 г. и умерший в 1789 г. в самый день отмены феодальных привилегий, должен быть по справедливости причислен к идейным предшественникам Пинеля. За два года до его смерти аналогичный доклад представлен был Байи, членом комиссии по реформе Hôtel Dieu, в которую входили Лавуазье, Лаплас и Тенон. Однако, все эти декреты, инструкции и доклады так и остались в шкафах министерства внутренних дел. Грянувшая революция сперва также не имела ни времени ни возможности обратить внимание на положение душевно-больных. Только в 1791 г. правительство формирует Больничную комиссию, в которую назначаются

[1] Colombier. Instructions sur la maniére de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés (доклад на 44 страницах).

Кабанис, Кузен [1] и Туре [2]. Имя первого хорошо известно в истории французской культуры. Мы сейчас увидим, чем обязана ему наша наука.

2

Пьер Жан Кабанис (Pierre-Jean Cabanis — 1757—1808), сын адвоката, еще мальчиком воспринял просветительные идеи XVIII века, был другом Кондильяка, Гольбаха, Даламбера, Дидро и в 1778 г. имел честь быть представленным самому Вольтеру, накануне его смерти. Диплом врача он получил в Реймсе в 1775 г. Свои мысли о госпитальном деле он изложил в статье «Соображения о больницах», опубликованной зимой 1789/90 г. Между прочим, он говорит там о больницах нового типа, небольших по размерам, но многочисленных, где врачи имели бы право читать клинические лекции над больными; затрагивая вопрос об уходе за «маниакальными больными», Кабанис говорит, что непосредственный надзор за ними должен быть поручен людям гуманным, которые бы знали меру строгости, необходимой лишь для того, чтобы воспрепятствовать каким-нибудь несчастным случайностям. Его капитальное сочинение «Соотношения между физическим и психическим», начавшее выходить в 1799 г., было закончено в 1802 г. [3] В этом классическом произведении, явившемся завершением идей Ламеттри, великий врач-материалист изложил впервые всю историю человека, по выражению Дестют-де-Трасси, как «составную часть общей физики».

Кабанис не был психиатром в тесном смысле этого слова. Но интерес к душевным болезням не мог оставаться вне его кругозора в ту эпоху, когда образованность каждого культурного француза носила такой широко энциклопедический характер. К тому же на другой день после разрушения Бастилии естественно было подумать о судьбе других заключенных, до известной степени также имеющих

---

[1] Cousin, Jacques (1739 — 1800), профессор физики в Collége de France, покровитель Пинеля с момента приезда последнего в Париж в 1778 г.

[2] Thouret, Michel (1757 — 1810), член Медиц. о-ва, первый директор École de Santé, также один из близких Пинелю людей.

[3] Cabanis. Rapports du physique et du moral.

право на свободу, провозглашение которой состоялось в такой внушительной обстановке. Кабанис восстает против той легкости, с какой, по первому требованию родственников, друзей и просто соседей, широко раскрываются двери заведений для умалишенных. В этом кроется социальная опасность, — говорит он. — Разве не известно, например, что в Бисетре в «крепких отделениях» содержатся люди, душевное здоровье которых ни для кого не составляет вопроса? Правда, иногда в «сумасшедший дом» по протекции водворяют человека, которому по закону следовало бы быть не там, а в Бастилии, до ее разрушения. Но если многим кажется более приятным очутиться вместо тюрьмы среди буйно-помешанных, то это не исключает возможности и таких случаев, когда в эти условия попадает человек, не заслуживающий ни того, ни другого. Одним словом, необходимо оградить французских граждан от грубейшего произвола.

В своей книге «Об общественной помощи» [1] Кабанис подробно разбирает технику помещения в больницу. Если, — говорит он, — человек психически здоров, или же когда незначительные изменения в его душевной деятельности не угрожают ни его собственной, ни чужой безопасности и не нарушают общественного покоя, никто не имеет права, даже все общество в целом, посягать на его свободу, для ограждения которой государство должно принимать все имеющиеся в его распоряжении меры. Если душевная болезнь доказана, и пребывание больного на свободе представляет значительное неудобство, возникает вопрос о помещении его в специальное учреждение, содержимое на национальные средства. Но даже, если такой больной останется в семье или же будет передан каким-либо частным лицам на попечение, он может быть лишен самостоятельности только при соблюдении определенных правовых норм; на обязанности соответствующих властей лежит: не упускать его ни минуты из виду и всегда быть наготове отменить лишение гражданских и политических прав в тот момент, когда врачи — единственно компетентные судьи в таких случаях, — уже не видят в том надобности. Поэтому все места, где содержатся душевно-больные,

[1] Quelques principes et quelques vues sur les secours publics.

должны быть отданы под непрестанное наблюдение соответствующих инстанций и специальный надзор полицейских органов. Если больной водворен в больницу и картина болезни его не совсем ясна, то заведующий врач должен поместить его в условия строжайшего наблюдения и приставить к нему служителей, наиболее способных и привычных в обращении с душевно-больными. Представим себе случай, что по истечении достаточного периода времени у человека не обнаружено никаких признаков помешательства. Тогда, если только его состояние нельзя рассматривать как светлый промежуток, ему должна быть предоставлена полная свобода действия по первому его требованию. Что делать, если больной возбужден? Здесь надо применить меры стеснения [1], однако, обязательно надо следить за тем, чтобы они не переходили в насилие, так как бесполезная жестокость ухудшает течение болезни. В Англии, — рассказывает Кабанис, — уже не пользуются веревками, которые сдавливают и повреждают ткани, не употребляют цепей, при посредстве которых душевно-больные наносили себе ушибы, но «надевают на больного узкий жилет из плотной ткани, стесняющий движение рук. Опыт показал, что нет другого более действительного средства. После тщетных усилий освободиться, больные вскоре успокаиваются». Если больной спокоен, — продолжает Кабанис, — у нас есть в распоряжении одно средство лечения — это работа: «пока душевно-больные могут трудиться, надо предоставить им эту возможность, уговаривать и даже заставлять их работать. Необходимо организовать такие условия, при которых можно было бы собрать возможно большее число наблюдений, так как психиатрия представляет собой «крайне значительный по объему и интересный по содержанию отдел медицины, который мог бы со временем самым удивительным образом осветить все учение о человеке». Здесь Кабанис как бы предвидит в далеком будущем огромную роль психопатологии и психиатрии для уяснения многих механизмов нормальной психической деятельности. В своей несомненно составившей эпоху книге «Соотношения между физическим и

[1] Genil-Perrin. La psychiatrie dans l'oeuvre de Cabanis. Rev. d. Psychiatr., Octobre, 1910.

психическим» сам Кабанис уже приступил к этой задаче. Физическое служит основой для психического — эту основную идею он иллюстрирует данными патологической анатомии, перечисляет недостатки развития, деформации черепа, воспаление и обызвествление мозговых оболочек, расширение сосудов в желудочках мозга и целый ряд других посмертных находок, которым соответствовали при жизни идиотизм, судорожные припадки, бред. Такие идеи, конечно, даже для того времени не отличались особенной новизной: это были отзвуки из Ламеттри, Гольбаха и «Великой энциклопедии». Но в изложении Кабаниса уже знакомые современникам мысли выступали вперед в сомкнутом строе, выпукло, в систематической обработке. «Душевные болезни — это болезни мозга» — было не только истиной медицинского порядка, но также и идеологическим лозунгом революционной эпохи.

Значительно более оригинальна другая идея Кабаниса: «Есть еще одна причина душевных болезней, — говорит он, — а именно — общественная обстановка, при которой живет и работает человеческий мозг. Когда социальная жизнь построена уродливо и жестоко, мозговая деятельность чаще уклоняется от правильного пути». В аргументации Кабаниса слышатся отзвуки учения Руссо о вредном действии цивилизации, но выводы его совершенно иные: женевский философ мечтал о движении вспять и идеализировал естественное состояние людей; врач-революционер следующего за Руссо поколения предвидит непрерывное совершенствование культуры и всех ее благ. Социальным причинам болезней в прошлом он противополагает социальную терапию в будущем. Он верит, что «разумно организованные учреждения, осуществляющие идею истинной республики, представляют самое верное средство борьбы с душевными заболеваниями». Наступит пора, — говорит Кабанис, — когда «общество не будет держать человека в унижении всю жизнь, и его не будет окружать с колыбели обстановка, насквозь пропитанная невежеством, предрассудками и нищетой». Нельзя не отметить еще некоторые интересные мысли этого замечательного врача. Не будучи психиатром по специальности и не вникая подробно в вопросы классификации душевных болезней, которая была принята в его время, Кабанис, однако,

недоволен подразделениями психозов, он требует «этнологической систематики».

«Насколько правильней, — говорит он, — отказаться от отвлеченно теоретических соображений и составить группировку психических расстройств на основании хорошо проверенных фактов и признаков, отличающихся постоянством, т.-е. составить классификацию душевных болезней по их причинам, отделив излечимые состояния от неизлечимых. Медицина и идеология в одинаковой степени выиграли бы от этого». В этом пункте Кабанис также заглядывает далеко вперед: через 60 лет появится гениальный Морель с его попыткой распределить психозы по их основным причинам, а еще полстолетия спустя придет Крепелин, для которого излечимость и неизлечимость будут служить одним из главных критериев для клинической диагностики [1].

---

[1] О Кабанисе см. еще Poyer: Cabanis. Louis-Mischaud, Paris.

ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ

ПИНЕЛЬ, ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

1. Жизнь в Монпелье и первые годы в Париже. Дружба с Кабанисом и назначение в Бисетр. — 2. Снятие цепей с душевно-больных по преданиям и в изложении самого Пинеля. Роль Пюссена. — 3. Научные идеи Пинеля. Идейное «завещание» Пинеля.

1

За деятельностью Больничной комиссии, во главе которой стоял Кабанис, следил человек, уже несколько лет живший в Париже, — тридцатитрехлетний скромный провинциал, прибывший в 1778 г. в мировую столицу пешком без денег, но с обширным запасом разносторонних и хорошо систематизированных знаний, с большими, разумеется, надеждами и широкими планами, но, конечно, без малейшего предвидения той великой роли, которую ему суждено будет играть в практической и теоретической психиатрии конца XVIII и начала XIX веков.

Филипп Пинель родился на юге Франции, в местечке Эпроке, в живописной долине древней Альбигойской провинции, 20 апреля 1745 г. Он происходил из врачебной семьи, но первоначальное образование получил в духовном училище и предназначался в священники; однако, еще на школьной скамье, в Лавуре, молодой семинарист зачитывался философскими сочинениями просветительной эпохи, когда Вольтер и Руссо были в апогее своей деятельности и мировой славы. Распрощавшись с семинарией, Пинель переселился в Тулузу и поступил в университет на естественно-исторический факультет, где потом защитил

диссертацию на тему «О достоверности, которую математика дает нашим суждениям при занятиях науками». Самая тема уже характеризует Пинеля, который всю свою жизнь чувствовал стремление к максимальной четкости мысли и точности ее словесного выражения. Разумеется, Монпелье, этот знаменитый университет, должен был привлечь его внимание, и в 1774 г. он направляется туда для изучения медицины. Здесь все было еще полно славой недавно умершего Буасье-де-Соважа и здесь же в то время высоко поднималась звезда виталиста Бартез[1], о котором Пинель впоследствии написал несколько слов, крайне характерных для направления его мыслей: «Бартез полон крайней самоуверенности, он усвоил себе догматический тон и предается метафизическим рассуждениям о принципе жизни». Очевидно, ум молодого Пинеля, воспитанный на сочинениях Локка и Кондильяка, имел совершенно иную установку. Но не все ученые Монпелье походили на Бартеза. У Пинеля было несколько других преподавателей, удовлетворявших потребностям его натуралистического ума: физиолог Ламюр, зоолог Гуан, химик Венель и некоторые другие, у которых он получил превосходную естественно-научную подготовку.

В этот период своей жизни Пинель близко сошелся с молодым химиком Шапталем, человеком крайне впечатлительным, поражавшим не в меру большой отвлекаемостью, не знавшим, куда приложить свои недюжинные таланты; Пинель, более выдержанный и спокойный, попробовал применить к своему молодому приятелю психическое лечение, состоявшее в ежедневном регулярном чтении нескольких страниц из Монтеня, Плутарха и Гиппократа. Неизвестно, каков был результат этой психотерапии, но, очевидно, молодой Пинель уже тогда чувствовал в себе способность и охоту направлять мысли людей на пути, которые казались ему правильными. В то же время произошло одно событие, несомненно имевшее влияние на его последующую судьбу. Товарищ-студент, англичанин, выучил его своему языку, и таким образом Пинелю стала доступна в подлиннике вся общая и медицинская литература

[1] Barthez, Paul-Joseph (1734—1804) был последователем Шталя.

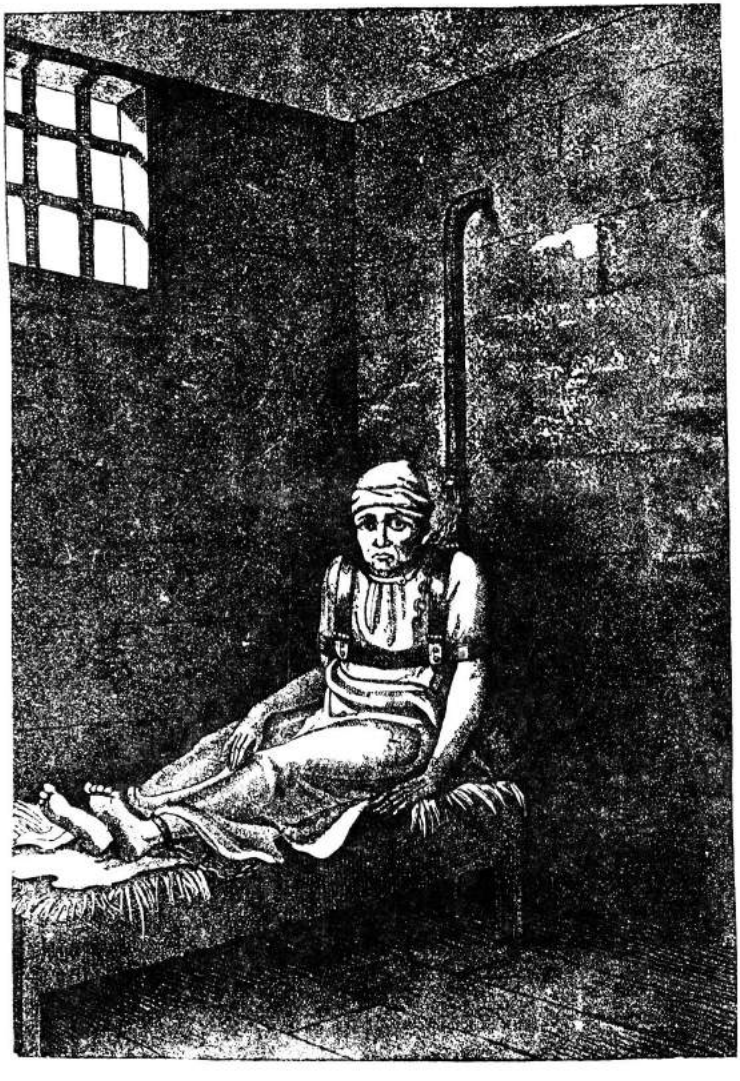


Рис. 3. Камера в Сальпетриере (XVIII век).

Британии. Талантливый лингвист, свободно читавший классиков, Пинель принялся за перевод «Основ практической медицины» Келлена, который он закончил уже в Париже и выпустил в свет в 1785 г. Хотя он впоследствии и полемизировал с Келленом, однако, взгляды этого замечательного шотландского врача легли в основу многих медицинских воззрений Пинеля. В год смерти Вольтера и Руссо Пинель и его английский друг, после интересного путешествия пешком, о котором они уже стариками вспоминали при встрече в Париже, вступили на столичную почву, где их встретил Шапталь — товарищ по Монпелье, теперь уже видный ученый. После обязательного паломничества на могилу Руссо в Эрменонвилле, вошедшего в обычай у людей поколения, объявившего беспощадную войну прошлому, — начался парижский период жизни Пинеля.

Уже веяло издалека резким воздухом надвигавшейся революции. Третье сословие настойчиво добивается прав; борьба с абсолютизмом за свободу инициативы и с духовенством за свободу мнений придавала французской мысли исключительную остроту, точность и сверкающий полемический блеск. Уже давно Вольтер привез из Англии ясные принципы ньютоновской философии природы. Сама Франция уже могла гордиться огромными математическими и естественно-научными достижениями. Традиции Декарта воплотились в идеях Лагранжа, Даламбера, Мопертюи, Бюффона. Сенсуализм Гоббса и Локка только-что получил яркую формулировку у Кондильяка, посвятившего немало страниц доказательству того, что психический мир человека, не заключая в себе никаких врожденных идей, развивается постепенно, по мере роста организма, под непосредственным влиянием среды. Пусть, — говорил он, — заставят человека с раннего детства расти и развиваться в полном одиночестве, где-нибудь в слабо-освещенном подземном покое, не сообщая ему мыслей других людей, и пусть посмотрят потом, какие будут у него идеи и поймет ли он что-нибудь из обращенных к нему слов, обнаружит ли чем-нибудь разумную душу, «бессмертную часть божества!» Нет ничего в сознании, что не прошло бы раньше через органы чувств: не только воспоминания и образы фантазии, но также умозаключения, желания,

любовь, страх и даже воля, направленная на добро или зло — все это не что иное, как видоизмененные ощущения — sensations transformées[1]. Мы знаем достоверно, что книгу Кондильяка прилежно изучал Пинель. И, конечно, рядом на его столе часто лежал какой-нибудь из 28 томов «Великой энциклопедии наук, искусств и ремесл», издание которой, начатое в 1751 г., было закончено к 1772 г. Сперва настроенная только скептически (время сотрудничества Даламбера), энциклопедия становится определенно-материалистической, когда ее главным столпом делается Дидро. Нельзя сомневаться и в том, что одной из настольных книг молодого врача, кроме «Человека-машины» Ламеттри, было появившееся в 1770 г. сочинение, в котором соединились воедино все разрозненные элементы, выработанные в отдельности в предыдущие десятилетия: материализм Ламеттри, сенсуализм Кондильяка, детерминизм Дидро. Это была «Система природы» Гольбаха[2], библия материализма, боевое оружие против церкви и метафизики. Быть может молодой Пинель обратил внимание на следующие слова этой книги: «Если бы руководствоваться опытом, а не предрассудками, то психическая медицина могла бы разрешить загадку человеческого сознания, и можно было бы рассчитывать на то, что путем ухода за телом, иногда вылечивалась бы душа». Но в то время, когда читались и комментировались приведенные мысли Гольбаха, как раз этот-то уход за телом душевнобольного и находился в самом печальном положении. Среднего достатка парижане уже с трудом мирились с отчаянным состоянием тех больничных учреждений, куда они вынуждены были сами ложиться в случае болезни и помещать своих близких родственников. Об этом много говорили в интеллигентных кругах революционно настроенного Парижа, в знаменитых салонах, в этих просвещенных собраниях ученых мужчин, группировавшихся вокруг какой-нибудь умной женщины, как, например, вдовы философа Гельвеция, у которой собирался весь цвет тогдашнего

---

[1] Кондильяк, Этьен (1715—1780); его главное сочинение — «Traité des sensations».

[2] Гольбах, Поль (1723—1789); его «Système de la nature» вышла в 1770. Надо думать, что это — коллективный труд (см. Деборин, Философия и марксизм, М., Госиздат, 1926, 185—243).

Парижа: математик Даламбер, химик Лавуазье, философ Кондорсе и, наконец, знаменитый заокеанский гость, американец Франклин. Здесь, принимая самое деятельное участие в жизни великой столицы, Филипп Пинель, как равный среди равных, постоянно общался с Кабанисом, будущим председателем Больничной комиссии.

В 1784 г. Пинель делается редактором Gazette de Santé, как раз в момент зарождения новой науки — гигиены, задачи которой в их индивидуальном и, частично, общественном освещении начинают привлекать внимание медицинской мысли. К этому времени относится одно случайное обстоятельство, пробудившее интерес Пинеля к душевным болезням. Он уже заканчивал перевод книги Келлена, когда один из его друзей заболел психозом и был помещен в частную лечебницу врача Бель'ома (итак, в Париже в то время существовали частные психиатрические учреждения!). Пинель регулярно навещает больного и постепенно становится сотрудником лечебницы, где и работает несколько лет под ряд. Здесь он находит свое настоящее призвание. Из-под его пера начинают появляться специальные психиатрические работы. В 1787 г. он печатает в своей Gazette de Santé статью под заглавием «Не появляются ли приступы меланхолии чаще и в более сильной степени в первые зимние месяцы?», а в 1789 г. статью — «Наблюдение над психическим режимом, наиболее целесообразным при лечении маниакальных больных». 30 августа 1791 г., почти накануне своего роспуска, королевское медицинское общество объявило конкурс на тему: «О средствах наиболее действительных при лечении душевно больных, заболевших до наступления старости». Пинель принял участие в этом конкурсе. Остается невыясненным, получил ли он премию, но один из членов конкурсного жюри, Туре, вспомнил о нем, войдя потом в состав Больничной комиссии. Есть все основания предполагать, что Пинель неоднократно участвовал, вместе с членами комиссии, в обсуждении наболевших вопросов.

В это время революция была уже в полном разгаре. Сметая повсюду старый порядок, она не могла не проникнуть и в казематы «сумасшедших домов». Психиатрия должна быть благодарна Кабанису и Туре за то, что, разбирая вопрос, кого лучше назначить врачем Бисетра, они остановили

свой выбор на человеке, всей своей предыдущей жизнью подготовленном к тому подвигу, с которым связано его имя. Назначение состоялось декретом от 25 августа 1793 г. Недюжинная сила поставлена была на широкую общественную работу. Началась новая эпоха в истории психиатрии, первые моменты которой запечатлены, в несколько стилизованном виде, на известной картине Робера Флери, изображающей снятие цепей в Сальпетриере. Но это было уже более поздним актом в реформе Пинеля: первые железные наручники упали не там, а в Бисетре.

2

Бисетр был огромным свалочным местом для нищих, бродяг, проституток, преступников. Уголовные содержались там в ожидании дня, когда, выстроенные длинной шеренгой, они должны будут приготовиться к отправке в Тулон или Брест, где поджидал их корабль, готовый взять курс на Кайенну. В других помещениях этого старинного аббатства, принадлежавшего около 1284 г. кардиналу Винчестеру (отсюда сперва искаженное Висестр, а потом — Бисетр), находились под замком люди, для которых путешествие на каторгу в Южную Америку явилось бы истинным благодеянием, по сравнению с перспективой до конца жизни оставаться здесь, в конурах, где со стен капала вода и по гниющей соломе шуршали крысы. Об этом докладывал Учредительному собранию Ларошфуко и напомнил через много лет Паризе, уже после смерти Пинеля.

Задача, которую поставил себе Пинель, не могла быть осуществлена сразу, одним лишь распоряжением главного врача. Железные наручники были не столько проявлением невежества и жестокости, сколько необходимыми последствиями бисетрского режима. В своем дневнике, а также в нескольких местах вскоре ставшего знаменитым «Трактата о душевных болезнях»[1], Пинель рассказывает подробности этого события. Эти отрывки дают возможность

[1] Pinel, Ph. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Первое изд. 1801, второе — 1809. Есть русское издание: Медико-философское учение о душевных болезнях, перев. К. Н. Ковалевской и А. И. Ющенко под ред. П. И. Ковалевского. СПБ., 1899.

отделить реальные факты от легендарных прикрас. Но необходимо привести и последние, как вошедшие романтической частью в историю психиатрии.

Несмотря на поддержку Больничной комиссии, первые слухи о нововведениях в Бисетре возбудили подозрение властей. Известный организатор революционных трибуналов, Кутон, в то время председатель Парижской коммуны, вызвав Пинеля, будто бы заявил ему: «Гражданин, я приду навестить тебя в Бисетре, и горе тебе, если ты нас обманываешь, и между твоими помешанными скрыты враги народа». На другой день, действительно, Кутон явился в Бисетр (или, вернее сказать, его принесли на носилках, так как он был параплегиком). Крики и вой больных, которых он собирался расспросить по одиночке, скоро надоели ему и, покидая больницу, он сказал Пинелю: «Сам, ты, вероятно, помешан, если собираешься спустить с цепи этих зверей. Делай с ними, что хочешь, но я боюсь, что ты будешь первой жертвой собственного сумасбродства». Легенда говорит, что сейчас же, по отъезде Кутона, Пинель освободил несколько десятков больных. Первый, кого расковали, воскликнул, увидев солнце: «как хорошо, как давно я не видел его!» Это был английский офицер, просидевший на цепи 40 лет. Второй—писатель, до такой степени одичавший, что отбивался от Пинеля и его помощников, через несколько недель был выпущен здоровым. Третий — силач огромного роста, проведший в Бисетре 10 лет, вскоре был сделан служителем в отделении и потом однажды спас жизнь Пинелю, когда на улице возбужденная толпа окружила его с криками à la lanterne (на фонарь его!). Такова легенда, которая здесь, как обычно, сильно греша в реальных фактах, правильно освещает общую идею события. Документальные данные содержатся в нижеследующих строках Пинеля:

«§ 190, II. О способах укрощения душевно-больных. Пользование цепями в домах для умалишенных, повидимому, введено только с той целью, чтобы сделать непрерывным крайнее возбуждение маниакальных больных, скрыть небрежность невежественного смотрителя и поддерживать шум и беспорядок. Эти неудобства были главным предметом моих забот, когда я был врачем в Бисетре в первые годы революции; к сожалению, я не успел добиться уничтожения этого варварского и грубого обычая, несмотря на удовлетворение, которое я находил в деятельности



ПИНЕЛЬ В САЛЬПЕТРИЕРЕ (С КАРТИНЫ Р. ФЛЕРИ)

смотрителя этой больницы, Пюссена, заинтересованного наравне со мной в осуществлении принципов человечности. Два года спустя ему удалось успешно достичь этой цели, и никогда ни одна мера не оказала такого благодетельного эффекта. 40 несчастных душевно-больных, многие годы стонавших под бременем железных оков, были выпущены во двор, на свободу, стесненные только длинными рукавами рубашек; по ночам в камерах им предоставлялась полная свобода. С этого момента служащие избавились от всех тех несчастных случайностей, каким они подвергались, в виде ударов и побоев со стороны закованных в цепи и в силу этого всегда раздраженных больных. Один из таких несчастных находился в этом ужасном положении 35, а другой 45 лет; теперь на свободе они спокойно разгуливают по больнице»[1].

Очевидно, все совершилось далеко не так быстро, как говорит предание. Интересно в этом отрывке упоминание о Пюссене, которому Пинель словно приписывает главную роль в осуществлении реформы. Этого своего сотрудника по Бисетру (перешедшего впоследствии вместе с ним в Сальпетриер), Пинель рисует даже как своего наставника в практической психиатрии. Вот его слова, обессмертившие Пюссена: «Мог ли я пренебрегать запасом идей и наблюдений, собранных в течение длинного ряда лет таким человеком, каким был Пюссен? В беседах с этим опытным помощником невольно приходилось отказываться от догматического тона врача». И он любил продолжительные беседы со своим надзирателем, который был, повидимому, живой хроникой Бисетра, ходячим архивом многих сотен безыскусственных историй болезни. И художник Робер Флери не забыл поместить его на своей картине: это он, Пюссен, в фартуке, без шляпы, стоит, слегка наклонив голову и устремив почтительный взгляд на Пинеля.

Последующие годы Пинеля прошли в многообразной деятельности: с 1794 г. он в течение некоторого времени занимал кафедру медицинской физики и гигиены, а с 1795 г. до 1822 г. преподавал внутренние болезни и психиатрию; результатом этой деятельности, кроме уже названного «Трактата», была его книга «Философская нозография», которая оставалась в течение четверти века самым популярным французским руководством по внутренней патологии. На его лекции собирались врачи со всех сторон.

[1] Traité etc. стр. 152.

В 1803 г. он был сделан академиком, в 1806 г.—консультантом при дворе Наполеона. Он умер 26 октября 1826 г.—восьмидесятилетним старцем, и был похоронен на кладбище Пер-ла-Шез [1].

25 октября 1892 г., в день столетия со дня реформы Пинеля, русский психиатр Баженов произнес в годичном заседании Московского общества невропатологов и психиатров речь, озаглавленную: «Ю б и л е й н ы й г о д в и с т о р и и п с и х и а т р и и», где дал яркую характеристику главного труда Пинеля — его общественно-больничной деятельности. Обращаясь к молодым врачам, будущим психиатрам, Баженов говорил:

«Когда после ваших учебных лет наступит лучшая пора вашей жизни, ваши годы странствий, и вы поедете совершенствоваться в заграничные школы, вы, конечно, не пропустите Парижа. Из центра города, из шумной, многотысячной толпы — мимо больших бульваров, мимо роскоши монументальных рынков современной индустрии, мимо банков и театров, ступайте на ту сторону Сены, в Латинский квартал; минуйте и его, оставьте за собой Сорбонну и Медицинскую школу, Пантеон и Обсерваторию и идите дальше на окраину города. Она теперь разрослась и там тоже прошли широкие авеню и бульвары; некогда тут были пустыри, и бедный люд, селившийся здесь, иной раз просыпался с ужасом от дикого воя, разносившегося в этой глуши. Это был «вопль больницы»— plainte de l'hôpital, — это подымались и раздавались в ночной тиши стоны и крики заключенных в казематах Сальпетриера. Этот бывший селитренный завод теперь стал Меккою невропатологов... Когда вы в первый раз отправитесь туда, чтобы сесть в аудитории рядом с англичанином и бразильцем, японцем и турком, не забудьте снять шляпу перед статуей, которую вы увидите у ворот. Это статуя Пинеля. Эта бронза изображает не только отца современной психиатрии, но более того, — человека, который учит нас, чем должен быть тот, кто преследует великую цель и стремится провести ее в жизнь» [2].

---

[1] Полную биографию Пинеля см. в двух книгах Semelaigne: 1) Les grands aliénistes français. 1894 и 2) Aliénistes et philanthropes. 1912.

[2] П. Баженов. Психиатрические беседы на литературные и общественные темы. М., 1903.

3

После снятия цепей уже явилась до некоторой степени возможность наблюдать подлинные картины психозов, не искаженные такими привходящими моментами, как озлобление, искусственно привитой страх и другие последствия жестокого обращения. Психиатрия обрела объект своего исследования — душевно-больного в его настоящем виде. Только с этого момента возможен был поступательный ход науки. Первые шаги в этом направлении сделаны были самим Пинелем. В следующих строках он точно обозначил задачи и методы психиатрического исследования: «Необходимо сперва изучить в большом госпитале основные явления и отличительные признаки, порядок и последовательность которых желательно описывать в каждом отдельном случае, строго критически отбрасывая двусмысленные или сомнительные факты и выбирая таким образом только явные, не поддающие повода к смутным предположениям картины, наиболее постоянно наблюдаемые при различных видах помешательства». В высшей степени интересны следующие слова: «Следует оговориться, — замечает Пинель, — что случайные варианты болезней, происходящие от неодинаковости причин, большей или меньшей напряженности главных симптомов, различия в содержании бреда — никоим образом не могут составить отличительных признаков, потому что у одних и тех же больных возможны неодинаковые проявления при разных обстоятельствах и в последовательные периоды заболевания». Эту простую истину, ясно формулированную Пинелем, пришлось, как известно, заново открывать впоследствии.

В первые годы революции, в Бисетре Пинель имел под своим наблюдением около 200 больных. Тогда же он составил предварительную таблицу психозов, но не опубликовывал ее, пока, — говорит он, — материал более чем 800 душевно-больных не послужил для проверки его классификации. Она состоит всего только из пяти названий: 1) мания, 2) мания без бреда, 3) меланхолия, 4) слабоумие, 5) идиотизм. Каждой из этих групп он дает сравнительно краткую характеристику, в которой подчеркивает основные признаки заболевания, сознательно игнорируя детали

и индивидуальные варианты. И даже много лет спустя, в 1812 г., он писал, что наука, по его мнению, развита еще недостаточно, чтобы оправдать какие-либо изменения в предложенных им группах. Однако, свое подразделение психозов он рассматривает как предварительное. В этой сознательной простоте — научное значение классификации Пинеля, сыгравшей огромную роль в деле той подготовительной ориентации, которую, очевидно, имел в виду ее автор. Она основана всецело на психологическом принципе. Чисто интеллектуальные признаки отличают, например, манию от меланхолии: при первой — бред общий, касающийся всего окружающего, при второй — бред ограниченный одним предметом или небольшой группой их. Далее обе эти болезни отличаются по аффективно-волевому признаку и, видимо, этот второй критерий оценивается Пинелем как более существенный, так как мания может протекать без всяких интеллектуальных расстройств (без бреда), оставаясь все же манией. Выделение этой группы — мании без бреда, — представляло собой несомненное достижение не только в психиатрии, но и в судебной психопатологии: настало время несколько ограничить тот узкоинтеллектуалистический критерий, с которым обычно подходили к решению вопроса о наличии или отсутствии душевной болезни.

«Несмотря на мое полное уважение к произведениям Локка, — говорит Пинель, — я должен заметить, что его сведения о мании слишком неполны, так как он смотрит на нее, как на болезнь, обязательно сопровождающуюся бредом. Занимаясь исследованием этой болезни в Бисетре, я сам долго шел по стопам Локка, и немало бывал удивлен, когда мне приходилось встречаться с больными, которые не обнаруживали никакого расстройства умственных способностей и представляли только инстинктивное возбуждение, как будто у них были поражены только одни аффекты» [1]. Впоследствии в состав этой группы,

[1] Таков был, например, один механик в Бисетре, страдавший приступами непреоборимой ярости и стремлением к кровопролитию; он ясно сознавал весь ужас своего положения и, пока был дома, нередко предупреждал свою жену, крича, чтобы она спасалась бегством от неминуемой смерти. В Бисетре ему однажды удалось завладеть сапожным ножом, который он глубоко всадил себе в бок. «Строгое заключение в смирительную рубашку прекратило покушения на самоубийство».

разбившейся на целый ряд отдельных процессов и состояний, вошли в первую очередь картины нерезко выраженного маниакального возбуждения, эпилептические взрывы и большая часть навязчивых психических актов. Пинель предчувствовал необходимость дальнейшей дифференциации и той сборной группы, которую он называл меланхолией. «Странно, — говорит он, — однако несомненно, что меланхолия представляет две противоположные формы. Одна характеризуется чванной гордостью и нелепой идеей обладания несметным богатством или неограниченной властью, а другая — малодушным унынием и нередко глубоким отчаянием». Для современного уха несколько неожиданно звучит «идея чванной гордости», обозначаемая как меланхолическое расстройство. Но необходимо вспомнить, что у Пинеля всякий вид частичного бреда, независимо от его содержания и аффективной окраски, причислялся к меланхолии. Крайнюю суммарность и неопределенность термина «меланхолия» Пинель, видимо, ясно сознавал.

Пинель первый пытается дать полный перечень причин душевных болезней. На вступительных страницах «Медико-философского трактата» впервые встречаются слова, вошедшие потом неразрывной частью в психиатрическую науку. Прежде всего он указывает на различие между причинами предрасполагающими и причинами производящими. Включая в число предрасполагающих причин наследственность, он завещает науке сложную и интересную тему, которую впоследствии с таким блеском разрабатывали французские психиатры. «Трудно не признать наследственной передачи мании, когда видишь всюду, в нескольких последовательных поколениях, целые семейства, пораженные этой болезнью». Наследственное помешательство бывает непрерывным и перемежающимся. Так, например, — рассказывает Пинель, — в Сальпетриере содержится больная, у которой мать была слабоумна, и она сама страдает затяжной манией; другая, напротив, уже в течение нескольких лет зиму проводит у себя дома, а летние месяцы в больнице: ее маниакальное состояние носит перемежающийся характер. Наследственная болезнь вовсе не обязательно проявляется в ранние годы, но может развиться и в более позднем возрасте, и в таких случаях наследственное предрасположение обнаруживается

под влиянием какого-нибудь случайного жизненного толчка. Все симптомы наследственных душевных болезней могут представлять различные степени — от самых легких и до таких, где уже имеется полное помрачение рассудка.

Таковы короткие указания, лаконические формулы, четкие, но вместе с тем осторожные замечания Пинеля. Душевные болезни могут возникать и от чисто физических причин, от поранений головы, лихорадочных болезней, внезапной остановки кровотечения, быстрого исчезновения кожной высыпи, от пьянства. Но наиболее частой причиной являются моральные потрясения. Однако, не у всех людей перечисленные факторы непременно вызывают нарушение психических функций. Кроме силы производящего момента, огромную роль играет степень предрасположения, личная восприимчивость, неодинаковая у различных людей. Даже у одного человека в разные годы его жизни восприимчивость дает колебания: так, например, в ранней юности, в период формирования организма, наклонность к психозам особенно велика, а у женщин большую роль играют беременность, роды, климактерий; самые ничтожные поводы в это время могут оказать неожиданно сильное действие. И здесь перед нами также ряд коротких замечаний, как бы намеков на важные и глубокие темы.

Но особенно поражает нас следующее: Пинель, очевидно, отдавал себе полный отчет в том значении, какое имеет конституция человека — фактор, определяющий не только самую болезнь, но и некоторые из ее основных симптомов — содержание бреда, аффект и т. д. Цитируя работу своего ученика, Эскироля, Пинель говорит: «Почти у всех душевно-больных, бывших на моем попечении, умственные способности и преобладающие влечения уже до заболевания, а иногда с самого детства обнаруживали некоторые дефекты. Одни были слишком горды, другие очень раздражительны, иные печальны, иные чрезмерно веселы». И он указывает, как важно врачу знать ум и характер больного, иметь ясное представление о всей его личности до начала психического заболевания. Но какова патогенез психозов, где локализируется душевное расстройство, какой орган поражен? Ньютоновское отрицание гипотез, повидимому, сделалось до такой степени

руководящим принципом исследования для Пинеля, что он решительно воздерживается от всяких предположений патогенетического и патолого-анатомического порядка. Между прочим, он полемизирует с Гредингом, одним из основоположников германской психиатрии в XVIII веке, упрекая последнего в том, что он принимает за причину душевных болезней различные видоизменения черепа и мозга, которые могут быть простыми спутниками психоза и даже встречаться у здоровых людей [1].

В терапии Пинель впервые формулировал одно открытие неизмеримой важности. Вот его подлинные слова: «Не подлежит сомнению, что больному приятно быть в своей семье, окруженным уходом, заботливостью и утешениями, а потому я с трудом решаюсь высказать горькую истину, основанную, однако, на продолжительном опыте, а именно о полной необходимости поручать душевно-больных попечению посторонних людей, удаляя их таким образом из обычной обстановки». Он подчеркивает неумение родных обращаться с больным, в то время, как в больничном учреждении этот момент не только отпадает, но и заменяется целесообразными воздействиями со стороны специально подготовленного персонала. Таким образом, Пинель первый указывает на психиатрические больницы, не только, как на приюты и убежища для опасных в каком-либо отношении и нетерпимых в общежитии больных, но в первую очередь, как на лечебные пункты.

В отделе IV своего «Трактата» он подробно разрабатывает все, что касается внутренних порядков и правил в заведениях для душевно-больных. Здесь он делает также несколько важных открытий, которые стали аксиомами лечебно-психиатрического дела. Общий план учреждения, устройство особых отделений для спокойных и беспокойных, распланировка двора и насаждений, устройство крытых террас, организация ручного труда и многое другое разработаны им с такими деталями, на которые потребовались не только масса труда, но и огромная любовь к своему делу. Очень много из его проектов было проведено в жизнь. Старый селитренный завод стал неузнаваемым.

[1] Traité, § 169.

«Знаменитые путешественники, — писал Пинель, — заглядывавшие из любопытства в Сальпетриер, тщательно осмотрев больницу и найдя повсюду порядок и тишину, спрашивали с удивлением: а где же помешанные? Эти иностранцы не знали, что подобным вопросом они выражали самую высшую похвалу учреждению». Разумеется, эти слова относятся только к отделениям для спокойных и выздоравливающих. В «буйных палатах» картина была несколько иная, но все же не имеющая ничего общего с тем, что было до революции. Однако, если цепи отошли в область преданий, то пользование смирительной рубашкой, связывание и привязывание больного к постели бинтами и другие меры стеснения рассматривались как необходимость, без которой нельзя обойтись; мало того, все это считалось полезным лечебным воздействием. «Впрочем, — говорит Пинель, — связывание не должно быть слишком продолжительным, так как иначе может усилиться раздражение и увеличиться бред. Смирительная рубашка имеет значение воспитательной меры, которую нужно пускать в ход с большим тактом».

Вот образчик психического воздействия, допускавшегося Пинелем. Одна девица, которая под влиянием тяжелых неудач впала в оцепенение и тупоумие, начала поправляться, была почти уже здорова, но вдруг вздумала упорно отказываться от работы. «По приказанию смотрителей ее отвели во двор идиотов, но это не исправило ее: она смеялась, прыгала и делала все в насмешку». Тогда на нее надели камзол и завязали руки назад. Целый день она еще упрямилась. Но потом просила прощения и выразила согласие работать. Впоследствии, как только она ленилась, стоило только напомнить ей о камзоле, чтобы немедленно сделать ее ласковой и послушной.

Смирительная рубашка (камзол) делается из плотной ткани и имеет узкий покрой, так что движения рук и ног сильно стеснены; рукава завязываются сзади на спине, и больные не видят повязок. «Надевать ее необходимо только на короткий срок, иначе получается затруднение дыхания, тошнота и невыносимое томление. Как этот, так и другие способы усмирения никоим образом нельзя поручать служителям, а непременно только главному смотрителю». Другая мера укрощения, рекомендуемая Пинелем, —

обливание. «При этом поступают так: напоминают больной о каком-нибудь ее проступке или упущении, а затем из крана льют ей на голову струю холодной воды; такое сильное внезапное впечатление часто устраняет болезненные мысли. Если больная продолжает упорствовать, обливание повторяется; при этом не должно быть никаких грубостей и оскорблений, а напротив, надо всеми мерами убедить человека, что это делается для его пользы; иногда можно пустить в ход легкую насмешку, но в благоразумных пределах. Как только больная успокоится, обливание прекращают, и тогда немедленно нужно вернуться к тону полного дружелюбия и сочувствия. Иногда бывает полезно воздействовать при помощи страха». Пинель приводит пример больного с упорным отказом от пищи. Чтобы принудить его есть, «к дверям его помещения явился вечером смотритель Пюссен с повелительным взглядом, с громовыми раскатами голоса, окруженный толпой служителей, у которых в руках были цепи, производившие шум и звон. После этого около больного поставили тарелку супа и отдали ему приказание съесть его за ночь, если он хочет избегнуть самого жестокого обращения. Все удаляются и душевно-больной остается в состоянии мучительного колебания между мыслями о грозящем ему наказании, с одной стороны, и страхом мучения на том свете — с другой (он отказывался от пищи по религиозным мотивам). После внутренней борьбы, продолжавшейся несколько часов, первая мысль одерживает верх над второй, и он съедает оставленную ему пищу. Постепенно сон и бодрость возвращаются, а также и рассудок. Этим способом он избежал неминуемой смерти от истощения. Поправившись, этот больной рассказывал мне про ужасные волнения и колебания, пережитые им в эту ночь испытания, — говорит Пинель. В том же IV отделе «Трактата», в 7-ой главе, Пинель разрабатывает показания к трудовой терапии и высказывает мысли, которые впоследствии во всех странах Европы изобретались заново не менее сотни раз. Подлинная цитата не может не быть приведена в истории психиатрии.

«Наш опыт с несомненностью доказывает, что самым верным и почти единственным ручательством для сохранения здорового настроения, известной нравственной высоты и порядка в приютах

и лечебницах, служат настойчивые занятия механическим трудом. Я думаю, что от этих работ должны быть отстранены только очень немногие — из числа чересчур беспокойных больных. Как досадно в наших больницах смотреть на разного рода душевнобольных, которые пребывают в постоянном бесцельном движении или в полной неподвижности и подавленности... Регулярные занятия изменяют болезненное направление мыслей, способствуют восстановлению умственной деятельности и часто устраняют мелкие нарушения правил внутреннего распорядка. Я всегда считал хорошим признаком и верною надеждой на выздоровление, если больной возвращался к первоначальным своим вкусам и занятиям, а также проявлял усердие к труду и аккуратность. Прекрасный пример, подтверждающий это положение, мы встречаем в соседней нам стране, а именно в Испании, а не в Англии или Германии. В Сарагоссе есть общественная больница для душевно-больных различных стран, округов и религий, с надписью: «Urbi et orbi». Здесь, кроме механического труда, в основу устройства учреждения положено было земледелие. Заблуждениям ума устроители хотели противопоставить то удовольствие и привлекательность, которые связаны с естественной наклонностью человека к земледелию, дабы питаться плодами собственных трудов при удовлетворении своих нужд. Уже с раннего утра одни из больных выполняют домашние работы, другие отправляются в мастерские, большинство же по группам, во главе с умным и опытным надзирателем, расходятся по обширным больничным владениям и очень усердно работают там, соответственно времени года. Одни работают на полях и огородах, другие собирают семена, третьи хлопочут около винограда, четвертые возятся над маслинами, а вечером все они возвращаются в больницу и предаются тихому и успокоительному сну. Очень продолжительный опыт учит нас, что это есть самое верное и действительное средство к восстановлению у больных правильного мышления, и что благородное дворянство, относящееся с презрением к физическому труду и отвергающее для себя самую мысль о нем, к сожалению, через это навсегда остается в своем бреду... Один больной меня страшно оглушал своим диким криком и безумными поступками, но с тех пор, как по его желанию он начал работать в поле, его мысли стали спокойными и разумными. С тех пор, как парижские купцы начали в большом количестве давать душевно-больным ручную работу, которая приносила последним некоторую выгоду, в Бисетре стало тихо и спокойно».

Говоря о внутреннем быте психиатрической больницы, Пинель не упустил обратить внимание на самое, быть может, главное: на подбор среднего и младшего персонала. О соответствующем подборе младшего персонала во времена Пинеля, повидимому, еще не могло быть речи. Но персонал средний — смотрители, которым давалась обширная власть и фактическое управление учреждением, уже имели таких представителей, о которых Пинель считает

необходимым специально упомянуть. Образцами «чистого и благоразумного человеколюбия» он считает в Англии Уиллиса, Фоулера и Эслема, во Франции — Дикмара, Пуциона, Пюссена, в Голландии — смотрителя амстердамского дома для умалишенных, фамилию которого он не упоминает, но о котором рассказывает вещи, заставляющие лишний раз признать, что идеи, воплощенные в жизнь Пинелем, далеко не были исключительным явлением в конце XVIII века.

Что касается различных методов специального лечения, даже таких, которые были освящены веками, то здесь Пинель проявляет свою обычную самостоятельность мысли и здоровый скептицизм. Он отрицает пользу кровопусканий, иронизирует над «сумасбродной идеей» ван-Гельмонта, стремившегося довести бредовые идеи в голове больного до своеобразной асфиксии путем погружения его в воду («нужно краснеть, — говорит он, — упоминая о таком медицинском бреде»), решительно отрицает ледяные обливания и души, но зато рекомендует ванны умеренной температуры, с применением холода на голову. Такую же сдержанность обнаруживает он и в лекарственной терапии. Центральными идеями лечебной системы Пинеля являются: изоляция («однако, при первой возможности надо освобождать больных из заключения и держать их целыми днями на воздухе»), покой и мягкое обращение, наконец, строго индивидуализированный физический труд. Пусть природа проявит свое спасительное действие: для этого «не нужно насиловать и торопиться».

Вся больничная, преподавательская и ученая деятельность Пинеля составляет как бы «завещание» ученикам, сотрудникам и потомству. Оно заключает в себе следующие пункты:

1) Тюремный режим с оковами, цепями, без света, воздуха и человеческого слова подлежит решительному и безвозвратному уничтожению. Если Гоуард возмущался варварской обстановкой домов для умалишенных, как человек и филантроп, то Пинель делал это, как врач; он осуществил элементарные условия, необходимые для лечения психозов.

2) Меры успокоения и усмирения, без которых нельзя обойтись, должны принять более мягкие формы; сюда

относятся осторожное привязывание больного к койке, смирительная рубашка, помещение в изолятор, притворно суровое обращение, которым, однако, должны пользоваться только врачи и опытные старшие надзиратели. Эти два пункта, выработанные в Бисетре и Сальпетриере, легли в основу больничного дела всей первой половины XIX века. Являющиеся предельными достижениями для того времени, с его еще только зарождавшейся техникой ухода за душевно-больными, постепенно завоевавшие все европейские страны — эти идеи характеризуют собой эпоху Пинеля.

3) Третий пункт первостепенной важности можно формулировать так: благоустроенная больница есть самое могущественное средство против душевных болезней. Пункты первый и третий обладают ценностью абсолютных психиатрических истин, пункт второй — «гуманные меры стеснения» — имел лишь относительное значение: это был переходный этап к более ценным достижениям будущего.

4) Четвертый пункт намечает научную деятельность благоустроенного психиатрического учреждения. Психиатрия, как эмпирическая наука, далекая от всяких философских хитросплетений, должна будет отныне подвигаться вперед тем путем, каким идут остальные ветви естествознания и медицины. Ее методами исследования должно быть тщательное наблюдение больных, выяснение их психологии, изучение причин заболевания, регулярные записи и ведение дневников.

Так были заложены первые принципы клинической психиатрии. Ее фактическим основателем, еще в большей мере, чем сам Пинель, был его ученик — Эскироль.

ГЛАВА ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ

ЭСКИРОЛЬ, ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

1. Биографические данные об Эскироле. Доклад Эскироля о состоянии больниц. Патронаж в начале XIX века. Закон 30-го июня 1838 г. — 2. Эскироль—клиницист. Его классификация психозов. Учение о мономаниях. Прогнозы. Кормление зондом. Первая колония для душевно-больных.

1

Дело, начатое Пинелем в Бисетре и Сальпетриере, далеко еще не было закончено: много оставалось довершить и в самом Париже, но особенно в провинциальных учреждениях, которых почти не коснулась волна столичных реформ. Человек большого ума и наблюдательности, а вместе с тем огромной энергии и практического закала, Эскироль выступает перед нами прежде всего как последователь Пинеля, борец за «новый быт» в психиатрии и, в частности, как главный инициатор законодательства о душевно-больном человеке. Его влияние в этом направлении распространяется далеко за пределы Франции. Неутомимый исследователь у постели больного, Эскироль, пользуясь схемами, предложенными Пинелем, не только закладывает истинный фундамент научно-клинической психиатрии, но и выступает в качестве первого клинического преподавателя — профессора психиатрии, в современном значении слова.

Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772—1840) родился в Тулузе. Здесь он окончил медицинский факультет. Дальнейшее усовершенствование в медицине он, подобно Пинелю, получил в Монпелье. На седьмом году революции Эскироль приезжает в Париж, сильно бедствует, слушает лекции

знаменитого Корвизара, будущего лейб-медика Наполеона, и однажды, посетив Сальпетриер, знакомится с Пинелем. Этот день решает его судьбу. Видимо, Пинель скоро оценил по достоинству талантливого молодого врача. Он широко пользуется его помощью, подготовляя к печати свой «Медико-философский трактат» (1802). Ежедневное общение с Пинелем окончательно определяет научную физиономию Эскироля. И, конечно, не без советов учителя, заканчивает он в 1805 г. свою диссертацию «Аффекты, рассматриваемые как причины, симптомы и способы лечения душевного расстройства» [1].

В это время Эскиролю 33 года, но его авторитет, как сподвижника Пинеля, как самостоятельного ученого и практического врача, уже стоит высоко. С 1817 г. Эскироль приступает к чтению курса клинической психиатрии, который он ведет до конца своей жизни. Его демонстрации больных, лекции и обходы скоро приобретают известность за пределами Франции. Сальпетриер становится европейским центром невропсихиатрической мысли, подобно тому как это было позднее, в самом конце века, во времена Шарко. Сюда приезжают в последующие годы многочисленные немецкие врачи: Пиниц, первый директор «Зонненштейна» в Саксонии, Гайнер, провозвестник идей Пинеля в Германии, Дамеров, всю свою жизнь с благодарностью вспоминавший клинику Эскироля, Роллер, знаменитый основатель «Илленау», Блюмредер, Целлер и многие другие [2]. В том же 1817 г. Эскироль представил парижской Академии наук свой замечательный доклад «О галлюцинациях у душевно-больных» [3]. Престарелый Пинель восторженно приветствует работу своего сотрудника и отмечает важность впервые подмеченного им различия между галлюцинациями и иллюзиями. В то же самое время Эскироль пытается распространить на всю Францию те практические достижения, которыми могли похвастаться главнейшие больницы Парижа. Он объезжает провинциальные города и в сентябре 1818 г. делает министерству доклад о своей поездке. Впечатления его были безотрадны.

[1] Les passions considerées, comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. Thèse de Paris, 1805.

[2] См. Kirchhoff. Deutsche Irrenärzte, стр. 94, 100, 166, 189, 201.

[3] Des hallucinations chez les aliénés.

«Я посетил эти приюты злосчастья, — сообщал он. — Несчастные, в интересах которых я возвышаю свой голос, подвергаются обращению, худшему, чем преступники, и живут в обстановке, достойной зверей. Я видел их покрытых лохмотьями, на соломе, которая служит для них единственной защитой от сырости каменного пола. Я видел их отданными на произвол настоящих тюремщиков, в узких кельях, в зловонье, прикованных к стенам подвалов, где постеснялись бы держать тех хищных животных, на содержание которых в столице государство не жалеет затрат. Вот, что я видел во Франции, и вот как содержатся душевно-больные почти повсеместно в Европе».

Доклад [1] Эскироля получил большую огласку. Была созвана особая комиссия и во все департаменты полетели инструкции извлечь душевно-больных из тюрем и исправительных домов; были отпущены также средства на сооружение специальных больниц. Молодая парижская школа вступила в энергичную борьбу с укоренившимся мнением, будто все психозы неизлечимы. Это предубеждение господствовало даже и в медицинской среде. В силу этого врачебные визитации душевно-больных рассматривались как лишняя трата времени и энергии. Благодаря Эскиролю повсюду введены были обходы и запись историй болезни. Почти одновременно с этим в уме Эскироля возникла мысль о необходимости устройства колоний для душевно-больных и посемейного призрения хроников. В 1821 г. он совершает в обществе своего ученика Вуазена путешествие в Бельгию, в деревню Гель, единственное место в Европе, где когда-то стихийно возник этот способ ухода за душевно-больными, находившими приют в семьях земледельцев-крестьян. Эскироль решил посетить эту местность, куда еще не проникали никогда врачи и о которой не было опубликовано ничего, кроме отрывочных заметок и старинной легенды.

Легенда состояла в следующем. В конце VI века нашей эры, Димфна, дочь ирландского правителя, бежала от преследования своего отца, воспылавшего к ней страстью; на том самом месте, где теперь находится Гель, она была настигнута им и убита. Охваченный ужасом, убийца бежал, поселяне же похоронили девушку,

[1] Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer.

после чего вскоре распространился слух, что на ее могиле исцеляются помешанные и люди припадочные, одержимые злым духом. Была воздвигнута часовня и к ней вскоре пристроены четыре комнаты, где помещались больные, приезжавшие издалека; за ними присматривали женщины, специально посвятившие себя этому делу. С течением времени такую же опытность в уходе за помешанными приобрели и другие жители селения. В часовне служили молебны; всем делом по уходу за больными распоряжалось местное духовенство. Выздоровление должно было почему-то наступать на девятый день; но так как оно нередко запаздывало, а между тем в Гель тем временем притекали все новые партии паломников, то последние, естественно, искали и находили приют у окрестных жителей. Таким образом, в местности все больше и больше скоплялось душевно-больных, уход за которыми сделался выгодным промыслом. Проходили десятилетия, столетия и в конце концов большинство жителей окрестных поселков превратилось в так называемых хозяев или кормильцев, а вся округа получила значение стихийно возникшего дешевого способа призрения душевно-больных, не нуждающихся в больничном лечении.

То, что застали здесь Эскироль и Вуазен, должно было их сильно разочаровать, если только путешественники хоть сколько-нибудь идеализировали понятие о патронаже, которым славился Гель. Но в то время, о котором идет речь, фламандские деревушки, где почиталась Димфна, еще не вступили в «эпоху Пинеля». Если больные были склонны к побегу, их сажали на цепь; если они буйствовали, их связывали как попало. «Вступив на территорию Геля, — рассказывал Эскироль, — мы с сокрушением сердечным увидели одного беспокойного маниака, который возбужденно метался около какой-то фермы и ноги его у щиколок были окровавлены от оков. В каждом доме здесь можно видеть железные кольца у печей и кроватей для прикрепления цепей». Таков был патронаж в начале XIX века. Но доклад Эскироля на эту тему, прочитанный в Медицинской академии 22 января 1822 г. [1], не оказал никакого влияния на положение дел в бельгийской деревне, где хозяйничало духовенство. Только через 20 с лишним лет (в 1845 г.) здесь начались реформы и введен был врачебный надзор.

Интерес Эскироля ко всему, что делалось в области больничной психиатрии в других странах, был поистине изумителен. Он знает, что в 1820 г. открывается новое

[1] Notice sur le village de Gheel (Révue médicale, 1822. T. VII).

заведение для умалишенных в Шлезвиге[1], где в то время работал молодой Иессен; в далеком Петербурге перестраивается психиатрическое отделение Обуховской больницы, и уже Эскироль пишет об этом заметку (1824)[2]. Из своих путешествий он привозит в Париж обширные дневники, которые служат канвой для подробных рассказов и обмена мнений с сотрудниками о различных планах устройства больниц. Его занимает вопрос, «увеличилось ли количество душевно-больных в настоящее время, сравнительно с тем, что было 40 лет тому назад», и перед ним уже обрисовываются основные задачи будущей психиатрической статистики. Странствуя по Италии, уже стариком, он неутомимо осматривает больницы. Интерес к методам преподавания приводит его в аудитории, где он скромно садится среди слушателей. На одной из лекций его узнают и приветствуют. Покидая Италию, он получает приглашение осмотреть новую больницу в Турине и находит в ней существенные недостатки; в результате — королевским приказом больница превращается в казарму, и немедленно закладывается новое учреждение по планам знаменитого французского психиатра. В 1825 г. Эскироль не без сожаления покидает Сальпетриер и переходит в Шарантон, на место умершего Руайе Коллара. Здесь под его руководством начинаются вскоре подготовительные работы к созданию первого в мире законодательного акта, охраняющего права и интересы душевно-больных. Это был «закон 30 июня 1838 г.», установивший важный принцип медицинского свидетельства, — документа, без которого ни один больной не может быть лишен свободы. Аналогичный закон был обнародован в Англии в 1845 г., а в Шотландии — в 1857 г. Закон 1838 г., в разработке которого принимал деятельное участие один из учеников Эскироля, Феррю, был крупным достижением французской психиатрии, прямым наследием ее революционной эпохи[3].

Таков Эскироль, ученик и сотрудник «великого Пинеля», как он его называл. Энергичный преобразователь

---

[1] Kirchhoff. Deutsche Irrenärzte, Bd. I, стр. 139.

[2] Note sur l'institution des aliénés au grand hôpital d'Abouchov à Saint-Pétersbourg.

[3] 1) Trisca, P. La Prophylaxie mentale. 2) Sémelaigne. Les grands aliénistes français. Paris, 1894.

психиатрического дела, творец социально-правовой психиатрии, основатель психиатрической статистики, возвышающийся перед нами в огромном масштабе врача-общественника, Эскироль, однако, не менее велик, как клиницист. Мы сейчас рассмотрим эту сторону его деятельности.

2

Эскироль впервые ввел в науку понятие о ремиссиях и интермиссиях, указал на значение измерения веса больных для диагностики и прогностики. Он жил вместе с больными, и его художественные зарисовки психопатологических картин не утратили до сих пор своей свежести. Результат сорокалетней врачебной деятельности, плод большого ума и несравненного клинического таланта,— двухтомное сочинение Эскироля «О душевных болезнях»[1] представляет собой тот незыблемый фундамент, на котором было воздвигнуто здание всей научной психиатрии последующих эпох. Вот наглядное изображение всего содержания обоих томов труда Эскироля:

1 том:

1. О помешательстве.
2. О галлюцинациях.
3. Об иллюзиях.
4. О состояниях психического возбуждения.
5. О психических отклонениях у рожениц и кормящих.
6. Об эпилепсии.
7. Критическое окончание душевной болезни.
8. О липемании, или меланхолии.
9. О демономании.
10. О самоубийстве.

2 том:

11. О мономании:
    а) мономания эротическая,
    б) » резонирующая или без бреда,
    в) мономания опьянения,
    г) » поджога,
    д) » убийства,
12. О мании.
13. О слабоумии:
    а) слабоумие острое,
    б) » хроническое,
    в) » старческое,
    г) » осложненное параличем.
14. Об идиотизме:
    а) имбецильность,
    б) идиотизм в тесном смысле слова,
    в) идиотизм кретинов-альбиносов.

---

[1] Esquirol. Des maladies mentales, considerées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal. Paris, Baillaire, 1838, T. I — II.

Уже в общей главе «О помешательстве» (De la folie) Эскироль говорит, что необходимо учитывать не только психические, но и соматические симптомы болезней. В этих словах — основной принцип психиатрии, как эмпирической науки, и целая программа для будущих наблюдений; мы увидим вскоре, что французская психиатрия не замедлила дать ему непосредственное приложение в описании прогрессивного паралича. По всей книге разбросано множество существенно важных теоретических и практических указаний. Для историка психиатрии интересны здесь первые намеки на депрессию при эпилепсии, когда больные, испытывая временами душевную боль, «пьют вино и ликеры», и на их специфическую раздражительность, доводящую их «до гнева и столкновения с первыми встречными»; далее страницы, посвященные самоубийству, в которых это патологическое и социальное явление навсегда вырывается из сферы религиозных поучений и моральных оценок. Приковывает также внимание описание психики рожениц, где открывается огромная тема для изысканий психопатолога, судебного психиатра, законодателя; все остальные главы этого великого труда (мы с сожалением должны отказаться от передачи их содержания) представляют не меньший интерес. Вся книга в ее целом и в настоящее время достойна внимательного изучения.

Эскироль делил душевные болезни на следующие пять классов: 1) липемания, 2) мания, 3) мономания, 4) слабоумие, 5) идиотизм. Это — слегка расширенная классификация Пинеля. Липемания соответствует меланхолии Пинеля, точнее — тому ее виду, который он называл tristimanie (от слова triste — печальный), так как он различал еще другой вид меланхолии — с экзальтацией. Эскироль определяет липеманию следующим образом: это мозговая болезнь, характеризующаяся частичным хроническим бредом без лихорадки; она поддерживается аффектами печали, бессилия, подавленности. Вот некоторые отрывки из описания соматического и психического статуса таких больных.

Они худеют, бледнеют, у них сухая кожа и неподвижное выражение лица; в глазах грусть, тревога или страх... Движения больных однообразны и медленны; охотнее всего они остаются в неподвижности, одиночестве и бездействии; большею частью они

сидят, а если они стоят, тогда их руки висят неподвижно по бокам тела; если больные ходят, то медленно, осторожно или же, наоборот, лихорадочно быстро взад и вперед... Многие не имеют покоя днем и не спят ночью; некоторые не едят несколько дней под влиянием галлюцинаций и иллюзий, которые внушают им химерический страх, по причине которого они, хотя и голодны, но упорно отказываются от пищи... Нередко приходится наблюдать полную неподвижность тела, каменное выражение лица, упорное молчание; это есть страдание, ставшее безразличным ко всему, лишившееся слов и слез... Некоторые больные сознают свое состояние и понимают абсурдность страхов, которые их мучат; они говорят об этом со скорбью и даже с отчаянием. Однако, преобладающее чувство, которым они одержимы, непрестанно возвращает их к одним и тем же мыслям, к одним и тем же заботам, к тому же бреду, и они не в состоянии иначе думать, иначе хотеть, иначе действовать. Не есть ли это сознательная липемания — lipémanie raisonnante? Так же ярко изображает Эскироль картины маниакального состояния.

Наиболее оригинальная сторона системы Эскироля — это его учение о мономаниях. При мономании бред ограничивается одним предметом или небольшим числом их. «Больные исходят из ложного принципа, выводят из него логические заключения и приходят к совершенно правильным выводам, которые видоизменяют их привязанности и волевые акты; вне этого частичного бреда они чувствуют, рассуждают, действуют, как все люди; иллюзии, галлюцинации, неправильные ассоциации идей, ложные убеждения причудливого и странного характера лежат в основе этого бреда, который я склонен назвать интеллектуальной мономанией».

В других случаях «мономаньяки не представляют никаких расстройств суждения, но зато их привязанности, их характер извращены; при помощи правдоподобных мотивов и ловко придуманных объяснений они оправдывают характер своих эмоций, странность и неприличие своего поведения; некоторые авторы называли это рассуждающей манией, но я склонен был бы предложить название: аффективная мономания».

При третьей форме «поражена воля; больной, сошедший с правильного пути, испытывает влечение к таким актам, которые не диктуются ни разумом, ни чувством и которые осуждаются совестью; однако, воля больного не в состоянии одолеть такие стремления; получаются поступки невольные, инстинктивные, неодолимые; это

мономания без бреда, или инстинктивная мономания».

Яркой иллюстрацией мономании может служить болезненное влечение к употреблению спиртных напитков. Эскироль не произносит слова «дипсомания», но описывает все ее признаки: внезапную перемену в характере человека, в его настроении, периодичность приступов, возвращение больного в нормальное состояние, когда приступ прошел.

В мономании убийства описываются случаи, когда у человека нет никаких мотивов, нет вражды, а между тем какая-то «слепая сила толкает его», и он сопротивляется, большею частью успешно. В других случаях «импульс появляется мгновенно, внезапно и оказывается более сильным, чем воля; убийство совершается без всякого мотива, без всякого расчета и, чаще всего, жертвами делаются близкие люди». В третьей категории случаев «люди, испытывающие желание убить, движимы химерическими мотивами и явно болезненными бредовыми идеями».

Слабоумие, есть поражение мозга с хроническим течением, с ослаблением интеллекта, с извращением чувств и воли. В одном из тех точных и ярких афоризмов, которые так были свойственны Эскиролю, он проводит различие между слабоумием и идиотизмом: слабоумный лишился имущества, которым он когда-то владел, идиот был от начала беден. Слабоумие может сочетаться с липеманией, манией, судорогой, скорбутом. Слабоумие, осложненное параличем — неизлечимо. «Я первый в 1805 г., — пишет Эскироль, — обратил внимание на это явление, и я констатировал неизлечимость помешательства, осложненного параличем».

Из числа практических достижений психиатрической клиники Эскироля необходимо отметить искусственное кормление зондом[1]. Изобретение зонда приписывается английским врачам, но эту честь оспаривают у них французы, немцы и американцы. В последнее время истинным

[1] История вопроса подробно изложена у Leube: Die Magensonde. Die Geschichte ihrer Entwicklung und ihre Bedeutung in diagnostisch-therapeutischer Hinsicht. Erlangen, 1879.

автором этого открытия выставляется профессор хирургии пенсильванского университета Филипп Физик (1812). Пинель в своем «Трактате» рассказывает, что он в течение пяти месяцев кормил таким образом одну больную, однако, он не сообщает происхождения этого способа; возможно, что инициатива исходила от его ученика; по крайней мере Эскироль говорит совершенно определенно: «Я первый применил при таких обстоятельствах зонд» и прибавляет «обыкновенно эта операция не сопряжена с опасностью и спасла жизнь многих моих больных»[1]. Желудочный зонд представлял собой твердую, почти совершенно негибкую трубку, применение которой вызывало иногда осложнения. Поэтому уже очень рано стали придумывать различные усовершенствования, но только с 1875 г. вошли в употребление зонды мягкие, впервые предложенные Эвальдом и Озером в Германии, а вслед за тем — Фоше во Франции[2]. О самой процедуре кормления во времена Эскироля можно составить себе представление по следующему описанию: если помешанный отказывается от пищи, то в течение двух или трех дней его уговаривают есть, грозят холодными обливаниями, смирительной рубашкой и т. п. В случае неудачи этих мер, его предупреждают, что придется применить очень болезненное лечение и высказывают сожаление о необходимости мучить человека, но уверяют, что совесть не позволяет равнодушно относиться к смерти больного, в то время как его можно спасти. Иногда больные пугаются этих угроз, но большею частью продолжают упрямиться. Тогда больного привязывают к стулу в смирительной рубахе и производят операцию кормления[3]. Такова методика, рекомендуемая Бриер-де-Буамоном, одним из учеников Эскироля, согласно опыту в Сальпетриере и Шарантоне. Смирительная рубашка была в то время совершенно неизбежной принадлежностью при искусственном кормлении.

Говоря о гигиеническом содержании душевно-больных, Эскироль настоятельно рекомендует пребывание на свежем

---

[1] Esquirol. Des maladies mentales. Vol. I — II. Paris, 1838.

[2] Л. А. Прозоров. Отказ от пищи и насильственное кормление. Совр. психиатр., февраль, 1913. Здесь дана монографическая обработка этой темы и приведена литература.

[3] Прозоров, там же, стр. 87.

воздухе, гимнастику, физический труд. По его инициативе в 1832 г. был сделан шаг неизмеримого принципиального и практического значения: под Парижем, на расстоянии около 3 километров от Бисетра, организуется первая колония для душевно-больных, — знаменитая ферма св. Анны, послужившая образцом для всех позднейших учреждений этого типа. Если душой этого дела был Эскироль, то ближайшим исполнителем — его ученик Феррю. Комиссия, посетившая ферму через 7 лет после ее основания, нашла здесь следующую картину: 70 человек душевно-больных, среди которых были плотники и печники, слесаря и садоводы (даже художники), превратили когда-то запущенный и заросший бурьяном пустырь с готовыми рухнуть постройками в культурный уголок, начавший давать доход. Вскоре здесь открыта была прачечная и специальная мастерская для починки шерстяных одеял всех парижских больниц. Администрация Бисетра, в ведении которой была ферма, жалела только об одном: территория была слишком мала, в противном случае можно было бы все население больницы переселить в колонию. В докладе комиссии, между прочим, отмечается наблюдение Феррю, что больные трудящиеся, по сравнению с теми, которые заперты в камерах, обнаруживают большую сохранность психических функций и социальных эмоций: они относятся благодушно покровительственно друг к другу, оказывая помощь своему соседу по работе [1].

Если окинуть взглядом всю жизнь и деятельность Эскироля, то охватывает изумление перед этим, как называет его Кальбаум, «героем» или гигантом, которому дано было заложить незыблемые основы психиатрической науки. Вокруг него образовалась первая по времени психиатрическая школа врачей. На обходах в Сальпетриере и Шарантоне великого учителя тесным кольцом окружала группа учеников, именами которых запечатлена вся дальнейшая психопатология XIX века. Это были: Жорже, Феррю, Вуазен, Фовиль, Фальре-отец, Кальмейль, Бейарже, Ласег, Паршапп, Моро, Морель. Однажды они услышали на обычном клиническом обходе, что «расстройство речи —

---

[1] Semelaigne. Les grands aliénistes français, стр. 259 — 262.

смертельный признак — l'embarras de la parole est un signe mortel». Нет никакого сомнения, что, хотя и не будучи непосредственным учеником Эскироля, на его обходах неоднократно бывал Бейль, представивший в 1822 г. диссертацию, в которой изложено одно из величайших психиатрических открытий нового времени: описание той болезни, для которой расстройство речи является столь характерным и роковым признаком.

ГЛАВА ПЯТНАДЦАТАЯ

УЧЕНИЕ О ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ

(Первый период)

1. Указания Эскироля и работа Жорже. «Исследования о душевных болезнях» Бейля. — 2. Ссылки Бейля на своих предшественников. — 3. Консерватизм Эскироля. Работы Делайе, Кальмейля и Фовиля. — 4. Дальнейшее обсуждение вопроса. Фальре и Бейарже. Попытка лишить Бейля приоритета.

1

В 1814 г. Эскироль писал: когда паралич осложняет душевное расстройство, то один за другим обнаруживаются следующие симптомы: сперва затрудняется артикуляция речи, потом появляется некоторая неловкость в движениях, далее — непроизвольное выделение мочи и проч. Видимо, сознавая всю важность тех исследований в этой области, которые начались с 1820 г., основатель клинической психиатрии неоднократно подчеркивал свой приоритет в этом крупном открытии. На 142 стр. своего основного труда «О душевных болезнях» он говорит, что такой паралич не следует смешивать с последствием мозгового кровоизлияния, рака, туберкулеза и размягчения мозга. На первых порах паралич ограничен; впоследствии, в силу непрерывного нарастания симптомов, он становится общим, и его появление, каков бы ни был характер бреда у больных, всегда служит признаком надвигающегося слабоумия. Болезнь тянется не больше трех лет; и почти всегда ее последние периоды «сопровождаются судорогами, воспалительными явлениями со стороны мозга, кишечными флегмазиями и, наконец, гангреной, поражающей те части кожи, на которых покоятся неподвижные тела больных».

Эти наблюдения Эскироля положили начало совершенно новому периоду в истории клинической психиатрии. Только с момента выделения прогрессивного паралича, как самостоятельной болезни, началась истинно-научная эра нашей науки. В классификации психозов в одном ряду со старинными классическими синдромами — манией, меланхолией и слабоумием, заняла впервые место настоящая болезнь с ее действительно кардинальными признаками, характерным течением и своеобразной патологической анатомией. Однако, прошло больше десятка лет, прежде чем вышеприведенные слова Эскироля получили всестороннее клиническое освещение. Он только указал на факт; но его собственная интерпретация этого факта была еще очень далека от выделения совершенно новой формы душевного заболевания. Эскироль считал, что любой психоз может осложниться параличем и тогда предсказание становится безусловно неблагоприятным. В 1820 г. молодой и талантливый ученик Эскироля Жорже (Georget) в своем «Трактате о помешательстве» [1] указывает, что осложнение всех вообще психозов параличем имеет абсолютно неблагоприятное прогностическое значение (c'est un symptôme facheux qui annonce l'incurabilité). Таким образом, здесь еще не было и намека на описание прогрессивного паралича, а было только лишь как бы предчувствие его. Первое описание болезни дал Бейль (Bayle). В 1822 г. появилась первая его работа «Исследования о душевных болезнях» (Récherches sur les maladies mentales). Это — диссертация или теза на степень доктора медицины, под № 247 представленная парижскому медицинскому факультету 21 ноября 1822 г., отпечатанная в типографии Дидо-младшего и посвященная памяти любимого отца «доктора медицины знаменитейшего парижского факультета» и принципалу — учителю, профессору Руайе-Коляру, главному врачу Шарантонской больницы, в которой Бейль был в то время интерном.

Именно в этой диссертации содержится первое описание прогрессивного паралича, как отдельной болезни. До сих пор все авторы, писавшие об истории прогрессивного паралича, ошибочно цитируют работу Бейля под

[1] Georget. Traité de la folie. Paris, 1820, p. 130.

другим заглавием: «Исследования об арахните, гастрите и гастроэнтерите, а также и подагре, рассматриваемых как причины душевных болезней». Книга Бейля состоит из 110 страниц, из которых первые 42 и заключают в себе патолого-анатомические изыскания о воспалении мозговых оболочек, которому соответствует картина прогрессивного паралича.

На основании 6 наблюдений, Бейль устанавливает, что «во все время течения болезни наблюдается параллелизм между помешательством и параличем. Болезнь проходит все степени, от едва намеченных начальных симптомов до полного разрушения мыслительных способностей, от простого затруднения в движениях до почти полного паралича всех органов локомоторного аппарата». «Эти явления (т.-е. душевная болезнь и симптомы паралича) представляют собою признаки одной и той же основной болезни—хронического воспаления паутинной оболочки головного мозга». Из этой цитаты с полной очевидностью явствует, что Бейль первый объединил в одно неразрывное целое психопатологическую картину, нервно-соматические симптомы и патолого-анатомические данные. Таким образом, Бейль несомненно первый описал прогрессивный паралич.

Нельзя отрицать того, что Эскироль практически правильно оценивал наблюдаемые явления. Этот симптомокомплекс с его безнадежным исходом занимал вполне определенное место в поле его зрения. Он знает, что расстройство речи является признаком смертельным. Но вместе с тем великий клиницист не был в состоянии перешагнуть какую-то магическую черту, разорвать тончайшую паутину, мешающую полной ясности клинического прозрения. У душевно-больного может сделаться цынга или плеврит—это значительно осложняет болезнь. Но если у него сделается паралич, то это уже совсем безнадежно. Но паралич, как и цынга, нисколько не связаны органически с сущностью всего клинического процесса. Эта точка зрения Эскироля и Жорже впоследствии, как мы увидим ниже, была защищаема Делайе (Delayé) и Кальмейлем (Calmeil). Но Бейль раньше всех стал расценивать паралич, как неразрывную составную часть совершенно своеобразной самостоятельной душевной болезни.

Бейль (Antoine-Laurent-Jesse Bayle) родился в Верне 13 января 1799 г. «Евгеники могут быть довольны»,— говорит Прозоров,—«в нем была частица крови от прекрасного французского философа-скептика Пьера Бейля, предшественника Вольтера, автора знаменитого историко-критического словаря». Это был его двоюродный дед. Его родным дядей был один из лучших французских врачей начала XIX в., Каспар Бейль, солидные труды которого создали ему почетное имя[1]. В 1815 г. шестнадцатилетним юношей, Бейль приезжает в Париж. Бейль не был в настоящем смысле учеником Эскироля. Когда ему, не без труда, удалось устроиться экстерном у знаменитого Лаэнека, он не мог за недостатком средств продолжать посещение клиник. Между тем в психиатрической больнице Шарантон освободилось место интерна: это означало квартиру, стол и хоть какое-нибудь вознаграждение. Получив это место, Бейль сейчас же принялся за патолого-анатомические изыскания. Его учителем и принципалом был Руайе-Коляр (Royer-Collard). Анатомия должна была дать Бейлю ответ на старинный вопрос, что такое психозы и от поражения какого органа они зависят? Вскоре он нашел искомый ответ, правда, не для всех психозов, но зато в значительной мере—для одного определенного вида. И когда 21 ноября 1822 г. состоялась защита его диссертации, в науке был установлен (хотя это и не означает немедленного признания) один важный факт: во всех тех случаях, где найдено после смерти воспаление паутинной оболочки, больные при жизни представляли одну определенную, резко очерченную психопатологическую картину: у них были идеи величия. Данный симптом обусловлен именно этим патолого-анатомическим субстратом. Таким образом, перед нами симптоматический психоз; основная болезнь—это поражение оболочек. Таково было в самой общей форме капитальное положение Бейля.

Описанное Бейлем «хроническое воспаление паутинной оболочки—хронический арахноидит»—представляет вполне

---

[1] 1) Прозоров, Л. А. Болезнь Бейля. (К столетию выделения прогрессивного паралича). Клиническая медицина, № 1—2, январь—февраль, 1923.

2) La Paralysie générale (Maladie de Bayle), Centenaire de la thèse de Bayle. Paris, Masson, 1922.

определенное типическое течение и вполне характерные психопатологические черты: в начале болезни обращают на себя внимание идеи величия (мономания величия — monomanie des grandeurs), потом больные приходят в состояние общего возбуждения, т.-е. мании, и, наконец, впадают в неизлечимое слабоумие. Интересно привести подлинное описание Бейля.

«В первом периоде произношение заметно затруднено, походка — неуверенная; непорядки со стороны психической сферы выражаются ослаблением умственных способностей, бредом величия, преобладающим в картине болезни и часто более или менее выраженными картинами экзальтации.

Во втором периоде движение языка и членов обнаруживает те же затруднения, что и в первом, или еще больше прогрессирует: бред становится маниакальным и общим, часто сопровождается идеями могущества; бывают состояния возбуждения, которые варьируют от говорливости и подвижности, постоянно заставляющих больного менять свое место, до самых сильных и неистовых состояний буйства.

Наконец, третий период характеризуется состоянием слабоумия и увеличением явлений общего паралича: речь становится лепечущей и дрожащей, очень затруднена, иногда непонятна; походка делается нетвердой, шаткой, невозможной; появляется непроизвольное отхождение выделений; разум совершенно слабеет, сохраняется небольшое количество идей, совершенно несвязных, иногда подвижных, иногда более или менее стойких. Чаще больные покойны, но время от времени у них имеет место более или менее сильное возбуждение. Этот период кончается полным параличем волевых движений и состоянием полного идиотизма.

Не у каждого больного наблюдаются постоянно все три периода: нередко отсутствует второй, он заменяется иногда состоянием спазматической агитации, непрерывной или периодически появляющейся; довольно часто в третьем периоде развиваются приступы мозговых приливов, сопровождаемые потерей сознания, иногда с судорожными движениями и дрожанием, с последующим ухудшением симптомов болезни, иногда с эпилептиформными припадками».

В 1825 г. Бейль опубликовал «Новое учение о душевных болезнях» (Nouvelle doctrine des maladies mentales), а в 1826 г. «Трактат о болезнях мозга и его оболочек» (Traité des maladies du cerveau et de ses membranes). В обеих работах он подтверждает и дополняет данные, изложенные в его диссертации. В «Новом учении» Бейль, между прочим, дает особенно яркую картину бреда величия и богатства, на основании которого, по его мнению, можно ставить диагноз и прогноз в каждом без исключения случае. Вот эта историческая страница.

«Болезнь начинается бредом величия, более или менее выраженной экзальтацией и легким, неполным, общим параличем. Больные воображают, что они богаты, могущественны, отличаются всякими достоинствами, покрыты отличиями и одарены талантами. Они думают, что их состояние увеличилось вдвое, втрое, вчетверо, в сто раз. Другие, забывая несчастное положение, в котором они находились в момент заболевания, только и думают о сокровищах, обладателями которых они себя считают; они строят гигантские проекты, долженствующие принести им громадные суммы, покупают все, что подвернется под руку, только и думают о приобретениях.

Одержимые подобными идеями, они говорят без конца и ни о чем больше не думают. Болтливость их неиссякаема. Они возбуждаются разговором и легко переходят в состояние гнева, когда их экстравагантные идеи встречают противоречие. Лицо их обыкновенно красно, раздуто, выражает довольство и радость, которые доставляют им их богатство и величие. Они поют, смеются, находятся в состоянии веселости и блаженства. Они отвечают довольно разумно на большую часть вопросов, стоящих в стороне от их бреда.

По мере прогрессирования болезни, бред величия становится все более распространенным, все более сложным, доминирующим. Больные считают себя на вершине величия и богатства.

Они обладают миллионами, миллиардами, золотом, бриллиантами, замками, царствами, наконец, всей вселенной. Они министры, полководцы, адмиралы, короли, императоры, они — само божество. На ряду с бредом величия, всегда существуют признаки слабоумия».

Такое описание бреда величия, — как справедливо замечает Прозоров, — может быть вставлено в любой современный учебник. Бейль обрисовал также предвестники прогрессивного паралича:

«Из всех продромальных симптомов хронического воспаления мозговых оболочек чаще всего встречается небольшое затруднение в движениях языка, выражающееся в виде мгновенной запинки, неповоротливости при произнесении некоторых слов, а иногда дело не идет дальше незначительного заикания. Этот симптом, появляющийся часто после приступа прилива крови к мозгу, иногда снова исчезает на короткий срок, но лишь для того, чтобы возобновиться, особенно если приступ мозгового полнокровия повторится. Указанный симптом часто является единственным указанием на приближающееся помешательство. Кроме того, нередко можно заметить также и легкое затруднение в движениях конечностей».

Несмотря на то, что на прогностическое значение расстройства речи было указано уже Эскиролем, нельзя не признать, что в приведенном контексте Бейля, т.-е. в виде раннего симптома у таких больных, которые еще

считаются душевно-здоровыми и только страдают «приливами крови» к голове,—этот признак получил еще большую клиническую ценность.

Возвращаясь к идеям величия, отметим, что последние, по наблюдениям Бейля, не держатся стойко до самого окончания процесса: в третьем периоде они исчезают. Иногда их не бывает совсем, и такое «исключительное» явление, по мнению Бейля, бывает, вероятно, при быстром развертывании процесса, когда характерная бредовая картина как бы не успевает развиться. Кроме бреда величия наблюдаются временами и другие бредовые идеи, например, меланхолического содержания; однако, Бейль отказывается поставить их в причинную связь с хроническим менингитом. Поразительно, что уже в его работах содержатся некоторые цифровые сопоставления прогрессивного паралича и сифилиса. «Одна пятая часть из 182 больных,—говорит Бейль,—имела в своем прошлом половые эксцессы, при чем иногда отмечается и заражение сифилисом, однако, и то и другое — настолько частое явление, что я не могу решиться признать его причиной хронического менингита».

2

Мы не знаем, в какой мере Бейль в эпоху опубликования своей диссертации отдавал себе ясный отчет в значении сделанного им открытия. Можно думать, что только под конец жизни он понял свою роль в истории науки и, как мы увидим ниже, энергично отстаивал свой приоритет, когда для этого представился существенный повод. Но, конечно, уже раньше для него было ясно, что он открыл важный факт, так как он, между прочим, старается подтвердить его ссылкой на целый ряд своих идейных предшественников, успевших дать в свое время некоторые отрывочные указания на «хронический арахнит» и его значение для психиатрической клиники. Такими предшественниками были Боне, Морганьи, Меккель, Гредин, Уиллис и Эслем. Повидимому, наиболее близко подошел к великому открытию Эслем. Этот аптекарь Бедлама, не имевший в начале врачебного звания, но большой практик-психиатр и талантливый самоучка-прозектор, решительно указал на частое совпадение и причинную зависимость между параличем и психозом. В его книге «Наблюдения

над помешательством и меланхолией»[1] содержатся нижеследующие, не оставляющие никаких сомнений, строки.

«Паралитические поражения служат причиной помешательства гораздо чаще, чем это полагают. Речь (таких больных) расстроена, рот перекошен, руки и ноги более или менее лишены произвольных движений, и у большинства значительно ослаблена память. Больные этого рода безучастно относятся к своему положению. Слабые до того, что они еле могут держаться на ногах, они считают себя чрезвычайно сильными и способными на величайшие подвиги. Ни один из таких больных не поправляется. Они умирают внезапно от апоплексии или впадают в состояние слабоумия и маразма после повторных припадков»[2].

Из других англо-саксонских авторов бред величия в сочетании с параличем описывали Арнольд[3], Перфект[4], Рейд и американец Реск. Но особенно подчеркивает Бейль наблюдения германского врача Меккеля, которого он, видимо, считает наиболее ярким выразителем взглядов, проводимых им самим в своей диссертации. Меккель опубликовал 15 случаев психического расстройства, из которых три, несомненно, относятся к прогрессивному параличу; он определенно указывает на причинную связь душевного заболевания и паралитических симптомов. Эта важная работа была обнародована в мемуарах берлинской Академии наук в 1764 г.[5] Кроме того, Бейль склонен был относить к числу своих отдаленных предшественников также и знаменитого Киаруджи, неоднократно отмечавшего при вскрытиях инфильтрацию мозговых оболочек и другие воспалительные явления; однако, вскользь упоминаемые им бред величия, бессоница и несообразные поступки больного Киаруджи не объединяет в одно целое с неврологическими и патологоанатомическими данными. Таким образом, надо признать, что весь этот вопрос не был по настоящему поставлен до того момента, когда выступил Бейль.

---

[1] Observations on madness and melancholy (1798).

[2] Джон Эслем (John Haslam) родился в 1764 г. в Лондоне, умер там же в 1844 г.

[3] Arnold. Observations, 2 тома, 1782—1786.

[4] Perfect. Annals of insanity. London, 1801.

[5] Цитир. по «La paralysie générale». Юбилейный сборник, Париж, 1922

3

Через два года после выхода в свет диссертации Бейля Эскироль писал:

«Бейль пытается доказать, что мономания богатства и величия служит признаком хронического менингита, и что это воспаление проходит через три периода: первый период — горделивой мономании с предвестниками паралича, второй период — мании, и третий — слабоумия с уже развившимся параличем. Хотя я наблюдал очень много больных, я не могу согласиться, что мономания величия обладает таким правильным ходом. Я заметил, что ей могут предшествовать и мания, и липемания, а также и другие мономании самого различного содержания. Паралич может осложнять все болезни, независимо от характера бреда; однако, совершенно правильно подмечено, что чаще всего он присоединяется к мономании величия и к слабоумию. Если к мании в ее начальном периоде присоединяется явление паралича, то как бы слабо последние ни были выражены, можно смело предсказать, что эта болезнь в скором времени кончится смертью».

Эскироль следующим образом представлял себе патогенез паралитических явлений: «Мозг, — говорит он, — заболевает вначале, как специально психический орган, но в дальнейшем он вовлекается в процесс и как нервный центр; этим и объясняется, что параличи так часто встречаются у душевно-больных». Эту же мысль почти в таких же выражениях высказал ученик Эскироля — Жорже в 1820 г. Таким образом, невзирая на исследования Бейля, Эскироль остался при своем прежнем мнении. И нельзя сказать, чтобы у великого клинициста не было некоторых весьма существенных оснований для такого сдержанного отношения к доктрине о сочетании бреда величия и паралича. Опыт действительно показывал ему, что явления паралича могут «осложнять» не одни только мегаломанические картины, но и картины совершенно противоположного характера: ему приходилось видеть немало резко депрессивных больных, которые страдали расстройством речи и кончали параличем. На этом основании Эскироль не мог согласиться с обобщениями Бейля, что паралич всегда является спутником бреда величия, и в этом он был, разумеется прав. В то время

еще не накопилось достаточно клинического материала, который позволил бы установить, наряду с экспансивными, также и депрессивные картины этой болезни.

Надо полагать, что вопрос об осложнении помешательства параличем был в то время предметом живейшего интереса и в Сальпетриере и в Шарантоне. Общее настроение, однако, было против Бейля. Жорже на страницах Archives de Médecine довольно резко критикует его тезу, называя идеи Бейля не только гипотетическими, но и совершенно невероятными. Тем временем Делайе (Delayé) под руководством Эскироля готовит специальное исследование на тему «Об одном виде паралича, встречающемся преимущественно у душевно-больных» [1]. Этого автора сравнительно мало интересовали чисто психопатологические картины; его внимание обращено преимущественно на двигательные расстройства. Как бы коллекционируя паралитичные симптомы, наблюдаемые в психиатрических больницах, он естественно поместил в одну рубрику вместе с настоящими симптомами прогрессивного паралича также и различного рода гемиплегии, параплегии, явления табеса и целого ряда других органических нервных болезней. Несмотря на это, как мы увидим дальше, через много лет появилось стремление приписать Делайе всю заслугу в деле выделения прогрессивного паралича. Утверждали впоследствии будто именно Делайе первый обратил внимание Эскироля на существенные признаки прогрессивного паралича, в частности на расстройство речи, и что только после этого Эскироль стал говорить на своих лекциях об этом «смертельном признаке». Никто никогда не узнает, конечно, насколько достоверна такая активная роль Делайе в истории прогрессивного паралича. Во всяком случае один факт не подлежит сомнению: самый термин прогрессивный паралич впервые предложен Делайе.

Первая крупная монография о прогрессивном параличе вышла в 1826 г. Это была книга, озаглавленная «О параличе у помешанных» [2], ее автором был Кальмейль (Calmeil). Никто не мог думать, — говорит Семелень, — что

[1] «Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particuliérement les aliénés».

[2] «De la paralysie chez les aliénés».

этот молодой провинциал, приехавший двадцати двух лет в Париж, чтобы продолжать учение, начатое в Пуатье, этот страстный любитель ботаники, сделается со временем известным психиатром. Сперва он хотел заняться хирургией, но резкость знаменитого Дюпюитрена испугала его; он перешел в Шарантон, где вскоре очутился в среде учеников Эскироля, только недавно назначенного туда после смерти Руайе-Коляра. В это время Жорже продолжал свои исследования, Делайе готовил свою тезу, настроение было бодрое, и интерес к науке огромный, но антибейлевские тенденции были в полном ходу. Ученики знаменитого клинициста считали своим долгом всеми силами отстаивать эскиролевское учение, совершенствуя и развивая его дальше. Одним из проявлений этой тенденции и была книга Кальмейля.

Для Кальмейля прогрессивный паралич все же представляет собою своеобразное заболевание, имеющее свои особые причины, признаки, течение и исход. Такого рода паралич никогда не наблюдается независимо от душевной болезни. Это важное положение, встретившее, однако, целый ряд возражений и далеко не сразу приобревшее право гражданства, было высказано Кальмейлем и определенно подчеркнуто. Однако, по его мнению, патолого-анатомическая картина вовсе не является причиной прижизненно наблюдаемых расстройств психической деятельности. Он склонен был думать, что душевные волнения, являющиеся результатом психоза, вызывают внезапные и частые приливы крови к мозгу, конгестивные явления, которые ведут к судорогам, кровоизлияниям и могут вызвать в конце концов очаги размягчения и гибель мозговой ткани. Такие приливы к голове могут иногда предшествовать взрыву психического расстройства, и в этих случаях симптомы паралича наблюдаются нередко задолго до появления душевной болезни; чаще, однако, начало паралича совпадает с душевным заболеванием или же имеет место тогда, когда уже в течение некоторого времени человек был явно помешанным. Уже в начальных периодах этого заболевания почти во всех случаях можно отметить у больного слабоумие в той или иной степени, к которому и присоединяются различные бредовые идеи, меланхолического или ипохондрического содержания;

однако, надо признать, что чаще всего бывает маниакальное возбуждение с бессмысленно горделивым бредом. Кальмейль подчеркивает, что бред величия нельзя рассматривать в качестве постоянного и необходимого симптома болезни. Наблюдаемые при прогрессивном параличе патолого-анатомические изменения Кальмейль определяет, как хронический диффузный периэнцефалит.

Приблизительно в это же время Фовиль (Foville) в статье «Душевные болезни» в «Словаре медицины и практической хирургии» проводил взгляд, что причиной душевного расстройства при болезни Бейля является заболевание коры, тогда как причиной двигательных симптомов служит уплотнение белого вещества.

4

После своих работ о параличе, как следствии «воспаления мозговых оболочек с переходом последнего на поверхностный слой мозговой коры», Бейль отошел от психиатрии: он занялся общей патологией, внутренними болезнями, анатомией и отчасти историей медицины. Между тем проблемы, выдвинутые им, подали повод в ближайшие годы к оживленнейшим спорам, закончившимся только на исходе пятидесятых годов. Первое время сам Бейль не принимал участия в полемике; он выступил значительно позже, уже стариком, за три года до смерти, когда обнаружилась слишком явная тенденция умалить его заслуги, приписав открытие прогрессивного паралича совершенно другим лицам.

В продолжение не одного десятка лет имели место горячие дебаты между сторонниками дуалистической теории, выдвинутой Эскиролем, Жорже и Делайе, и сторонниками теории унитарной, которую в свое время провозгласил Бейль. Параллельно с этим, по мере совершенствования методов исследования мозговой ткани, постепенно подвигалось вперед изучение анатомического субстрата при прогрессивном параличе. В 1838 г. и в 1841 г. Паршапп опубликовал свои «Исследования мозга» и потом «Теоретическое и практическое изучение душевных болезней»[1],

[1] Parchappe. 1) Recherches sur l'encephale, sa structure, ses fonctions et ses maladies. 1836 — 1838. 2) Traité théorique et pratique de la folie. 1841.

в которых он примыкает к Бейлю в самом существенном пункте, т.-е. всецело признает нозологическую обособленность и самостоятельность прогрессивного паралича. Однако, Паршапп иначе смотрит на патологическую анатомию этой болезни. И если Бейль считал, что первичным процессом является хронический менингит (в то время, как воспаление серого вещества коры мозга является лишь осложнением), Паршапп устанавливает, что всегда имеется разлитое воспаление коры; иногда даже не удается обнаружить менингита, между тем как «размягчение поверхностного слоя мозга», «общий корковый церебрит» никогда не отсутствуют; это патогномоничный признак особой клинической единицы, которую Паршапп предлагает назвать паралитическим помешательством, или слабоумием. В этом названии автор подчеркивает генетическое единство всех симптомов как психического, так и нервносоматического порядка. Паршапп хорошо знал депрессивные формы паралича. Одним из первых он обратил внимание на ранний органический симптом болезни — анизокорию.

Работа Паршаппа не имела, однако, решающего значения и, несмотря на то, что годы шли, взгляды исследователей все еще не приходили к единству. Однако, уже в 1851 г. Деласпов имел основание сказать, что «общественное мнение» вновь сочувственно относится к унитарной доктрине Бейля.

Большим шагом вперед явилась работа Фальре. Он также считает более правильным название «паралитическое слабоумие», чтобы «сохранить болезнь в кадрах психических расстройств», между тем, как под наименованием «прогрессивный паралич» она по недоразумению всецело помещалась в отделе чистой невропатологии. Особенно характерными считает он нижеследующие патологические факты: 1) явления паралича, представляющего совершенно своеобразный характер; 2) определенные анатомические изменения в коре головного мозга; 3) типическое течение и исход; 4) характерные формы бреда. «Паралич и бред — это два симптома, совершенно одинаковых по своему значению и в равной мере характерных для этого своеобразного процесса». Большею частью оба ряда симптомов развиваются параллельно, но иногда какой-нибудь из них несколько запаздывает; однако, это не

имеет существенного значения. Для психопатологической картины паралитического слабоумия Фальре считает особенно характерными следующие симптомы: «бредовые идеи паралитиков, каково бы ни было их содержание — множественны, подвижны (переменчивы), немотивированы, противоречат одна другой. Каждая из этих особенностей, взятая в отдельности, не позволяет нам, разумеется, поставить диагноз; но все эти черты, вместе взятые, и столь резко выраженные, как при прогрессивном параличе, нигде больше не встречаются в таком сочетании и с такой силой». Говоря о содержании бредовых идей, Фальре, между прочим, один из первых обращает внимание на невероятную абсурдность меланхолических и ипохондрических форм паралитического бреда. Такие заявления, как то, что человек уже несколько раз умер и воскрес, что у него свинцовая голова, что нет ни рта, ни желудка и т. д., можно услышать только при паралитическом слабоумии [1].

Так постепенно установлен был тот крайний полиморфизм психопатологических картин, который столь характерен для прогрессивного паралича, — полиморфизм, который так долго маскировал собою нозологическое единство болезненного процесса.

Представителем дуалистической теории выступил знаменитый французский психиатр Бейарже (Baillarger). Это была все та же традиция, исходящая от Эскироля, крайне сильная и живучая, продолжавшая стоять на пути выяснения истины: прогрессивный паралич представляет собою комбинацию двух заболеваний: душевного расстройства, с одной стороны, и паралича — с другой, при чем они независимы одно от другого и далеко необязательно проявляются вместе. Бейарже думает, что Бейль и его сторонники описывают не одну болезнь, но две различных болезни. И он обращает внимание на возможность появления симптомов паралича при полном отсутствии психического расстройства в смысле «помешательства», —

---

[1] Falret, статьи в Archives gen. de méd. 1855 — 1858, Les diverses paralysies générales, Diagnostic différentiel des paral générales и др.

т.-е. психоза с бредовыми идеями, с аффективными расстройствами и т. п. (французское — folie). Но при этом Бейарже выдвигает вперед одно положение величайшей важности, а именно: он утверждает, что во всех случаях у больных этого рода наблюдается слабоумие. А слабоумие не есть помешательство, «это — вещи совершенно различные, которые не следует смешивать». Таким образом, общий паралич (paralysie générale) есть болезнь особого рода, отличающаяся от обычных душевных болезней; это — паралитическое слабоумие, démence paralytique, которое часто поражает, как это доказывал Делайе, людей совершенно здоровых психически; болезнь, которая может существовать без всякого бреда, без помешательства, без всего, за исключением слабоумия. Теперь окончательно выясняется различие между воззрениями Бейарже и сторонников унитарной теории. Бейль, Паршапп и Жан Фальре выделяли симптомы троякого рода: помешательство (т.-е. бредовое состояние), слабоумие, паралич; Бейарже утверждает, что эта болезнь в ее чистой и простейшей форме имеет фундаментальные и постоянные симптомы двоякого рода: слабоумие и паралич. Бред во всех его разновидностях является побочным симптомом. Это своего рода осложнение болезни. Такая концепция, как правильно замечает Арно (Arnaud), представляет собой не что иное, как дуализм Эскироля, вывернутый наизнанку.

Но этой теорией далеко не ограничились труды и исследования Бейарже в области учения о прогрессивном параличе. Он описал с особою полнотой ипохондрический бред паралитиков, бред отрицания, бред отсутствия внутренних органов при депрессивных формах болезни. Бейарже один из первых указал на соотношение прогрессивного паралича и табеса, и ему обязана клиника более точным изучением ремиссий. Анизокорию, о которой вскользь говорил Паршапп, Бейарже сделал предметом специального исследования, указав на ее диагностическое значение, особенно в тех случаях, когда этот симптом идет рука об руку с рефлекторной неподвижностью зрачков на свет. Кроме того, названный исследователь был одним из первых энергичных работников в области патологической анатомии прогрессивного паралича; он описал склероз белого вещества в поверхностых частях

мозговых извилин, обычную атрофию мозга паралитиков, которая, однако, не простирается на мозжечек, так называемую «coloration ardoisée». Почти полвека — от 1846 г. до 1890 г. — своей жизни и большую часть своей научной энергии Бейарже посвятил изучению прогрессивного паралича. Его имя, вместе с именами Бейля, Паршаппа и Фальре, неразрывно связано с историей учения о прогрессивном параличе [1].

К 1846 г. появилось указание со стороны некоторых авторов, что прогрессивный паралич был впервые описан не Бейлем, а Делайе. Бейль письмом в редакцию Gazette des Hôpitaux отстаивал свой приоритет. Через несколько лет, 20 июня 1854 г., Бейль сделал в медико-психологическом обществе подробный доклад на тему об органическом происхождении душевного расстройства, сопровождающегося параличем. Доклад должен был быть напечатан в официальном органе общества — в Annales médico-psychologiques, редакционный комитет которого, в лице Бейарже, Сериз и Лонже (Longet), далеко не был сторонником автора; и вот, номером раньше, чем должна была появиться статья Бейля, вышла небольшая работа Трела о прогрессивном параличе, посвященная автором Делайе, к которому он обращается с нижеследующими словами:

«У меня давнишнее желание обратиться к вам по поводу одной болезни, в изучении которой вы приняли большое участие тому назад 35 или 36 лет. Это было в 1818 и 1819 гг. в Сальпетриере, когда еще жив был Пинель, и лекции Эскироля и Ростана привлекали многочисленную аудиторию. Жорже в это время писал там свою диссертацию. Ваша теза вышла в свет только в 1824 г., и в ней вы не могли дать подлинной хронологии ваших более ранних исследований, но те, кто делил с вами ваши труды, и кто имел случай часто беседовать с вами, прекрасно помнят, как вы были поражены затруднением речи некоторых больных и неловкостью их движений, и как после этого вы приложили массу усилий к тому, чтобы в нозологических кадрах отвести особое место тому роду болезни, которая характеризуется постепенным неизлечимым ослаблением интеллекта и способности к движениям. Наш учитель

[1] Бейарже (Baillarger, Jules — 1809 — 1890) родился в Монбазоне, воспитывался в лицее в Туре, после чего приехал в Париж; был некоторое время экстерном в Бисетре, интерном в Шарантоне, защитил диссертацию в 1837 г., после чего вскоре был назначен врачем в Сальпетриер. Он является основателем Annales médico-psychologiques.

Эскироль не замедлил отметить ваши труды своим одобрением, и вот, в своих лекциях он начал излагать учение об общем параличе помешанных. Когда приходит срок для появления на свет какой-либо идеи, самое важное, конечно, заключается в том, чтобы она успела развернуться и удостоилась бы той оценки, которую заслуживает. Однако же, нельзя считать совершенно безразличным, знают или не знают имя ее автора. Невзирая на всю вашу скромность, вы должны прекрасно помнить, и другие помнят это так же хорошо, как и вы, какая доля участия принадлежит вам в характеристике болезни, о которой ничего не говорили и ничего не писали до вышеуказанного момента».

На статью Трела Бейль ответил на страницах того же журнала. Он указывает, что его собственная работа вышла двумя годами раньше, чем диссертация Делайе. Кроме того, Делайе, которому, конечно, работа его, Бейля, была хорошо известна, отстаивал точку зрения, оказавшуюся неверной: он доказывал, что больные общим параличем имеют две болезни, между тем, как Бейль доказывал и доказал, что психопатологическая картина, с одной стороны, и двигательные симптомы — с другой, являются следствием одной и той же причины, а именно — воспаления оболочек выпуклости мозговых полушарий и поверхностных слоев мозгового вещества.

Сопоставляя все данные и вникая в только-что изложенный спор о первенстве в этом важном научном открытии, надо, повидимому, притти к заключению, что в описываемую эпоху (1818 — 1824) идея о прогрессивном параличе носилась, как принято говорить, в воздухе; на эту тему велись беседы и у Эскироля в Сальпетриере, и у Руайе-Колара в Шарантоне. В результате коллективных усилий молодой французской психиатрической мысли получило свою формулировку это важное клиническое обобщение. Наиболее четкое выражение найдено было Бейлем. Через сто лет после его диссертации, в ознаменование его заслуг, выпущенная в 1922 г. юбилейная монография «La paralysie générale» имела в своем подзаголовке слова: «Maladie de Bayle» — болезнь Бейля.

Бейль умер в 1858 г. Вскоре после этого парижское медико-психологическое общество посвятило 9 заседаний интереснейшим дискуссиям на тему о прогрессивном параличе. Здесь выступали Паршапп, Деласиов, Пинель-племянник, Бейарже, Фальре, Бриер де-Буамон. На одном из этих знаменитых собраний Бейарже заявил, что он

«никогда не признавал прогрессивного паралича без психических аномалий». Он отказался от своих взглядов, высказанных в 1846 г., и, таким образом, идеи Бейля окончательно восторжествовали. На этом закончился первый период истории учения о прогрессивном параличе. Второй период характеризуется главным образом работами в области этиологии этой болезни и заканчивается уже в эпоху Крепелина, во времена немецких ученых Шаудина, Вассермана и японца Ногуши.

ГЛАВА ШЕСТНАДЦАТАЯ

УЧЕНИКИ И СОВРЕМЕННИКИ ЭСКИРОЛЯ

1. Жожже, Феррю, Вуазен. Сеген и основание дефектологии. Описание циркулярного психоза. Фальре и Бейарже. Эпилептический психоз. Паршапп. Бриер де-Буамон. Трела. Моро. Ласег и описание бреда преследования. — 2. Гислен и эпоха Пинеля в Бельгии.

1

Кажется, не было ни одного из учеников Эскироля, который не способствовал бы в той или иной мере прогрессу науки. Здесь прежде всего должен быть назван рано умерший Жорже (1795—1828). Его труд «О помешательстве» (1820) справедливо считался наивысшим достижением французской психиатрии в то время, когда она еще не имела в руках классического руководства Эскироля. Уступив место Бейлю и Кальмейлю в разработке вопроса о прогрессивном параличе, Жорже избрал себе другую область: он энергично разрабатывал тему о мономаниях, при чем, невзирая на многочисленные нападки, доказывал выступлениями в судах и своими научными работами, что больные мономаниями должны считаться неответственными за свои поступки[1]. Другим учеником Эскироля был Вуазен (1794—1872). То, что Пинель сделал для душевно-больных, Вуазен старался осуществить для детей-идиотов: поднять эти обездоленные существа,

[1] В это время Париж был взволнован рядом убийств малолетних, совершенных психопатами (процесс Генриетты Корнье, Папавуана и др.). Юристы и многие врачи негодовали, что Эскироль и Жорже хотят оправдать «возмутительные преступления». Несмотря на экспертизу Жорже, подсудимые были казнены.

заставить смотреть на них, как на людей, а не бессловесных животных. В течение целого ряда лет он заведывал отделением для эпилептиков и идиотов в Бисетре. В 1842 г. вышел его «Трактат об идиотизме». Он предостерегает от шаблонов в воспитательных приемах и настойчиво указывает на необходимость самой строгой индивидуализации. Его идея — установить и усовершенствовать те стороны дефективной психики, которые еще доступны развитию. Основанное им в 1834 г. в Исси «Ортофреническое заведение», несомненно, отметило собой важный шаг вперед в психиатрическом деле.

Сравнительно поздно, на тридцать четвертом году жизни, в эту дружную семью, группировавшуюся вокруг Эскироля, вступил Феррю (1784—1861). Его деятельность была крайне многосторонней. Он разрабатывает проекты устройства психиатрических учреждений, вникая во все детали их быта, является одним из основателей фермы св. Анны и редакторов закона 30 июня 1838 г. Наконец, вместе с Вуазеном, он в течение целого ряда лет работает над основными принципами дефектологии и психопатологии детского возраста.

Это дело продолжал и усовершенствовал Сеген (1812—1880), один из самых младших представителей школы Эскироля, вступивший в нее, когда деятельность знаменитого клинициста уже приближалась к концу. Несомненным открытием Сегена был способ усовершенствования элементарных функций чувствительного и двигательного аппаратов дефективных детей (зрения, слуха, быстроты и ловкости, моторных функций); обучение, по его мнению, должно быть по возможности конкретным, представлять собой «школу вещей» — мысль, которую в свое время отстаивал Песталлоци, когда он признавал наглядность «основой всякого познавания»[1]. Мысли Сегена изложены в его монографии: «Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей»[2]. Франция не оценила заслуг Сегена, он эмигрировал в Америку, развил там широкую деятельность и умер в Нью-Йорке.

---

[1] Аналогичные взгляды в области нормальной педагогики высказывал в то время в Германии Фридрих Фребель.

[2] Есть русский перевод М. П. Лебедевой. СПБ., 1903.

К этой же категории основоположников французской психиатрии принадлежит Жан Фальре (1794—1870). Научное мировоззрение Фальре в течение его семидесятишестилетней жизни претерпело интересную и поучительную эволюцию. Не находя у постели больного ключа к пониманию психозов, он сперва с увлечением принимается за патолого-анатомические изыскания, как раз в то время, когда Бейль, Делайе и Кальмейль занимались вскрытиями прогрессивных паралитиков. Но Фальре отошел от патологической анатомии разочарованный. Примитивная психология начала XIX века, с ее книжными знаниями также не дала ему ничего. Возвратившись в конце концов в клинику, Фальре остается в ней, убедившись в том, что это единственное место, где можно найти ответы на многочисленные психиатрические запросы. Клиническому наблюдению Фальре ставит особые задачи. «Слишком часто, — говорит он, — врачи трактуют свой предмет, как беллетристы». Необходимо отвлекаться от индивидуальных различий и устанавливать типы; пока они не найдены, — думает он, — «не следует увлекаться поспешными и искусственными классификациями» [1].

Есть одно место у Фальре, которое кажется написанным не в начале XIX века, а в самом его конце. «Что особенно необходимо изучать у душевно-больных, — говорит он, — это ход и развитие болезни; обыкновенно больного обследуют и более или менее тщательно изучают один или два раза, вскоре по поступлении его в больницу, а между тем наблюдение должно вестись годами. Тогда мы откроем различные фазы, в какие вступает болезнь. Зная ход и характер различных заболеваний, мы будем иметь возможность построить новую естественную классификацию психозов». Этот принцип не остался у Фальре мертвой буквой. Он дал живой пример того, что он понимал под различными фазами, в какие вступает болезнь: в 1852 г. он описал болезнь, которой дал название циркулярного помешательства. Эта форма,—писал Фальре,—«характеризуется последовательным и правильным чередованием маниакального

[1] Эта критика направлена против учения Эскироля о мономаниях (см. Falret, J. La non existence des monomanies. 1854).

состояния, меланхолического состояния и светлого промежутка. Здесь нечто большее, чем мания и меланхолия; это — настоящая и естественная группа, так как ее выделение основано не на характере бреда или окраске эмоций в данный момент, а на целом комплексе явлений: интеллектуальных, моральных, физических, всегда притом одинаковых в одинаковые периоды болезни и всегда следующих одно за другим в таком определенном порядке, что мы имеем возможность, подметив появление одного из них, предвидеть появление других; таким образом, мы предсказываем дальнейшее течение болезни»[1]. Если бы только этим открытием ограничились достижения Фальре, то и тогда он должен был бы занять одно из первых мест в мировой науке. Но он сделал больше.

Уже давно некоторые исследователи задавались вопросом, не существует ли признаков эпилепсии вне судорожного припадка? Фальре впервые с полной определенностью не только подчеркнул важность этой проблемы, но и ответил на нее: в 1861 г. им описана «замаскированная эпилепсия»—épilepsie larvée –и дано изображение душевных расстройств, наблюдаемых у эпилептиков. От него не ускользает, между прочим, факт неустойчивости и особой перемежаемости психических явлений, преимущественно в сфере аффектов и влечений этих больных. И он первый высказывает мысль, что многие эпилептики и в промежутках, свободных от приступов, представляют особые психопатологические черты — раздражительность, наклонность к тоскливым приступам и т. д.[2]. Как видно, Фальре и здесь, верный своим теоретическим предпосылкам, ищет и находит такие кардинальные признаки, которые могли бы сделать из эпилепсии естественную нозологическую единицу. Далее, Фальре первый пытался систематизировать разрозненные наблюдения над психозами у алкоголиков. Дальнейшая обработка этой темы была уделом последующих десятилетий, по мере того как повсеместное распространение алкоголизма предоставляло в распоряжение исследователей неисчерпаемый материал.

---

[1] J. Falret. Folie circulaire (Bulletin de l'Acad. de méd., 1853—54, t. XIX, p. 356).

[2] J. Falret. De l'état mental des épileptiques.

Так в лице Жана Фальре гигантскими шагами подвигалась вперед французская психиатрия. К середине века она знала уже несколько настоящих болезней: циркулярное помешательство, эпилептическое помешательство, алкогольное помешательство. К этому же времени закончился долгий период споров еще об одной болезни, которая готовилась занять доминирующее место в психиатрических классификациях — мы говорим о прогрессивном параличе. Было указано в предыдущей главе, какую важную роль сыграл Жан Фальре в дебатах по этому поводу.

В одном ряду с Фальре должен быть поставлен другой замечательный представитель французской психиатрии, один из младших учеников Эскироля, Бейарже (1809 — 1890). О нем также было упомянуто в главе «О прогрессивном параличе». В настоящий момент он будет интересовать нас главным образом как автор крупного открытия, сделанного им одновременно с Фальре. В докладе, прочитанном в Академии наук в 1854 г., он говорил: «Сопоставляя и сравнивая большое число наблюдений, необходимо притти к заключению, что нельзя смотреть отдельно на возбуждение и угнетение, следующее одно за другим у одного и того же душевно-больного, как на два разных заболевания. Это чередование не случайное, и я мог убедиться, что существует связь между продолжительностью и интенсивностью двух таких состояний, которые, очевидно, представляют собой только различные периоды того же приступа. Сами эти приступы, собственно, не принадлежат ни к мании, ни к меланхолии, но составляют особый род психического заболевания, характеризующийся правильным чередованием двух периодов — возбуждения и угнетения». Для этой болезни Бейарже предложил название — «помешательство с двумя формами» — folie à double forme. Через несколько дней после доклада Бейарже сделал свое сообщение Фальре, который, как мы видели, предложил другое название — «циркулярный психоз», потому что «существование этого рода больных вращается все в одном и том же кругу болезненных состояний». Принципиальной разницы между взглядами обоих исследователей нет. В науке удержался термин Фальре — циркулярный психоз.

О каждом из перечисляемых нами ниже последователей Эскироля можно было бы сказать очень много. Недостаток места заставляет нас ограничиться простым перечислением. Мы вторично назовем имя Кальмейля, но на этот раз в качестве автора исследования «О помешательстве с точки зрения патологической, философской, исторической и судебной» (1845) [1]. В этом увлекательном сочинении, написанном с истинно французским блеском, проходят перед нами психиатрические теории древнейших времен и вся фактическая сторона средневековый психических эпидемий. Далее идет Лёре, анатом и терапевт, известный своим чрезмерным увлечением ледяными душами и несколько строгими воспитательными приемами, которые он советовал применять к душевно-больным. Исключительное место в этой плеяде занимает Паршапп (1800–1866), который, помимо своей роли в истории развития прогрессивного паралича, прославился другим достижением: в его лице больничная психиатрия сделала важный шаг вперед, а именно — Паршапп ввел, как принцип, постоянное наблюдение за больными. Далее следует назвать Бриер-де-Буамона с его книгой «О влиянии цивилизации на распространение душевных болезней» (1837) и монографией «О самоубийстве» (1856). Особенно интересна его клиническая работа «О продолжительных ваннах с непрерывными обливаниями при лечении острых психозов и в частности мании» (1847). Об этой книге вспомнили через 50 лет и оценили правильность изложенного в ней метода, существенно обогатившего терапию душевных болезней. К этому же периоду относится крупная работа Трела «О светлом помешательстве» [2] (вернее— помешательстве при ясном сознании), в которой этот замечательный французский психиатр впервые дал целую галлерею «пограничных состояний», положив таким образом начало одной из важных глав психиатрической науки — «малой психиатрии». Необходимо еще назвать имя Моро (из города Тура, почему его и называют

---

[1] Calmeil. De la folie considerée sous le point de vue pathologique, historique et judiciaire. Paris, Baillière, 1845.

[2] Trélat, U. Folie lucide. 1852. Его же: Recherches historiques sur la folie. Paris, Baillière, 1839.

обыкновенно, в отличие от другого Моро,—Моро де-Тур—1804—1884). Его исследование «О патологической психологии в ее отношениях к философии и истории» (1859) выдвигает точки зрения, послужившие впоследствии исходными пунктами для Ломброзо в его идеях о гениальности и помешательстве.

В этот период времени (1843), по инициативе Бейарже, основывается влиятельный психиатрический журнал, существующий и поныне: Annales médico-psychologiques. Вскоре вслед за этим происходит событие большой важности: Ласег описывает хронический бред преследования—едва ли не самое типичное, наиболее распространенное и практически важное из всех содержаний параноической психики. Он описал (разумеется с современной точки зрения) только симптомокомплекс, относящийся к нескольким несходным по существу нозологическим видам. Ласег обратил внимание на крайнюю распространенность этой бредовой картины; но, несмотря на то, что в его материале были несомненные случаи «истинной паранойи», ему не удалось подметить важнейшего симптома, имеющего такое большое значение для дифференциальной диагностики этих форм: он не упоминает ни одним словом о постепенной, медленной и все прогрессирующей систематизации бреда. На это указал Фальре.

Фальре различал три периода в развитии бреда: 1) период инкубации; 2) период систематизации, самый важный и интересный, с его поразительной интеллектуальной активностью, часто с прекрасной логикой, с крайне разнообразной и сложной мозговой работой; 3) период стереотипии. Здесь это слово употреблено в ином смысле, чем в наши дни: стереотипия, по терминологии Фальре,—это бред, нашедший свою формулу, остановившийся в своем развитии, это—клише, уже не подлежащее никаким изменениям.

Надо признать, что доля участия Фальре в развитии учения о хронической паранойе более значительна, чем доля Ласега, который поставил ударение только на одном из возможных вариантов параноического бреда, (бреда преследования, между тем как Фальре оттенил и подчеркнул то, что является общей характеристикой всей

группы постепенную эволюцию во времени[1]. Как бы то ни было, этими важными исследованиями было положено начало для целого ряда дальнейших изысканий: это были первые нити Ариадны в запутанном лабиринте паранойи.

Одновременно с этим развивается и дает блестящие научные результаты французская анатомическая школа, представленная в первой половине XIX века работами Фовиль, Гратиоле и Лёре. Судебная психопатология и психиатрия в лице Феррю намечает основы для сложной дисциплины, уже заложенной в свое время итальянцем Павлом Заккиас.

Однако, приближался момент, когда для дальнейшей успешной разработки все увеличивавшегося материала уже недостаточно было усилий французов. Необходима была содружественная работа и других народов.

2

Эпоха Пинеля постепенно захватывала ближайшие страны. В 1825 г. в Бельгии получил диплом врача человек, влияние которого не ограничилось пределами его родины. Бельгийская психиатрия обязана ему реформой больничного дела, мировая наука — новыми точками зрения на патогенез душевных расстройств.

Жозеф Гислен (1797 — 1860) вышел из семьи, в которой было много способных людей. Замечательный чертежник и любитель архитектуры, он в молодые годы представил на конкурс проект больницы для душевнобольных, который удостоился золотой медали. Мировую славу дал ему «Трактат о френопатиях» [2]. В этой книге он, между прочим, доказывает, что одним из основных признаков всякого психического заболевания является крайнее обострение общей чувствительности — идея, быть может, неправильная, но послужившая для Гислена поводом к описанию тяжелых страданий, испытываемых душевно-больными, что было в то время далеко нелишним, в виду широко распространенного предрассудка об их нечувствительности

---

[1] Lasègue. Délire de pérsecution 1852.
[2] Guislain. Traité des phrénopathies, 1835.

к боли, холоду и т. д. [1]. Гислен настоятельно требовал внимательного подбора персонала в психиатрические учреждения. «До сих пор, — говорил он, — за нищенскую плату нанимали для этого дела какого-нибудь уволенного от службы полицейского или безработного сторожа, а то и просто бродягу. Что можно ожидать от подобных надсмотрщиков?»

В 1841 г. Гислен принимает живейшее участие в специальной комиссии по реформе бельгийских больниц; в 1850 г. по его инициативе выходит законодательный акт, соответствующий французскому закону 1838 г.; в 1852 г. город Гент строит по его проекту грандиозную больницу, которой впоследствии было присвоено его имя. В этом же году выходят в свет его «Лекции» (Leçons orales) [2].

Имя Жозефа Гислена — бельгийского Пинеля по его общественной деятельности и бельгийского Эскироля по научным заслугам — становится широко известным во Франции, Германии, Англии и в других странах Западной Европы.

Оригинальность психиатрических воззрений Гислена состоит в том, что он один из первых пытался проникнуть в интимные механизмы образования симптомов. Он учил, что первоначально психоз начинается с явления «душевной боли»; это является тем первичным раздражением (по его терминологии — френальгией), которое влечет за собой различного рода р е а к ц и и со стороны психики, неодинаковые в различных случаях: маниакальное возбуждение, бред, ступор, спутанность и т. п. Таким образом, на первичные симптомы как бы наслаиваются вторичные. В это время в глубине нервной системы происходят, очевидно, интенсивные изменения с характером повышенной деятельности. Заключительные фазы психоза состоят в ослаблении психики — мысль, которая была впоследствии формулирована германскими психиатрами в виде якобы непреложного закона в учении о вторичном слабоумии.

---

[1] Это мнение, вероятно, возникло в результате наблюдений над больными схизофренией.

[2] О Гислене см. Trisca, P. La Prophylaxie mentale. Paris, 1921.

Приведем классификацию Гислена:

А. Проявления раздражения (душевная боль, френальгия).

1. Липерофрения (меланхолия, монопатия) — элементарное поражение общей чувствительности.

Б. Проявления реакции.

2. Гиперфрения (мания)—повышение психической деятельности.
3. Парафрения (Folie—помешательство) — уклонение, или аберрация психической деятельности.
4. Гиперплексия (melancholia stupida)—ступорозная меланхолия.
5. Гиперспазмия (судороги)—эпилепсия, хорея.
6. Идеосинхизия (бред)—иллюзии, галлюцинации, ложные идеи, аберрация представлений.
7. Анакулутия (фантазирование)—недостаток связи между представлениями, спутанность.

В. Проявления ослабления.

8. Ноастения (слабоумие)—различные степени психической слабости.

В память пятидесятилетия Бельгийского медицинского общества в городе Генте, в сентябре 1920 г. состоялся многолюдный и торжественный съезд, во время которого французские делегаты — профессор Дюпре и д-р Анри Колен—от лица всей психиатрической Франции возложили венок к подножью статуи Гислена, возвышающейся на площади древней фламандской столицы.

ГЛАВА СЕМНАДЦАТАЯ

НАЧАЛО ЭПОХИ КОНОЛЛИ

1. Отсталость английской психиатрии в первые десятилетия XIX века. Злоупотребления в лечебницах по отчетам «комиссаров по душевным болезням». Парламентский билль о реформе в Бедламе. — 2. Деятельность Чарльсворта в Линкольне. Гардинер Гилль и его доклад о «Полной отмене насилия над человеком». — 3. Деятельность Коноллн в Генуэле. Обсуждение принципа No restraint в Англии. Анкета 1842 г. и комиссия 1854 г. Начало нового периода в истории психиатрии.

1

Англия первой половины XIX века мало принимала участия в процессе развития теоретической психиатрии. Британские врачи, стоя в стороне от чистой науки, были заняты, главным образом, административной деятельностью в своих частных лечебницах и огромных государственных больницах. Однако, и здесь и там уход за душевно-больными далеко не стоял на той высоте, которую можно было предполагать через несколько десятков лет после основания Иоркского убежища. Для изображения «сумасшедших домов» Соединенного королевства пришлось бы взять те же краски, какими в свое время воспользовался Эскироль в своем докладе о французских «приютах злосчастья». Это и сделали «комиссары по душевным болезням» — особый правительственный орган, который вынужден был в один прекрасный день выйти из своего бездействия после нескольких скандальных фактов, проникших в печать. Комиссары описывали, как в некоторых лечебницах больные на ночь загонялись в чуланы, где не было ни отопления, ни самых элементарных удобств;

говорили о палатах, сверх меры переполненных, о грязи и сырости и, в довершение всего, о широком пользовании наручниками, от которых ткани повреждались до самой кости. В одной лондонской лечебнице из 14 женщин 13 найдено было связанными; в некоторых провинциальных больницах было принято, как правило, с вечера субботы до утра понедельника приковывать больных к койкам и запирать их на ключ, пока персонал предавался воскресному отдыху. Еще в 1844 г. спокойные и беспокойные, опрятные и неопрятные больные — все помещались вместе. Были обнаружены факты хронического голодания; повсюду комиссии наталкивались на нетопленные коридоры, едва нагретые комнаты, рваное белье, вопли и смрад. Некоторые больные неизвестно куда исчезали; из реестра смертных случаев иногда до 300 фамилий переносилось в списки поправившихся. Повсюду процветало воровство, фальшивые счета и т. д. Во время работы одной комиссии, которая не собиралась шутить, была сделана попытка сжечь заведение со всеми его больными, книгами и документами: план частично удался — канцелярия сгорела.

Наконец, в 1815 году парламент обратил внимание на лондонский Бедлам, когда-то произведший такое благоприятное впечатление на Теннона. Поводом послужила рецензия «Эдинбургского обозрения» на книгу Самуила Тьюка, напомнившего Англии о том, что сделал для душевно-больных его дед. В результате Бедлам подвергся обследованию, и Нижней палате представлен был подробный доклад.

Больные были прикованы к стене цепями, они были в отрепьях и босы; некоторые были совершенно слабоумны, неопрятны, покрыты грязью, и тут же рядом находились другие, еще вполне сознательные и даже культурные люди. В отдельных камерах лежали на соломе голые женщины, едва прикрытые дырявыми одеялами. В одной из клетушек мужского отделения был найден больной, изображенный впоследствии на рисунке в книге Эскироля. Это был когда-то сильный энергичный человек, по фамилии Норрис. После того, как он однажды ударил надсмотрщика, его посадили на длинную цепь, которая проведена была через отверстие в соседнюю комнату, откуда победитель-надсмотрщик мог притискивать больного к стене, укорачивая цепь, как угодно. В таком рабстве Норрис прожил 12 лет. Наконец явилось избавление, но было уже поздно, так как через год он умер.

Таково было положение дел в Англии, когда началась деятельность трех врачей, с именами которых связано наступление нового периода в истории психиатрии.

2

В 1821 г. была открыта новая психиатрическая больница в Линкольне. Окружным медицинским инспектором в этой местности был Чарльсворт. Первым шагом его исторического подвига было распоряжение, чтобы горячечная рубашка была надеваема на больного не иначе, как только по специальному предписанию врача. Эта мера значила очень много, если вспомнить, что раньше любой служитель имел полную возможность связывать больного и держать его так в течение дней и недель. Далее Чарльсворт ввел обычай, что каждый прибор—наручники, камзол, ремни—должен был иметь свое определенное место на вешалке, так чтобы всегда была возможность проверить, какое число их находится в данный момент в деле. И, наконец, последняя мера: каждый случай применения насилия регистрировался в особом журнале. Чарльсворту приписывается также организация физических упражнений на открытом воздухе.

Эдуард Чарльсворт (1783—1853) родился в Оссингтоне, окончил медицинский факультет в 1807 г. в Эдинбурге и начал свою медицинскую деятельность в городской больнице в Линкольне; как уже сказано, на его обязанности лежало инспектировать местный дом умалишенных. Еще при жизни Чарльсворта, в 1835 г., когда врачем линкольнского заведения назначен был молодой врач, только-что окончивший медицинский факультет, применение физического насилия к больным быстрее пошло на убыль. Этим молодым врачем был Гилль. В 1837 г. он уже определенно указывал на необходимость и возможность полной отмены физического стеснения.

Роберт Гардинер Гилль (1811—1864), по словам современников, проводил целые дни в больничных палатах, вникая во все подробности повседневной жизни душевнобольных; убедившись в том, что моральное воздействие врача и хорошо подготовленного персонала способно заменить всякие куртки, ремни, не говоря уже о наручниках, он в 1837 г. прочитал в Линкольнском медицинском

собрании доклад на эту тему под заглавием: «Полная отмена насилия над человеком при лечении душевнобольных».

Деятельность Чарльсворта и Гилля не могла не обратить на себя внимания психиатрических кругов Англии. В Линкольн стали приезжать врачи знакомиться с новыми достижениями. Вскоре здесь побывал вновь назначенный директор дома умалишенных в Генуеле, — небольшом городке, который сделался через несколько лет идейным центром нового направления в практической психиатрии. Этим врачем был Конолли.

3

«Будучи назначен на должность главного врача дома умалишенных, — пишет Конолли, — я сознавал всю ответственность возложенной на меня задачи и предчуствовал, что мое намерение искоренить всякое дурное обращение с больными — дело в высшей степени трудное в больнице на 800 кроватей. Но изучение доклада Гардинера Гилля вселило в меня убеждение, что мероприятие, удавшееся в Линкольне, может быть проведено и в других, больших по размеру больницах»... «Мое посещение Линкольна, — продолжает он далее, — беседы и потом переписка с Чарльсвортом и Гиллем... сильно укрепили меня в мысли, что механическое насилие можно уничтожить во всякой лечебнице, не только ничем не рискуя, но и с громадными выгодами для всего дела». Приведенный отрывок рисует нам некоторые конкретные подробности обдумывания и осуществления великой реформы, и в словах Конолли нетрудно услышать отзвук живого обмена мнениями между этими тремя замечательными людьми. Можно думать, что Гилль, между прочим, рассказал своему гостю, как в 1829 г. один больной в горячечной рубашке, прикрепленный ремнями к кровати, ночью внезапно умер и как после этого вышел приказ, чтобы около каждого связанного больного оставался по ночам служитель, и какой неожиданный результат получился от этих дежурств: служителям надоедало сидеть всю ночь и они начали все чаще развязывать больных. И вот скоро убедились в том, что насильственные меры вовсе не так часто необходимы, как это предполагалось раньше.

«Я заметил, что к убеждениям Гилля относятся враждебно,—пишет далее Конолли,—или, по крайней мере, обнаруживают тенденцию выставить их в каком-то смешном виде... Я вступил в должность врача в Генуеле 1 июня 1839 г. Могу констатировать, что и здесь отношение врачей было такое же, как и в других домах для умалишенных. Однако, агитация вокруг такого нового вопроса, как отмена насильственных мер, вошедших с незапамятных времен неразрывной частью в повседневный обиход заведений, сделала то, что пользование разными приборами в Генуеле уже сразу было несколько сокращено. После 1 июля, всякий раз, что я требовал ежедневный отчет о примененных мерах стеснения, таковых никогда не было больше 18 в день, — цифра очень незначительная при 800 больных; после 31 июля число их никогда не превосходило 8, после 12 августа — ограничивалось одним, а начиная с 12 сентября насильственными мерами уже перестали пользоваться». При новой системе они были заменены удерживанием больных руками служителей и изолированием их в отдельных комнатах, которые иногда обивались матрацами. Эти усовершенствованные изоляторы представляли большой шаг вперед, если сравнивать их, например, со смирительным стулом или рубашкой.

Идеи Конолли сделались предметом обсуждения на страницах медицинских журналов и общей прессы. Во все психиатрические больницы была разослана анкета, давшая крайне интересные результаты. Часть запрошенных высказалась за абсолютное нестеснение. Их аргументы сводились к следующим пунктам:

1. Механическое стеснение унижает больного в его собственных глазах, парализует его внутреннюю самодеятельность и этим препятствует выздоровлению.

2. Опыт показывает, что в учреждениях, где механическое стеснение отменено, господствует большая тишина.

3. Механическое стеснение деморализует персонал, который пускает его в ход, чтобы уклониться от исполнения своих обязанностей.

4. Наблюдение за больными при отмене механического стеснения может быть вполне осуществлено при более многочисленном штате служащих и тщательном распределении больных по отделениям; что касается расходов,

неизбежно вытекающих отсюда, то это вопрос, не подлежащий рассмотрению, когда дело идет о пользе больных.

Абсолютных противников анкета 1842 г. не обнаружила. Однако, была группа врачей, считавшая целесообразным сохранить все же право на стеснение, но только в исключительных случаях. Эта группа запрошенных также представила свои соображения, сводившиеся к следующему:

1. Легкое связывание дает возможность оказать на больного быстрое влияние и внушить ему уважение, после чего он охотнее исполняет правила, введенные в его собственных интересах.

2. Надзор за больными, особенно в больших больницах, поручается служителям, которым не всегда можно верить, и терпение которых при сильном возбуждении больного нередко истощается довольно быстро. В таких случаях умеренное стеснение лучше всего обеспечивает и безопасность служителя и покой остальных больных.

3. Часто механическое стеснение меньше раздражает душевно-больного, меньше утомляет его, чем удерживание его при помощи рук или же помещение его в отдельную комнату, где ему предоставляется свобода неистовствовать много часов под ряд.

4. Разумное применение легкого стеснения, особенно в случаях сильного возбуждения, имеет то преимущество, что не препятствует прогулкам больного на свежем воздухе.

5. Принудительная изоляция больного в тесной комнате или карцере также является насилием только в другой форме, и моральное действие от этого столь же неблагоприятно, как и действие чисто механического стеснения.

Рассмотрение анкет, посещение больниц специальными комиссарами, обсуждение этого вопроса в научных обществах и в прессе привело к тому, что через несколько лет, в 1844 году, комиссия, собранная по этому поводу, пришла к заключению, что возможность отказаться от механического стеснения при лечении помешанных в громадном большинстве случаев сводится исключительно к денежному вопросу. В тех учреждениях, где насилие еще практикуется, это объясняется теснотой помещений, скверной архитектурой зданий, малым штатом надзирателей и

очень часто всеми этими причинами вместе взятыми. Что же касается изоляторов, пользование ими на короткие сроки, главным образом во время приступов эпилепсии или бурной мании, надо считать целесообразным. Но, с другой стороны, нельзя не заметить, что изолятор дает возможность равнодушному или ленивому служителю избавиться от несносных больных, вместо того, чтобы постараться успокоить их, и это обстоятельство приводит к тем же возражениям, которые могут быть выставлены против механического насилия, поэтому прибегать к изолятору дозволительно только лишь по прямому указанию врача.

Как мы видели, мнение комиссии в 1844 г. было несколько неопределенным: она представила ряд соображений за и против, но через 10 лет, в 1854 г., другая комиссия уже высказывается всецело против насилия и даже против системы изоляторов, между тем, как даже сам Коноллн еще сомневался, можно ли при отсутствии изолятора серьезно думать об отмене механического насилия в больших больницах.

В том же году, когда представлен был доклад, из которого мы привели наиболее существенные выдержки, т.-е. в 1854 г., появилось важное сообщение Хек Тьюка под заглавием: «Усовершенствования, наступившие в обслуживании душевно-больных со времен Пинеля и различные меры, введенные вместо механических насилий» [1]. Совершивший путешествие на континент Тьюк рассказывает о лечении душевно-больных в разных странах Европы. «Во Франции, — говорит он, — большинство врачей считают насилие необходимым и благодетельным». Проводя параллель между Францией и своей родиной, Тьюк говорит, что самое строгое беспристрастие заставляет его отдать предпочтение Англии. Во Франции не имеют понятия о той системе усовершенствованных изоляторов, обитых матрацами, которые заменяют собой в Англии все другие меры.

В заключение своего доклада Тьюк указывает на поднятие интеллектуального и морального уровня персонала,

---

[1] Hack Tuke. The improving of the conditions of the treatement of the insane. 1854.

как на единственное условие, при котором можно провести систему абсолютного но-рестрент.

Джон Конолли (John Conolly) родился 27 мая 1794 г. Он происходил из ирландской семьи, переселившейся в Англию. Медицинское образование он получил в Эдинбурге и в 1821 г. защитил диссертацию на тему «О состоянии сознания при помешательстве и меланхолии» [1]. Назначенный в 1827 г. профессором практической медицины в Лондонском университете, он тщетно хлопотал об учреждении особой кафедры по психиатрии. Точно неизвестно почему, но через три года он покинул Лондон и прожил несколько лет в различных провинциальных городах, пока не обосновался в Генуеле.

В 1839 г. закончилась эпоха Пинеля. В психиатрии провозглашен был новый принцип. Сняв цепи, Пинель, однако, узаконил смирительные рубашки. Конолли уничтожил и эти последние. Два коротеньких английских слова — no restraint — «никаких стеснений!» сделались лозунгом эпохи Конолли.

Существует общераспространенное мнение, что эпоха Конолли, последняя в истории психиатрии, продолжается и теперь. Такое мнение ошибочно. Великий англичанин уничтожил только те механические меры стеснения, которые соприкасаются с поверхностью тела больного. Но стеснение не было изжито без остатка; еще существовали стены изолятора и его крепкие двери. Борьба с изолятором составила задачу следующего периода в развитии психиатрии. Эта борьба закончилась победой только через много лет после Конолли, когда поднятие общего материального и культурного уровня в европейских странах позволило внести огромные усовершенствования в больничное дело и создать то, о чем мечтал предшественник Конолли — Гардинер Гилль: моральное воздействие на больного со стороны хорошо подготовленного медицинского персонала.

---

[1] De statu mentis in insania et melancholia.

ГЛАВА ВОСЕМНАДЦАТАЯ

ГЕРМАНСКАЯ ПСИХИАТРИЯ НАЧАЛА XIX ВЕКА

1. Экономическая отсталость Германии. Умозрительная философия. Кант и классификация психозов. Гоффбауер. Психиатрические взгляды Гегеля и его классификация. Гредниг. Френология Галля. — 2. Дома для умалишенных в Германии начала XIX века по описаниям современников. Рейль и Лангерман.

1

Мы видели, как Франция, вступив в период промышленного развития и порвав с абсолютизмом в политике, одновременно покидает арену метафизических споров и отдает свои силы науке. Конкретные требования, выдвигаемые новыми экономическими условиями, заставляли ясно мыслить и быстро воплощать свои мысли в различные формы практической деятельности. Это означало: примат материальной действительности над отвлеченными построениями, т.-е. трезвый реализм и здоровый расчет. Вместе с крушением феодального строя явилось стремление вносить в жизнь четкость математических построений Даламбера, порядок Бюффона и простоту Ламеттри.

Совершенно иная картина наблюдалась в Германии в конце XVIII и начале XIX столетия. Экономическая отсталость страны выражалась, между прочим, и в отсталости ее науки. Еще процветало крепостное право, как основа земледельческого строя с первобытной сельскохозяйственной техникой. Политическая отсталость, раздробленность на несколько сот самостоятельных государств, между которыми существовали таможни, упадок когда-то тонких, изощренных ремесл, жалкая торговля — все

это создавало атмосферу безнадежно затхлой провинции, где скучная современность невольно заставляла обращать взоры на древний мир, переживать вторую эпоху возрождения (неогуманизм Вольфа), периоды «бури и натиска» с Лессингом, Гердером, Гете, Шиллером и больше мечтать о разрешении мировых проблем, нежели о коренном изменении окружающей обстановки. Господствующее течение германской мысли направилось в сторону, совершенно противоположную естественно-научным исканиям. От Лейбница, великого создателя диференциального исчисления и автора монадологии, ближайшим поколениям передалось по наследству упорное стремление к умозрительному философствованию не только в области самой философии, но и в науке вообще.

Поэтому не без основания Иммануил Кант, в качестве профессора физики, астрономии, антропологии, предостерегал от внесения априорных идей в науку. Но, с другой стороны, огромная сила мысли в «Критике чистого разума» сослужила плохую службу германским мыслителям и мечтателям. Невозможность развернуться, в чисто материальном смысле, толкала на фантастику, романтизм, метафизику, и немало взоров устремлено было на Кенигсберг, где человек, за 82 года своей жизни никогда не выезжавший из города, сумел, однако, одним взмахом охватить и пространство, и время, и причинность, и все вообще основы бытия и мышления. Все это не могло не отозваться на судьбах германской психиатрии.

Интересно, что сам Кант сильно погрешил против своих собственных принципов, когда он высказал о душевных болезнях целый ряд умозрительных соображений. Знаменитый философ, в § 49 своей «Антропологии», охотно соглашаясь, что бред при лихорадке требует вмешательства врача, утверждает, что все другие формы бреда, протекающие без лихорадки, подлежат обсуждению философа. Вот подлинные слова Канта: «Если человек преднамеренно причинил другому несчастье, и возникает вопрос, виновен ли он, и в какой мере, т.-е. если надо установить, был ли он в эту минуту душевно-больным или душевно-здоровым, — тогда суд должен направить это дело не на медицинский, а на философский факультет. Вопрос, обладал ли обвиняемый при совершении преступного действия

способностью суждения, есть вопрос всецело психологический» [1]. Таким образом, по мнению Канта, судебно-психиатрическая экспертиза должна находиться в ведении психологов, т.-е. философов (единственных ученых, занимавшихся в то время вопросами психологии). Этим самым и значительная часть теоретической психиатрии отрывалась от медицины. Если сам Кант и не говорил этого с полной определенностью, об этом подумали за него другие. В течение целого ряда лет люди, не имевшие ничего общего с медициной, писали «психологические исследования о помешательстве», обсуждали проблемы этиологии, патогенеза, терапии, были экспертами на суде и преподавателями науки о душевных болезнях. Нельзя утверждать, будто бы все высказанное ими было лишено всякой ценности (слишком великими умами были, например, Фриз и Гегель), но, разумеется, оторванная от почвы живых наблюдений, такая умозрительная психиатрия не могла не обнаружить вскоре своей полной бесплодности. Кант сам, в той же Антропологии, предложил классификацию душевных болезней. Он разделяет психозы по формально психологическим признакам на три вида: беспорядочное, методическое и систематическое помешательство. В первую группу он относит аментивные и маниакальные состояния, с отвлекаемостью и бессвязностью в мыслях, речах и поступках, во вторую — бредовые симптомокомплексы при ясном сознании (и, между прочим, бред преследования, который он хорошо описал), в третью группу — систематического помешательства — Кант включает, под именем расстройства разума, все фантастические поиски квадратуры круга, perpetuum mobile и т. д.

Другой философ, значительно меньшего калибра, Гоффбауер, усматривал в психозах последствия нарушенного равновесия между душевными способностями, которые он понимал в метафизическом смысле, как особые сущности, или силы: воображение, суждение, умозаключение и проч. [2]. Из всех этих «философствующих психиатрий» наибольший интерес представляет учение Гегеля.

[1] Кант. Антропология, пер. Н. М. Соколова, СПБ., 1900, стр. 84 — 85.

[2] Hoffbauer. Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die Verwandten Zustande, Halle, 1802—1807.

Великий идеалист неоднократно подчеркивает, что психозы — болезни не только духа, но и тела. Крайне знаменательны следующие его слова: «Определяя виды помешательства, мы не должны обращать внимания на содержание ложных представлений, так как последние могут быть крайне разнообразными и совершенно случайными; необходимо, напротив, определить самые формы, в которых обнаруживается расстройство ума». Гегель отличал: во-первых, тупоумие с его подвидами: рассеянностью и сумасбродством (крайним проявлением этой формы является кретинизм; но в эту же категорию входят рассеянность Архимеда и Ньютона, а также хаотическая отвлекаемость при мании). Во-вторых, помешательство, в собственном смысле слова, которое характеризуется неподвижными ложными представлениями; сюда же причисляется меланхолия, толкающая на самоубийство. В-третьих, Гегель отличал бешенство, или безумие. Небезынтересно заметить, что, излагая свою «психиатрию», великий философ часто цитирует Пинеля. «Его сочинение,—говорит он,—относится к лучшим, какие только есть в этом роде»; «ему принадлежит та заслуга, что он основал свое лечение на остатке здравого ума у помешанных и сообразно этому переустроил и самые заведения для умалишенных». Из терапевтических средств Гегель горячо рекомендует работу [1].

Кроме философствующей психопатологии, в Германии уже в середине XVIII века народились зачатки чисто врачебной психиатрии. Ее представителем был в первую очередь Грединг (1718—1775) [2] из Веймара, работавший в первобытной обстановке в маленьком городке Альтгейме, где он опубликовал свои «Медицинские афоризмы о меланхолии и различных более или менее родственных ей болезнях»; как мы уже упоминали, с ним полемизировал Пинель. Если о Грединге упоминает Пинель, то о другом представителе германской науки того времени — об Унцере (1727—

[1] Hegel. Philosophie des Geistes, см. русское изд.: Гегель. Энциклопедия философских наук. Часть 3-я: Философия духа, пер. Чижова, Москва, 1864, стр. 115—178.

[2] См. 1) Kornfeld. Geschichte der Psychiatr (in Handb. der Geschichte der Med., herausg. von M. Neuburger u. Pagel. Jena. Fischer, Bd. III и 2) Kirchhoff, Th. (in Deutsche Irrenärzte, Bd. I).

1799) — говорит Гете, который ставит его наравне с Галлером по тому влиянию, какое он будто бы оказал на свой век. Между тем, в действительности самая важная из идей Унцера не имела никакого влияния на современников, и только в настоящее время мы, оглядываясь назад, усматриваем в нем предвозвестника некоторых современных достижений: Унцер вводит понятие рефлекса. В предисловии к его книге «О природе животных тел» [1] содержатся нижеследующие слова: «только нервные силы способны, вызывать в организме движения, которые, с одной стороны, восходят к душевным центрам, а с другой — исходят от них. Совершенно, как к сердцу и от сердца», — прибавляет Унцер. Этот намек на «рефлексы головного мозга» получил впервые классически точную формулировку у Гризингера и еще более яркое философское освещение у русского ученого Сеченова. Третьим выдающимся германским врачем на рубеже XVIII и XIX веков является Вейкард (1742 — 1803). Несмотря на то, что его книга называлась «Врач-философ» [2], он имеет в виду здесь психиатра, и вся его деятельность далека от бесплодного умозрительного мудрствования. Он стремился, во-первых, отыскать для каждого психологического и психопатологического состояния соответствующий анатомо-физиологический корелат и, во-вторых, проводил резкое различие между психозами, с одной стороны, и пограничными состояниями — с другой. В его лице мы имеем предтечу Мейнерта и «малой психиатрии» XX века. Среди болезненных настроений он, не без злой иронии, описывает «придворную болезнь» — Maladie de la cour, Hofkrankheit — и дает нам портрет высокомерного, жадного тунеядца, в роде шекспировского Полония, чувствующего себя несчастным, если в городе говорят, что он «пришелся не ко двору» или лишился милостей. Эта болезнь имеет вполне выясненную этиологию: легкомысленную раздачу титулов, и отличий. Интересно, что материалы для создания такой нозологической единицы Вейкард собрал в России [3]. Таким

---

[1] Erste Gründe der eigentlichen thierischen Natur thierischen Körper, Leipzig, 1771.

[2] Der Philosophische Arzt. Frankf. 1790.

[3] Вейкард служил пять лет врачем при дворе Екатерины II.

же предшественником германской психиатрии XIX века, лишь наметившим некоторые пункты для будущей программы исследований, был Франк (1745 — 1821). Заслуживает внимания настойчивость, с какой он подчеркивал значение объективных признаков для дифференциальной диагностики; он учил не упускать из виду ни малейшей складки губ, судорожного сжатия челюстей или характерного движения глаз, и вырабатывать в себе умение, рассматривая обнаженное тело, диагносцировать на этой «медицинской физиономии человека» различные процессы, происходящие в глубине. Бывшая в то время в ходу физиогномика Лафатера [1] (происходившая по прямой линии от итальянского ученого Баттиста Порта) оказала свое влияние на Франка; однако, взгляды последнего были шире, так как он принимал во внимание не только одни черты лица, но и строение всего тела.

Современником Франка был создатель френологии Галль, этот последний из великих «предтеч» психиатрии, как называет Кирхгоф только-что упомянутых нами врачей конца XVIII столетия.

Идея, составляющая сущность френологии, пришла в голову Францу Иосифу Галлю еще на школьной скамье. Он обратил внимание на то, что у нескольких его сверстников, обладавших особенно хорошей памятью, были выпуклые глаза. И вот в его уме зарождается мысль, что определенное строение черепа, различное у различных людей, служит наглядным показателем душевных особенностей. Он ставит себе задачу систематически изучить индивидуальные типы черепных поверхностей, создать систему, по которой можно было бы прочитать на этой поверхности, как на карте, психологическую формулу человека. Сознавая, что такой работы хватит на целую жизнь, Галль действительно отдает всю свою жизнь френологии. С изумительным упорством и неослабевающим интересом начинает он собирать черепа людей и животных, регистрирует их, сопоставляет, постепенно накопляя

[1] Lafater, J. C. Physionomische Fragmente, 1775. Кроме Порты, предшественниками Лафатера были: Аристотель, Теофраст, Кампанелла и др. Кант в своей «Антропологии» крайне иронически говорит о «дешевом товаре», предлагавшемся Лафатером; Гете интересовался теориями Лафатера.

огромный краниологический и психологический материал. На его таблицах поверхность человеческого черепа приобретает пестроту глобуса, рисунок которого все усложняется по мере накопления того, что Галль называл своими фактическими наблюдениями. Все свойства, способности, качества и недостатки — память, фантазию, музыкальный талант, чувственность, поэтические наклонности, хитрость, тщеславие, остроумие, любовь к детям, жестокость, метафизическое глубокомыслие, сострадание, подражательность, силу воли и проч. — все это наносится на костный покров в виде кружков, эллипсоидов, квадратов и ромбов.

Но Галль не остановился на поверхности черепа: внимание его проникло и в глубину. Мозговые извилины — вот где находятся центры умственных и нравственных свойств человека, а так как мозг, пока он находится в периоде роста и развития, давит на черепную покрышку и таким образом формирует ее, то, очевидно, форма черепа полностью отражает главнейшие особенности своего содержимого. Галль начинает изучать мозг, придумывает собственный метод его рассечения и расщепления и, по словам Рейля, который был его слушателем, достигает весьма солидных познаний по анатомии мозга[1].

Франц Иосиф Галль внук итальянского купца, по фамилии Галло, родился в 1758 г. в Бадене, в окрестностях Пфорцгейма. Получив врачебный диплом в Вене в 1785 г., он вскоре приобрел большую известность как практический врач, но, главным образом, как увлекательный лектор, заинтересовавший широкие круги венской интеллигенции своим способом характеризовать людей. Благодаря происках клерикалов, его лекции были запрещены (1802), ему даже пришлось покинуть Вену (1805) и после странствий из Берлина в Швейцарию, из Швейцарии в Голландию, где всюду он выступал с пропагандой своей доктрины, Галль в 1807 г. прибыл в Париж. Здесь его слава достигла апогея. В ученом мире, однако, он встретил и немало противников. Между прочим, Пинель называл его шарлатаном. Галль очень огорчался выпадами против него. Это был несомненно честный энтузиаст, подлинный

[1] Möbius, P. J. Franz Joseph Gall. Leipzig, A. Barth, 1905.

искатель истины, глубоко веривший, что его метод приведет когда-нибудь к величайшим открытиям. Он умер в 1828 г. в окрестностях Парижа, в Монруже и был похоронен на кладбище Пер-ла-Шез без головы, которую завещал для пополнения своих коллекций.

Долголетним сотрудником Галля, делившим с ним успехи и превратности судьбы, был Шпурцгейм (1776—1832). Выступив в роли фанатически убежденных проповедников локализации психических свойств, Галль и Шпурцгейм, однако, скомпрометировали свое учение, благодаря одностороннему вниманию, которое они уделяли черепу в ущерб мозгу.

Френология имеет следующие заслуги:

1. Она выставила важный принцип необходимого соотношения между органом и его отправлениями, с вытекающим отсюда выводом, что всякое изменение органа неизбежно должно сопровождаться соответствующей переменой в функциях.

2. Выставляя мозг, как орган психической деятельности, френология, естественно, распространяла материализм. Эта заслуга получила свое выражение в надписи на медали, выбитой в Берлине в честь Галля: Il trouva l'instrument de l'âme — он нашел инструмент души.

3. Френология положила основание антропометрии, сыгравшей такую большую роль в антропологии, этнографии, палеонтологии человека, в криминологии и в методике клинического исследования.

4. Наконец, она дала толчок к целому ряду дальнейших анатомических изысканий. С этой точки зрения грубая и несколько примитивная псевдонаука—френология с полным правом должна считаться праматерью тонкой цито-архитектоники, созданной в XX столетии трудами Корбиниана Бродмана, Цецилии и Оскара Фохт.

2

Бытовая отсталость Германии начала XIX века выражалась, между прочим, в крайнем несовершенстве больничного дела вообще и психиатрических учреждений в частности. Эскироль, после своего объезда французских провинций, дал описание заведений для умалишенных своей родины. Но кажется, таких описаний, какие давали в это

время германские врачи, мы не находим нигде. «Ужас охватывает, — писал Франк в 1804 г., — когда приближаешься к такому злосчастному месту, где нет конца стонам, и когда видишь себя окруженным этими покрытыми грязью и лохмотьями несчастными существами, из которых одни не могут приблизиться к вам, потому что их удерживают оковы, а другие — из-за пинков и ударов надсмотрщика»[1]. Такую же картину рисует Гек о положении дела в Берлине. Больные «сидели» на цепи в узких карцерах, голые, совершенно одичалые; еда и питье подавались им в медных кружках на цепочках[2]. Так продолжалось в германских странах до самой середины XIX века. В 1843 г. Магир дал описание венской «башни безумных», знаменитого Narrenturm, пятиэтажного здания, в котором размещено было в 139 «каменных мешках» от 200 до 250 душевнобольных. В изложении Магира подробно говорится о темных коридорах, тяжелых воротах, массивных железных дверях, о невыносимом запахе, крике, реве, стонах множества людей, скованных не только по рукам и ногам, но и задыхающихся в ошейниках, от которых глаза наливаются кровью и багровеет лицо. Автор прибавляет, что самый худший из зверинцев производит более отрадное впечатление, чем этот дом, предназначенный для больных людей[3]. По свидетельству других современников, больные голодали, множество из них погибало от истощения. Но этого мало: на ряду с голодом и цепями — царила плеть. Служительский персонал в вюрцбургском госпитале, по словам Мюллера, был вооружен внушительными бычачьими ремнями, которые немедленно пускались в ход по всякому поводу. Кроме ударов палкой и пощечин, самая настоящая порка была в порядке вещей. Обо всем этом знали за стенами заведений для умалишенных, но далеко не всегда выражали протест, так как эти способы воздействия оправдывались особой теорией. Лихтенберг прямо говорил, что палка заставляет помешанных снова почувствовать связь с внешним миром, именно потому, что оттуда исходят удары. Легко представить себе, из каких элементов

[1] Цитировано по Kraepelin'y: Hundert Jahre Psychiatrie. Berlin, Springer, 1918, стр. 3.
[2] Там же, стр. 3.
[3] Там же, стр. 3.

набирался обслуживающий персонал. На эти нищенски оплачиваемые должности было мало охотников. Считалось, кроме того, что от постоянного общения с душевно-больными можно заболеть самому. Это мнение (с которым, кстати сказать, был решительно не согласен Эскироль) казалось само собой очевидным. Уволенные за жестокость и пьянство тюремные служители, случайные бродяги и разного рода неудачники — вот из кого вербовались кадры этих примитивных санитаров. Были сделаны предложения замещать должности служителей уголовными преступниками, что и практиковалось несколько лет под ряд даже в такой сравнительно усовершенствованной больнице, как Зонненштейн (в тридцатых и даже сороковых годах). Магир советовал принимать инвалидов войны, как дешевые рабочие руки. От кандидатов требовалась только мышечная сила и решительность. Все эти меры, начиная с цепей и железных засовов и кончая надсмотрщиками, вооруженными плетьми, были следствием двух широко распространенных предрассудков: во-первых, считалось доказанным, что умалишенные обладают огромной физической силой, во-вторых, на психозы смотрели, как на неизлечимые состояния. Если и допускали незначительный процент выздоровлений, то именно при помощи воспитательных мер и благодетельной строгости. Вся Германия первой трети XIX века увлекалась педагогическими проблемами; теории подчас были глубокомысленны и хороши, но практика оставалась первобытной: розги в семье и в школе занимали далеко не последнее место. Такого рода педагогические приемы были перенесены и в область практической психиатрии. Со временем влиятельная группа германских врачей уточнила и механизировала те грубые способы воздействия, которые стихийно практиковались со стороны нетрезвых надсмотрщиков из уголовных или отставных солдат. Это были первые начатки своеобразной психотерапии, выдвинувшей своих ученых теоретиков и вождей. Но некоторые из них, вероятно, не предвидели тех практических форм, в какие отольются их отвлеченные принципы. К числу последних принадлежит Рейль (1759—1813).

Это имя навеки запечатлено в анатомическом термине, обозначающем один из существенно важных участков головного мозга — рейлевский островок. Хотя и несвободный

от натурфилософских идей, Рейль рассматривал человеческое тело, как чисто физический механизм, повинующийся законом материи; по справедливому отзыву Грегора, нет повода причислять его к виталистам [1]. Рейль говорит, что «явления жизни можно целиком объяснить сочетанием физических и химических сил». «К чему, — спрашивает он, — придумывать еще какую-то новую основную силу: не выигрывает ли естествознание в своем единстве, когда мы обходимся возможно меньшим числом основных принципов?» [2] Эти слова великого врача необходимо помнить, чтобы под оболочкой неясных общих идей того времени не просмотреть основного ядра материалистического мировоззрения Рейля.

Его интересовали больше всего динамические соотношения жизненных процессов в здоровом и больном теле, физиология и общая патология; его внимание было обращено не столько на резко выраженные психозы, сколько на неясные переходы здоровья в болезнь, на неустойчивое равновесие психики, требующее своевременной и умелой поддержки. На этом основании Рейль особенно остро ощущал вопиющие несовершенства современных ему «Toll haus'ов». Допуская излечимость психозов в начальных периодах заболевания, он объяснял малый процент выздоровлений полным отсутствием наблюдения и правильного ухода. В этих идеях — огромное значение Рейля. В его знаменитой книге «Рапсодии» [3] изложены основы «настоящей психиатрии», т.-е. (понимая это слово буквально) — лечения душевных болезней. Но для этого прежде всего нужны соответствующие учреждения. Рейль предлагает совершенно изгнать из обихода старое название «дом для умалишенных», заменив его новым термином — «госпиталь для психической терапии». Фантазия рисует ему смелую картину особой больницы, казавшейся многим его современникам утопической. Читая в настоящее время этот проект, мы на каждом шагу убеждаемся, насколько выше

---

[1] Gregor. Joh. Christ. Reil (in Kirchhoff: Deutsche Irrenärzte, Bd. I, стр. 28—42).

[2] «Sie sind Wirkungen die durch die Verbindung mehrerer physischer und chemischer Kräfte entstehen. Wozu also noch eine neue Grundkraft?» (см. Gregor, там же).

[3] Rhapsodien. 1803, 2 изд. 1818.

своего времени был автор «Рапсодий». Госпиталь должен быть построен в красивой деревенской местности; взамен наводящей жуть казарменной постройки, обнесенной высокими стенами, предусматривается ряд небольших домиков — павильонная система далекого еще будущего. Вместо решеток на окнах — не бросающийся в глаза железный переплет, в который вставляются стекла лишь несколько меньших размеров, чем обычно. Вокруг учреждения расстилаются огороды, сады — целое хозяйство с птичником и скотным двором, словом — благоустроенная ферма, где должна царить бодрая атмосфера труда. Во главе стоит триумвират из одного «заведующего», одного главного врача и одного психолога, при чем первый, как не врач, во всем руководствуется медицинскими и психологическими соображениями двух остальных. Высшим идеалом выставляется органическое слияние в одном лице медицины и психологии. При лечебнице должны быть устроены школы, где больные люди будут испытывать на себе облагораживающую силу науки. И все это, вместе взятое, служит клиникой для обучения молодых врачей и для дальнейшей разработки науки о душевных болезнях.

В 1805 г. Рейль, совместно с натурфилософом Кайслером, основал журнал «Magazin für psychische Heilkunde», в первом номере которого он поместил статью «О соотношениях медицины и педагогики». Вскоре вслед за тем с другим философом, Гоффбауэром, он начал издавать — «Beiträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege». Программа журнала была следующая: 1) казуистические сообщения о случаях самопроизвольного исцеления (по возможности, с анализом соответствующего механизма); 2) изучение действия психических факторов, т.-е. различных внешних впечатлений, катастроф и сильных эмоций на организм человека; 3) описание случаев психической терапии. Некоторые из психотерапевтических приемов, которые предлагал сам Рейль, были облечены в причудливые формы, описание которых вызывает в настоящее время улыбку: больного должны были пугать в темноте внезапным прикосновением вывороченной наизнанку шубы, проведением по его лицу кистью руки скелета, воздействием на его слух подлинного кошачьего концерта, а также проектировался особый художественный

психиатрический театр, с репертуаром волнующих мелодрам, в которых должны были фигурировать судьи, палачи, привидения, ангелы; про запас намечались декорации, изображающие тюремные камеры, эшафот, львиное логовище, операционную. Во всем этом интересно и важно одно: та активная форма, в которую облекались психотерапевтические идеи Рейля. В его лице психиатрия словно готовилась выйти из состояния векового бездействия. Понятно поэтому, что Рейль был одним из энергичнейших борцов за улучшение участи душевно-больных. Некоторые места его проекта, где он разрабатывает такую широкую программу трудовой терапии, заставляют думать, что он был знаком с книгой Пинеля, незадолго до этого вышедшей из преобразованного Сальпетриера. Впоследствии германская психиатрия, никогда впрочем не забывавшая Рейля, особенно ярко припомнила его образ. И если среди многих других ее больших достижений видное место занимают обширные мастерские и сельскохозяйственные колонии, то, конечно, во всем этом получили свое воплощение любимые мысли этого выдающегося врача. Но у него есть еще одна заслуга: он указал на крупные достоинства диссертации одного из своих младших современников, Лангерманна, и этим отчасти выдвинул его в первые ряды. Вместе с Рейлем, Лангерманн должен считаться одним из основателей германской психиатрии и создателем первых немецких психиатрических больниц.

Иоганн Готфрид Лангерманн (1768—1832) родился в Максене, около Дрездена, и окончил медицинский факультет в Иене. После заведывания исправительным заведением в Торгау, где кроме преступников содержались и душевно-больные, ему было поручено обследовать Байретский дом для умалишенных и представить проект его улучшения. Эту задачу он выполнил с честью и был здесь потом в течение нескольких лет врачем. Последние годы своей жизни он прожил в Берлине, в должности директора прусского медицинского департамента. При его ближайшем участии были открыты новые лечебницы Зигбург и Лейбус. Деятельность Лангерманна совпала с периодом освободительных войн и крайне плачевного финансового положения страны — обстоятельство, которое сильно помешало осуществлению многочисленных планов этого

энергичного человека. В области теоретической психиатрии Лангерманн сделал немного. Объявленный им большой труд «О сущности, происхождении и лечении душевных болезней» так и остался ненаписанным. В своей диссертации[1] он следует Штаалю; однако, в дальнейшей жизни Лангерманн практически настроенный борец за улучшение участи душевных больных в Германии, — не находил особого вкуса в умозрительных рассуждениях о свойствах нематериальной души. Нельзя, однако, отрицать, что взгляды его страдали неопределенностью и некоторой двойственностью, столь характерной для переходной эпохи. Он отличал идиопатические душевные болезни, когда заболевает сама душа, и симпатические, зависящие от заболеваний внутренних органов. Но обе группы болезней, по его мнению, требуют настоятельного и энергичного лечения. Исправительные заведения, представлявшие смесь арестного дома, приюта для бродяг и карцера для умалишенных, ни в коей мере не могли удовлетворять этой цели. На соответствующий пункт в диссертации Лангерманна и обратил внимание Рейль. Первый опыт создания лечебницы осуществился в Байрете. Лангерманн, удалив хроников в близлежащее заведение Швабах, сосредоточил у себя только случаи свежих заболеваний. В своей деятельности он часто наталкивался на полное равнодушие, непонимание и даже враждебный отпор. В двадцатых годах он неоднократно жаловался, что идея психических лечебниц недостаточно усвоена, что люди понимают только одно: душевно-больного надо куда-то убрать, но совершенно не сознают необходимости устройства для него лечебной обстановки, как для всякого другого больного. Однако, вместе с тем, Лангерманн понимал, что осуществление его идеала представляет большие трудности. Это было делом, для которого еще не было рук: ни врачей-психиатров, ни санитаров, ни сестер. Вот знаменательные слова Лангерманна: «Чем думать, что можно из числа обыкновенных, дюжинных людей создать врачей и служащих для таких лечебниц — лучше совсем не приниматься за это дело и все оставить попрежнему». Идеалистические тенденции, входившие составной частью в мировоззрение

[1] De methodo cognoscendi: curandique animi morbos stabilienda (1796).

Лангерманна (в силу которых он, между прочим, допускал происхождение идиопатической душевной болезни в результате «умственного и нравственного падения человека»), заставляли его предъявлять к персоналу задуманных им «психических лечебниц» огромные моральные требования: все эти люди должны будут «поддерживать себя на такой высоте, какая в настоящее время в жизни нигде не встречается и ни с кого даже не спрашивается». Соответственно духу времени (мы видели, что этого не отрицал даже и Пинель), он учил, что душевно-больных необходимо иногда наказывать: слишком пассивное отношение «к нелепым и злобным выходкам некоторых помешанных заставляет их делаться все хуже и хуже; однако, строгость должна быть пускаема в ход с выдержкой, спокойствием и отеческой добротой» [1].

Первая лечебница, где был сделан опыт приложения новых идей, была Зонненштейн, около Пирны, в Саксонии. На возвышенности саксонской Швейцарии, обвеянной горным воздухом, с широким видом на Эльбу, поднялось это красивое здание — живая противоположность сырым подвалам и темным казематам, которые во всей остальной Германии продолжали безмятежно процветать. Первым медицинским руководителем Зонненштейна был Эрнст Пинц, который в 1805 г. совершил путешествие в Париж, где вступил в живое общение с Пинелем и Эскиролем (последний даже был свидетелем на его свадьбе, когда молодой немецкий врач женился на парижанке). В 1806 г., напутствуемый французскими друзьями и преисполненный идей Сальпетриера, Пинц возвращается на родину, где в 1811 г. становится во главе Зонненштейна.

Он мечтает об открытии психиатрической клиники — clinicum psychicum, и через несколько лет (после того, как жизнь учреждения, прерванная на некоторое время наполеоновскими войнами, возобновила свой нормальный ход) Зонненштейн действительно становится первым рассадником психиатрического образования в германских странах. Здесь получила начало та больничная психиатрия — Anstaltspsychiatrie, в которой много десятилетий под ряд,

---

[1] H. Laehr. Joh. Gotfr. Langermann (in Kirchhoff, там же, стр. 42—51).

до открытия первых университетских клиник, совмещалась теоретическая наука и повседневная практика жизни. В 1827 г. отсюда вышла научная работа Эрнста Клоца «О прогнозах при душевных болезнях»[1]. Здесь же впервые родилась одна сторона психиатрического дела, которая получила значительное развитие лишь в позднейшие времена: врачи Зонненштейна не теряли связи с поправившимися и выписанными больными.

По мнению Ильберга, применявшиеся в Зонненштейне меры стеснения отличались большой умеренностью. В лице Пиница в Германии загорелись первые дни эпохи Пинеля, самостоятельными провозвестниками которой уже были, впрочем, и Рейль и Лангерманн.

---

[1] Ernst Klotz. De vesaniae prognosi. См. Ilberg: Ernst Pienitz, (in Kirchhoff, там же. Bd. I. стр. 99—103).

ГЛАВА ДЕВЯТНАДЦАТАЯ

ШКОЛА ПСИХИКОВ

1. Натурфилософия и мистицизм. Спиритуализм в учении об этиологии психозов. Гейнрот, Иделер, Бенеке. — 2. «Механотерапия» психозов, как способ воздействия на «душу». Мешок, смирительная рубашка, смирительный стул, принудительное стояние, маска и груша, вращательные машины и т. д. Причиняющие боль средства. «Водяные» процедуры и другие виды воздействия на психику. — 3. Протестующий голос Гайнера. Отзыв Дамерова о механической терапии.

1

Открытие таких учреждений, как Зонненштейн, дало возможность планомерного и широкого применения той активной терапии психозов, о которой мечтал Рейль. В результате крайнего психологизма и увлечения морально теологическими построениями, овладевших умственными интересами тогдашней Германии, терапия психозов приняла своеобразное направление. О нем необходимо побеседовать подробно. В эпоху господства идеалистической метафизики, главным образом Шеллинга, натурфилософии Окена, умозрительной психологии Вольфа, романтизма и мистики,—в эту эпоху праздновал свои победы самый безграничный индивидуализм. Отдельному человеку приписывалась неограниченная мощь. Постепенно освобождающийся от опеки отживающих экономических форм, человек рассматривался как существо свободное и в других отношениях, как замкнутый в себе микрокосм, до известной степени независимый от влияния макрокосма — вообще говоря, вселенной, а в более ограниченном понимании — среды и окружающей обстановки. И если

в психической сфере человека обнаружились какие-нибудь уклонения от нормы, то охотнее всего искали причины последних преимущественно в нем самом. Старинная гиппократовская система, получившая гениальное выражение в знаменитой книге «О воде, воздухе и местностях» (т.-е. о влиянии среды), была далеко в стороне от симпатий, внимания и интересов германской натурфилософии. В медицине, разумеется, признавались различного рода грубые внешние причины, как нарушение целости тканей, отравление, простуда, но во всем остальном обвиняли, главным образом, какие-то внутренние несовершенства: порочные жидкости организма в происхождении телесных болезней, порочные страсти души — в происхождении психопатий. Это было время господства эндогенной этиологии. Последняя представляла одну характерную черту: придавалось огромное значение греховности человека, наличию в нем злой воли. И если в свое время «Критика чистого разума» послужила поводом к идеалистическому воззрению о призрачности реального мира и о господстве абсолютного духа, то «Критика практического разума» пробудила небывалый интерес ко всему, что так или иначе связано с моралью, совестью и свободой воли. Нечто подобное наблюдалось быть может только в Афинах во времена Сократа. Нарушение нормальных законов психической деятельности — психическое расстройство, стало отождествляться с психическим беззаконием, в этическом смысле этого слова. Теория свободы воли, усиленно пропагандируемая вслед за богословами также и метафизиками, была привлечена, наконец, к объяснению психопатологических фактов.

Вполне естественно, что в эпоху, когда всему психическому придавалось такое огромное значение, когда весь материальный мир считался в конечном итоге продуктом духовной деятельности (абсолютного Я), что в такую эпоху философствующие диллетанты (а таковыми были большинство психиатров) отвернулись от грубой материальной этиологии, которую еще предстояло искать; психогения представлялась им не только более понятной и близкой, но и более достойной человека, как «свободного духовного существа». Отсюда был один только шаг к моральным и мистическим построениям в психиатрии.

Взгляд на психоз, как на последствие страстей и пороков, явился живым отголоском средневековых теорий влияния злого духа, продолжавших жить в недрах «благочестивого лютеранства». Средневековый бес или демон принял лишь более утонченную форму, превратившись в метафизические понятия «злого начала», порока, греха. Из таких мутных источников возникло могущественное психиатрическое течение, известное в истории науки под названием «психической школы». Благодаря тому, что против этой реакционно-мистической теории уже довольно рано выступила, в качестве ее диалектической антитезы, другая теория — прогрессивно-материалистическая, представители которой объединились в так называемую «соматическую школу», возгорелась ожесточенная полемика на страницах медицинских журналов, отдельных брошюр и книг. Это была «борьба психиков и соматиков» — название, закрепившееся в истории. Психики имели трех главных представителей: самым оригинальным и авторитетным из них был Гейнрот (1773 — 1843), лейпцигский профессор, проводивший в психиатрии религиозно-моралистические тенденции; к нему примыкал Иделер (1795—1860), младший современник Гейнрота, переживший его на 17 лет. Он ставил акцент преимущественно на чистой морали. Рука об руку с обоими шел Бенеке (1798—1854), не увлекавшийся ни религией, ни моралью, но зато отстаивавший самый крайний психологизм. Наибольшую историческую роль сыграл Гейнрот, на учении которого мы остановимся несколько подробнее.

По мнению Гейнрота, человек обладает абсолютной свободой воли, или свободой выбора между добром и злом—liber arbitrium indifferentiae средневековой схоластики; избирая то или другое (бога или дьявола), человек предопределяет этим самым линию своей жизни и моральной судьбы. Ярый последователь анимизма, Гейнрот думал, что даже соматические болезни возникают только этим путем. «Если бы органы брюшной полости, — говорил он, — могли рассказать историю своих страданий, то мы с удивлением узнали бы, с какой силой душа может разрушать принадлежащее ей тело. В истории окончательно расшатанного пищеварения, пораженной в своих тканях печени или селезенки, — в истории

заболевания воротной вены или больной матки с ее яичниками,—мы могли бы найти свидетельства долгой порочной жизни, врезавшей все свои преступления как бы неизгладимыми буквами в строение важнейших органов, необходимых для человека». В этих строках запечатлено все мировоззрение Гейнрота: роковой дуализм с его резким противоположением «грубо материального тела и нематериальной души»,—наивное теологическое миропонимание, не сумевшее подняться даже до тех попыток, хотя и идеалистического, но все же хоть какого-нибудь синтеза, образчиками которого являлись современные Гейнроту грандиозные метафизические «поэмы» его родины. В настоящее время мы можем разглядеть в основе теории Гейнрота фактический материал, послуживший поводом для его построений. Психики оказались совершенно бессильными предложить какое-нибудь адекватное объяснение для обширной группы психогенных реакций, всех этих многочисленных примеров «влияния психического на физическое». Это соотношение, заострившееся в непримиримое противоречие, могло быть устранено лишь при одном условии: умышленного игнорирования какой-либо одной из сторон вопроса. Гейнрот отвернулся от соматики. Поступив так и не будучи одновременно в силах подняться на высоту какой-либо из идеалистических систем (например, Фихте или Шеллинга), он вынужден был прибегнуть к помощи Штааля и возобновить наивное средневековое противопоставление «града божьего»—души, «граду сатаны»—телу. Надо, однако, признать, что невзирая на эти богословские декламации, двухтомный «Учебник душевных болезней» Гейнрота (1818) представляет некоторые достоинства. Мебиус, сделавший попытку реабилитировать научную репутацию Гейнрота, говорит, что склонность к моральным рассуждениям сразу пресекается у него, как только он покидает почву общей теории и приближается к больному. Своих слушателей он призывал наблюдать, классифицировать, лечить. «Немцы,—говорил он,—до последнего времени только повторяли за французами и англичанами, надо, наконец, и самостоятельно наблюдать» [1]. Классификация Гейнрота,

[1] Heinroth. Lehrbuch der Seelenstörungen. Leipzig, 1818.

как и следует ожидать, основана на чисто психологическом принципе. Он отличает расстройства умственной деятельности, чувства и воли, и в каждой из этих трех областей—состояния возбуждения, угнетения и состояния смешанные (гиперстении, астении и гипер-астении).

Вот классификация Гейнрота:

1-й ОТДЕЛ:	2-й ОТДЕЛ:	3-й ОТДЕЛ:
Состояния возбуждения. (Hypersthenien).	Состояния угнетения. (Asthenien).	Смешанные состояния. (Hyper-asthenien).
1-й класс:	1-й класс:	1-й класс:
Расстройство настроения: 1. Ecstasis simpl.; 2. Ecstas. paranoa; 3. Ecstas. maniaca; 4. E. catholica (общая мания).	Расстройство настроения. Melancholia: 1. M. simpl.; 2. M. anoa; 3. M. ἀβουλη; 4. M. catholica.	Смешан. расстройство настр. 1. Ecstas. melanch.; 2. Mania moria; 3. M. furibunda; 4. M. mixta catholica.
2-й класс:	2-й класс:	2-й класс;
Расстройство умственн. деятельности (Paranoia).	Расстройство умственн. деятельности (Слабоумие, Anoia).	Расстройство умственн. деятельности.
1. Ecnoia; 2. Paraphrosyne; 3. Moria.	1. A. Simpl.; 2. A. melancholica; 3. A. ἀβουλη; 4. A. catholica.	1. Paranoia anoia; 2. P. anomala; 3. P. anomala maniaca; 4. P. anomala catholica.
3-й класс:	3-й класс:	3-й класс:
Расстройство волевой деятельности. (Неистовство—mania).	Ослабления воли (абулия).	Смешанные расстр. волевой деятельн.
1. Mania simpl; 2. M. ecstatica; 3. M. ecnoia; 4. M. catholica.	1. Abulia simpl; 2. A. melancholi. 3. A. anoa; 4. A. catholica,	1. Panphobia (Melancholi. hypochondrica; 2. Athymia melancholi; 3. A. paranoica; 4. A. melancholica-maniaca.

Второй крупный представитель психиков — Иделер, автор «Антропологии для врачей» (1826), был в течение тридцати двух лет директором психиатрического отделения в берлинской больнице Шаритэ, куда он был приглашен Лангерманном. Он рассматривал психозы, как непомерно разросшиеся страсти. Можно думать, что в его психиатрических воззрениях была какая-то двойственность: с одной стороны, он питал огромную симпатию к французским ученым, переписывался с Морелем и Паршаппом,

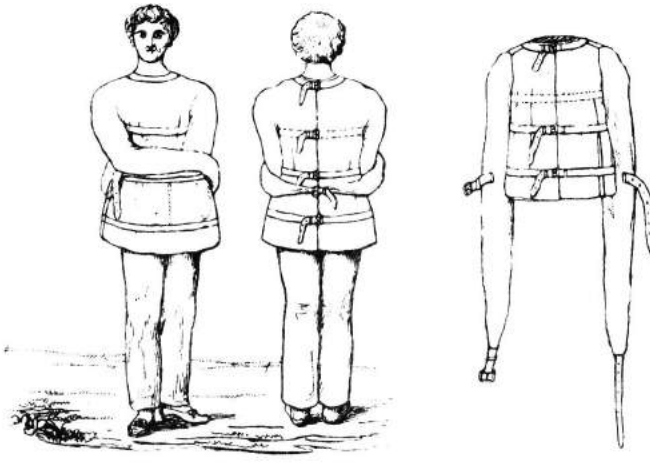


Рис. 4. Смирительная (горячечная) рубашка или камзол.

перевел на немецкий язык книгу Марка «Душевные болезни», а, с другой стороны, — оставался бесплодным теоретиком, и даже не внес никаких усовершенствований в свою клинику, во главе которой стоял больше 30 лет. Третьим представителем психиков был Бенеке, автор руководства с характерным заглавием «Чисто психологическое изложение науки о душевных болезнях». Такова была влиятельная и многочисленная школа германских врачей, представители которой не только занимали кафедры и стояли во главе клиник и больниц, но и выступали в качестве экспертов на судах, где стойко защищали свое убеждение об абсолютной свободе человеческой воли.

Искренно убежденные в том, что душевно-больного необходимо исправлять, указывать ему путь истинный, заставлять не упорствовать в заблуждениях, они способ-

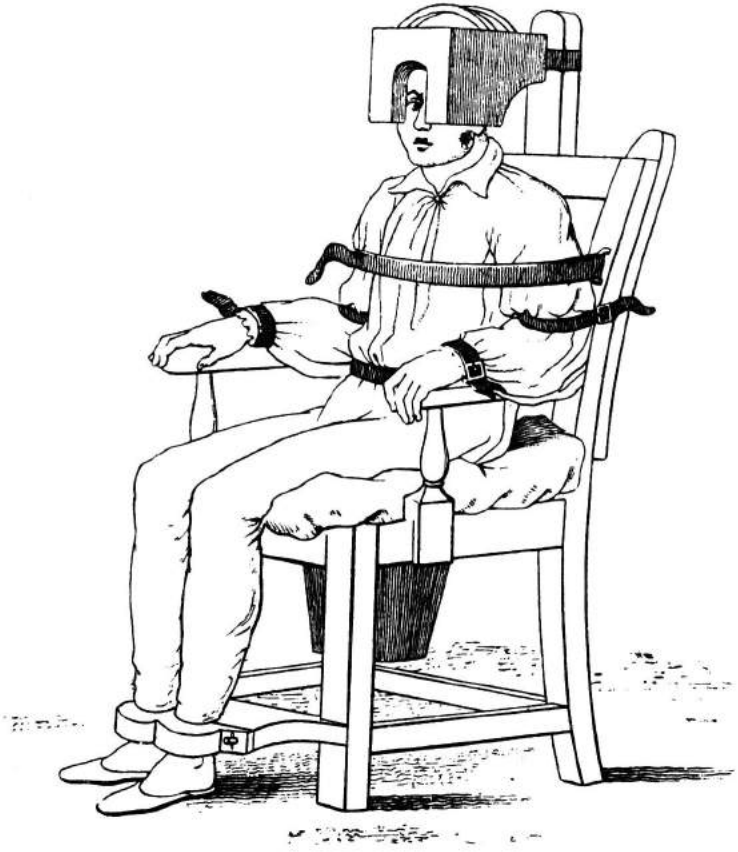


Рис. 5. Смирительный стул (первая половина XIX в.).

ствовали распространению целого ряда механических приспособлений, которые отчасти являются дальнейшим развитием психотерапевтических начинаний Рейля, отчасти оригинальными достижениями этого реакционного периода в германской психиатрии.

2

Механизированная психотерапия, придававшая немецким психиатрическим заведениям такой своеобразный характер почти до шестидесятых годов XIX века, ставила себе сложные задачи: подавлять болезненные симптомы, способствовать правильной установке внимания, пробуждать здоровые представления и чувства, воспитывать волю. Каждая из этих задач осуществлялась при помощи особой «машины», придуманной с искренним желанием принести пользу.

Одним из самых деликатных средств был «мешок» (Sack), сквозь тонкую ткань которого больной видел все окружающее, как в тумане; мешок охватывал не только голову, но и все тело и завязывался внизу под ногами. Ограничение движений должно было импонировать больному, уменьшение света—успокаивать. В случаях очень сильного возбуждения, мешок одевался поверх смирительной рубашки. Его изобретатель, Горн, высоко ставил психотерапевтические достоинства своего прибора, который, как он говорил, в одних случаях заставляет больного «догадываться», а в других «убеждаться» в полной бесцельности всяких разрушительных действий. При отказе от пищи достаточно было одной угрозы мешком. К сожалению, одна больная умерла в мешке, что вызвало большой скандал, и Горн вынужден был даже подать в отставку [1]. Большим распространением пользовалось

[1] По этому поводу Горн опубликовал в 1818 г. «Отчет» о своей двенадцатилетней службе в качестве второго врача в Шаритэ, из которого можно заключить, что оценка этого психиатра-практика только с точки зрения его пристрастия к различным усмирительным «машинам»—была бы крайне односторонней. Вступив в должность в 1806 г., он застал психиатрическое отделение (самое значительное в Пруссии) в крайне неудовлетворительном состоянии. Благодаря его трудам введено было немало неотложных реформ: мужчины были отделены от женщин, открыто было нечто вроде «наблюдательного отделения», устроены были (в отделении для спокойных больных) занятия ручным трудом, игры, чтение вслух и т. д.

Горн (1774—1848) родился в Брауншвейге; в 1800 г. он объехал Германию, Швейцарию, Францию, был следовательно, в Сальпетриере; доподлинно известно, что он вывел употребление цепей, т.-е. в этом пункте был истинным представителем «эпохи Пинеля». Его симпатии к «мешку», «вращающемуся стулу» и т. д. всецело должны быть отнесены на долю «научных исканий» того времени (см. Birnbaum K., in «Deutsche Irrenärzte», Bd. I, S. 77—83).

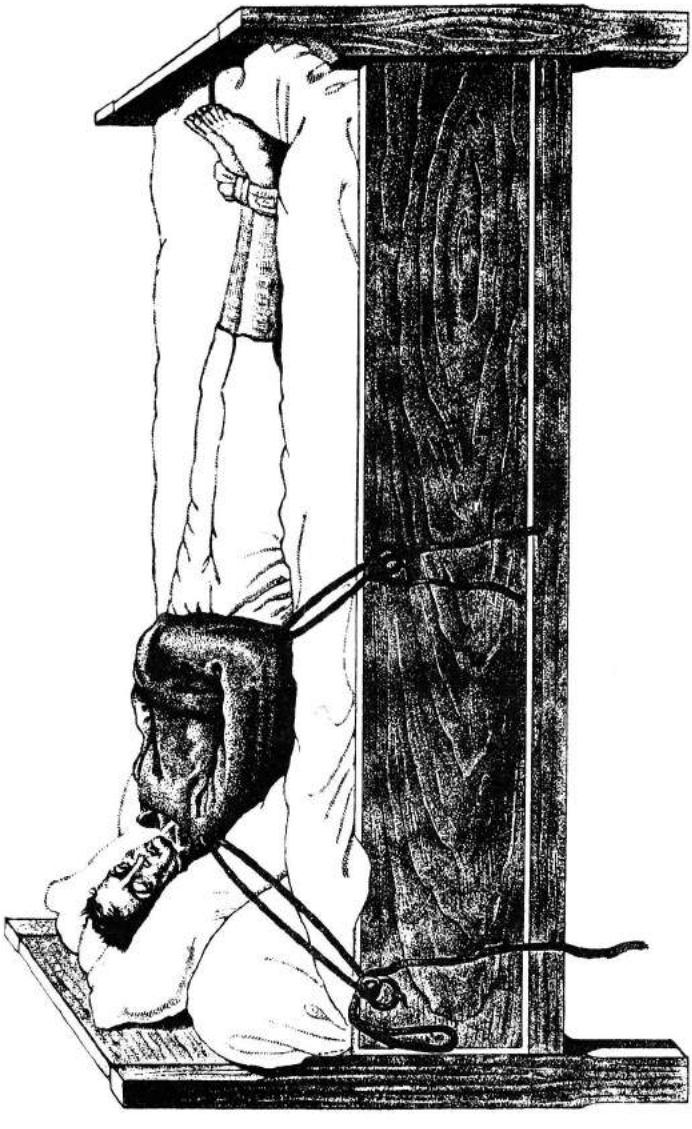


Рис. 6. Смирительная кровать.

изобретенное в Англии другое успокоительное средство— смирительный стул, к которому больные привязывались ремнями (см. рис. 5). Горн говорил, что вынужденное положение тела заставляет отвлекаться от самого себя и направлять внимание наружу: «расстроенное самосознание приходит в норму, больной как бы пробуждается, делается спокойным, сознательным и послушным». По словам Крепелина, Горн так высоко ставил смирительный стул, что неоднократно заявлял о невозможности быть психиатром, если бы не было этого средства.

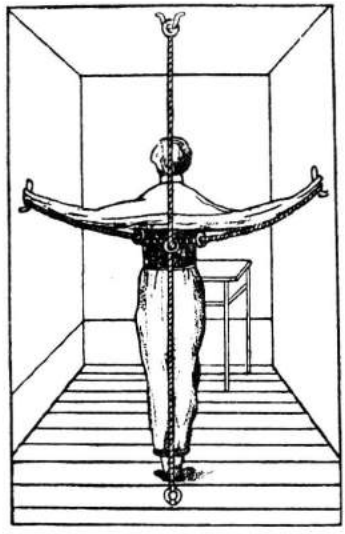


Рис. 7. Принудительное стояние.

Столь же восторженно отзывался о нем Гейнрот. Совершенно аналогичным целям служила смирительная кровать, к которой привязывался больной, одетый в камзол со всеми необходимыми приспособлениями (в виде отверстий) для спуска выделений (см. рис. 6). Убежденный пропагандист механической терапии, Горн усиленно рекомендовал еще один способ воспитательного воздействия: принудительное стояние на ногах, напоминающее распятие. Прилагаемый рисунок (см. рис. 7) в достаточной степени выясняет сущность метода. Быстро наступавшая

усталость и сонливость делали больного покорным и безвредным и—что особенно ценилось—появлялось «чувство уважения к врачу». После нескольких таких опытов достаточно было пригрозить больному стоянием, чтобы сразу достичь всего, что угодно. Нейман рекомендовал стояние в качестве наказания за агрессивные действия.

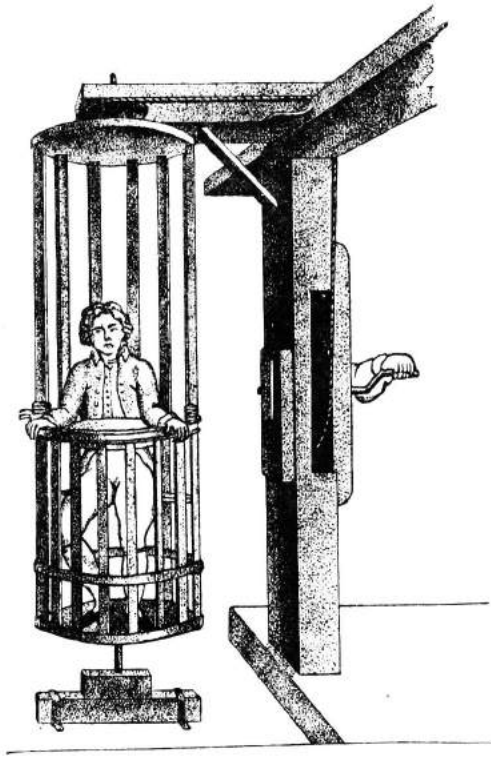


Рис. 8. Вращательная машина.

Огромной популярностью пользовалась кожаная маска, как вернейшее средство против криков и стонов, «крайне утомительных для самого помешанного, не говоря уже о других больных» (см. таблицу на стр. 253).

«Это самый невинный способ успокоения», — говорил изобретатель маски, знаменитый в свое время Аутенрит

(1772—1835). Душевно-больные, по его мнению, ведут себя часто, как капризные дети, «выражающие свое упрямство в криках и шуме, особенно, когда это им запрещается». И вот, «если посредством указанного приспособления лишить их возможности вести себя таким образом, они теряют свое единственное орудие мщения и начинают чувствовать свою полную беспомощность». Эта «Автенритова маска» фигурировала и в русских психиатрических больницах начала XIX века. Придуманная тем же автором «деревянная груша», считалась менее надежным приспособлением, так как, хотя и мешала говорить, но нисколько не препятствовала реву (см. таблицу). Но особенно прославился Аутенрит своей камерой, представлявшей собой деревянный частокол, отделявший больного от каменных стен, от окон и двери. Перечисленные средства имели в виду исключительно успокоение и усмирение. Следующая группа мероприятий преследовала более специальные терапевтические задачи: это были «раздражители», рассчитанные на полезные реакции, на перегруппировку психических способностей с устранением явлений болезненных и заменой последних актами разумными и здоровыми. Одно из виднейших мест в этом арсенале снарядов, напоминавшем оборудование современного Цандеровского института, занимала вращательная машина—изобретение Эразма Дарвина, введенное в психиатрическую практику Коксом. В Германию этот прибор привез тот же неутомимый Горн, внимательно следивший за всеми новинками в этой области. На приведенных рис. 8 и 9 изображены три разновидности аппарата: вращательная машина в собственном смысле, вращающееся колесо и вращающаяся кровать; первые два прибора были рассчитаны только на действие вращения, третий — имел в виду еще специально-целительный эффект центробежной силы. Количество оборотов в минуту равнялось от 40 до 60, при чем наиболее благотворное действие приписывалось кровати: кровь приливала к голове и от этого получался целый ряд болезненных ощущений — головокружение, тошнота, рвота, непроизвольное выделение мочи, кала, чувство стеснения в груди, удушье, наконец, кровоизлияние в конъюнктиву глаз. Здоровый, которого сажали в машину для опыта, уже через две минуты молил

о пощаде; больные выдерживали до четырех минут. «Умалишенные приучались таким образом к дисциплине». По некоторым отзывам у меланхоликов исчезали мысли о самоубийстве и отказы от пищи; и они делались, вообще, веселей. Лечили таким образом даже эпилептиков. «Где это не помогает, там уже ничто не поможет», — говорил Гейнрот. На ряду с показаниями к такого рода лечению,

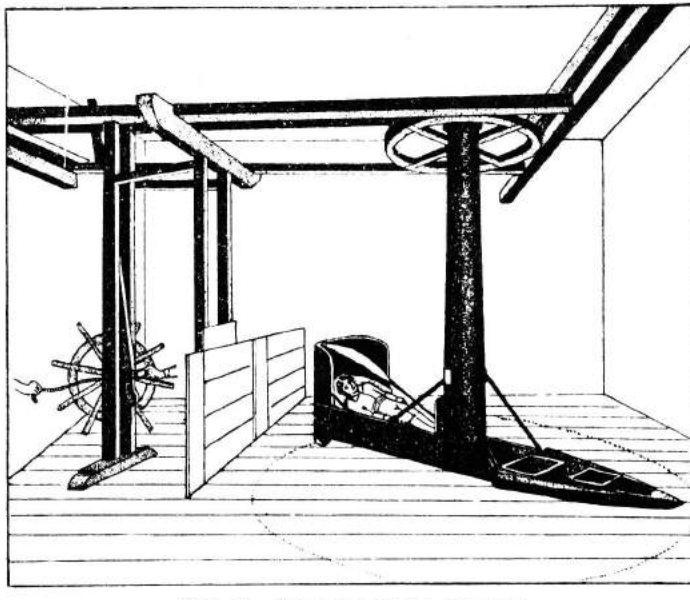


Рис. 9. Вращающаяся кровать.

выработаны были и противопоказания: органические болезни сердца, беременность, физическое истощение, лихорадки. Кокс полагал, что действие вращающихся приборов может вполне заменить морское путешествие. Небезынтересно привести следующий отзыв Горна: «чем более впечатлителен больной и менее привычен к такого рода средствам, а следовательно, чем сильнее неприятные и тягостные ощущения, тем благодетельнее действие этого терапевтического приема».

Трудно сказать, кому принадлежала идея полого колеса (рис. 10), которое немедленно начинало вращаться, если

помещенный туда человек держался недостаточно спокойно. По преданиям, этот прибор исходит от Рейля и Гайнера. Как только больной застывал в неподвижности, останавливалось и колесо; около последнего помещался служитель, который при малейшей попытке со стороны больного ломать перекладины, сейчас же давал колесу толчок и тогда помещавшийся внутри человек был вынужден топтаться на месте, чтобы сохранить равновесие. Это «заставляло все время считаться с действительностью, вынуждало покидать на время фантастический мир; бурный поток

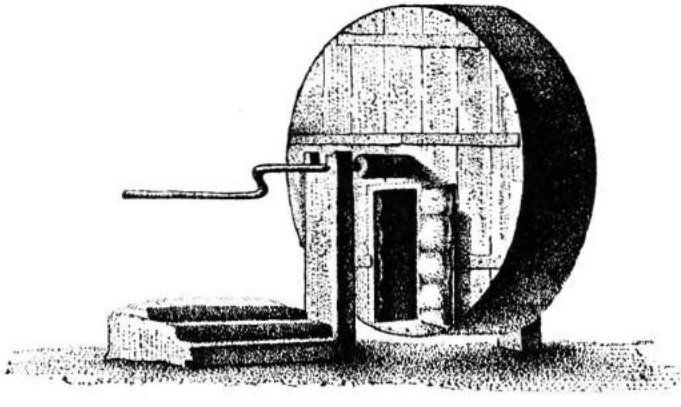


Рис. 10. Полое вращающееся колесо.

разрозненных идей поневоле останавливался и внимание сосредоточивалось во-вне». Некоторые больные проводили в таком колесе до 48 часов. Марширование в колесе настолько утомляло, что потом наступал глубокий сон; этим «сокращалась продолжительность маниакального приступа». Шницер видел применение колеса еще в 1850 г.; по его мнению оно представляет собой «настоящий суррогат цепей и плеток», утонченный способ физического насилия, и он выражает сожаление, что как раз в Германии эти вещи пользуются таким широким распространением, между тем как, например, в Италии от них давно отказались [1].

[1] Цитир. по Kraepelin'y: Hundert Jahre Psychiatrie.

Не последнее место в этой терапевтической системе занимали средства, причиняющие боль: жгучие втирания, нарывные пластыри, прижигания каленым железом. К больному, находящемуся в ступоре, подходили вооруженные плеткой; его раскладывали на койке и секли, чтобы «вывести душу» из состояния болезненного сосредоточения. Гейнрот рекомендовал повторные, с короткими паузами болевые раздражения. Иделер советовал сильную электропункцию и отмечал с гордостью, что ему удалось вернуть к «свободной и нормальной душевной деятельности» несколько человек, совершенно, повидимому, отупевших. Тошнотная терапия заключалась в том, что больному давали tartarus stibiatus, при чем регулировали дозу так, чтобы дело не доходило до рвоты. Предполагалось, что таким образом отгоняются бредовые идеи. Тошнотные «курсы» длились неделями, пока не наступало подчас сильное истощение или же не входившая в расчет рвота заставляла дать больным передышку. Впрочем, и настоящая «рвотная» терапия также была в ходу, например, в практике Горна [1], Шнейдера и многих других.

Перейдем теперь к той гидротерапии, которая процветала почти три четверти века. Специальные водолечебные приемы оценивались почти исключительно, как психическое воздействие. Внезапное погружение в холодную воду, так называемый bain de surprise, применялось, чтобы вызвать сильное потрясение всего тела с последующим утомлением. Здесь имелось в виду одним мощным психическим ударом разорвать извращенные представления и очистить место для новых, быть может, здоровых мыслей. При этом стремились также и к устрашению. Основываясь на одном случае, когда бросившийся в колодезь больной вскоре выздоровел, сделано было предложение погружать меланхоликов в воду до первых признаков удушения, при чем продолжительность этой операции равнялась промежутку времени, необходимому для не слишком быстрого произнесения псалма, называемого Miserere. Рихард советовал непрерывно обрызгивать лицо возбужденных больных холодной водой, что должно было «поддерживать уважение к персоналу». Реш рекомендовал лить воду

[1] См. Birnbaum, K., там же.

в рукава куртки. Шнейдер придумал особое приспособление для сбрасывания больного с большой высоты в холодный бассейн и полагал, что такой аппарат должен будет несомненно оказать «большие услуги при лечении душевных болезней». Лангерманн в своем отчете по учреждению Сант-Георген с сожалением указывает на отсутствие там бассейна, так как страх, связанный с внезапным погружением в воду, является незаменимым средством при некоторых бредовых формах, где никакими другими способами не удается привести больного в состояние «здоровой самодеятельности». Рисунок 11 изображает

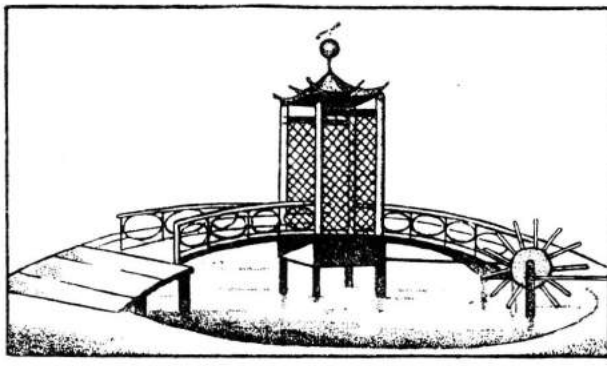


Рис. 11. Беседка с приспособлением для провала в бассейн.

мостик, ведущий к изящной беседке, куда больному предлагалось пройти, и где предательская доска, внезапно наклонялась, заставляла его провалиться в воду. В большом ходу был так называемый Sturzbad: больной лежал в ванне, привязанный, и ему на голову с значительной высоты выливалось от 10 до 50 ведер холодной воды (рис. 12). Этот способ лечения должен был помогать при меланхолии, ипохондрии, алкоголизме, половой распущенности и т. д.; кроме того, здесь учитывалось и чисто соматическое действие холодной воды против приливов крови к голове, внутреннего жара, вялости кишек и т. д. Крепелин цитирует нижеследующую характеристику, которую Горн дает этому способу: подобные обливания «успокаивают и смягчают буйно-помешанных, охлаждают их всегда разгоряченную голову, поддерживают ровное поведение, послушание

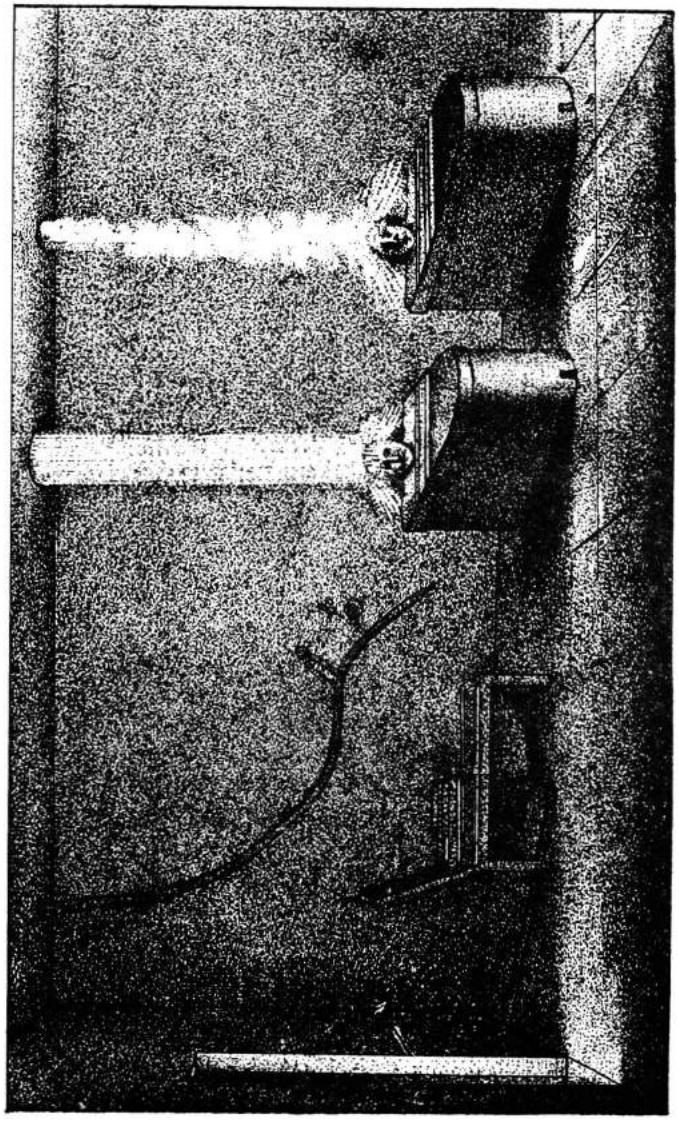


Рис. 12. Обливание головы большими массами ледяной воды (т. наз. Sturzbad).

и выдержку, возвращают немым дар речи, уничтожают наклонность к самоубийству, приводят меланхоликов, бывших до того погруженными в болезненные мысли, к правильному самосознанию» [1]. Большим уважением пользовался ледяной душ. Одна из его разновидностей состояла в том, что из пожарной кишки на голову, затылок и спину больного направлялась струя воды (подобие современного душа Шарко). Крепелин говорит, что один только вид насоса нередко приводил больных в ужас. Другой вариант состоял в том, что из очень тонкой трубки с большой высоты лили на темя крепко связанного больного узкую струйку холодной воды. «Ощущение, которое при этом с нарастающей силой охватывает человека, настолько невыносимо, — говорит Шнейдер, — что такой способ в прежние времена применялся практической криминологией, как умеренная степень пытки. — Поэтому, — добавляет он, — мы пользуемся этим средством при упорных и сильных нервных болях у помешанных, а также против бессонницы, когда последняя является следствием полнокровия мозга» [2]. Водяная струя бывала такой силы, что уже через несколько минут разрывались кожные покровы головы и текла кровь. Интересен следующий отрывок, рисующий мероприятия, применявшиеся к возбужденному больному с первого момента его поступления. Нейман [3] учил так: «Больного сажают на смирительный стул, привязывают, делают кровопускание, ставят 10—12 пиявок на голову, обкладывают тело ледяными полотенцами, льют на голову 50 ведер холодной воды, дают хороший прием слабительной соли».

Гейнрот говорил, что кровопускание в случае надобности надо продолжать до обморока; не следует жалеть пиявок, распределяя их вокруг бритой головы на манер венчика; полезно также в кожные надрезы всыпать порошок из шпанских мушек или втирать сурьмовую мазь.

---

[1] Kraepelin, там же, стр. 42.

[2] См. Kraepelin, там же, стр. 44. Шнейдер дал исчерпывающее описание всех упомянутых в тексте приборов и методов механической терапии в своем труде: «Entwurf zu einer Heilmittellehre gegen psychische Krankheiten». Tübingen, 1824.

[3] Neumann K. G. (1774—1850). Его не следует смешивать с Германом Нейманом (1814—1884), известным сторонником теории «единого психоза», учителем Вернике в Бреславле.

Если все это не помогает—необходимо пустить в ход вращательную машину.

Кроме механической, болевой, тошнотной и «водяной» терапии, германские психиатры первой половины XIX века широко пользовались и чисто педагогическими приемами. Как мы видели, строгость и устрашение советовал применять даже Пинель. Англичанин Уиллис[1] без церемоний колотил душевно-больного английского короля Георга III. Лангерманн строго осуждал излишнюю снисходительность.

На ряду с этим, однако, широко процветала и более гуманная психотерапия, в том приблизительно виде, как ее проектировал Рейль: старались переубедить больного, и если вначале иногда притворно соглашались с его болезненными идеями, то лишь для того, чтобы, следуя сократическому методу, довести их до абсурда. Попытки заставить больного согласиться с очевидностью приводили к различного рода инсценировкам по схемам Рейля. Особенно много ожидали от таких комедий при ипохондрии. Этим пользовались не только сторонники психической школы, шедшие по стопам Гейнрота, Иделера и Бенеке: вся вообще психиатрия начала XIX века прошла через эту стадию, с ее мнимыми операциями, извлечениями из тела разных гадов, опухолей и т. п. Гегель приводит несколько таких «анекдотов»:

«Англичанин воображал, что у него в желудке воз сена с четверкой лошадей; врач уверил его, что он ощупал этот воз, приобрел этим доверие больного и дал ему рвотное: когда больного стало рвать, его подвели к окну, и в это время, по распоряжению врача, из ворот выехал воз с сеном. Другой жаловался, что у него стеклянные ноги; было инсценировано нападение разбойников, при чем больной убедился, что он может хорошо бегать. Третий считал себя умершим и не хотел принимать пищи; его положили в гроб и опустили в могилу, где уже стоял второй гроб, в котором лежал человек; этот последний сначала притворился мертвым, но оставшись наедине с душевно-больным он приподнялся, выразил радость, что у него нашелся товарищ, наконец встал и принялся за принесенные кушанья; когда душевно-больной удивился, он отвечал, что умер уже давно и лучше знает, как живут мертвые. Больной успокоился, стал есть и пить и выздоровел»[2].

---

[1] Francis Willis (1718—1807); не смешивать с знаменитым Thomas Willis — Вилизием.

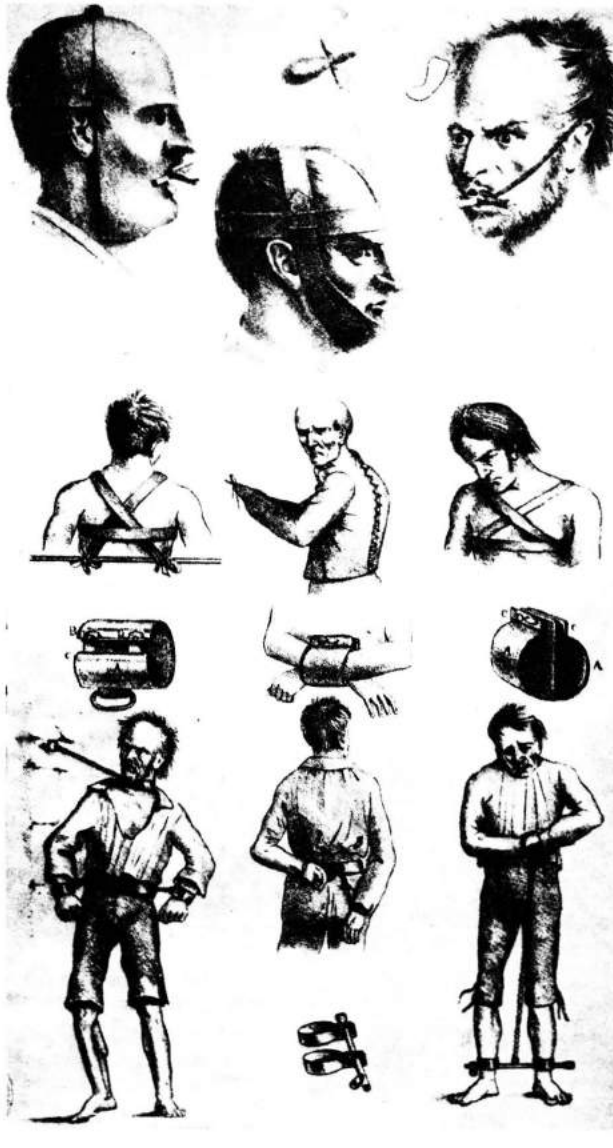
[2] Гегель. Философия духа, стр. 177—178.

Якоби рассказывает о больном в Вюрцбургской больнице, утверждавшем, что в нем живет другое лицо, ведущее с ним разговоры; тогда ему поставили на живот мушку, разрезали образовавшийся пузырь и потом якобы вынули заранее припасенное чучело. Иллюзия, по словам Якоби, получилась полная, однако, через несколько минут больной уже уверял, что на месте осталось другое подобное существо, с которым теперь нельзя будет ничего поделать [1].

Постоянные неудачи все более дискредитировали эту методику. Вообще обращение к логике, как выяснилось, давало ничтожные результаты: даже маленькие дети оказывались понятливей. И тогда стали особенно тщательно разрабатывать методику воздействия на чувства: пробовали вызывать испуг (между прочим, уже приведенным выше способом внезапного погружения в воду) или ужас от созерцания, например, фосфорических букв на стене, в качестве надписи сверхъестественного происхождения, или чувство смирения, путем пренебрежительного обращения с больным, как советовал даже Эскироль при бреде величия; последнее рекомендовал и Шнейдер («поставить больного на свое место»). В свое время Пинель подробно останавливался на искусстве подчинять себе больного; чувство полной зависимости и покорности он хотел обосновать в первую очередь на умственном и нравственном превосходстве врача. Но он одобрял в этом отношении некоторые внешние приемы; так, он рассказывает про Уиллиса, который вообще отличался добродушным выражением лица, что последний, видя больного впервые, мгновенно придавал своей физиономии совершенно другой характер: взгляд его становился пронзительным и строгим, как будто он видит человека насквозь. В таком актерстве Гайндорф (1782—1862), автор первого германского психиатрического учебника (1811) [2] видел непременную составную часть психотерапевтической техники: «мимика врача, — говорил он, — должна быть в его полном распоряжении, чтобы быстро и последовательно выражать по мере надобности серьезность и веселость, строгость и благодушие, презрение, пренебрежение, гадливость». Гейнрот, со свойственной ему высокопарностью стиля, учит

[1] Kraepelin, там же, стр. 49.

[2] Haindorf, A. Versuch einer Pathologie und Therapie der Geistes-u. Gemütskrankheiten. Heidelberg, 1811.



СПОСОБЫ УКРОЩЕНИЯ ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХ (1-Я ПОЛОВИНА XIX В.)
НАВЕРХУ: МАСКА И ГРУША АУТЕНРИТА

врача-психиатра «выступать благодетелем и отцом, сочувствующим другом, заботливым воспитателем, но вместе с тем — судебным следователем и карающим судьей, а в конечном итоге — монархом и богом».

Соответственно этому, во многих германских учреждениях первой половины XIX века широко господствовала система наказаний и наград. Что может быть более действительным, чем розги? Сечь необходимо непременно в присутствии всех остальных больных, но спокойно, не входя в азарт и не вредя здоровью. В 1819 г., в заведении Марсберг был составлен список точно градуированных карательных мер. Рекомендовалось начинать с низших степеней и только в случае неудачи подниматься постепенно выше. У самого нуля этой шкалы стояло уменьшение пищевого пайка, которое постепенно доводилось до полной голодовки; далее шел карцер, сперва светлый, потом темный; еще ступенью выше — смирительная рубашка, смирительный стул, кровать и еще выше — связывание по рукам и ногам «горячечными ремнями». Иделер весьма рекомендует обычай одной лечебницы привязывать к столбу нечистоплотных больных. Гирш вывешивал в вестибюле Байретского заведения для помешанных доску, на которую заносились фамилия больного, поступок и наказание. Один из последних представителей психической школы, Лейпольд (1794 — 1874), рекомендовал приблизительно каждые полгода, во время какого-нибудь торжества, прочитывать в присутствии больных отчет о их поведении. Однако, противоречие между врачебными обязанностями, с одной стороны, и системой наказания — с другой, не могло не оцениваться, как вопиющее противоречие. И тогда возникло стремление, не отказываясь от насильственных мер, сделать вид, как будто врач тут совершенно не при чем. Он должен иметь подручного человека, которому и надлежит взять на себя эту неприятную функцию. Наиболее целесообразно — выделить специального служителя на эту роль всеобщего пугала, между тем, как врачи и весь остальной персонал выступают в роли благодетелей и защитников. Такой «заплечных дел мастер», являясь необходимым сотрудником всякой благоустроенной лечебницы, должен обладать, разумеется, громовым голосом, геркулесовой силой и решительностью.

Следуя отчасти Якоби, но главным образом Нейману, русский психиатр Бутковский [1] развивает эту мысль так: «врач не должен внушать больным страх, но ему нужен помощник, который занимался бы сим трудным поручением, действуя по воле врача и будучи в состоянии при необходимости сопротивляться буйным поступкам, вспыльчивости и наглости сумасшедших».

3

Были, однако, германские врачи уже в первой четверти XIX века, энергично восставшие против грубого обращения и телесных наказаний. Таков был Христиан Гайнер (1775 — 1837). Получив назначение директором Вальдгейма, первой по величине саксонской лечебницы, в старом Августинском монастыре, он был командирован правительством во Францию, где познакомился с Пинелем и его кругом. Здесь, очевидно, выработалось его психиатрическое мировоззрение. Вернувшись на родину и вступив в должность, Гайнер осуществил многое из того, чему научила его школа в Сальпетриере. В 1817 г. он обнародовал свое «обращение к правительственным властям и лицам, стоящим во главе домов для умалишенных с призывом к отмене некоторых тяжких злоупотреблений в обращении с душевно-больными». Это—небольшая брошюра в 50 страниц [2]. В первую очередь Гайнер протестует против смирительного стула, при чем он один из первых отмечает крайнюю деморализацию персонала повсюду, где узаконены и широко применяются меры насилия. Особенно велико было его негодование по поводу розог. Он удивлялся Рейлю, который оправдывал их применение. Гайнер писал: «Да будет проклят отныне каждый удар, который падет на бедного человека, принадлежащего к этой категории глубоко несчастных людей». Единственное средство, допускаемое им всецело, это—камера Аутенрита. Камзол он разрешает только на несколько часов, но при непременном условии непрерывного наблюдения. Интересно, что этот гуманный человек все же признавал пользу некоторых приборов, например, качелей Кокса, и даже

[1] Бутковский, П. Душевные болезни. СПБ., 1834.

[2] Dehio. Christian Aug. Hayner (in Kirchhoff, Deutsche Irrenärzte, Bd. 90—99).

сам придумал пустое внутри колесо, «такое, в котором бегают белки», для приучения больных к сосредоточению внимания. «Однако, — говорил он, — чем меньше в домах для умалишенных таких аппаратов, тем, значит, больше в нем внутренней дисциплины и истинно врачебного духа. Если с самого начала взять должный курс: морально овладеть больным, правильно воспитать его, то не придется потом прибегать ни к какому насилию». Германская психиатрия имеет право рассматривать Гайнера, как одно из отраднейших явлений в эту реакционную эпоху, заставившую целый ряд выдающихся по уму и далеко не суровых людей облекать свои терапевтические искания в столь своеобразные формы.

По этому поводу Дамеров в 1829 г. писал: «Механические способы не лишены большого исторического интереса, так как несомненно нужно было проделать этот опыт чисто физического воздействия на явления помешательства. Но теперь даже сторонники как будто стали равнодушны к таким мерам. Разумеется, со временем все это будет заменено чем-то лучшим и, быть может, по прошествии столетий наши аппараты будут демонстрироваться в музеях и вызывать удивление у будущих поколений» [1].

Это случилось не через несколько столетий, как предполагал Дамеров, а гораздо раньше.

---

[1] Цитир. по Kraepelin'y, там же, стр. 62.

ГЛАВА ДВАДЦАТАЯ

СПОР ПСИХИКОВ И СОМАТИКОВ

Идеология соматической школы. Нассе, Якоби. Деятельность Фридрейха.

Одновременно с психической школой, как ее диалектическая противоположность, зарождается, развивается и крепнет школа врачей соматиков. В течение трех десятков лет продолжается горячая полемика, известная в истории психиатрии под названием «спора психиков и соматиков». Это было состязание мировоззрений и методов: спиритуализма и материализма, умозрения и наблюдения. Решался очень важный вопрос — будет ли психиатрия наукой медицинского цикла или же она останется в недрах философии? Разумеется, спор не мог решиться иначе, нежели это произошло в действительности, но правильное решение было ускорено благодаря энергичным трудам нескольких выдающихся работников, из числа которых должен быть назван в первую очередь Нассе. Не следует, однако, думать, что последний окончательно освободился от метафизической философии. В духе времени было верить, что мышление и воля — чисто душевные функции; однако, Нассе уже ясно понимал, что полная сохранность душевной жизни возможна только при здоровом состоянии тела. На пропаганду этой идеи он направил всю свою энергию. Вероятно, роль, которую сыграл Нассе, в значительной степени была подготовлена его основной специальностью, наложившей свою печать на его медицинскую мысль: он был интернистом. Учение о болезнях внутренних органов, уже очистившись в ту пору от умозрений,

потеряло свой преимущественно книжный характер. Открытие перкуссии заставляло не только думать, но и действовать. Сам Нассе уже умел выстукивать по Лаеннеку, пользовался термометром, делал лабораторные исследования и вскрытия. Рассказывают, что однажды, посетив одну мастерскую и узнав, что рабочие-точильщики не выдерживают этого труда более 12 лет, Нассе изобрел респиратор и опубликовал работу: «К вопросу об охране рабочего на фабриках». Эта черта в достаточной степени характеризует реально-жизненное направление всей его медицинской деятельности.

Фридрих Нассе (1778—1851) окончил медицинский факультет в Галле, где он был любимым учеником Рейля. Получив врачебный диплом в 1800 г., он занял кафедру общей медицины в Галле в 1815 г., вскоре после чего, получил приглашение во вновь открытый Боннский университет. В этом городе и протекла вся остальная жизнь Нассе. Среди его учеников был Иоганнес Мюллер, великий физиолог, один из тех ученых, благодаря которым германская наука должна была раз навсегда покинуть всякие умозрительные построения и быстро двинуться по пути, обеспечившему ей мировое значение. В 1818 г. Нассе основывает Zeitschrift für psychische Ärzte, журнал, сделавшийся вскоре органом пропаганды идей соматической школы. В его программу входило не только изучение душевных болезней, но и всего того, что так или иначе связано с ними: физиологическая психология, психология животных, изучение аффектов и страстей, сновидений, патологической анатомии головного мозга и, наконец, статистики и законодательства о душевно-больных. Когда, в 1825 г., в окрестностях Бонна, в Зигбурге, была открыта в старом бенедиктинском абатстве первая в Рейнской области психиатрическая больница, и туда был назначен врачем Якоби, в лице последнего Нассе нашел энергичного соратника, настроенного еще более радикально, чем он сам.[1]

Вскоре соматическая школа разделилась на три отдельные ветви. Общий лозунг: «в основе душевных болезней лежат материальные изменения» приобрел в каждой из

[1] Sioli. Friedrich Nasse (in Kirchhoff: Deutsche Irrenärzte, Bd. I).

них особый оттенок. Большинство рассматривало психозы, как болезни особого рода, с резко очерченными проявлениями и постоянными клиническими картинами; меньшинство отрицало самостоятельность психозов, рассматривая их лишь в качестве непостоянных и переменчивых симптомов различных соматических заболеваний. Наиболее прогрессивной была эта вторая ветвь, во главе которой стоял Якоби. Он отказывался расценивать головной мозг, как единственное место происхождения психозов; такую же роль он приписывал симпатической нервной системе, кровеносным сосудам и всем другим внутренним органам, заставляя участвовать в нормальных и патологических проявлениях психической жизни даже кости, связки, сухожилия, пищеварительные и половые органы. К заболеваниям всех этих частей тела может присоединиться психоз, который, таким образом, имеет во всех случаях только симптоматическое значение и не является самостоятельным нозологическим видом. Крайность, в которую ударилась эта ветвь соматической школы, оказала в высшей степени полезное действие на дальнейший рост психиатрических знаний, так как 1) возникла потребность в более тщательном обследовании соматического статуса, 2) намечен был ряд вопросов этиологии психозов и 3) самая наука о душевных болезнях все более сосредоточилась в руках врачей. Якоби принадлежит в этом смысле наибольшая заслуга, и недаром Флемминг назвал его Бэконом германской психиатрии. Идея Якоби о необходимости для душевного равновесия содружественной гармонии всех физиологических отправлений человеческого организма получила, как известно, дальнейшее развитие в одну из последующих эпох. Афоризм: «душевные болезни суть болезни всего организма» — вполне соответствует основным воззрениям Якоби. Однако, в те времена — тридцатые и сороковые годы XIX века — указанная мысль, будучи могущественным орудием в борьбе с психиками, заключала в себе одновременно и некоторые реакционные элементы, так как отвлекала психиатрию от более настоятельной задачи — преимущественного обследования мозга и центральной нервной системы.

Максимилиан Якоби (1775—1858) родился в Дюссельдорфе. Отец его был известным философом. Медицинское

образование он получил в Иене и Геттингене. Его специально психиатрический путь, как больничного врача, обозначился сравнительно поздно (ему было 50 лет, когда он взял на себя управление Зигбургом). Но его теоретическая деятельность, как борца за соматическое направление в психиатрии, началась гораздо раньше: статьей, напечатанной в 1818 г. в Zeitschrift für psychische Ärzte. Интересно отметить, что в том же самом году вышел учебник Гейнрота: таким образом самый крупный соматик и самый упорный психик выступили в поход одновременно. В 1822 г. Якоби писал: «поскольку всякое душевное расстройство основано на соматической болезни, оно является объектом врачебной науки. Терапия психиатра состоит в том, чтобы устранять ненормальности темперамента — этой чисто соматической базы аффектов и страстей». С этой целью он пользуется лекарственными и диэтетическими средствами, а также прямым влиянием на психику больного, от чего «возникает обратное действие на соматический организм». Таким образом все значение психотерапии сводится к воздействию на физическую основу психики.

Практическая разработка многообразных сторон больничного дела, которому Якоби посвящал большую часть своего времени и энергии, получила выражение в его обширном труде «О планах и устройстве психиатрических лечебниц, с подробным описанием лечебницы Зигбург». Эта книга прославила не только автора, но и его учреждение. Зигбург сделался, на ряду с Зонненштейном, крупным рассадником психиатрического образования. Одновременно с этим Якоби также интересуется вопросами теории психозов. Французская наука и английская филантропия все время в сфере его внимания; в своих статьях он приводит много выдержек из Эскироля и целиком переводит на немецкий язык работу Тьюка «Описание Иоркского убежища». Когда к концу его жизни повсюду кругом заговорили о системе Конолли, Якоби высказался о ней отрицательно: он думал, что полный отказ от физических мер стеснения нецелесообразен, так как может в известных случаях принести даже явный вред. Особенно непонятно было ему отрицательное отношение англичанина к изолятору. В 1844 г. начинает выходить в свет его широко задуманный труд: «Главные формы душевных болезней».

Однако, опубликован был только первый том — «О неистовстве» (Über die Tollsucht). В этой монографии содержится немало умозрительных построений. Якоби продолжает настойчиво отрицать значение головного мозга в происхождении психозов. По этому поводу с резкой критикой против него выступает один молодой врач, ассистент клиники в Тюбингене, который, наоборот, настойчиво доказывает исключительную роль мозга. Это был двадцатисемилетний Гризингер. Несмотря на его нападки на заслуженного ветерана соматической школы, этому направлению именно в лице Гризингера предстояло вступить в более зрелый, истинно-научный период [1].

Более умеренными представителями школы соматиков были Громан, Гросс и Блюмредер. Их работы не принесли ничего существенно-нового.

Самым энергичным популяризатором идей соматической школы был один из образованнейших людей первой половины XIX столетия — Фридрейх (1796 — 1862). Выпущенная им в 1836 г. книга — «Историко-критическое изложение теорий о помешательстве» [2] — явилась полемическим трактатом, в котором шаг за шагом отвоевывается почва у психиков и беспощадно разбиваются все их метафизические выкладки. Фридрейх интересен для нас еще и своим «Опытом истории литературы по патологии и терапии психических заболеваний» [3], этой первой, по времени, историей психиатрии, представляющей богатый архив, материалами которого широко пользовались все, писавшие на эту тему.

Из других трудов Фридрейха следует упомянуть «Судебную психологию для медицинских чиновников, судей и защитников» (1895) и «Руководство общей патологии психических заболеваний» (1839). К числу его заслуг принадлежит основание журналов «Friedreichs Magazin für Seelenheilkunde», «Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizine».

---

[1] Довольно обширная литература о Якоби приведена в статье Herting'a (см. Kirchhoff, там же).

[2] Historisch-kritische. Darstellung der Theorien über den Wahnsinn. Leipz. 1836.

[3] Versuch einer Litärärgeschichte der Pathologie und Therapie der psych. Krankh. Würzb., 1830.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ПЕРВАЯ

ПЕРЕХОДНОЕ ВРЕМЯ В ГЕРМАНИИ

1. Открытие главных германских заведений для душевнобольных. Флемминг. Учение о первичных и вторичных формах. «Илленау» и Роллер. Зольбриг и борьба за университетское преподавание. Иессен. Гаген. — 2. Принципы подразделения психозов. Главнейшие классификации. Их неудовлетворительность. Нигилизм Неймана.

1

После основания Зонненштейна в Германии одно за другим начали открываться заведения для душевно-больных путем приспособления для этой цели старинных монастырей и феодальных усадеб. В 1825 г. был открыт Зигбург, где работал Якоби. В 1826 г.— Гейдельбергский дом для умалишенных; после этого вскоре основаны следующие заведения: Гильдесгейм в Ганновере (1827), Лейбус в Силезии (1830), Галл в Тироле (1830). Открывшийся в том же году Саксенберг (в Мекленбурге) был первым учреждением, специально построенным для психиатрических целей. Во главе учреждения стоял Карл Флемминг (1799 — 1880) [1], замечательный организатор, которому, между прочим, Саксенберг обязан своим прекрасным местоположением, так как, если бы не протест Флемминга, учреждение было бы построено на голой равнине, далеко от жилья или на заброшенном островке Шверинского озера. Флемминг учился в Зонненштейне у Пинница, побывав предварительно в Париже, где он присутствовал на обходах Эскироля; там, в Париже, он воспринял то

[1] Matusch. Carl Flemming (in Deutsche Irrenärzte, Bd. I).

строго реалистическое направление, которым отличалась впоследствии вся его многолетняя деятельность. Яркий представитель соматической школы, он произвел ошеломляющее впечатление в рядах психиков, когда в своем первом научном труде «К вопросу о философии души» (1830) доказывал полную однородность психики человека и животных. Сильно ограничивая этиологическое значение психических факторов, он объясняет их действие нарушением функций симпатической нервной системы. Страх, этот обычный симптом меланхолии, а также предсердечная тоска — Praecordialangst (термин, предложенный Флеммингом) — объяснялись им, как нарушения в деятельности симпатических ганглий. В своей «Патологии и терапии психозов» Флемминг делит психозы на две группы: протопатические и дейтеропатические заболевания мозга (энцефалопатии); при первых процесс гнездится в самом мозгу, при вторых — в симпатических узлах, оказывающих косвенное воздействие на отправления мозга. Опираясь на исследования Вирхова, Флемминг полагал, что со временем явится возможность объяснить все разнообразие душевных болезней нарушением кровообращения в различных частях мозга. И в науке, и в практической жизни Флемминг был энергичным борцом. Когда после революции 1848 года восторжествовала реакция, против него поднялись гонения со стороны клерикалов; несмотря на его протесты, в больницу хотели водворить священника, которому было бы присвоено право посещения больных. Тогда Флемминг подал в отставку.

Другая большая психиатрическая больница — Винненталь в Вюртемберге, открытая в 1834 г., так же, как Зонненштейн и Зигбург, сделалась вскоре одним из центров психиатрического образования в Германии. Во главе ее стоял Целлер (1804 — 1877) [1], убежденный соматик, переводчик Гислена, знавший наизусть Эскироля. Целлер рассматривал психозы, как симптоматологические проявления какого-то основного биологического процесса в мозгу. Вместе с Якоби, с которым он был связан многолетней дружбой, он проводил теорию, которая долго потом оставалась одним из руководящих принципов клинической

[1] Zeller, H. Ernst Albert Zeller (in Deutsche Irrenärzte, Bd. I).

психиатрии. Она состояла в следующем: психозы разделяются на две группы: первая характеризуется нарушением аффективной жизни, вторая — нарушениями интеллектуальных функций; наблюдения показывают, что психозы второй группы никогда не возникают сразу, первично, но во всех случаях им предшествуют психозы первой группы; они являются, таким образом, исходами, завершениями душевных заболеваний, «вторичными» картинами; так, например, первичное заболевание меланхолией ведет к вторичному помешательству, или вторичному слабоумию; первичного помешательства, или первичного слабоумия не наблюдается никогда. Это учение логически вытекает из основной мысли Целлера, которая может быть формулирована так: мания, меланхолия, помешательство, слабоумие—представляют последовательные стадии единого болезненного процесса, хотя и не всегда вполне выраженного во всех его отдельных этапах, но имеющего тенденцию в типических случаях к такому определенному ходу. Это воззрение было тем зерном, из которого впоследствии развилось нозологическое учение Кальбаума и Крепелина. Прогрессивный паралич Целлер еще не считал самостоятельной болезнью, однако, дал мастерское описание паралитической мании, подчеркнув ее безнадежный исход.

Виннеталь был огромным шагом вперед в психиатрическом деле: меры стеснения ограничивались здесь смирительной рубашкой, а варварская механотерапия, повидимому, благодаря Целлеру, осталась далеко в стороне; больные занимались огородничеством, садоводством, ремеслами; для них устраивались развлечения и праздники.

В 1842 г. в Бадене открыто было большое психиатрическое заведение — Илленау. Его руководителем был Роллер (1802—1878)[1], который после образовательного путешествия в Голландию, Бельгию, Париж и подготовки в Зигбурге у Якоби посвятил всю свою дальнейшую жизнь Илленау; в этом заключается историческое значение Роллера, так как Илленау было едва ли не важнейшим рассадником германских психиатров в течение 30—40 лет. Здесь в разное время работали Фишер, Гассе, Гудден, Кирн, Шюле, Крафт-Эбинг и здесь же задумано было дело

[1] Fischer, M. Christian Roller (in Deutsche Irrenärzte, Bd. I).

огромного культурного и научного значения: в 1844 г. Роллер вместе с Флеммингом и Дамеровым основал Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Некоторые стороны деятельности Роллера только теперь на наших глазах получили надлежащее развитие, как, например, попечение о больных, выписанных из учреждения: они должны были регулярно сообщать о себе в Илленау и даже показываться в определенные сроки. На эту важную сторону психиатрического дела обращено было большое внимание и в заведении Марсберг, открытом в 1843 г. Его директор, Руер (1784—1864), является одним из инициаторов организации внебольничной помощи душевно-больным [1]. В 1844 г. открыта была больница в Галле, во главе которой стал Дамеров (1798—1866), один из влиятельных психиатров-практиков середины XIX века, ученик Якоби, убежденный соматик.

С этого момента практика психиатрического дела в германских странах быстрым ходом подвигается вперед. Вскоре уже начинает обнаруживаться необходимость в более энергичной подготовке врачей-психиатров. Жизнь выдвигает вопрос об университетском преподавании психиатрии. Одним из первых провозвестников этой идеи явился Зольбриг (1809—1872)[2], которому в конце концов удалось добиться, что в Баварии, начиная с 1862 г., психиатрия вошла в число обязательных предметов медицинского курса. Зольбриг, на ряду с академической деятельностью (он был профессором в Эрлангене, а потом в Мюнхене), был одним из видных работников в области больничного дела; по его указаниям была построена фундаментальная мюнхенская больница (1859), а также заведения в Ирзее, Байрете, Брауншвейге, Ганновере. Велики были достижения в Саксенберге, Виннентале, Илленау и во многих других больницах, перечисление которых не может входить в нашу задачу. Однако, не везде были Флеммингн, Целлеры, Роллеры, Руеры. Во многих местах еще наблюдались пережитки седой старины. В описании своего путешествия по Германии в 1856 г. ассистент Якоби, Виллинг, рассказывает: «беспокойные больные запираются в клетки, клетки для мужчин и женщин стоят друг подле друга; тихие

[1] Schulte, там же, стр. 131 — 133.
[2] Vocke, там же, стр. 232 —235.

больные, мужчины и женщины, помещаются вместе, как попало» [1].

Из других представителей германской психиатрической мысли в эту переходную эпоху должен быть назван Иессен (Jessen, 1793—1875), бывший с 1820 года директором вновь отстроенного психиатрического заведения в окрестностях Шлезвига. Иессен известен своей энергичной борьбой против психиков. Его книга «Мысли о сущности и о проявлениях фиксированных идей, или частичного помешательства» отличалась поразительной яркостью и выпуклостью изложения. В его лице чисто описательная психиатрия в Германии сделала крупный шаг вперед. В эпоху крайнего злоупотребления механотерапией психозов Иессен отличался своею умеренностью. «Во Франции и Англии,— говорил он,— пользуются выжидательным методом, и это дает нехудшие результаты, чем в Германии, где все время боятся, что лечат недостаточно активно. Сие «теоретическое» помешательство необходимо всеми средствами устранять, так как оно полно самых печальных последствий для душевно-больных». Этот замечательный человек еще в 1822 году проектировал нечто вроде сельскохозяйственных колоний, и его доклады по этому поводу, по словам Кирхгофа, даже и в настоящее время можно читать с истинным наслаждением. В 1846 г. Иессен выступил инициатором образования союза германских психиатров, который был окончательно оформлен в 1860 г. в Айзенахе. Первый президиум союза состоял из следующих лиц: Иессена, Флемминга, Роллера, Зольбрига и Лэра.

К этой же эпохе относится деятельность Гагена (Hagen, 1814—1888). Ученик Фридрейха и Якоби, лично знакомый с Гисленом, побывавший в Лондоне и в Париже, Гаген искал в медицинских науках метода для решения столь волновавшей в то время германскую философскую мысль проблемы о соотношении души и тела. Темой своей диссертации он выбрал область, всегда казавшуюся чем-то промежуточным между «материей и идеей», а именно— галлюцинации. В 1837 г. вышла его книга «Обманы чувств», которую он впоследствии (1868) переработал

[1] Цитир. по Гризингеру. Душевн. бол., перев. под ред. Овсянникова, изд. В. Ковалевского. Петербург, 1867.

в свое знаменитое исследование Zur Theorie der Hallucinationen — один из классических трудов по общей психопатологии. В 1870 г. появилась его работа Über fixe Ideen, где он доказывает значение аффекта в происхождении и образовании бреда. Ему принадлежит, между прочим, изобретение слова «катамнез» [1].

2

Открывавшиеся больницы — огромные учреждения на 500—600 человек — сильно расширяли поле врачебных наблюдений, представляя такое разнообразие материала, о котором не смела мечтать психиатрия прошлых десятилетий. Все увеличивающиеся кадры врачей-психиатров, естественно, стремились прежде всего к подразделению клинических картин на группы, иначе говоря — к созданию научной классификации психозов. Этот вопрос уже имел довольно долгую историю. После Платера, предложившего первую по времени классификацию, позднейшие исследователи, особенно в середине XVIII века, до крайности умножили число душевных болезней, создавая такие бесконечные списки, как, например, систему Буасье-де-Соважа, приведенную нами на стр. 124—125, в ее французско-латинском подлиннике. Реакция против таких дробных подразделений не замедлила наступить: Пинель сознательно возвратился к мудрой сдержанности древних, выставив всего только четыре формы — манию, меланхолию, слабоумие, идиотизм. Однако, в последующие годы классификации психозов снова начали усложняться. Большинство авторов клало в основу психологический принцип. Признаки, наиболее бросающиеся в глаза, служили для характеристики и наименования болезни. Таким образом создано было множество симптомагологических классификаций, из которых далеко не все знаменуют собой этапы в эволюции научных идей. Мы приведем здесь только те, которые имели историческое значение.

Большой простотой и выдержанностью психологического принципа отличалась таблица Штарка [2]:

---

[1] Specht, G. Friedr. Wilh. Hagen (см. Deutsche Irrenärzte, Bd. I).

[2] Stark, Karl Wilh. (1787 — 1845), профессор в Иене, сторонник естественно-научной психиатрии (см. Laehr, Gedenktage, стр. 147).

I. Болезни чувства — дистимия (гипертимия, атимия, паратимия).

II. Болезни воли — дисбулия (гипербулия, абулия, парабулия).

III. Болезни ума — дисноэзия (гиперноэзия, аноэзия, параноэзия).

Достаточно, однако, одного взгляда на эту схему, чтобы убедиться в ее отвлеченном психологизме, не дававшем никаких руководящих идей для практических потребностей клиники.

Гораздо ближе к жизни была классификация Причарда, особенно благодаря тем выпуклым описаниям казуистических случаев, которые привел автор, поясняя и иллюстрируя свою схему. Он различал:

I. Интеллектуальное помешательство, куда входят: мономания, мания, спутанность и слабоумие.

II. Моральное помешательство, или патомания — pathomania, moral insanity — куда входят все расстройства, при которых преобладают нарушения аффективной и волевой сферы.

В этой группе Причард описал ту форму, которая неразрывно связана с его именем: извращение так называемых нравственных чувств и привязанностей, с резко выраженной наклонностью к поступкам антиобщественного характера. Поводом для выделения этого вида психического расстройства послужило заболевание дочери одного фермера, девочки 7 лет, которую Причард наблюдал в 1827 г.: умная, не по летам развитая, послушная, она вдруг сделалась дерзкой, грубой, эротичной, но каждый раз, после какого-нибудь дурного поступка, уверяла, что не могла удержаться и «должна была это сделать»; между прочим, она воровала и украденные вещи прятала или портила. Такое «моральное помешательство», в тесном смысле, входит в более обширную группу, носящую то же самое название, где слово moral является синонимом аффективного, и куда относятся: мания, меланхолия, ипохондрия, состояния страха и т. д.

Причард (1785—1848) родился в г. Россе в Англии, получил докторский диплом в Эдинбурге (1810), издал «Трактат о помешательстве и других расстройствах психики» (1835) и монографию «О различных формах душевного

заболевания в их отношениях к юриспруденции» (1847). В этой последней работе и содержатся указания на moral insanity, обессмертившие его имя.

Значительно сложнее классификация Флемминга (1844)[1]:

1-я группа. Состояние психической слабости.

А. По причинам:

1. Первичные (врожденные).
2. Вторичные (приобретенные):
   а) от болезней,
   б) от старости.

Б. По объему:

1. Отграниченные:
   а) расстройства воспоминаний,
   б) псих. слабость глухонемых,
   в) псих. сл. слепых.
2. Псих. сл. распространенная.

2-я группа. Везания.

Вид I. Расстройства в сфере чувств, дистимия.

Подвиды:

А. По типу:

1. Дистимия скоропреходящая или внезапная.
2. Дистимия непрерывная.
3. Дистимия ремитирующая.

Б. По объему:

1. Дистимия отграниченная:
   а) Дистимия «черная» (меланхолия):
   тоска по родине,
   тоска пьяниц.
   б) Дист. распространенная.

Вид II. Расстройства интеллекта — аноэзия.

Подвиды:

А. По типу:

1. Аноэзия скоропреходящая, или внезапная:
   а) от опьянения,
   б) от чрезмерного опьянения,
   в) от аффекта,
   г) спросонок,
   д) от сомнамбулизма.
2. Аноэзия непрерывная.
3. » ремитирующая.

Б. По объему:

1. Аноэзия отграниченная:
   а) галлюцинациями:
   простая форма,
   у пьяниц,
   б) определенным кругом мыслей (fixe Idee).
2. Аноэзия распространенная:
   а) простая форма,
   б) у пьяниц (бел. горячка).

---

[1] Ueber Classification der Seelenstörungen nebst einem Versuche derselben, mit bes. Rücksicht auf gerichtliche Psychologie (in Allgem. Ztschr. f. Psych., 1844).

Вид III. Безания маниакальная: мания, неистовство.

Подвиды:

А. По типу:

1. Мания скоропреходящая, или внезапная:
   а) от лихорадки,
   б) от опьянения,
   в) от аффекта,
   г) от родов,
   д) от скрытой болезни.
2. Мания непрерывная.
3. Мания ремитирующая.

Б. По объему:

1. Мания отграниченная, или инстинктивная, или аффективная (Folie raisonnante Moral insanity).
2. Мания распространенная.

Одного взгляда на эту таблицу достаточно, чтобы отметить отвлеченно психологический характер подразделения Флемминга, напоминающий схоластические построения. Такие же свойства представляет группировка Кизера, изложенная в его знаменитой в то время книге «Элементы психиатрии» (1855) [1]. Приводим ее:

I. Основная форма: помешательство.

1) Неправильность чувствований (меланхолия):

а) в отношении восприятия: меланхолия спокойная (скрытая, атоническая),

б) в отношении действия мел. маниакальная или мания (степени: мания без бреда; мания «лесная»; мания яростная).

2) Неправильность мышления (векордия):

а) в отношении восприятий: векордия спокойная,

б) в направлении действий: векордия маниакальная.

II. Всеобщее более сильное предрасположение:

а) в сфере чувств,

б) атимия.

Значительно проще классификация Эрленмейера. (1861). Он отличает:

I. Расстройство чувствований:

1) Угнетенное настроение — меланхолия:

а) меланхолия активная,

б) меланхолия пассивная.

2) Повышенное настроение — неистовство.

[1] Elemente der Psychiatrik. Dietrich Georg von Kieser (1779—1862), профессор в Иене.

II. Расстройство интеллекта:

1) вследствие неправильных представлений — сумасшествие:

а) с печальным настроением,

б) с веселым настроением;

2) вследствие ослабления психических сил—слабоумие [1].

К этой же группе относится уже приведенная нами классификация Гейнрота (см. стр. 237).

Эти чисто психологические классификации, разумеется, не были в состоянии охватить все разнообразие болезненных симптомов, наблюдаемых в клинике. Представители соматической школы уже давно стремились ввести в классификацию психозов те чисто физические моменты, которым они придавали преимущественное значение. Разумеется, благодаря несовершенству науки того времени, анатомический субстрат большинства душевных болезней строился гипотетически: обвинялись, между прочим, симпатические узлы и другие отдаленные от мозга органы. Эти воззрения не замедлили отразиться на классификациях. Гросс, один из соматиков, хотя и более умеренный, чем Нассе и Якоби, полагал, что психоз всегда зависит от сочетания двух факторов: психики и соматики. Он разделял душевное расстройство на следующие группы:

I. Нарушение всех трех сомато-психических сфер (т.-е ума, чувства и воли):

1) в форме повышенной деятельности (мания),

2) в форме пониженной деятельности (врожденное слабоумие).

II. Нарушение интеллектуальной сферы (общее помешательство):

1) повышенная мозговая деятельность (сумасшествие),

2) пониженная » » (спутанность).

III. Нарушение в сфере чувств (ненормальные чувства с частичной ненормальностью в мыслях):

1) повышенная деятельность грудных ганглий (фиксированные идеи),

2) пониженная деятельность грудных ганглий (меланхолия).

---

[1] Erlenmeyer. Wie sind die Seelenstörungen in ihrem Entstehen zu behandeln (Gekrönte Preisschrift). 3 Auflage. Neuvied, 1861.

IV. Нарушение в сфере желаний (ненормальные влечения с частичной, или без нее, ненормальностью в мыслях):

1) повышенная деятельность брюшных ганглий (волевое неистовство),

2) пониженная деятельность брюшных ганглий (безволие).

Эта ранняя классификация (1828) представляет собой переход к тем чисто анатомическим подразделениям, которые не замедлили появиться после укрепления соматической теории и окончательного включения психиатрии в общую медицину. В системе Буцорини уже делается попытка, помимо симпатических ганглий, привлечь к делу и головной мозг. Он говорит о расстройствах: «энцефалоганглиопатических», когда поражены все стороны психофизиологического аппарата (при мании и слабоумии), далее, об «энцефалопатических», когда поражены только интеллектуальные способности (бред, тупоумие, потеря памяти) и, наконец, о «ганглиопатических», когда болезнь проявляется в нарушениях влечений и воли.

Совершенно другой принцип лежал в основе тех классификаций, авторы которых старались проникнуть в психогенез душевного расстройства, отмечая, с одной стороны, более ранние или первичные явления, а, с другой стороны, более поздние или вторичные, всегда находящиеся в причинной зависимости от первых. Такую классификацию, имевшую огромное значение для всего последующего развития психиатрии, предложил с 1844 г. Якоби.

I. Настоящие первичные душевные расстройства.

Болезни чувства { с экзальтацией — неистовство
с депрессией — меланхолия

Болезни рассудка { с экзальтацией — бредово помешательство
с депрессией — слабоумие

Смешанные формы (сумасшествие) { бред
дурашливость

II. Вторичные или последовательные формы (стойкий бред и фиксированные идеи).

III. Врожденные пороки душевного развития.

На этой же точке зрения стоял Гризингер, полагавший, что расстройства интеллекта в форме бредовых идей, например, бред преследования или величия, никогда не развиваются первично без предшествующей меланхолической или маниакальной стадии. Особенно большую роль в психиатрических системах последней четверти XIX века играло «вторичное слабоумие», которое рассматривалась, как случайный исход целого ряда самых разнообразных болезней (классификация Гризингера приведена на стр. 279—280).

Одновременно с этими попытками подразделения психозов сообразно психологической картине, физиологии мозга и нервной системы и психогенезу, появилось стремление создать этиологическую классификацию. Наиболее совершенным достижением в этой области является система Мореля (см. стр. 324—325).

Таковы были важнейшие классификации первой половины XIX столетия; каждая из них имела свой собственный подразделительный принцип, предлагала специальные термины, и все они, вместе взятые, отличались абстрактной схематичностью, произвольностью, и, в конечном итоге, ни одна не удовлетворяла клиническим требованиям. По этой причине все чаще и чаще стали высказываться идеи в духе Целлера, о тщетности и даже принципиальной неправильности всяких подразделений психозов. С особой остротой выставлял этот взгляд Нейман (1814—1884) в § 247 своего «Учебника психиатрии», изданного в 1859 г. [1]:

«Мы считаем всякую классификацию душевных расстройств совершенно искусственным, а потому и безнадежным предприятием; и мы не верим в возможность настоящего прогресса психиатрии до тех пор, пока не восторжествует единодушное решение — отказаться от всяких классификаций и объявить вместе с нами: есть только один вид душевного расстройства, мы называем его помешательством». Далее, в § 248, Нейман излагает свою теорию «трех стадий помешательства». Первая стадия характеризуется нарастанием патологических явлений, вторая стадия — разрыхлением связи между болезненными симптомами, третья стадия — распадом психики. Эти три

[1] Neumann, H. Lehrbuch der Seelenstörungen. Breslau, 1859.



«ДОМ СУМАСШЕДШИХ» (С КАРТИНЫ КАУЛЬБАХА, СЕРЕДИНА XIX В.)

стадии резко отличаются одна от другой по основным признакам, хотя в конкретных случаях не легко бывает решить, находится ли больной по эту или по ту сторону демаркационной линии, отделяющей, например, бредовое состояние от слабоумия. Но такая неопределенность не служит возражением против всей системы, а скорее является подтверждением, так как природа не знает тех скачков, без которых не может существовать ни одна человеческая систематика. Единственное состояние, которое Нейман признавал полноправным членом, на ряду с его единой душевной болезнью, был идиотизм, но в нем он справедливо усматривал не процесс, а стационарное состояние.

Учение Неймана, возникшее как реакция против чрезмерного увлечения классификациями, опиралось на вполне точно подмеченный факт, — факт превращаемости психопатологических проявлений. Ему принадлежит великая заслуга, что он резко подчеркнул идею об определенном течении болезни, идею, которая не переставала появляться время от времени у различных авторов (Гислен, Фальре, Гейнрот и другие), однако, все еще не играла существенной роли в психиатрической диагностике.

Нигилизм Неймана, однако, не остановил попыток к отысканию строго-научной естественной классификации психозов. Но, повидимому, большинству исследователей стало ясно, что психологический принцип подразделения совершенно недостаточен. Соответственно этому стали выдвигаться другие принципы: Морель разделил психозы на основании их этиологии, Мейнерт положил в основу анатомию и физиологию; Кальбаум — клиническое течение. Так обозначились те главнейшие направления, по которым развивалась психиатрическая мысль во второй половине XIX столетия. Каждому из этих течений должна быть посвящена особая глава. Но раньше необходимо остановиться на жизни и деятельности одного из выдающихся германских психиатров, подготовившего дальнейшие этапы науки о душевных болезнях.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ВТОРАЯ

ГРИЗИНГЕР И ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

1. Отсутствие единства взглядов в германской психиатрии 30 — 50-х годов. Объединяющая роль Гризингера и полная победа соматической школы. Гризингер о рефлексах головного мозга. — 2. Психиатрические воззрения Гризингера. Закрепление учения о первичных и вторичных состояниях. Классификация Гризингера. Его жизнь. «Патология и терапия душевных болезней», как поворотный пункт в германской психиатрии. Гризингер — немецкий Эскироль.

1

Период от тридцатых до пятидесятых годов XIX столетия, который мы назвали переходной эпохой в Германии и который характеризуется, главным образом, победой соматической школы, являлся периодом большого разброда — в отношении как научных принципов, так и практических подходов к лечебному делу. Германская психиатрия лишена была объединяющего начала, которое могло бы вывести ее из провинциальных углов, где, несмотря на отдельные достижения в Зигбурге, Саксенберге, Илленау, всюду господствовала какая-либо «своя система», столь же обособленная как и самобытная, как конституция миниатюрного княжества, в котором помещалась больница. Правильные по существу воззрения соматиков отличались своей пестротой; кое-где еще продолжали философствовать психики; в одном месте еще энергично пускали в ход вращательную машину и крепкие, из бычьей кожи, ремни, в другом уже поговаривали об отмене всякого механического стеснения. Вообще говоря, германская психиатрия еще не была проникнута естественно-научным духом и не

вступила полноправным членом в круг медицинских наук. Эту задачу должен был выполнить гениальный врач, деятельность которого, таким образом, провела резкую черту между старой психиатрией и новой. В этом и состояла историческая миссия Гризингера. Его учебник, вышедший в 1845 г. (а особенно позднейшее издание его — 1867 г.), содержит тщательную ревизию всего, что сделано было до той поры. Гризингер отделил годное от негодного, подчеркнул общеобязательное, оттенил гипотетическое и ясно формулировал основной метод работы.

Мировоззрение этого наиболее яркого представителя соматической школы можно формулировать в следующих тезисах:

1) В основе всякого психоза лежит какой-либо патолого-анатомический процесс; Гризингер является, таким образом, провозвестником патолого-анатомического направления в психиатрии.

2) Этот патолого-анатомический процесс надо искать в мозгу и только в мозгу; Гризингер — представитель мозговой теории психозов, один из основоположников неврологического течения в психиатрии.

3) Вся психическая деятельность человека построена по схеме рефлекса; Гризингер — истинный основатель рефлексологического направления в психиатрии.

4) Психотические картины сами по себе не являются болезнями, а только симптомами мозгового процесса; с другой стороны — каждая из них есть стадия единого процесса с определенным ходом; Гризингер — последователь Целлера, один из основателей истинно клинической психиатрии.

Во многих своих воззрениях Гризингер сильно опередил свой век. У него мы находим слова, впоследствии произнесенные Сеченовым и много лет спустя сложившиеся в стройную систему в творениях И. П. Павлова, на основе которых разрабатывает психиатрию Ленинградская школа. Гризингер писал:

«Психическая жизнь человека, также, как и животных, начинается в органах чувств и находит свое окончательное проявление в движениях. Переход чувственного возбуждения в двигательный акт совершается по плану рефлекса». В 1843 г. Гризингер говорил о «рефлексах головного

мозга». Эти мысли были изложены им в нескольких специальных работах, под общим заглавием: «О психических рефлекторных актах»[1]. В первой из них он уже говорит, что эта точка зрения допускает совершенно новый подход к психическим заболеваниям[2]. Прямым продолжением этого труда были его «Новые данные к физиологии и патологии мозга»[3]. Понятие о психическом рефлексе легло в основу всего невропсихиатрического мировоззрения Гризингера. Эта идея занимала его постоянно. Вот что писал он в 1844 г. Роберту Мейеру, знаменитому создателю закона о превращении энергии: «Я ведь знаю, что значит иметь мысли, не быть в состоянии освободиться от них, предвидеть в отдаленном будущем их преобразовательную тенденцию. Есть только одно средство: поскорей отпечатать их в виде статьи или брошюры. Это настоящий рефлекторный акт психического порядка. Так освобождается человек от внутреннего напряжения, так творил Гете, так работали все, у кого есть собственные идеи»[4].

Вот что он пишет в своем учебнике: «Психическая жизнь человека так же, как и животных, начинается в органах чувств и проявляется в движениях. Переход чувственного возбуждения к двигательному совершается по общему плану рефлекторного действия, сопровождаемого сознанием или без этого последнего. Простые формы такого психического прихода и расхода в различных степенях развития можно наблюдать на животных и на ребенке»[5].

Соматики вели энергичную борьбу за психиатрию, как за ветвь естествознания. Последним бойцом-победителем в этой борьбе был Гризингер. И полнее всего выразилось его естественно-научное понимание психопатологических проблем именно тем, что он распространил на последние важнейшее понятие, созданное физиологией для обозначения

---

[1] Ueber psychische Reflexaktionen. 1843.

[2] «...einem Blick auf das Wesen psychischer Krankheiten» (цитир. по Kirchhoff'y: Deutsche Irrenärzte, Bd. II).

[3] Neue Beiträge über Physiologie und Pathologie des Gehirns. 1844.

[4] Kirchhoff, там же, 10 — 11.

[5] Гризингер. Душевные болезни, § 16, стр. 26.

основного факта животной жизни: понятие рефлекса[1]. Уже в ближайшее время у него нашлись единомышленники. В 1845 г. в Англии выступил Лайкок, который в своем докладе британской Медицинской ассоциации предложил распространить учение о рефлексах на все функции головного мозга[2].

Принципиально важное значение имеет следующее место в книге Гризингера:

«В головном мозгу собираются все впечатления, переданные как спинным мозгом, так и нервами высших чувств, как-то: зрения, слуха и т. д. Здесь сходятся они вместе, не сливаясь между собой, соединяются, группируются, приводятся в самые разнообразные соотношения и сочетания... Все они оставляют после себя следы, из соединения которых снова образуются известные результаты более общего характера (отвлеченности, абстракции); совершенно непроизвольно, в самый момент возникновения, они перерабатываются, логически собираются и связываются в суждения, выводы и т. п. Мозг представляет большой рефлекторный аппарат, в котором из состояний чувственного возбуждения возникают импульсы к движению... Кроме «простых рефлексов» деятельность мозга характеризуется рефлексами, состоящими из переработанных уже результатов многих чувственных актов, измененных вследствие взаимодействия между собой и сделавшихся уже более или менее абстрактными. От них идут рефлексы на двигательную сторону, которые не выражаются в непосредственных мышечных сокращениях, но скорее заключают в себе только побуждения, самые общие образы будущих, в высшей степени сложных и разнообразных мышечных движений (действий, поступков)...». «Разум есть результат многих очень сложных действий, которые можно приписать серому веществу мозга; эти рефлекторные акты бесспорно принадлежат ему»[3].

2

Обратимся теперь к психиатрическим воззрениям Гризингера. «Разделение душевных болезней по их сущности, т.-е. на основании анатомических изменений мозга, производящих их, в настоящее время еще невозможно. Вместо

---

[1] Зарождение этого понятия можно проследить в трудах Витта (Whytt) и Галлера (Haller); хотя оно с достаточной ясностью выступает у Унцера (см. выше стр. 221) и у Рейля, однако, вся заслуга эмпирического обоснования и выяснения его биологического смысла принадлежат Маршалю Голлу (Marshall Hall) и Иоганнесу Мюллеру (Johann. Müller).

[2] См. Pick, A. Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Berlin, Karger, 1921, стр. 52—53.

[3] Гризингер. Душевные болезни, §§ 14, 15, стр. 221, 222.

анатомического основания нам приходится принять исключительно функциональное, т.-е. по изменениям отправлений заключать об изменении органа, а так как здесь главные расстройства обнаруживаются в представлениях и в воле, то основание деления будет у нас преимущественно психологическое...» Анализ наблюдений показывает нам, что различные по существу формы психических заболеваний можно разбить на две большие группы: 1) в случае одного рода психоз состоит в том, что возникают, крепнут и достигают господства душевные волнения (аффекты), соответственно характеру которых изменяется вся психическая жизнь; 2) в других — душевная болезнь выражается в интеллектуальном или волевом расстройстве, которое происходит уже не от преобладания какого-нибудь аффекта, но есть самостоятельное устоявшееся ложное мышление и воля (нередко с преобладанием психической слабости). Далее, наблюдения показывают, что состояния, относящиеся к первой группе, большею частью предшествуют состояниям второй группы, и что эти последние составляют обычно *следствие и исход* первых во всех тех случаях, когда болезнь мозга не была излечена. Учение Якоби о первичных и вторичных формах психозов получает у Гризингера полное подтверждение. Далее, в основе его психиатрических воззрений лежит уже знакомый нам взгляд, по которому различные клинические картины представляют собой периоды, или фазы одного болезненного процесса, — «процесса, хотя и изменяющегося, прерывающегося, преобразовывающегося разнообразными побочными патологическими условиями, но тем не менее имеющего в общем известный постепенный ход и могущего дойти до совершенного уничтожения психики. При помощи этого воззрения, высказанного всего яснее Целлером, мы можем, на основании симптоматологии, уяснить себе многие вопросы патологической анатомии и иметь опорные пункты для диагностики душевных болезней».

«И действительно, патологическая анатомия показывает нам до сего времени, что при состояниях первой группы, или в первых стадиях редко встречаются значительные анатомические изменения, а если и встречаются, то только такие, которые могут еще вполне возвратиться к нормальному типу. В состояниях же второй группы, или

в конечных периодах болезни мы очень часто находим заметные анатомические изменения, которые не могут уже быть излечены, а именно — атрофию мозга в большей или меньшей степени с отеком мозговых оболочек и хронический hydrocephalus. Итак, можно сказать, что мозговые процессы, лежащие в основании первых периодов болезни и по сущности своей наверно не всегда идентичные, но для которых мы пока не можем еще дать общей анатомической характеристики, имеют то общее свойство, что в очень многих случаях оканчиваются упомянутыми выше последующими патологическими состояниями мозга, периодом постоянных анатомических изменений, не возвращающихся уже к прежней норме».

«Таким образом, и простой симптоматический и психолого-аналитический путь исследования приводят к одному и тому же важному в практическом отношении результату, а именно, что душевные болезни излечимы почти исключительно только в первой группе — первичных душевных аномалий (состояния душевного волнения) и становятся неизлечимыми с развитием последующих аномалий, принадлежащих ко второй группе. Первая группа заключает в себе все формы меланхолии, неистовства и безумия, вторая — различные формы сумасшествия и слабоумия»[1].

Вот классификация Гризингера:

I. Состояние психической подавленности: тоска или меланхолия.

Ее подвиды:

1) Ипохондрия.
2) Простая меланхолия в тесном смысле.
3) Меланхолия с оцепением.
4) » с разрушительными стремлениями.
5) » с возбуждением волевой деятельности

II. Состояние психического возбуждения: мания.

Ее подвиды:

1) Неистовство.
2) Помешательство с экспансивными аффектами и переоценкой собственной личности.

---

[1] Гризингер. Душевные болезни. СПБ., 1867, стр. 243 — 244.

III. Состояние психической слабости.

Ее подвиды:
1) Частичное бредовое состояние.
2) Общая спутанность.
4) Идиотизм и кретинизм.

IV. Осложнение помешательства:

1) Общий паралич.
2) Эпилепсия.

Обращает на себя внимание IV отдел этой классификации: прогрессивный паралич трактуется как осложнение психоза. Идеи Бейля еще не получили полного признания в Германии.

Вильгельм Гризингер (1817 — 1868) родился в Штутгарте, окончил медицинский факультет в Тюбингене, совершенствовался в Париже и, вернувшись на родину, занял место ассистента в Виннентале, где директором был в то время Целлер. Впоследствии Гризингер был профессором внутренней медицины, невропатологии и психиатрии в нескольких университетах: в Цюрихе, Киле, Тюбингене и Берлине. В 1845 г. вышла его «Патология и терапия психических болезней», составившая эпоху и переведенная почти на все европейские языки.

Идейное содержание ее было настолько богато, что каждый читающий имел возможность считать автора представителем того направления, которому он сам симпатизировал: психофизиолог, патолого-анатом, клиницист — в одинаковой мере могли рассматривать Гризингера как своего вождя. Благодаря классической ясности и красоте изложения Гризингера, наука о душевных болезнях внезапно предстала перед глазами не только молодого, но и отходящего на покой старого поколения врачей, в совершенно новом виде — просветленной, преображенной и манящей к себе изящной точностью заново поставленных и захватывающих проблем. Гризингер был горячим сторонником слияния невропатологии и психиатрии (мысль для того времени

---

[1] Французский перевод Думика появился в 1865 г., английский — Робертсона и Ретфорда — в 1867, первый русский (под редакцией академика Ф. В. Овсянникова) — в 1867 г., второй — в 1881 г.

прогрессивная, так как невропатология входила в состав внутренней медицины, а психиатрия ютилась далеко в стороне, «в домах для умалишенных» — Anstalltspsychiatrie; впоследствии, однако, эта мысль перестала быть жизненной, так как обе науки настолько диференцировались, что потребовали каждая для себя самостоятельных кадров работников). В Берлине Гризингер сосредоточил вокруг себя всю передовую психиатрическую молодежь; опираясь на нее, он выступал энергичным борцом за принципы Коноллли. Мы увидим ниже, как уже в его время физическое насилие всюду в Германии пошло постепенно на убыль. И вместе с этим новым шагом вперед в деле освобождения больного освобождались и очищались от искусственных наслоений также и подлинные облики душевных болезней в их характерных чертах. Описательная психиатрия вступила на более спокойный и ровный путь.

Мюллер говорит, что Гризингер стоит на поворотном пункте психиатрической науки и что целесообразно подразделить всю историю психиатрии на две части: до и после Гризингера. Эти слова, однако, могут быть отнесены в полной мере только к Германии, где развитие психиатрии в течение долгого периода было задержано влияниями умозрительной философии, нашедшей для себя благоприятную почву в экономической отсталости и политическом бесправии страны. Во Франции, где условия были иные, наука о душевных болезнях уже давно стояла на естественнонаучном пути. У французов был Эскироль. Германский Эскироль появился на 30 лет позже. Это — Гризингер. После него немецкая психиатрия, распростившись с метафизикой, стала постепенно подниматься на те высоты, которые со временем позволили ей занять руководящую роль в мировой науке.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ТРЕТЬЯ

РУССКАЯ ПСИХИАТРИЯ ДОЗЕМСКОГО ПЕРИОДА

1. Завершение монастырского периода. Указ 1762 г. о постройке «доллгаузов». Проект Мюллера и доклад Шлецера. Приказы общественного призрения и «желтые дома». Новгород, Москва, Петербург, провинция. Описание домов для умалишенных современниками. Московский доллгауз и доктор Саблер. «Прозорливец» Корейша. Бессилие правительства в деле организации психиатрической помощи.

Реформы Петра Великого почти не коснулись положения душевно-больных. Русская психиатрия начала XVIII столетия переживала еще глубокое средневековье. Различие состояло разве лишь в том, что в России меланхолики, схизофреники, параноики — могли безнаказно приписывать себе сношение с дьяволом, почти не рискуя быть сожженными на костре. Понятие о психическом расстройстве, как о болезни, без сомнения, прочно установилось, если в некоторых криминальных случаях даже поднимался вопрос о вменяемости преступника. Так было, например, в одном «политическом деле», где нашли необходимым поместить больного на испытание и поручить день за днем вести запись всем его речам и поступкам. Это — обширное дело об истопнике Евтюшке Никонове, который был арестован за то, что «пришел к солдатам на караул, говорил, будто-де великий государь проклят, потому что он в Московском государстве завел немецкие чулки и башмаки». Допросить Евтюшку было невозможно, он «в Приводной палате кричал и бился и говорил сумасбродные слова и плевал на образ Богородицын, и на цепи лежал на сундуке

и его держали караульные солдаты три человека и с сундука сбросило его на землю, и лежал на земле, храпел многое время, и храпев уснул». На последовавших дознаниях оказалось, что с ним «учинилось сумасбродство и падучая болезнь».

Вследствие этого, 1701 года, апреля в 28 день, состоялся царский указ: «Того истопника Евтюшку Никонова послать в Новоспасский монастырь Нового под начал, с сего числа впредь на месяц и велеть его, Ефтифейка, в том монастыре держать за караулом опасно, и того же за ним смотреть и беречь накрепко; в том месяце над ним, Ефтифейкою, какая болезнь и сумасбродство явится ль; и в том сумасбродстве какие нелепые слова будет говорить, то все велеть по числам записывать». Через некоторое время получился ответ из монастыря, «что над ним, Ефтифеем, никакие болезни и сумасбродства и никаких нелепых слов не явилось, и в целом он своем уме и разуме». Тогда последовала царская резолюция: «Евтюшке Никонову за его воровство и непристойные слова учинить наказание, бить кнутом и, запятнав, сослать в ссылку в Сибирь на вечное житье с женой и детьми [1].

В 1723 г. Петр Великий воспретил посылать «сумасбродных» в монастыри и возложил на Главный магистрат обязанность устройства госпиталей; однако, за неимением таковых, в последующие десятилетия после Петра душевнобольные направлялись попрежнему в монастыри. Этот обычай был даже официально санкционирован и в 1727 г. Синоду было вменено в обязанность не чинить никаких препятствий к приему душевно-больных в монастыри и не ссылаться на указ Петра.

Исторический период русской психиатрии начинается с 1762 г. На предложение Сената отдать в монастырь душевно-больных князей Козловских, Петр III положил следующую резолюцию: «Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгаузы, — а впрочем быть по сему».

---

[1] Новомбергский. Материалы по истории медицины в России. Т. IV, 1907, стр. 642 и след. (Приведено в сокращении по Баженову, История Московского доллгауза, Москва, 1909).

Эти несколько строк явились выражением назревшей потребности. Однако, от резолюции до дела было еще далеко. Никто в России не знал, что представляют собой заграничные «доллгаузы», так что Сенату пришлось запросить по этому поводу Академию наук, но и там в Ученой коллегии не нашлось академика, знакомого с этим делом. Историограф Мюллер ответил на запрос Сената, но только вовсе не дал описания европейских доллгаузов, а представил свой собственный проект, который оказался далеко не плохим. Таким образом, Ф. Мюллеру принадлежит звание «если не первого русского психиатра, то во всяком случае первого пионера на поприще организации попечения о душевно-больных» [1].

Мюллер начинает с того, что в настоящее время является основным психиатрическим догматом, — с утверждения, что больных необходимо разделять по отдельным категориям. Он пишет: «Безумным есть различие по степени безумия: эпилептики, лунатики, меланхолики, бешеные. Еще каждые из сих по степеням болезни бывают разные, а все они суть отягощением общества, есть ли не будут содержимы в особливых домах, где бы о их прокормлении и пользовании старания возымели».

Такой «особливый дом» Мюллер представляет себе в виде каменного строения о двух или трех этажах: в нижнем этаже помещаются бешеные, во втором — меланхолики и лунатики, в третьем — эпилептики. Камеры бешеных должны быть с окнами, которых нельзя было бы достать, и с решетками; никакой мебели, ложе на полу; «некоторых приковывают к стене цепью». Для вразумления больных Мюллер рекомендует меры, которые еще спустя шестьдесят лет были в ходу повсеместно в Европе: «Надсмотрщик наказывает их (больных) не инако, как малых ребят, при чем иногда одного наказания лозы достаточно».

Интересно, что в противоположность не только монастырской медицине, с ее отчитываниями и окроплениями, но и в разрез с сохранившимися значительно позже в Германии и в Англии «увещаниями» со стороны духовенства, Мюллер требует, чтобы «доктор употреблял всякие

[1] Баженов, там же.

средства к их излечению, а прежде, нежели придут в разум, священникам у них дела нет».

Далее интересно отметить, что уже в то время, т.-е. в шестидесятых годах XVIII века, Мюллер имеет в виду организацию работ больных, видя в этом, между прочим, один из источников средств для содержания доллгауза. Штат такого учреждения состоит из доктора, лекаря, двух подлекарей и цирульника, при чем «подлекарь и цирульник должны жить в доме, а доктор и лекарь в близости, дабы и кроме определенных часов их присутствия, во время нужды всегда и вскорости сысканы быть могли».

В 1765 г., в царствование Екатерины II, постановлено было учредить два доллгауза — один в Новгороде, в Зеленецком монастыре, другой в Москве, в Андреевском; и тогда академику Шлецеру, находившемуся в то время за границей, дано было поручение осмотреть доллгаузы и представить их описание. Рукописный отчет Шлецера сохранился в протоколах Академии наук, и представляет некоторый интерес не только для истории русской психиатрии, но и для характеристики быта германских учреждений того времени. Вот некоторые отрывки из отчета Шлецера:

«19-го августа 1765 г. по прибытии своем в Линебург, я отправился вместе со студентом Иноходцевым в Доллгауз, который находится в версте от города и называется «Широкий луг». Из латинской надписи этого дома я узнал, что он основан в 1566 г. согласно приказу и декрету Магистрата и назначен для лечения чумных больных. В 1610 г. переустроен и усовершенствован, и, наконец, в 1722 г. переделан в последний раз. Местоположение этого дома весьма хорошо и вполне соответствует своему назначению. Широкий луг, местами обросший кустарником, окружает этот дом и служит местом для прогулки умным и неумным людям. Вокруг дома находится ров, который прежде служил к изолированию дома, когда еще он был больницей зачумленных. В настоящее время в этом доме находится только одиннадцать помешанных, и все они безумные. Между ними не видно ни одного бешеного, которого следовало бы посадить на цепь. Впрочем мне показывали особую комнату, более похожую на яму, где недавно заключен был один несчастный. В одной стене пробито было отверстие в другую комнату для того, чтобы можно было притягивать бешеного к стене и привязывать его так, чтоб он не мог ничего сделать служителю, когда последний убирает комнату. Эти одиннадцать помешанных мужчин и женщин содержатся на счет легата, но содержатся довольно бедно. По воскресеньям и праздникам они получают ветчину и несколько раз в неделю сыр, постоянная же их пища состоит

из гороха и других овощей. Никто не заботится о том, чтобы возвратить им умственные способности, и только в случае физического заболевания, призывают специально назначенного хирурга. Помешанные пользуются возможной свободой, они прогуливаются по лугу. К работам их не принуждают, однако, некоторые прядут шерсть, которую и продают в собственную пользу, другие работают в огороде, но без принудительных к тому мер. Один смотритель и одна кухарка заведывают всем домом.

Начало подобных учреждений в Германии было положено правительством. Все лица, находящиеся в таких учреждениях, служат par honneur et par charité [1]. Главная дирекция поочередно поручается одному из членов Магистрата, и никто не может от того отказаться. Магистраты в городах имеют главный надзор над этими заведениями и назначают для этого одного из своих членов. Это следовало бы сделать и в России, но большое различие между германским и русским Магистратами могут представить к тому некоторые затруднения... Все богоугодные заведения, число которых в Европе так значительно, и между которыми дома для помешанных суть весьма сложные учреждения, получили только после долгих опытов настоящее свое совершенство... Богатая нация, подобная русской, не имеющая недостатков благотворительности, скоро опередит все другие; желательно, чтобы прежде узнали об устройстве подобных заведений в других краях, не только посредством запросов, на которые могут последовать неполные ответы, но посредством отправления за границу опытных людей».

Август Людвиг Шлецер.

Однако, «богатая нация» не очень спешила и ее правительство не принимало никаких мер. От этого уже начали возникать многочисленные затруднения. В самом Петербурге, соответственно увеличению населения, число душевно-больных настолько умножилось, что все чаще стали отмечаться случаи нарушения порядка на улицах и в присутственных местах. Поэтому в 1766 г. издано было распоряжение, чтобы все жители столицы, имеющие душевнобольных, немедленно, под угрозой штрафа, уведомляли Главное полицейское управление о том, как они их содержат и какие меры принимают для ограждения здоровых от опасности и неприятностей. В результате этого в полицию поступило столько заявлений, и было приведено столько больных, что управление оказалось в крайнем затруднении. Так пришли к необходимости строить отдельные дома. Был даже выработан «статут», согласно которому «должно смотреть, чтобы дом и его обстановка были

[1] «Ради чести и из сострадания».

прочны, во избежание побегов, — чтобы надзиратель был усердный и совестный, прислугу для ухода и надзора следует лучше всего избирать из числа отставных добрых и послушных солдат», которым вменялось в обязанность «поступать с больными по-человечески, но строго, и смотреть внимательно, чтобы ни им, ни себе не причинили вреда».

В 1775 г., когда Россия была разделена на губернии, при губернских управлениях были учреждены Приказы общественного призрения, которые начали открывать психиатрические отделения при больницах и строить специальные дома для умалишенных — «желтые дома». Первый такой дом был открыт в Новгороде в 1776 г. В то же самое время положено было начало призрению душевнобольных в Москве: в Екатерининской больнице предоставлено было 26 мест для умалишенных. Это количество было далеко не достаточно, и вскоре больных начали размещать в смирительном доме и в богадельне, помещавшейся в предместьи Москвы, при селе Преображенском, в бывшей Парусной фабрике. На этой территории в 1809 г., в заново отстроенном здании, было открыто специальное психиатрическое учреждение, получившее значительно позже, в 1838 г., название Преображенской больницы для душевно-больных [1].

В Петербурге в 1779 г. открылся первый приют для душевно-больных, на месте, занимаемом ныне Обуховской больницей, которая была здесь построена в 1784 г., и тогда при ней открылось отделение с тридцатью двумя комнатами. В 1789 г. количество мест было увеличено до сорока четырех, при чем десять из них предоставлялись для более состоятельных лиц. В последующие годы число больных быстро увеличилось: в 1790 г. уже было 124 человека, в 1791 г. — 143. Сюда помещались далеко не редкие в то время случаи заболеваний белой горячкой. Когда в 1832 г., в 11 верстах от Петербурга, по дороге в Петергоф, было открыто учреждение, названное больницей «Всех скорбящих», и рассчитанное на 120 человек обоего пола, отделение при Обуховской больнице было закрыто» [2].

---

[1] Баженов, там же.

[2] Роте, А. И. История психиатрии в России и Польше. Харьков, 1893, стр. 48 — 49.

В это время в Харькове уже был «дом сумасшедших» на 20 человек (1817). Довольно рано небольшое убежище было открыто в Екатеринославе, при больнице, основанной еще во второй половине XVIII века, и в Симбирске (1772). В 1810 г., по данным Роте, число домов для умалишенных равнялось четырнадцати, подчинены они были Министерству полиции, которое устроило в течение четырех лет еще десять домов. В 1814 г. дома эти перешли в ведение Министерства внутренних дел, после чего число их стало довольно быстро умножаться, так что к 1860 г. достигло сорока трех.

Что же представляли собой эти заведения? По этому поводу у нас имеются свидетельства современников, а именно: описание Полтавского отделения (1807) и домов сумасшедших в Риге (1818), Петербурге (1821) и Москве (1821).

В Полтавском отделении в 1801 г. содержалось двадцать человек — тринадцать «злых» и семь «смирных». На каждого больного отпускалось в год 47 р. 57 к.; одежды и белья не полагалось, постелью служила солома на кирпичном полу, мясо давалось только смирным, и то лишь 60 дней в году. Лечебный инвентарь состоял из «капельной машины» (чтобы капать холодную воду на голову), 17 штук «ремней сыромятных» и 11 штук «цепей для приковки». Водолечение, если не считать капельницы, сводилось к обливанию в чулане холодной водой из «шелавок» (нечто вроде шаек). Штат учреждения состоял из одного лекаря с окладом 400 рублей в год, двух «приставников» с окладом в 50 рублей и двух приставниц с окладом 30 рублей; затем одна поварка и две прачки; кроме того, в помощь к приставникам назначались солдаты из инвалидной команды или бродяги из богадельни, получавшие за услугу 9 рублей в год. Таковы данные, приводимые доктором Мальцевым [1].

Описание дома сумасшедших в С.-Петербурге дает нам доктор Кайзер (1821). Это — часть Обуховской больницы, состоящая из двухэтажного каменного строения, имеющего 72 *м* в длину и 20 *м* в ширину. Оба этажа разделены капитальной стеной в длину на две равные части; в каждой из них находится вдоль стены коридор, освещаемый большими окнами, пробитыми в обоих концах коридора. В каждом коридоре находится 15 дверей, ведущих к такому же числу камер (3,5 × 4,25 × 6,3 *м*). Всего для мужского и для женского пола по 30 комнат.

В каждой из сих комнат находится окно с железной решеткой, деревянная, прикрепленная к полу кровать и при оной ремень для привязывания беспокойных умалишенных. Постель их состоит из

[1] Кащенко, П. П. Ближайшие задачи в деле попечения о душевно-больных. «Современная психиатрия», 1911, сентябрь — октябрь, стр. 498.

соломенного тюфяка, простыни и шерстяного одеяла с двумя подушками, набитыми волосом. Сверх того в каждой комнате находится прикрепленный к полу стол, наподобие сундука, и при оном место, где можно сидеть. Между двумя комнатами устроена изразцовая печь без всяких уступов. Над дверями находится полукруглое отверстие для сообщения с коридором. В дверях сделаны маленькие отверстия, наподобие слуховых окошек, дабы можно было по вечерам присматривать за больными, запертыми в комнатах.

В нижнем этаже помещаются яростные и вообще неспокойные сумасшедшие, а в верхнем — тихие, задумчивые больные. И таким образом спокойные всегда бывают отделены от беспокойных. Сверх того, те из поступающих больных, выздоровление которых еще сомнительно, поступают на некоторое время в особые залы оной больницы, до совершенного исцеления.

В летнее время перемещают отделенных тихих сумасшедших в другие два деревянные строения, которые находятся по обеим сторонам сада, имеющего 164 шага в длину и 80 в ширину. В оном саду находится довольно дорожек и лужков. Он разделен на две части, из которых одна назначена для мужчин, другая для женщин.

Пользование сих несчастных вверено особому врачу. Прислуга, состоящая из 20 человек мужчин и 20 женщин, находится в ведении надзирателей и надзирательниц.

Что касается порядка и чистоты, то за оными имеется весьма строгий присмотр.

В заведение сие по недостатку места принимаются не более 100 больных; буде, однако же, содержание больного в частном доме сопряжено с большой опасностью, то принимаются свыше сего числа, но не иначе, как с дозволения здешнего военного генерал-губернатора. Каждый поступающий в дом сумасшедших должен предъявить лекарское свидетельство врача той части, в которой на жительстве находится, для подписания квартального надзирателя. Без такового свидетельства в оное заведение больных не принимают.

Средства для усмирения неспокойных состоят в ремне в 5 *см* шириной и 1 *м* 42 *см* длины, коим связывают им ноги, и так называемых смирительных жилетах (camsoles), к коим приделаны узкие рукава из парусины, длиной в 2,13 *м* для привязывания ими рук больного вокруг тела. Кроме сих средств, других не употребляют; равным образом, горизонтальные качели, на каких обращают помешанных (Drehmaschinen) и мешки, в коих опускают их с нарочитой высоты, не введены в сем заведении. Паровая баня употребляется только в летнее время»[1].

Описание Московского доллгауза — будущей Преображенской больницы — дает нам доктор Кибальтиц; своему изложению он предпосылает ряд теоретических рассуждений.

«Пользование разного рода сумасшедших не может иметь постоянных или общих правил. Оно зависит от причин давности

[1] Прозоров, там же, стр. 11.

болезни, от большего или меньшего ослабления умственных способностей, от того, имеет ли оно причины свои, свое начало при своем рождении или в старости, и несут ли они последствия внешних или внутренних болезней, влияния страстей, дурного воспитания и проч. Способы лечения определяются, следственно, множеством разнообразных обстоятельств, сложением больного и родом его сумасшествия».

Все имеющее влияние на наше тело, все страсти, обуревающие нашу душу, столь же легко производят повреждение ума, как горячка; сильное впечатление на чувство, потрясающее мозговую систему, рождает в иных глубокую меланхолию, а других делает неистовыми безумцами (maniaques). Излечение сумасшедшего бывает труднее или легче, смотря по сложению его тела и по причине, от которой произошла болезнь. Так, например, лишенные ума пьяницы, коих число весьма значительно, возвращаются к рассудку гораздо легче, чем люди, коих сумасшествие было следствием сильного гнева. Влюбленный выздоравливает от сумасшествия действием все изменяющего времени, но распутный человек, преданный своим страстям, остается всю жизнь сумасшедшим. Мы видим, однако, что особы тихого нрава, отличные своей добродетелью, человеколюбием, чистой нравственностью, подвергаются также сей ужасной болезни и часто без известной причины. Сие доказывает, что лишение ума столь же неразлучно с человеческим родом, как все другие болезни, и что человек не может избежать судьбы своей. Весьма трудно в доме умалишенных узнать настоящую причину болезни. Родственники присылают умалишенных в больницу более с тем намерением, чтобы избавиться от них, предохранить себя от несчастий, нежели для того, чтобы их вылечить. За всем тем больные, присланные в дом умалишенных заблаговременно, т.-е. как скоро обнаружились первые признаки их сумасшествия, нередко, выздоравливают совершенно.

Если нужно неистовому сумасшедшему бросить кровь, в таком случае пробивается жила сильнее обыкновенного. За скорым и сильным истечением крови вдруг следует обморок и больной падает на землю. Таковое бросание крови имеет целью уменьшить сверхъестественные силы и произвести в человеке тишину. Сверх того прикладываются к вискам пиявицы, и если он в состоянии принимать внутрь лекарства, то после необходимых очищений подбрюшья, дается больному багровая наперстяночная трава с селитрой и камфорою, большое количество холодной воды с уксусом; также мочат ему водой голову и прикладывают к ногам крепкое горячительное средство. Все усыпительные лекарства почитаются весьма вредными в таком положении. По уменьшении той степени ярости, прикладывают на затылок и на руки пластыри, оттягивающие влажности. Если больной подвержен чрезмерно неистовым припадкам бешенства, то ему бросают кровь не только во время припадка, но и несколько раз повторяют, дабы предупредить возвращение бешенства, что обыкновенно случается при перемене времени года.

Что касается до беснующихся и задумчивых сумасшедших (maniaques et hypochondriaques), подверженных душевному унынию

или мучимых страхом, отчаянием, привидениями и проч., то, как причина сих болезней существует, кажется, в подбрюшьи и действует на умственные способности, то для пользования их употребляется следующее: рвотный винный камень, сернокислый поташ, ялаппа (рвотный камень), сладкая ртуть, дикий авран, сабур, слабительное по методе Кемпфика, камфорный раствор в винной кислоте, коего давать большими приемами, с приличными побочными составами. Белена, наружное натирание головы у подвздошной части рвотным винным камнем, приложение пиявиц к заднему проходу, нарывные пластыри или другого рода оттягивающие лекарства производят в сем случае гораздо ощутительнейшее облегчение, нежели во время бешенства. Теплые ванны предписываются зимой, а холодные летом. Мы часто прикладываем моксы к голове и к обоим плечам и делаем прожоги на руках (cautéres). В больнице сей употребляется хина в том только случае, когда догадываются, что слабость была причиной болезни, например, после продолжительных нервных горячек и проч. Что касается до онании, сей постыдной и чудовищной страсти, от которой много молодых людей теряют рассудок, то против оной следовало бы предписывать употребление хины и купание в холодной воде; привычка столь сильно вкореняется в сих несчастных, что они никак не могут отстать от нее, и хотя им связывают руки, они все еще находят средство удовлетворять разгоряченное свое воображение.

Лица, лишенные ума, долго противятся прочим болезням; но, наконец, изнемогают от гнилой горячки, сухотки или паралича. Обыкновенно сими двумя болезнями оканчивается их жизнь. Большая часть умирает в начале весны; и многие перед концом приходят в разум. Когда сумасшедшие спокойны, то играют в карты, в шашки, читают ведомости, книги, разговаривают вместе, никого не обижают. Изменение луны имеет очевидное влияние на возвращение пароксизмов. Наибольшая трудность состоит в том, чтобы содержать их в чистоте. Кротостью их скорее умилить можно, чем строгими мерами [1].

Дальше идет самое описание дома.

Интересно, что д-р Кибальтиц ни одним словом не упоминает о мерах стеснения. Однако, мы знаем из других источников, что его начальник, смотритель Боголюбов, обратился с рапортом к главному надзирателю об отпуске для больных цепей. Вот этот документ, сохранившийся в архиве больницы:

«При доме умалишенных состоят с давнего еще времени цепей железных для беспокойных и приходящих в бешенство людей одиннадцать, из коих многие были уже неоднократно починиваемы

[1] «Известия о доме сумасшедших в Москве и о способах лечения, в нем употребляемых» д-ра Кибальтица (Журнал имп. человек. общ., 1821, № 11). Цитир. по Прозорову, там же; см. также Баженов, там же.

и чрез то остаются почти безнадежными, но как ныне умалишенные помещением в доме умножаются, и бывают более таковые коих по бешенству их необходимо нужно, дабы не могли сделать какого вреда, содержать на цепях, на тех становится недостаточно, для чего и потребно искупить оных в прибавок к означенным старым вновь четырнадцать, что и составит всего двадцать пять цепей, о чем имею честь донести».

Желание это было исполнено и по резолюции приказа общественного призрения инвентарь дома умалишенных пополнился четырнадцатью железными цепями. Так как всех цепей было 25, а наличность больных на 1 января 1820 г. равнялась 113 чел., то приходится заключить, что почти четвертая часть всего учреждения сидела на цепи,— говорит Баженов [1].

Начиная с 1828 г. Московский доллгауз вступает в новый период своей жизни: на должность главного врача назначается В. Ф. Саблер, и сейчас же вся постановка дела принимает другой облик. Заводятся «скорбные листы», рецептурные книги, появляются ординаторы, функции которых приблизительно такие же, как и в наше время, и даже в европейской психиатрической печати публикуются отчеты о больнице, составляемые самим Саблером. С его именем связан ряд важных преобразований: уничтожение цепей, устройство огородных и рукодельных работ, приобретение музыкальных инструментов, биллиарда для больных и т. д. В 1838 г. старый доллгауз получает новое имя: московская Преображенская больница.

К пятидесятым годам относится любопытная страница из бытовой истории Москвы, теснейшим образом связанная с одной из камер Преображенской больницы, в которой жил «ясновидящий», «прозорливец» — Иван Яковлевич Корейша. Этот душевно-больной в течение целого ряда лет был своего рода «консультантом» по семейным, имущественным и разным другим делам; в очередях у дверей его комнаты можно было встретить представителей всех классов тогдашней Москвы. Администрацию больницы крайне смущало это непрерывное паломничество, несомненно, нарушавшее больничный порядок. Но «юродивый» был источником весьма значительного дохода, и многие усовершенствования, введенные Саблером, были сделаны на средства, собранные благодаря Корейше. «Похороны Ивана Яковлевича были грандиозны» (1861) [2].

---

[1] Н. Н. Баженов, там же, стр 59.
[2] Н. Н. Баженов, там же, стр. 75.

Надо полагать, что печально было финансовое положение русских больниц, если даже большое московское учреждение вынуждено было не пренебрегать доходами, опускаемыми в кружку у порога камеры слабоумного, откровенно таким образом эксплоатируя темноту и суеверие «первопрестольной» столицы. Но кроме бедности, равнодушно тупая казенщина повсюду в России стояла на пути к настоящей помощи душевно-больным. Однако, уже обозначался частичный просвет. Начинались шестидесятые годы; чиновно-помещичья Россия вынуждена была ликвидировать наиболее вопиющие стороны николаевского режима. Некоторое оживление стало наблюдаться и в лечебном деле. Приказ Общественного Призрения доживал свои последние дни.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

БОРЬБА ЗА НО-РЕСТРЕНТ

1. Брозиус, Мейер и Гризингер. Дебаты на Берлинском съезде в 1879 г. Швейцария, Италия, Голландия. — 2. Консервативные идеи во Франции. Впечатления В. П. Сербского в 1886 г. Америка. Система «открытых дверей» в Шотландии.

1

В 1851 г. Штиммель, ознакомившись в Англии с норестрент, решил сделать опыт у себя в частной лечебнице в Кенненбурге. Однако, его постигла неудача, и впоследствии он предостерегал своих товарищей от чрезмерного увлечения британскими новшествами. Через несколько лет появились две работы Дика, хотя и не разделявшего полностью взглядов Конолли, но все же указывавшего на необходимость регулировать применение насильственных мер; вскоре, совершенно так же, как у Чарльсворта, процент связанных больных начал быстро идти на убыль. Пример Дика имел некоторое влияние на германских психиатров, вопросом стали интересоваться, идея нестеснения постепенно превратилась из отвлеченной теории в очередную практическую задачу. И вот, в 1858 г. появился Брозиус.

Один из самых убежденных и решительных пионеров патронажной системы, Брозиус был энергичным пропагандистом но-рестрент. На психиатрической секции Съезда естествоиспытателей в Карлсруэ в 1858 г. Брозиус прочитал на эту тему доклад, о котором Allgemeine Zeitschrift поместила короткий отчет в нижеследующих выражениях: «Брозиус отстаивал но-рестрент — систему, безусловное применение которой не встретило, однако, сочувствия

большинства и возникновение которой обязано своеобразным историческим, политическим и социальным условиям Англии». Через год, по совету Дамерова, Брозиус перевел и самую книгу Конолли: «Лечение душевно-больных без механических мер стеснения» [1]. Ознакомление немецких психиатров с английскими наблюдениями и терапевтическими успехами было большой заслугой переводчика, которую мы, современники, даже не можем в полной мере оценить [2]. В одной из своих статей Брозиус рассказывает, как он, еще за три года до знакомства с книгой Конолли, сделал один смелый опыт: возбужденного больного с разрушительными тенденциями, заключенного в смирительную рубаху (в которой он пребывал уже несколько недель) Брозиус внезапно переселил в свою собственную, уютно обставленную спальню, где снял с него смирительную рубаху и предоставил ему полную свободу действия. С каждым часом больной успокаивался.

Брозиус (Caspar Max Brosius — 1825—1910) родился в Бургштайнфурте, учился в Мюнстере, в Грейфсвальде и Бонне. Защитив диссертацию в 1848 г., он получил звание врача, после чего поступил ассистентом в частную психиатрическую лечебницу Эрленмейера, которая и дала ему психиатрическую подготовку. Когда в 1859 г. Костер основал журнал под заглавием «Друг душевно-больного» [3], Брозиус сделался его соредактором, и потом, с 1878 г. по 1898 г., самолично вел это издание, посвященное, главным образом, различным вопросам бытовой психиатрии. В многочисленных статьях Брозиус проводил идею «патронатов» для оказания помощи выписываемым больным. Его мысли получили применение прежде всего в Голландии и только уже значительно позже, в самом конце века, в Германии. Он был очень близок к идее психиатрического диспансера, в его самых общих чертах.

Самым убежденным сторонником но-рестрент'а в Германии был Людвиг Мейер (1827 — 1900). Первоначально

---

[1] John Conolly. Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang. Deutsch mitgetheilt von D-r C. M. Brosius.

[2] Peretti. Caspar Max Brosius (in Deutsche Irrenärzte, Bd. II, стр. 62 — 65).

[3] «Der Irrenfreund».

воспитанник Боннского университета, Мейер должен был скоро покинуть его, так как принял слишком деятельное участие в революционном движении 1848 г. Дальнейшее медицинское образование он получил в Вюрцбурге и в Берлине. Он быстро усвоил себе идеи Вирхова, деятельность которого в то время сосредоточивала на себе внимание всего медицинского мира. Когда Мейер, в силу случайных обстоятельств и отчасти против собственной воли, сделался ассистентом психиатрической клиники берлинской Шаритэ, он принес туда вполне сложившееся естественно-научное мировоззрение. Психиатрической клиникой заведывал в то время знаменитый Иделер. Можно представить себе, каково было отношение Мейера к лечебным приемам этого представителя школы «психиков». Не раз рассказывал Мейер впоследствии, как душевнобольных специально расставляли вдоль стен большого зала, и как потом появлялся Иделер, и пылкой речью, уснащенной философскими аргументами и цитатами, старался воздействовать на «погрязшие в заблуждениях» мысли больных. За столом посреди зала сидела группа ассистентов, всегда готовых в нужный момент вскочить и подать помощь, если какой-нибудь «любопытный» больной слишком близко подойдет к оратору.

Мейер по своим теоретическим воззрениям всецело примыкал к Гризингеру. С ним вместе выступал он против Лэра, Флемминга и Дамерова, взгляды которых — поскольку дело шло об их противодействии но-рестрент'у — казались ему большим препятствием для прогресса психиатрии. Во время своей службы в качестве старшего врача психиатрического отделения городской больницы в Гамбурге, Мейер выступил с практическими реформами в духе Конолли. Он приказал вынести из палат и коридоров смирительные рубашки, кресла, ремни и т. д. Мейер считал, что если насильственные меры в каком-нибудь учреждении вообще дозволены, они как-то сами собой стихийно развиваются дальше в бесчисленных вариантах. Начинания Мейера не встречали поддержки. Большим удовлетворением было для него, когда в 1864 г. ему удалось открыть в Фридрихсберге совершенно новое психиатрическое учреждение, построенное по его планам; через некоторое время оно сделалось, по выражению

Менкемеллера, «оазисом но-рестрент'а» в Германии [1]). В 1866 г. мы видим Мейера ординарным профессором первой германской психиатрической клиники в Геттингене. Одной из его любимых идей было, что психиатрическая больница по своему устройству ни в чем не должна отличаться от больницы общего типа. До конца своей жизни он был борцом. Когда однажды в повестку заседания Германского психиатрического общества был включен доклад: «Вопрос о системе но-рестрент», Мейер перестал посещать собрания общества, так как считал, что такого в о п р о с а уже больше не существует. Мейер, первый из немецких психиатров, читал лекции по судебной психиатрии юристам, часто и охотно участвовал в экспертизах и своими научными работами, а также всей своей личностью оставил крупный след в германской психиатрии.

Третьим неутомимым пропагандистом но-рестрент'а был Гризингер, продолжавший развивать те мысли, которые он впервые высказал в небольшой заметке по поводу перевода Брозиусом книги Конолли. Он сам испробовал эту систему сперва в маленькой лечебнице в Цюрихе, а потом и в Шаритэ, где его поддерживали молодые врачи Вестфаль и Ястровиц. Первый номер только что основанного им Archiv f. Psychiatrie открывался статьей Гризингера о но-рестрент'е.

Вот некоторые отрывки из этой статьи, а также соответствующие места из его «Патологии и терапии душевных болезней»:

«Да, вопрос теперь решен и притом совершенно в пользу системы но-рестрент. Великая реформа приведена теперь в исполнение во всех английских общественных заведениях для умалишенных; успех ее очевиден, и имя Конолли будет во все века занимать почетное место возле имени Пинеля, дело которого он довершил...

Эта система предполагает многочисленную, умную, деятельную и добродушную прислугу, но еще в большей степени — врачебную деятельность, вытекающую только из сильной любви к своему делу, терпения и самоотверженности».

«В период первого издания этого сочинения я был еще под влиянием возражений немецких психиатров против системы но-рестрент; в душе я сочувствовал реформе, но был не в силах опровергнуть доводы, приводимые против нее. С тех пор опыт взял на себя это опровержение от одного конца Англии до другого;

---

[1] Mönkemöller. Ludwig Meyer (in Deutsche Irrenärzte, Bd. II).

я сам видел применение этой системы в нескольких больших английских заведениях и убедился окончательно. Правда, мне случилось видеть окровавленный нос в одном из домов, заключавшем в себе до 1.000 больных, и слышать звон выбитого стекла; но то же самое встречается, как всякий знает, и в местах, где горячечная рубашка и горячечное кресло принадлежит к ежедневному лечению больных... В Генуэлле, при населении, выросшем мало-по-малу до 1.000 человек, в течение 21 года не было ни одной связанной руки или ноги ни днем, ни ночью. Кольней-Гэтш, громадное заведение с 1.200 больных, открыто в 1849 г. и до сих пор в нем не понадобилось еще понудительных средств. Бедлам и госпиталь св. Луки, принимающие преимущественно острые случаи, ввели у себя уже давно систему но-рестрент, и она стала истинным благословением для этих, столь печальных прежде, домов. Ни одному заведению, принявшему новую систему, не пришлось вернуться к прежнему способу лечения и понудительным средствам. Нельзя также говорить, что в системе но-рестрент заключение в изолятор есть «то же насилие», заменившее горячечную рубашку. Из 5.000 — 6.000 больных в разных английских домах для умалишенных Морель нашел не более трех в изоляторах, и те оставались там весьма короткое время. Пусть сравнят эту цифру с числом заключенных по камерам в других континентальных заведениях, где от долгого сиденья больные успели даже полюбить свою келью; пусть сравнят далее число одетых в горячечную рубашку и затем уже пусть смотрят на систему но-рестрент свысока, как на пустую мечту. Также неосновательны, конечно, уверения, что эта система скорее годна для англичан, привыкших подчиняться законному порядку, чем для сумасшедших на континенте. До Конолли и в Англии были убеждены, что с сумасшедшими нельзя обойтись без самых энергических понудительных мер. До 1843 г. в Бедламе и в госпитале св. Луки привязывали больных целыми рядами к стене вследствие их мнимой неукротимости. Наконец, пора перестать уверять, что употребление понудительных средств полезно, но злоупотребление ими заслуживает порицания. Кто может сказать, где в насильственных мерах начинается злоупотребление? Кажется, оно просто неизбежно в этих случаях. Весьма опытный психиатр сказал: «насилие равнозначуще небрежности» (Конолли) [1].

Эти страницы возбудили в Германии большую полемику. За Гризингером пошла психиатрическая молодежь, между тем, как старшее поколение в большинстве было против. Энергичным защитником традиций выступил Лэр. Тиггес доказывал терапевтическое значение «камзола». Многие упрекали сторонников но-рестрент'а в том, что они в изобилии отравляют своих больных наркотиками. Нейман по этому поводу говорил: «один связывает руки

[1] Гризингер. В. Душевные болезни, перев. Овсянникова, СПБ., 1881, стр. 525 — 529.

и ноги, а другой связывает мозг и ножки мозга. Но почему первый скверный врач и человек, а второй прекрасный врач и человек — этого я не понимаю». Некоторые приверженцы но-рестрент'а приняли этот вызов и немедленно отказались от наркотизации: выяснилось, что можно очень хорошо обходиться и без этого. Так, Причард Девис в своем заведении на 1200 больных отменил все наркотические и нашел, что дело у него пошло лучше [1].

Наконец, на съезде германских психиатров в 1879 г. в Берлине произошло открытое состязание сторон. За принципиальную допустимость связывания высказались Лэр, Гассе, Мюллер, Нассе, Эдель (в этой группе совершенно неожиданно оказался также Брозиус, слегка отступивший от идеи абсолютного нестеснения). Гризингер в то время уже умер и во главе друзей но-рестрент'а стоял Вестфаль. Споры не привели ни к какому окончательному решению. Выбранная съездом комиссия санкционировала допущение смирительной рубашки в некоторых исключительных случаях. Это все же был большой шаг вперед, и в ближайшие годы учение Конолли в Германии стало быстро прививаться в практике психиатрических учреждений. Горячечные рубашки одна за другой исключались из инвентаря за ветхостью, более новые попадали в музей.

В Швейцарии вопрос о но-рестрент'е был разрешен в положительном смысле еще в 1868 г. На съезде швейцарских психиатров в Рейнау, после доклада Крамера, вынесено было единогласное постановление об изгнании из швейцарских больниц всех средств механического стеснения.

В Италии, гораздо раньше Конолли, Пиетро Пизани в 1826 г. ввел на свой риск и страх почти совершенно свободный режим в доме умалишенных в Палермо. Но, кажется, это единичное начинание вскоре заглохло. Родина Киаруджи еще долго потом не могла похвалиться благоустройством своих больниц.

В Нидерландах положение психиатрического дела в тридцатых и сороковых годах было в печальном положении. В 1837 г. на это обратил внимание Шредер ван-дер-Кольк (1797—1862), профессор анатомии и физиологии в Утрехте,

---

[1] См. Корсаков. К вопросу о «No restraint», Труды первого съезда отечественных психиатров, 1887.

который, будучи с 1842 г. инспектором нидерландских психиатрических больниц, много сделал для их реорганизации. Еще при его жизни, по инициативе ван-Цейтена и Эвертса, в 1850 г. был произведен опыт но-рестрент'а в больнице Меер-ен-берг, новом учреждении на 540 человек, только что выстроенном тогда по английскому образцу. Однако, лишь гораздо позже (1869—1874), благодаря деятельности Рамера и ван-де-Капелле, система нестеснения стала входить в обиход голландских психиатрических учреждений. Один из наиболее горячих докладов на эту тему на Амстердамском конгрессе прочитал ван-Андель.

2

Наиболее туго подвигалось это дело вперед на родине Филиппа Пинеля. Гордые славным именем, французские психиатры силились доказать, что все уже сделано было их великим соотечественником, а если у Конолли и имеется что-нибудь новое, то разве только абсурды. Таким абсурдом они считали изгнание смирительной рубашки. Один только знаменитый Морель, который в 1860 г. перевел на французский язык книгу Конолли, и Люнье — были защитниками но-рестрент'а. Но до самого конца семидесятых годов во французских больницах все оставалось по-старому. Потом Маньян и Бушеро заменили рубашку курткой из прочной материи, составляющей одно целое с панталонами. Куртка эта застегивалась сзади особенными застежками. В случаях сильного возбуждения, надевался еще пояс с ремнями по бокам, к которым пристегивались рукава; при этом способе кисти рук оставались свободными, ничто не затрудняло кровообращения, не вызывало параличей лучевого нерва и не лишало больных человеческого облика. С введением этого нового костюма оказалось, что и буйных стало гораздо меньше, так что в скором времени Маньян совсем отказался от своей куртки, сделав таким образом решительный шаг в сторону но-рестрент'а. Это вызвало настоящее возмущение в среде парижских психиатров; Медико-психологическое общество в середине 1880 г. посвятило этому вопросу несколько заседаний, на которых Дагоне, Вуазен, Деласиов, Дюмениль, Фальре, Ласег, Люис, Кристиан, даже Люнье — все говорили о том вреде, какой несет с собой радикальная отмена

камзола. Они живописали сцены драки больных между собой, говорили о переломленных ребрах, об опасности для персонала и даже о том, что излечимые формы могут переходить в неизлечимый бред преследования от того только, что исчезла рубашка.

Сербский, посетивший в 1885 г. Шарантон, рассказывает, что «отделения для беспокойных представляют здесь зрелище в высшей степени своеобразное: при входе туда можно подумать, что попал к самым покойным больным, благодаря отсутствию всякого шума и всякого движения, Только немного осмотревшись, начинаешь понимать в чем дело: вдоль крытых галлерей, окружающих внутренние дворы, уставлены ряды кресел, к которым и привязаны посредством ремней туловища, руки и ноги беспокойных обитателей. Кроме того, много больных заперто в отдельные комнаты, и там точно так же привязано к креслам или к кроватям. Такой массы связанных и привязанных больных мне нигде не приходилось видеть, и менее всего можно было надеяться увидеть это в Париже, через две недели после открытия статуи Пинелю» [1].

В Дании введение но-рестрент'а относится к более поздней эпохе (1882); оно связано с именем Губертса.

В Северо-Американских Соединенных Штатах вопрос об отмене механического стеснения никогда не достигал большой остроты, так как там, видимо, не было тех вопиющих злоупотреблений, которыми отличалась Европа. В 1841 г. Белль говорил: «У нас нельзя отменить систему стеснения, потому что мы ее не знаем и не знали». Есть, однако, основание полагать, что отзыв Белля чересчур оптимистичен. Возможно, что он говорил о своем заведении. В конце семидесятых годов вышла книга бывшей больной, которая изображает американские лечебницы далеко не в благоприятном свете. Расследование, предпринятое по этому поводу, показало, что еще в 1886 г. до 5,4% больных подвергалось механическому стеснению [2].

---

[1] Вл. Сербский. Отчет Тамбовской губернской управе об осмотре психиатрических заведений в Австрии, Швейцарии, Франции, Германии и России. Тамбов, 1886, стр. 42.

[2] Цифра 5,4% взята из отчета H. Tuke'a (см. Neurol. Zentralbl., № 4, 1886. Цитир. по Корсакову, К вопросу о нестеснении. Труды I съезда отечественных психиатров, 1887, стр. 420).

О начатках психиатрического дела в С.-А. С. Ш. известно следующее: в 1751 г. в Филадельфии была основана так назыв. Пенсильванская больница (Pensilvania-Hospital). В заведении Уильямсберг (штат Виргиния) в 1773 г. широко применялись наручники. Квакеры в 1813 г. выстроили лечебницу Франкфорд, следуя планам Иоркского убежища, «где на больного смотрели, как на человека». Очевидно по всей остальной Америке еще смотрели иначе.

Раньше всех других стран и в наиболее полной степени осуществила заветы Конолли Шотландия. В начале семидесятых годов Бетти Тьюк заявил, «что он противник полумер и потому решился расширить свой no restraint тем, что почти изгнал замки и решетки из своего заведения и отпускает больных на честное слово. Для 95% это вполне безопасно. У него был один побег за 4 месяца, но он считает это несущественным в сравнении с пользой, которую такая свобода приносит [1]. Эта знаменитая шотландская «система открытых дверей»—«(open door system)»—получила в оценке «комиссаров по душевным болезням» следующую характеристику: «когда преграды для больных были удалены, служитель не мог уже более полагаться на них в случае беспокойства или недовольства больного, и должен был постоянно находиться настороже. Нужно было, в собственных интересах, поддерживать в больном довольное настроение, стараясь занять его тем или иным путем и дать исход его энергии, отвлечь его ум от мысли о бегстве. Естественно, что при этих условиях отношения служителя к больному должны были принять иной характер. Прежний тюремный надсмотрщик превратился в товарища. Опыт показал, что система контроля применима к содержанию несравненно большего числа больных, чем можно было предполагать à priori. Отсутствие замков уменьшает у многих желание бежать. Кроме того, система открытых дверей дает хорошие результаты в других отношениях; один из них то, что устранение стеснения заставило врачей внимательней изучать каждого вверенного им больного, чтобы знать, при каких условиях он приходит в возбуждение, и иметь возможность устранить эти условия» [2].

---

[1] Корсаков, там же, стр. 406.

[2] Лион. Из жизни домов для умалишенных за границей. Архив психиатр. (цитир. по Корсакову, О нестеснении, стр. 407).

Фовилль [1] в 1885 г. и Зиммерлинг [2] в 1886 г. с большой похвалой отозвались о системе открытых дверей. «Заведения эти, — писал Фовилль, — снаружи имеют симпатичный вид: это дома, окруженные садами, более похожие на замки частных владетелей, чем на заведения для умалишенных. Внутри никаких разделений между дворами и садами нет, везде полный простор, существует только наружная стена, да и та скрыта растениями. Многочисленные двери позволяют свободно входить в жилища больных, двери днем не заперты. Несмотря на это, порядок в заведении чрезвычайный, так как вместо материальных преград для проявления вредных стремлений больных, им ставят преграды нравственные, в форме постоянного отвлечения внимания на занятия и постоянного надзора опытных служащих» [3]. Одним из крупнейших достижений шотландской психиатрии более позднего времени является система open air — пребывание в течение целого дня на открытом воздухе. Было замечено, что при этом способе возбужденные больные так же легко успокаиваются, как плачущие дети, когда их выносят на воздух. Такой режим последовательно применяется в старейшей эдинбургской больнице Морнингсайд (Morningside), в буквальном переводе «утренняя сторона» — поэтическое название, говорящее об избытке лучей солнца и о неутраченных надеждах на светлые дни.

---

[1] L'encephale. 1885, I.
[2] Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., XLIII, стр. 297.
[3] Корсаков, там же, стр. 407.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ПЯТАЯ

УЧЕНИЕ О ПАРАНОЙЕ

1. Переполнение больниц и необходимость устройства колоний. Земледельческая колония бр. Лабитт. Снелль и открытие колонии Эйнум. Кеппе и Альт-Шербиц. Описание Альт-Шербиц Сербским. — 2. Расширение психиатрического кругозора. Людвиг Снелль и его доклад на Ганноверском съезде 1865 г. Учение о первичном сумасшествии. Прирожденная паранойя Зандера. Карл Вестфаль и острая паранойя. Расширение границ этой болезни. Первые признаки ее распадения. Мерклин, Фритч, Мейнерт. Аменция Мейнерта. Заслуги Вестфаля в развитии учения о паранойе. Навязчивые состояния. — 3. Переписи душевно-больных в Западной Европе и в России. — 4. Посемейное призрение.

1

В самый разгар деятельности Гризингера германские психиатрические учреждения, все без исключения, уже оказались переполненными сверх меры. Гильдесгейм, основанный в 1827 г. в двух пустовавших монастырях и рассчитанный на 600 человек, вынужден был содержать тысячу; такое расширение могло быть осуществлено путем постройки бараков в саду и найма частных домов по близости. Переполнение наблюдалось и во всех других больницах. Выходом из положения могла быть только та мера, которая была успешно применена во Франции.

В 1847 г. в окрестностях Клермона, на севере Франции, в департаменте Уазы, братья Лабитт организовали земледельческую колонию для душевно-больных. В самом городе у них была большая лечебница на тысячу человек. В виду огромного наплыва больных они наняли в деревне Фиц-Джемс помещение, где у них жило до 300 человек спокойных больных, не нуждающихся в специальном надзоре

Обдуманная во всех деталях хозяйственная организация повела к тому, что колония стала давать большие доходы. Кроме земледельческих работ здесь было овцеводство (до 600 овец), слесарные и столярные мастерские, прачечная, обслуживавшая городскую лечебницу. Больным была предоставлена здесь большая свобода. Эта старейшая колония на европейском континенте послужила прообразом для подобных же заведений в Германии. И когда в Гильдесгейме стало чрезмерно тесно, директор этого учреждения, Снелль, уже неоднократно бывавший во Франции, совершил новую поездку в Клермон, чтобы перенести опыт организации Фиц-Джемс в окрестности Гильдесгейма. Таким образом, в 1864 г. открыта была колония «Эйнум». В 1868 г. были основаны еще другие колонии: Тшадрас и колония Эрленмейера близ Бендорфа. Значительно позже, в 1876 г., между Галле и Лейпцигом, в старинном рыцарском имении Альт-Шербиц, была устроена колония на 500 больных. Кеппе (1832—1879), устроитель и первый директор колонии, позаботился о том, чтобы шотландская «система открытых дверей» была введена здесь с самого начала[1]. Альт-Шербиц, с его разнообразнейшими сельскохозяйственными работами, молочными фермами, мастерскими, послужил в свою очередь образцом психиатрической колонии. Сербский, побывавший там в 1885 г., рассказывает, что он «застал следующие работы: большая часть больных была занята сенокосом, одни косили, другие убирали и ворошили сено; одна группа разбрасывала навоз в полях, другая была занята вспахиванием (на волах и лошадях); часть больных рыла и собирала картофель, значительное число было занято разбивкой клумб и дорожек вокруг вновь устраиваемого приюта. Несколько человек резало маис для скота, давало ему корм, чистило конюшни. Кроме того, работы в мастерских, чистка и рубка леса, а у женщин — шитье, работы в прачечной и на кухне. Затем остается ряд занятий, производимых не массою, а в одиночку: один едет за водою, другой везет навоз, третий качает воду и проч. и проч. Число работающих составляет от 80 до 90%».

---

[1] Paetz (in Deutsche Irrenärzte, Bd. II, стр. 104—109).

«В последнее время, — продолжает Сербский, — как у нас в России, так и за границей, раздается все больше и больше голосов, недоброжелательно относящихся к Альт-Шербиц. Говорят, что это дорогая игрушка, излишняя роскошь, что там находятся только такие больные, которые совсем не нуждаются в больничном уходе и смело могут быть распущены по домам, что беспокойные больные туда совсем не принимаются и проч. Все эти возражения могут быть применены, однако, ко всякому другому заведению с обширным применением земледельческого труда, ко всякой колонии. Действительно, может быть было бы проще запереть всех больных в четырех стенах, как это бывает сплошь да рядом; но вряд ли можно назвать ненужною роскошью заведение, дающее возможность пятистам человекам вести хотя несколько сносное, не лишенное некоторого счастия существование. О размещении этих больных по семьям не может быть и речи; во всяком случае это люди больные, а не здоровые, а жизнь ставит слишком большие требования для этих инвалидов; приспособляться к ней им не под силу; отсюда ряд недоразумений, печальных как для них самих, так и для окружающих. Да, кроме того, многие больные, которые кажутся тихими и покойными при больничной дисциплине, могут оказаться далеко не такими в действительной жизни. Не совсем верен и упрек, делаемый Альт-Шербицу в том, что туда не принимают беспокойных больных. Хотя мне и не пришлось видеть ни одного особенно беспокойного больного, но в течение двухнедельного пребывания в этом заведении я встречал немало больных с маниакальным возбуждением, которые, однако, работали наравне с другими; приходилось видеть и таких больных, от которых ни днем, ни ночью ни на шаг не отходила прислуга, вследствие постоянных попыток к самоубийству. В этом отношении Альт-Шербиц нисколько не отличается от любого заведения для душевно-больных, по крайней мере он располагает всеми нужными средствами для призрения больных всех категорий. Но помимо этого Альт-Шербиц имеет перед другими заведениями крайне важное преимущество; к нему, более чем к какому-либо другому, подходят следующие слова выдающегося современного психиатра — Шюле. «Отведение каждому, даже самому скорбному умом больному подобающего ему места, где он мог бы пристроиться в качестве хотя бы и скромного члена общего организма; вместе с работой — развеселяющие игры; остальное время — невинные, доступные кругозору больных праздники; тщательное культивирование еще мерцающих душевных движений; устранение раздражений и волнений. В этом мы и полагали главные начала той деятельности, которая делает дома для умалишенных рассадниками благороднейшей любви к человечеству. Не излечение излечимых, а воспитывающий душу уход за неизлечимыми — вот что составляет самое лучшее их украшение!» [1].

---

[1] Сербский В. П. Отчет Тамбовскому губернскому земству. Тамбов, 1886.

2

Устройство колоний не могло не способствовать продвижению вперед и самой теоретической психиатрии. В самом деле: большая разница, наблюдать ли больного в горячечной рубашке, в изоляторе, даже в палатах и коридорах больницы, или же видеть его на свободе, в саду, в поле, во время работы и в обществе других больных; во втором случае перед исследователем во всем их разнообразии, на фоне обстановки, мало чем отличающейся от условий обычной жизни, выпукло и ясно выступают вперед ничем не стесненные естественные проявления болезни. И точно также, как после улучшения больничных условий, — после устройства колоний расширившийся кругозор исследователей не замедлил обнаружиться целым рядом новых и важных открытий.

В Германии уже давно интересовались одной формой болезни, которую, однако, еще не умели выделить из сложной группы внешне сходных с ней состояний, характеризующихся бредовыми идеями, занимающими первое место в картине болезни. Иногда эти случаи довольно быстро кончались неизлечимым слабоумием, иногда они тянулись годами, при чем больные во всех других отношениях не обнаруживали никаких дефектов психики. Для этих форм у немецких психиатров был специальный термин — Verrücktheit, вольный перевод греческого «паранойя», русское — сумасшествие, т.-е. схождение с ума. Одну из наиболее частых и бросающихся в глаза разновидностей этой болезни, в форме бреда преследования, описал в 1852 г. ученик Эскироля — Ласег. В Германии, следуя Якоби и Целлеру, считали незыблемо установленным, что такой бред всегда возникает вторично, после предварительных аффективных расстройств, т.-е. мании или меланхолии. Это мнение было поколеблено в 1865 г., когда директор лечебницы Гильдесгейм, основатель колонии Эйнум, Людвиг Снелль выступил на съезде естествоиспытателей в Ганновере с докладом, в котором энергично восстал против общепринятого мнения о происхождении сумасшествия исключительно только на почве аффективного психоза. Наблюдения в лечебнице, в колонии и в частной практике убедили его в том, что существуют бредовые формы, независимые от меланхолии и мании. Такие

процессы Снелль считал первично возникающими расстройствами интеллекта, совершенно самостоятельными болезнями, наравне с меланхолией и манией. Он говорил: под сумасшествием — Verrücktheit — я понимаю такую форму психического заболевания, которая характеризуется появлением ложных идей и галлюцинаций и которая должна быть отмежевана от мании и всех других форм душевного расстройства, так как здесь в значительно меньшей степени поражается душевная жизнь; поэтому название «мономания» кажется мне вполне подходящим для такого рода случаев [1].

Гризингер признал самостоятельность этой формы; он назвал ее первичным помешательством (Primäre Verücktheit, или Primordial Delirien).

В другой работе Снелль более подробно развил свои воззрения на первичное помешательство. Все душевные заболевания, явившиеся последствиями меланхолии и мании, он, пользуясь терминологией Якоби, назвал вторичными формами. Бредовые же состояния, развившиеся непосредственно, он назвал первичными.

Снелль (Ludwig Snell, 1817—1892) родился в Наугейме, учился медицине в Гиссене, Гейдельберге и Вюрцбурге. С 1863 года он становится во главе психиатрической больницы Гильдесгейм, в 1864 устраивает колонию Эйнум, которая впоследствии делается образцом для подобного рода сельскохозяйственных организаций для душевнобольных. В 1868 г. Снелль основал Общество психиатров Нижней Саксонии и Вестфалии, существующее и поныне. Он умер в созданном им Гильдесгейме, которому отдал 36 лет своей жизни [2].

Через три года после доклада Снелля совершенно новую струю в учение о паранойе внес Зандер (1838 — 1922). Происхождение паранойи, ее этиология и патогенез были покрыты полнейшим мраком. Зандер обратил внимание на то, что у некоторых больных паранойя развивается мало-по-малу, «совершенно так же, как у других людей складывается их нормальный характер». Иначе говоря, законченная в своей эволюции болезнь является не чем иным,

---

[1] Snell. Ueber Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. Allg. Ztschr. f. Psych. 22, 1865.

[2] См. Kirchhoff, Th. Deutsche Irrenärzte, Bd. I.

как завершением психического роста и развития данной личности. Этот вид «первичного сумасшествия» Зандер назвал «прирожденной паранойей» (originäre Paranoia). Работа Зандера называлась «Об одной особой форме первичного помешательства», она была опубликована в Archiv für Psychiatrie в 1868 г. Здесь мы имеем первую попытку подойти к вопросу о происхождении душевных болезней с точки зрения характерологии.

Таков первый период в истории развития учения о паранойе. Неоднородность этой группы уже с самого начала обратила на себя внимание: в самую первую очередь резко бросались в глаза, с одной стороны, хронические формы, отличающиеся отсутствием бурных явлений и затемнения сознания, с медленно развивающимся систематическим бредом. С другой стороны, были отмечены формы с затемнением сознания, галлюцинациями, где бред никогда не складывался в законченную, детально разработанную систему. Эту вторую группу случаев Замт в 1874 г. подразделил на две разновидности: 1) галлюцинаторно-депрессивное помешательство и 2) галлюцинаторно-экзальтативное помешательство.

С течением времени границы созданного таким образом первичного помешательства, или паранойи расширились еще больше. До сих пор сюда относили только хронические случаи. Но вот в 1876 г. Карл Вестфаль на гамбургском съезде естествоиспытателей [1], руководствуясь попрежнему чисто психологическим признаком (предполагаемой первичностью бредовых идей), указал на существование острых форм этой болезни, ничем, кроме течения, не отличающихся от хронической паранойи: первично вспыхивают идеи преследования, с внезапным наплывом галлюцинаций, главным образом слуховых; потом появляются идеи величия или другого содержания; при этом в одних случаях болезнь имеет острое течение и заканчивается полным выздоровлением, в других случаях — она течет с интермиссиями, наконец, в третьих — быстро заканчивается слабоумием. Иногда, — говорил Вестфаль, — наблюдается резкое нарушение формального мышления, доходящее до полной спутанности.

---

[1] Westphal. Ueber die Verrücktheit. Реферат в Allg. Zeitschr. f. Psych., 34, 1878.

Так расширились границы той болезни, которую называли паранойей, так создан был этот «большой горшок» (der grosse Topf), существование которого все признавали, но который никого по настоящему не удовлетворял. Было совершенно ясно, что это—сборная группа. И действительно, скоро стали извлекать оттуда то одну, то другую из ее составных частей. Тогда начался второй период в истории учения о паранойе — период ее расчленения.

Первый шаг в этом направлении сделал Мерклин [1] в 1879 г. Он предложил выделить из состава первичного помешательства случаи, где бред никогда не систематизируется, бредовые идеи совершенно отрывочны, возникают на почве отдельных галлюцинаций, которые следуют одна за другой в беспорядке, отчего образуется затемнение сознания, или спутанность, подобная той, какая наблюдается в сновидениях или в лихорадочном бреду. Эта острая болезнь заканчивается совершенно внезапно, больные как бы просыпаются, хотя иногда выздоровление идет и более медленным темпом.

В таком положении был этот вопрос, когда за него принялась Венская школа, в лице Фритча [2]—ученика Мейнерта, а вскоре и самого Мейнерта. Они начали изучать те случаи первичного помешательства, которые характеризуются острой спутанностью. Основным симптомом, по мнению Фритча, является неясность сознания, неспособность к правильному истолкованию впечатлений внешнего мира и к оценке собственной личности. Сам Мейнерт [3] в своей первоначальной статье предлагал назвать эту форму галлюцинаторной спутанностью, а в своих «Клинических лекциях», где он более подробно останавливается на этой теме, он предлагает название «аменция», при чем объясняет происхождение расстройства сознания— спутанность — нарушением деятельности ассоциационных волокон. Аменция Мейнерта, в ее первоначальном виде, также была далеко не однородной группой; сам Мейнерт делил ее по преобладающим симптомам, на следующие подвиды:

---

[1] Mercklin. Studien über die Primäre Verrücktheit. Dorpat, 1879.
[2] Fritsch. Die Verwirrtheit. Jahrb. f. Psychiatr., 2, 1889, 27.
[3] Meynert. 1) Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrbücher f. Psychiat. 2, Wien, 1881. 2) Klinische Vorlesung über Psychiatrie. Wien, 1890.

1) сложная аменция, где галлюцинаторная спутанность переходит со временем в маниакальное состояние, или ступор, 2) аменция, где в течение всей болезни держится галлюцинаторная или иллюзорная спутанность, 3) аменция с резко выраженной подавленностью и чувством тоски, 4) аменция, явившаяся следствием резко маниакального состояния, 5) аменция, быстро переходящая в ступор. Кроме этого, Мейнерт, по течению болезни, отличает еще «рецидивирующую» и «периодическую» аменции; по происхождению, он выделяет интоксикационные формы, куда относит белую горячку и бешенство (Lyssa); часть эпилептических синдромов также, по его мнению, должна быть описана под именем аменции; некоторые картины petit mal, сумеречные состояния; наконец, симптоматическая аменция состоит из картин затемнения сознания, наблюдаемых при лихорадочных болезнях.

Вот какую широкую группу Мейнерт обозначил словом аменция. Талантливый последователь Мейнерта, Вернике, говорит, что при описании этой формы болезни, Мейнерта постигла общая участь всех авторов, которые монографически обрабатывали какую-либо область психиатрии, а именно: они до чрезвычайности расширяют контуры описанных ими болезней, объединяя в одну и ту же рубрику целый ряд видов, ничего не имеющих между собой общего. Несмотря на это, очевидно, что заслуга Мейнерта огромная. Его работа представляла собой одновременно несколько отдельных достижений: во-первых, он подметил и описал симптомокомплекс острой спутанности, который, строго говоря, не был описан до него, чем существенно обогатил симптоматологию психопатологических расстройств; во-вторых, этим самым он дал будущим исследователям возможность выделить из описанной им сложной группы центральное ядро, которое, повидимому, сделалось прочным достоянием науки; в-третьих, как уже сказано, он очистил не в меру разросшуюся группу паранойи от чуждого ей ингредиента, после чего стало легче разбираться в этом «большом горшке». Возвращаясь несколько назад, заметим, что в конечном итоге велика была и заслуга Вестфаля, описавшего острую паранойю, так как, несмотря на нецелесообразность включения обозначенных этим именем

картин в рамки первичного помешательства, это все же исторически сыграло большую роль, выявив полную непригодность чисто симптоматологического (в частности психологического) принципа для выделения и подразделения психозов. В частности учение об острой паранойе способствовало логическому уточнению понятия о паранойе вообще.

Великий немецкий невропатолог и психиатр Вестфаль (Karl Westphal—1833—1890), уроженец Берлина, получивший медицинское образование в Цюрихе, Гейдельберге и, наконец, в своем родном городе, отличался кристаллической ясностью мышления и исключительной способностью к точному выражению своих научных идей. Лабораторные занятия у Людвига выработали из него законченного экспериментатора: анатомические и физиологические работы в Париже и приверженность к французской культуре окончательно сформировали этот блестящий и разносторонний ум.

Вернувшись на родину, Вестфаль поступил в Шаритэ. Он сделался ассистентом Иделера. Об этом времени Вестфаль вспоминал впоследствии приблизительно в тех же выражениях, что и Людвиг Мейер, описывая больных, привязанных ремнями к столбам в ожидании появления директора клиники, который будет им излагать свои философские взгляды. Крайне своеобразна была эта комбинация физического насилия и попыток морального воздействия. Лишь в 1860 г., после смерти Иделера, молодой Горн, сделавшись директором в Шаритэ, внес необходимые преобразования (это было в год опубликования книги Конолли в переводе Брозиуса. Уход за больными еще более усовершенствовался, когда в 1865 г. в Берлине появился Гризингер. Последний оказал на Вестфаля большое влияние. В 1869 г. Вестфаль сделался преемником Гризингера на берлинской кафедре.

В области нервной патологии имя Вестфаля бессмертно. В 1871 г. он одновременно с Эрбом указал на отсутствие коленных рефлексов, как на патогномонический симптом табеса. Еще раньше, в 1867 г., он описал спинно-мозговые расстройства при некоторых формах прогрессивного паралича. Эта работа явилась крепким связующим звеном между психиатрией и всей остальной патологией нервной

системы. В 1877 г. вышла одна работа Вестфаля, имевшая важное значение для уточнения некоторых основных понятий и терминов психопатологии. В это время большой интерес возбуждали французские исследования о фобиях и обсессиях. Болезненные страхи и патологические влечения, появляющиеся у людей, ясно отдающих себе отчет в ненормальности подобных явлений, рассматривались французскими психиатрами, как различного рода мономании, т.-е. частичное или однопредметное помешательство, по терминологии Эскироля. В 1866 г. вышла в свет работа Фальре-сына «Рассуждающее помешательство» [1], которая возбудила большой интерес в Германии. Через два года после этого, Гризингер описал «болезненное мудрствование в форме неотвязных вопросов» [2]. Вскоре потом опять выступили французы: Легран-дю-Соль описал «болезненное сомнение и страх прикасаться к предметам» [3]. Открытия французов, в связи с работой Гризингера, пробудили большой интерес. И тогда Вестфаль внес огромную долю своего участия в разработку этих идей. Он воспользовался термином Крафт-Эбинга, но вложив в него совершенно иной смысл, он дал следующую характеристику навязчивых представлений «под именем навязчивых следует подразумевать такие представления, которые появляются в сознании человека против и вопреки его желанию, при незатронутом в других отношениях интеллекте и не будучи обусловленными каким-либо предшествующим аффективным состоянием; их не удается устранить, они выступают на первый план, препятствуют нормальному течению представлений и нарушают его; больные всегда признают их болезненными, чуждыми им мыслями и пытаются оказывать им сопротивление; содержание таких представлений может быть очень сложным, оно большею частью бессмысленно, не находится ни в каком очевидном соотношении с прежними содержаниями сознания, и даже самому больному

---

[1] Falret, J. Folie raisonnante. Annales méd.-psych. T. VII. 1866, p.p. 382 — 426.

[2] Griesinger. Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Arch. f. Psych. I. 1868 — 69, стр. 626 — 635.

[3] Legrand du Saulle. La folie du doute (avec délire du toucher). Paris, 1875.

кажется непонятным, как бы прилетевшим из воздуха [1]. Таково глубоко продуманное, классически-точное определение Вестфаля.

3

Важным достижением семидесятых годов была первая по времени научно поставленная и успешно осуществленная перепись душевно-больных, имевшая в виду не только научные, но и практические задачи, а именно: правильность организации психиатрической помощи населению. Заслуга этого дела принадлежит швейцарским психиатрам. Перепись была произведена в Бернском кантоне и потребовала интенсивной работы в течение одиннадцати месяцев, при чем с сентября 1870 г. по конец октября 1871 г. было обследовано до 500 тысяч жителей; оказалось, что среди душевно-больных мужчин 48,04%, а женщин — 51,96%. Следующая перепись в Цюрихском кантоне в 1888 г. установила цифры приблизительно такие же, как в Берне. После того в ближайшие годы в различных странах Европы предприняты были аналогичные переписи. В России учет душевно-больных был впервые осуществлен в 1893 г. в Московской губернии по инициативе и под руководством Кащенко. Цифры получились несколько иные, чем в Западной Европе: мужчин—60%, а женщин—40%, а в общей сложности всех душевно-больных оказалось 21,1 на тысячу. Перепись душевно-больных в Петроградской губернии в 1896 г. дала несколько иные цифры общего числа душевно-больных, а именно: 2,4 на тысячу, т.-е. 24 на на 10.000 человек населения. Критический разбор методов проведенной регистрации и учета выяснил значительную неточность двух указанных переписей. Более совершенной оказалась методика, примененная в тот же приблизительно период (1893 –1894) в Орловском земстве, где доктор Якоби в точности следовал швейцарским способам регистрации. Разница заключалась в том что, в то время, как первые русские переписи отмечали главным образом социально-опасных душевно-больных, Якоби этого вопроса совершенно не касался и учитывал всех без исключения

[1] Westphal, K. Ueber Zwangsvorste llungen. Berliner Klin. Wochenschr., 1877.

больных, а потому, естественно, захватил гораздо большее число случаев и получил более точные цифры, которые оказались совершенно сходными с швейцарскими и германскими: общее число душевно-больных в населении — 3 на тысячу, из них — 52% женщин и 48% — мужчин. Обращает на себя внимание это удивительное постоянство данного соотношения полов во всех странах Европы [1].

Процент душевно-больных:

	мужчин	женщин
В Англии	46	54
Во Франции	48	52
В Бельгии, Голландии и Скандинавских странах	47	53

Таким образом, «существуют какие-то особые факторы, особые биологические и социальные законы, в силу которых во всякой стране преобладает в населении некоторое количество душевно-больных женщин над числом душевно-больных мужчин; обратное же, повидимому, всегда указывает на то, что перепись велась с какими-то значительными погрешностями, недочетами и неточностями» [2].

Психиатрическая статистика уже давно обнаружила еще одну крайне важную цифру, имеющую большое значение в деле организации планомерной психиатрической помощи: оказалось, что в хорошо организованных психиатрических больницах ежегодный прирост больных составляет около 5% общего числа их за год. Следовательно при постройке больниц необходимо всегда иметь в виду эту тенденцию к увеличению числа поступлений.

С этим тесно связан едва ли не самый основной вопрос психиатрической статистики: увеличивается ли число душевно-больных вообще в населении? По этому поводу со времен Эскироля (и даже раньше, после того как Кант ответил на поставленный таким образом вопрос в положительном смысле) было написано бесчисленное множество исследований, заметок, разрабатывалась статистика и строились умозрительные рассуждения. Бриер-де-Буамон (1853),

[1] См. Наумов, Ф. А. Организация психиатрической помощи и психопрофилактика, с предисловием проф. К. И. Поварнина. Изд. «Практ. медицина», Ленинград, 1927, стр. 30 — 36.

[2] Наумов, там же, стр. 36.

Паршапп (1860), Легран-дю-Соль (1871) считали, что процент душевно-больных непрерывно растет. Таково же было мнение английских авторов: Бекниль и Тьюк (1863), Сенкей (1868), Джевель (1881). Особенно решительно стоял на этой точке зрения Крафт-Эбинг. Причину указанного явления он усматривал в целом ряде вредных моментов, хотя и связанных с высокой степенью умственного и общественного развития, однако не входящих сами по себе в понятие цивилизации. Таково же мнение Крепелина. Между тем Гохе полагает, что факт прогрессивного роста психозов не может быть с точностью доказан. Приходится признать, что эта проблема до сих пор не решена. Однако, наиболее точные статистические данные последнего времени, относящиеся к С.-А.С.Ш., повидимому, заставляют признать несомненное увеличение (абсолютное и относительное) числа душевных заболеваний, по крайней мере для этой страны. Нижеследующая диаграмма (см. стр. 317) дает вполне убедительные цифры [1].

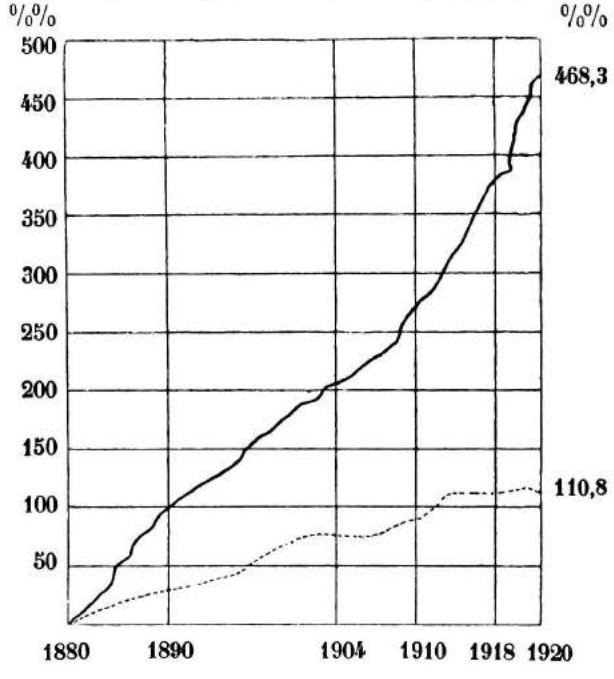
Верхняя кривая изображает прирост душевно-больных принятых в учреждения, нижняя—прирост населения за тот же промежуток времени.

4

Таковы были крупные теоретические успехи семидесятых годов. Больничная психиатрия в это время также работала над целым рядом сложных задач. Мы уже видели, что переполнение психиатрических учреждений послужило одной из главных причин к устройству колоний. По той же причине взоры психиатров стали все чаще и чаще обращаться в сторону бельгийского местечка Гель, где выработан был веками дешевый способ призрения душевнобольных в домах местных жителей. Патронажная система здесь, однако, долгое время была в примитивном состоянии; почти до середины XIX столетия здесь можно было видеть картину, мало чем отличающуюся от той, которую описали в свое время Эскироль и Вуазен. Начиная с пятидесятых годов, после одного печального обстоятельства — убийства душевно-больным сельского городского головы, бельгийское

[1] Таблица заимствована у Уайта. White. Outlines of Psychiatry. New-York.

правительство передало патронаж, изъяв его из рук духовенства в ведение Министерства юстиции; и с этого времени система посемейного призрения получила более или менее правильную административно-врачебную организацию [1].



Необходимо, однако, заметить, что, несмотря на это, в Геле отмена насильственных мер осуществлялась с большой медлительностью, чтобы не сказать больше. Еще в шестидесятых и семидесятых годах врачи, посещавшие колонию (Видемейстер, Лион и другие), видели здесь цепи на ногах опасных и склонных к побегам больных. По словам Видемейстера, почти 10% призреваемых были подвержены этим способам допинелевского укрощения. Даже в 1884 г. Баженов видел там смирительную рубашку, и только с начала XX века последние остатки рестрента исчезли [2].

---

[1] Вырубов, Н. А. Очерк посемеиного призрения душевнобольных в некоторых местностях Западной Европы. Обозрение психиатрии, неврологии и эксперимент. психологии, №№ 9 — 10, 1902, стр. 641 и след.

[2] Баженов, Н. Психиатрич. экскурсии, Архив нейрологии, психиатрии и судебн. психопатологии. 1885.

Германия уже давно имела свой собственный, правда ограниченный, опыт патронажной системы. К востоку от Бремена, по железнодорожной линии Бремен — Гамбург, в красивой местности Обернейланд, вокруг частной лечебницы врача Энгелькена, совершенно так же, как вокруг церкви ев. Димфны и по аналогичным причинам, вошло в обычай среди поселян принимать на содержание душевнобольных: Энгелькен привез из Индии способ лечения психических расстройств опием, держал этот метод втайне и привлекал в лечебницу множество больных, которых не мог разместить. Так положено было впервые, начиная с семидесятых годов XVIII века, основание чему-то вроде патронажа в Германии. В начале XIX века бременские власти взяли это дело под некоторый контроль, поручив его городскому попечительству о бедных, а начиная с 1877 г., надзор за больными был вверен врачу — потомку первого Энгелькена, уже после того, как секрет опийного лечения давно был доложен одним из членов семейства Энгелькен съезду естествоиспытателей в Бремене (1844) и потом в Геттингене (1854) [1]. Этот сравнительно маленький патронаж в поселках Роквинкель, Эллен, Гегевемур, Остергольц и других обслуживает не больше 150—200 больных. Другим местом в Германии, где образовался патронаж, был Ильтен в Ганновере. Врач Варендорф (1826—1898), начиная с 1880 г., развил здесь хорошо поставленную патронажную систему, получившую мировую известность [2]. Наиболее подходящими для призрения в семьях считаются следующие группы больных: слабоумные от рождения или в исходных состояниях психоза, параноики с побледневшим бредом, старчески слабоумные и т. д. В 1875 г. в Шотландии, при колонии Вудили, около Глазгова, организован был образцовый патронаж. В последующие годы в Бельгии, недалеко от Льежа, была устроена патронажная колония Лиерне, а во Франции, почти что в ее географическом центре, в небольшом городке Дюн-сюр-Орон, в 1892 г., организовано было посемейное призрение больных, доставляемых из парижских больниц. В 1888 г. в Шотландии доктор Митчель открыл образцовый патронаж Кенноуей.

[1] Engelken. Familie Engelken (in Kirchhoff, Deutsche Irrenärzte. Bd. I, стр. 223 — 227).

[2] Вырубов, там же, стр. 653.

Замечательно, что при всех этих начинаниях неизменно слышались предостерегающие голоса, утверждавшие, что невозможно создать искусственно новый Гель. Такие же пессимистические замечания раздались и тогда, когда Корсаков и Баженов в 1887 г. предложили эту систему в России. Все эти опасения, однако, не оправдались. Во всех странах Европы патронаж вошел составной частью в общую организацию психиатрической помощи. Лечебная идея патронажа заключается в том, чтобы больной, живущий в семье, принимал участие в ее жизни и работе, в силу чего активность нервной системы, психический тонус, общественно-трудовые эмоции, поддерживаясь на известной высоте, надолго сохраняют личность человека от деградации, неизбежной в условиях закрытой больницы или приюта для хроников. Особой разновидностью патронажа является помещение больных в семьи больничных служащих, предложенное Альтом [1], директором заведения Ухтшпринге. В России, благодаря энергичной деятельности Корсакова, Баженова, Кащенко, Тобсеева, Реформатского, Вырубова, Бруханского, Ступина, Яковенко и других психиатров-общественников устроены были патронажи в Рязани, Москве, около Нижнего-Новгорода, Екатеринослава, Воронежа и т. д. [2].

[1] Alt. Ueber familliäre Irrenpflege. Halle. 1899.

[2] Корсаков. К вопросу о призрении душевно-больных на дому. Труды I съезда, 1887 г.

Баженов. О призрении и лечении душевно-больных в земствах (обе работы в трудах I съезда отечеств. психиатров, 1887).

Кащенко. Основные положения по вопросу об устройстве посемейного призрения душевно-больных. Журнал им. Корсакова, 1902.

Вырубов. Основные вопросы семейного призрения душевно-больных. Совр. психиатр., март, 1908.

Его же. О границах применения посемейного призрения душевно-больных. Труды II съезда отечеств. психиатров. Киев, 1907.

Бруханский, П. П. Семейное призрение душевно-больных. Известие Московской городской думы.

Бруханский, П. П. и Зандер. Н. А. Новая организация приема душевно-больных на городское попечение больных в Москве по правилам 1903 г.

Тех же авторов. Вновь организованный городской патронаж при Алексеевской городской больнице. Москва, 1904.

Ступин. Московский, деревенский и другие русские патронажи. Совр. психиатр., 1910.

Реформатский. Семейное призрение в России и за границей. СПБ., 1900.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ШЕСТАЯ

МОРЕЛЬ И ЕГО УЧЕНИЕ О ДЕГЕНЕРАЦИЯХ

1. Расцвет естествознания в середине XIX столетия. Дарвин и интерес к вопросам наследственности. Монография Проспера Люка. Патологическая психология Моро-де-Тура. Появление Мореля. «Трактат о вырождении». — 2. Закон вырождения. Внешние факторы вырождения. Классификация Мореля. Идея общественной профилактики нервно-психических заболеваний. Описание эмотивного бреда. Другие достижения Мореля.

1

Пятидесятые и шестидесятые годы ознаменовались во всей Европе необычайным интересом к естественно-научным проблемам. Развивающаяся техника и потребности производства воочию показали первостепенную важность всех знаний, касающихся материальной природы. Успехи физики и химии дали могучий толчок физиологии. Иоганнес Мюллер в Германии, Клод Бернар во Франции — наносили смертельные удары виталистическим пережиткам. Многим казалось, что мечты Декарта и Ламеттри — объяснить животный организм от начала до конца, как механистическую систему, близки к полному осуществлению. Патологическая анатомия и гистология достигли необычайного расцвета в лице Вирхова. Сильно всколыхнулась наука о развитии зародыша — эмбриология, и одновременно стали на очередь вопросы генетики и эволюции во всех областях знания. И вскоре биологи и врачи с совершенно новым интересом обратились к вопросам наследственности.

В это время появился во Франции психиатр исключительной оригинальности. Глубоко неудовлетворенный всеми предложенными до него классификациями психозов,



БЕНЕДИКТ МОРЕЛЬ

он сделал попытку обосновать подразделение душевных расстройств исключительно на этиологическом принципе. И среди этиологических факторов он отвел первенствующее место наследственности. Этот психиатр был Морель.

К пятидесятым годам учение о наследственности уже имело за собой длинную историю. Пинель, Эскироль, Кальмейль, Якоби, Флемминг, Дамеров, Гаген и целый ряд других авторов отчетливо понимали значение наследственности при душевных заболеваниях. Каждый из них приводил цифры, которые, однако, далеко отстояли одна от другой. Весь вопрос, казалось ясный в принципе, приобретал безнадежную запутанность при попытках облечь его в конкретную форму клинико-статистических материалов. Считалось доказанным, что любая болезнь родителей может повести к любой болезни детей. Такая трансформирующаяся, или полиморфная наследственность признавалась правилом. Однако, давно уже некоторые авторы, например, Марк (1840), обращали внимание на факты гомоморфной неследственности, особенно при некоторых формах меланхолии и предрасположении к самоубийству; часто приводились наблюдения Галля и один случай Мореля, где целая семья — братья миллионеры — один за другим покончили с собой приблизительно в одинаковом возрасте. В 1847 г. вышла в свет большая монография Люка[1], в которой систематизировано было все известное до тех пор о наследственности. В 1850 г. Моро де-Тур опубликовал свои наблюдения над вредным влиянием кровных браков, и он же, в 1859 г., в своей «Патологической психологии»[2] впервые набрасывает контуры так называемой невропатической семьи, в которую входят не только душевно-больные, но также золотушные и рахитики. В его лице идея полиморфной наследственности душевных болезней, захватывая целый ряд чисто соматических расстройств, получает, таким образом, свое наиболее полное и распространенное толкование.

В 1859 г. вышло в свет сочинение, приковавшее всеобщее внимание: «Происхождение видов» Дарвина, книга, которой предстояло внести такие существенные перемены не только в биологию, но и в общее мировоззрение людей. Интересно отметить, что в то время как народившийся дарвинизм оттенял, главным образом, «прогресс в мире растений и животных», другая, незадолго перед этим созданная и также основанная на наследственности теория решительно подчеркивала факты диаметрально противоположного

---

[1] Lucas, Prosper. Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux. 2 vol., 1847 — 1850.

[2] Moreau (de Tours). Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou de l'influence des néuropathies sur le dynamisme intellectuel. Paris, 1859.

типа: в 1857 г. Морель опубликовал свой «Трактат о вырождениях». Дарвинистическая идея эволюции и морелевская идея дегенерации, появившись почти одновременно и развиваясь потом параллельно, создали необозримую литературу: они получили применение не только в тех областях знания, на почве которых первоначально возникли, но и в смежных и даже отдаленных по своему содержанию науках. Морель определяет вырождение следующими словами: «это есть болезненное уклонение от первоначального типа. Как бы ни было элементарно это уклонение на первых порах, оно обладает свойством передаваться по наследству, все более и более увеличиваясь. Таким образом, носители этих зародышей становятся все более и более неспособными выполнять свое назначение в человеческом обществе, а умственный прогресс, нарушенный в их лице, подвергается еще большей опасности в лице их дальнейшего потомства... Итак, — говорит Морель, — вырождение и уклонение от нормального типа есть одно и то же» [1].

Идея дегенерации внесла в психиатрию антропологическую струю. Психозы, считавшиеся до сих пор в большинстве случаев результатами жизненных случайностей — катастроф морального и физического свойства, — начинают рассматриваться, как предопределенные факты — отдельные звенья длительного биологического процесса.

Бенедикт Морель (1809—1872) родился в Вене во французской семье. Приехав юношей в Париж, он сначала был журналистом, потом гувернером и лишь впоследствии занялся медициной. Во времена студенчества он близко сошелся с Клод Бернаром, с которым поселился вместе, при чем оба юноши терпели острую нужду. Получив диплом, Морель начинает работать в Сальпетриере, в отделении Фальре. Углубленные занятия психопатологией он дополняет работами по сравнительной анатомии и эмбриологии; постепенно мысли Мореля получают тот биологический уклон, который формирует из него психиатра-антрополога. В 1848 г. он получает место врача в заведении

[1] Morel. B. Traité des dégénérescenses physiques, intellectuelles et morales de l'espéce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris, Baillière, 1857.

для душевно-больных Маревилль. На объявленный им курс лекций собираются слушатели врачи и студенты из близлежащего Нанси. Как результат этих лекций, выходят в свет в 1852 г. его «Клинические этюды». Следующие годы он усиленно работает над темой «О зобе и кретинизме»; в этом также сказываются его биологические стремления. С 1857 г. он стоит во главе большой психиатрической больницы в Руане. К этому времени его психиатрическое мировоззрение в существенных чертах закончено, и он выпускает в свет свой «Трактат о дегенерациях», составивший эпоху в мировой науке. В 1859 г. появляется другая капитальная работа Мореля — «Трактат о душевных болезнях». В 1860 г. он принимает деятельное участие в обсуждении вопроса о классификации душевных болезней в Медико-психологическом обществе и публикует исследования «О скрытой эпилепсии» [1].

2

Первоклассный наблюдатель и большой художник, Морель резкими схематическими штрихами очертил тип дегенеранта. Он положил начало тому длинному списку физических и психических признаков вырождения, которые потом играли такую важную роль в диагнозах и прогнозах до самого конца века. Вырождающийся носит на себе как бы роковую печать, клеймо, получившее название стигмата дегенерации. Вырождение нередко идет вперед роковым, безостановочным ходом. «В первом поколении отмечается только некоторое преобладание нервного темперамента, наклонность к мозговым приливам, со всеми их естественными последствиями: раздражительностью, резкостью, необузданностью характера. Во втором поколении можно уже будет подметить обострение всех этих болезненных особенностей нервной системы; появятся кровоизлияния в мозг, идиопатические мозговые болезни или, по меньшей мере, какой-либо из главнейших неврозов, находящихся в гораздо большей степени, чем думают, в связи с различными наследственными моментами: эпилепсия, истерия, ипохондрия. В третьем поколении

[1] Laségue. Morel, sa vie médicale et ses oeuvres. Arch. gén. de méd. 1873, I.

наклонность к душевным болезням уже будет врожденная, она проявится в поступках эксцентричных, беспорядочных и опасных. Наконец, в четвертом поколении мы будем в состоянии проследить самые крайние разветвления этой наследственной передачи, которая может выразиться как в интеллектуальной и моральной, так и в физической области: это будет глухота, врожденная слабость психики, раннее слабоумие (démence précoce), или же жизнь, ограниченная узким кругом: бесплодие, пониженная жизнеспособность детей, отсталость, идиотизм и, наконец, кретинозное вырождение» [1]. Таковы этапы вырождения, которые рисует Морель, чтобы привести конкретный пример для открытого им прогрессивного ухудшения расы. Но это не значит, что процесс всегда и неизменно выражается именно в этих формах, как это думали многие, излагавшие «закон Мореля».

Есть один важный пункт в этом учении, который почему-то всегда остается в тени: вырождение связано не с одной только наследственностью, но и с целым рядом факторов внешней среды. Следующая таблица дает нам наглядный обзор всех вообще этиологических моментов дегенерации.

А. Вырождение от интоксикаций:
1. Болотная лихорадка, алкоголь, опий.
2. Геологический состав почвы (пример — кретинизм).
3. Голодовки, эпидемии.
4. Отравления пищевыми продуктами.

Б. Вырождение, зависящее от социальной среды:
1. Работы на производствах (Industries), вредные профессии, материальная нужда.

В. Вырождение, происходящее от предшествовавшей болезни или же от патологического темперамента.

Г. Вырождение, находящееся в связи с тяжелыми психическими переживаниями (mal moral).

Д. Вырождение, происходящее от врожденных уродств или же от таковых, образовавшихся в детстве.

Е. Вырождение, находящееся в связи с наследственными влияниями.

Достаточно одного взгляда на прилагаемую таблицу, чтобы оценить широкое общественно-медицинское значение всей доктрины Мореля. Перечисленные этиологические факторы он кладет в основу своей классификации.

[1] Morel. Traité des maladies mentales, p. 515 — 516.

Морель различает:

1) группу наследственных психозов;
2) группу психозов вследствие отравлений;
3) группу психических заболеваний, развивающихся из неврозов (вследствие видоизменения), как-то: истерическое, эпилептическое и ипохондрическое сумасшествие;
4) группу идиопатических (самостоятельных) психозов;
5) группу душевных расстройств, развивающихся симпатическим путем, вследствие заболевания тех или других внечерепных органов, и
6) группу вторичного или окончательного слабоумия.

Из этих шести групп наиболее оригинальная, составляющая особенность Мореля, это группа первая: Folies héréditaires. Она в свою очередь делится на четыре класса:

1. К первому классу относятся субъекты с неуравновешенной психикой, которые представляют собой, но только в усиленной степени, «нервный темперамент» их родителей; у них с детства наблюдаются скоропреходящие аномалии в сфере чувств и ума. К этим симптомам обыкновенно родные относятся слишком легко, а между тем такие несерьезные с виду нервные состояния могут дать со временем тяжелое психическое расстройство. Между прочим (что очень важно в смысле предсказания) такие субъекты нередко кончают ранним слабоумием. Это — люди эксцентричные, оригиналы с фиксированными идеями; у них встречаются различные ненормальности в характере, большая тенденция к самоубийству и наклонность к странным и нередко опасным действиям, которые совершенно неожиданно приходят им в голову. Одним словом, это люди импульсивные.

2. Во второй класс входит обширная категория больных, представляющих стойкие эмоциональные и интеллектуальные дефекты. Это прежде всего «бред в сфере чувств и актов при отсутствии каких-либо очевидных умственных расстройств», «инстинктивное помешательство», по терминологии некоторых авторов, «мания при полном сознании» Пинеля, «моральное помешательство» Притчарда, мономания убийства и самоубийства, клептомания и дипсомания, половые извращения и целый ряд расстройств, которые, хотя и фигурировали под различными наименованиями, но принадлежат к этой единой по существу группе.

3. К третьему классу относятся вырождающиеся с психической дефективностью, «нищие духом», недоразвитые физически, умственно и морально, склонные к бродяжничеству, неясно отличающие добро и зло — жалкое население исправительных заведений, детских приютов и тюрем.

4. Наконец, в четвертом классе сосредоточены типические формы врожденного слабоумия, идиотизма и кретинизма.

Из таких пестрых и разнородных элементов Морель составил единую группу. Это было великое для того времени обобщение, гениальный синтез, давший в руки будущих исследователей плодотворную рабочую гипотезу.

Учение Мореля всколыхнуло интерес к биосоциальным вопросам. Алкоголизм, инфекционные болезни, пауперизм, профессиональные вредности, непосильный труд в антисанитарных условиях — все это придало вопросу о факторах дегенерации необычайно широкий масштаб. Намечался целый ряд исследований о значении многих экзогенных моментов. И уже тогда, во времена Мореля, сам собой напрашивался неизбежный вывод, гласящий, что для устранения некоторых видов дегенерации необходима организованная борьба, в которой должны принять участие все общество и государство. Так родилась идея профилактической медицины. Но Морелю принадлежит не только мысль, но и самое слово. Автор «Трактата о вырождениях» обдумывал план другой капитальной работы «О гигиене физической и психической». «Общество, — говорит он, — в целях охраны своего здоровья занимается профилактикой защитительной, путем удаления из своей среды вредных личностей, какова бы ни была причина, сделавшая их такими. Общество должно приняться за профилактику предупредительную (prophylaxie préservatrice), вырабатывая меры к тому, чтобы изменить физические, интеллектуальные и моральные условия человеческого существования». Этими словами Морель формулировал принцип профилактики душевных болезней — этот яркий лозунг современной общественной психиатрии [1].

---

[1] C. M. Genil-Perrin. L'idée de dégénérescence en médecine mentale. Paris, Leclerc, p. 241. Зоммер утверждает, что мысль о профилактике впервые пришла в голову Гейнроту. Действительно, во втором томе своего «Учебника» в § 566, на стр. 376, Гейнрот советует... благочестие и страх божий!..

В 1866 г. Морель описал эмотивный бред. Это было также важным обобщением, подавшим повод к многочисленным научным работам. Незадолго перед этим эволюционная теория всюду выдвинула вопрос о промежуточных формах.

Идея развития в шестидесятых годах уже имела в своем распоряжении многочисленные факты, заимствованные из всех отделов естествознания.

Клод Бернар охотно повторял, что нет никакой разницы между здоровьем и болезнью. В области психиатрии этот вопрос о полуздоровых и полубольных уже давно был одним из камней преткновения для клинической диагностики. На эту тему в 1859 г. написана была уже упомянутая выше книга Моро де-Тура, где автор изучает «пограничный класс людей», этих настоящих интеллектуальных «метисов», причиняющих так много хлопот судебно-психиатрической экспертизе. Еще большее значение имела работа Трела (1861) «О сознательном помешательстве» (буквально — «светлом» — folie lucide). В обширный класс таких «полупомешанных», нередко так ясно сознающих свои ненормальности, входят у Трела нижеследующие патологические типы: эротоманы, ревнивцы, растратчики и авантюристы, клептоманы, самоубийцы, дипсоманы, патологические ленивцы, мономаны, маниаки со светлым сознанием, имбециллы. На эту тему написана была обратившая на себя внимание статья Жуссе (1865) [1], в которой автор указал характерный признак этих болезненных импульсов: их принудительность, с одной стороны, и сознательное сопротивление больных по отношению к ним — с другой. Как Трела, так и Жуссе подчеркивали наследственное предрасположение, как постоянный фактор в этиологии таких состояний. В таком положении был этот вопрос, когда выступил Морель. Он обратил внимание на повышенную эмотивность всех этих мономанов, как назвал бы их Эскироль; отсюда — предложенное им название «эмотивный бред». Идея Мореля представляет собой шаг вперед в двух отношениях: во-первых, в эпоху процветания чисто интеллектуалистической психологии

[1] Jousset. De la nature de l'aliénation et de la division naturelle de la folie en formes distinctes. France médic. 1865.

он подчеркивал значение аффективного фона в происхождении психических расстройств; этим самым он как бы набросал вчерне целую программу конституционологических исследований; во-вторых, он обобщил разрозненные картины, которые рассматривались раньше, как самостоятельные болезни. Большую роль в происхождении эмотивного бреда он приписывал расстройствам симпатической нервной системы. В этом пункте гениальный исследователь также предугадал некоторые достижения будущего; наука XX века приписывает вегетативной нервной системе огромную роль в происхождении неврозов и различных промежуточных форм (эндокринопатии). Интересно отметить, что Морель, хотя и указывал на наследственный характер всей этой группы, однако не включил ее в рамки дегенеративных процессов. Это сделал впоследствии Маньян.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ СЕДЬМАЯ

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИДЕЙ МОРЕЛЯ

1. Маньян и дальнейшее развитие учения о дегенерациях. Учение об алкоголизме. Появление морфинизма и первые работы об этом в Германии и во Франции. Работа Маньяна в убежище св. Анны. Классификация Маньяна. Его учение о бредовых состояниях. — 2. Учение Мореля в Италии. Ломброзо и криминальная антропология. Гениальность и помешательство. Сторонники и противники Ломброзо. — 3. Влияние Мореля в Германии. Шюле, его классификация. Крафт-Эбинг, его классификация. Реакция против учения о дегенерациях. Цпен. Интерес к экзогенным факторам. — 4. Начало учения о психогении. Гипноз и внушение. Шарко. Льебо. Мебиус. Пьер Жане. Кох и пограничные состояния. — 5. Психозы детского возраста.

1

Маньян появился в то время, когда французская психиатрия вступила в период увлечения симптоматологическими описаниями — период распыления, как говорил Бине. Но, по мере того как без конца умножались казуистические сообщения о различных фобиях, маниях и бредовых картинах, появилась настоятельная потребность в обобщающей формуле. На этот запрос ответил Маньян. Великий продолжатель Мореля замечателен, между прочим, своими работами об алкоголизме.

Острые и хронические психозы на почве алкоголя были известны уже очень давно, но систематическое изучение их началось лишь с первых десятилетий XIX века. В 1813 г. Сеттон описал «белую горячку», однако, прямую связь этой болезни с пьянством установил не он, а Райе (1818). Хронический алкоголизм долгое время считался пороком, подлежащим ведению моралиста и законодателя, а не врача. Нассе не решается «без дальнейших рассуждений признать каждого пьяницу психически больным человеком». Только

одна форма хронического алкоголизма уже сравнительно рано стала рассматриваться, как болезненное явление. Итальянский врач Сальваторн, практиковавший в Москве, дал впервые в 1817 г. описание болезни, которую он назвал ойномания [1], или furor bibendi, усматривая ее причину в раздражении кишечных нервных узлов. В 1819 г. Брюль Крамер, немец, также живший в Москве, выпустил в свет монографию, в которой он совершенно не касается пьянства, как дурной привычки, и сосредоточивает все внимание на периодических приступах неодолимого влечения к вину, которое Гуфеланд, написавший предисловие к этой работе, предложил назвать дипсоманией (по аналогии с нимфоманией). Этот термин надо признать этимологически неудачным, так как «д и п с о с» означает жажду, а не питье. Новая болезнь вскоре завоевала себе право гражданства, породила множество теорий и обширную медицинскую литературу.

Но не так успешно продвигалось вперед развитие учения о регулярном злоупотреблении спиртными напитками. Полная сохранность формальной логики и отсутствие резко выраженных аффективных расстройств долго мешали включению хронического алкоголизма в рамки психопатологических понятий. Самое название х р о н и ч е с к и й а л к о г о л и з м впервые предложил Магнус Гусс в 1849 г., в своей капитальной монографии, вышедшей под этим названием [2]. Взгляд на алкоголизм, как на болезненное состояние, получил сильное подтверждение в целом ряде генеалогических изысканий; еще Галль приводил примеры наследственного пьянства. Такого рода генеалогические изыскания умножились в сороковых и пятидесятых годах, особенно во Франции, где идеи о наследственности получили такое большое распространение; соответствующие примеры приведены в знаменитой монографии Проспера Люка. К этому времени относится известная формула Демо о пьянстве: «это не только индивидуальная болезнь, но и болезнь фамильная». Эта истина получила окончательное признание к концу шестидесятых годов, и когда 29 ноября 1870 г. Американская ассоциация для борьбы с пьянством собралась на первый свой съезд, она уже могла выставить следующие пункты своей резолюции: 1) пьянство — болезнь, 2) болезнь столь же излечимая, как и другие болезни, 3) влечение к вину может быть приобретенным или унаследованным, 4) как внутреннее медицинское средство, алкоголь должен относиться к ядам, 5) в каждом большом городе должны быть лечебницы для алкоголиков, 6) заведующему лечебницей должно быть предоставлено законом право насильственного удержания больного, пока он не излечится. Эти пункты резолюции показывают, в каком положении был вопрос о хроническом алкоголизме в описываемую нами эпоху.

К тем же семидесятым годам относятся первые сообщения о других интоксикациях, в первую очередь об интоксикации морфием. В 1871 г., в самый разгар первоначального увлечения праваповским шприцем, Лэр сделал в Берлине свой в настоящем смысле слова

---

[1] Salvatori. Commentatio pathologica et therapeutica de ebrietate continua, remittente et intermittente. Comment. societatis phys. med. Mosq. 1821, P. II.

[2] Magnus Huss. Alcoholismus chronicus, 1849.

пророческий доклад «О злоупотреблении впрыскиваниями морфия». Замечательно, что доклад не вызвал никакого интереса. Через два года дрезденский врач Фидлер описал несколько случаев, при чем впервые воспользовался термином морфинизм. Эта работа также прошла почти незамеченной. Настоящий интерес к морфинизму обозначился только с 1875 г., после сообщения Левинштейна на съезде естествоиспытателей в Граце. Дальнейшая разработка этого вопроса связана с именами Лейдесдорфа, Михеля, Рихтера, Курца (все эти работы относятся к 1876 г.), того же Левинштейна (1876, 1877—1880), Буркарта (1877, 1880—1881), Оберштернера (1880, 1881) и, наконец, Эрленмейера (1883), книга которого выдержала целый ряд изданий и подала повод к множеству аналогичных трудов. В это же время появились исследования французских авторов: Дизара, Роде, Бруарделя, Антеома, Леруа и др.

Что касается дипсомании, то отнесенная в начале в группу мономаний Эскироля, она оказалась лишенной пристанища, когда в середине XIX века учение о мономаниях, нестойкое уже в самом начале, начало быстро и стремительно распадаться. Гризингер в 1845 г. видел в дипсомании одно из проявлений периодического психоза[2]; впоследствии он был близок к признанию ее эпилептической природы и даже употребил термин «эпилептоидии», на что, однако, не было обращено достаточно внимания; даже работа Витта в 1869 г.[3], впервые определенно поставившего вопрос о дипсомании как эпилептическом эквиваленте, долгое время оставалась в стороне от главного русла психопатологических изысканий[1].

Дипсоманию продолжали считать симптомом всевозможных болезней, в списке которых, кроме эпилепсии, фигурировали истерические психозы, мания, меланхолия, моральное помешательство, различные неврозы и проч. В таком неопределенном положении был этот вопрос, когда сперва Морель, а потом Маньян и его ученик Легрен[4] придали ему совершенно иное освещение. Дипсоман — дегенерант. Периодические запойные приступы совершенно аналогичны клептомании, половым извращениям, агорафобии и проч.; это — проявление дегенеративного психоза, самым характерным симптомом которого являются *импульсивные влечения, неодолимые и переживаемые при полной ясности сознания*. Эта последняя черта отличает все эти расстройства, в том числе и дипсоманию, от симптомов эпилепсии. Только-что

[1] См. спец. моногр. Gaupp, R. Die Dipsomanie, Jena, Fischer, 1901 (обширн. литература).

[2] Griesinger. Ueber einige epileptoide Zustände. Arch. f. Psych., I.

[3] With. Ueber Dipsomanie. Berlin, 1869.

[4] Legrain. Hérédité et alcoolisme. Etude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes. Paris, 1889.

изложенные мысли составили ценное содержание монографии Легрена «Наследственность и алкоголизм» (1889). Впоследствии, как это будет видно ниже, дипсомания была включена в другую нозологическую группу — в группу эпилепсии. Но для Маньяна и Легрена этот специальный вид алкоголизма представлял типичный пример дегенеративного помешательства [1].

Понятие о дегенеративном психозе служит тем основным стержнем, вокруг которого вращается вся система Маньяна. Психозы делятся на два класса: 1) психозы простые — элементарные, случайные заболевания, которые могут постигнуть всякого нормального человека, и 2) психозы дегенеративные — более сложные, представляющие собой далеко не случайность, но тесно связанные с ненормальной психо-физиологической организацией тяжко предрасположенного человека. Предрасположение может быть наследственным или приобретенным.

Такое же приблизительное подразделение болезней на две группы проводилось в то время в других отделах патологии: болезни здорового организма, с одной стороны, и болезни конституциональные, на почве различных диатезов — с другой.

Существует четыре формы или четыре основных типа, в которых проявляется душевное заболевание: мания, меланхолия, перемежающееся помешательство и хронический бред. Но эти основные формы дают совершенно разные картины, смотря по тому, обнаруживаются ли они у человека нормального или дегенеранта. В первом случае все гораздо проще, повинуется определенным законам; во втором — сложнее, запутанней, преисполнено нежданных сюрпризов.

Перенесемся на минуту в приемную убежища св. Анны, где 45 лет под ряд работал Маньян. Постараемся представить себе его метод. Осмотрев больного, Маньян уже успел убедиться в том, что перед ним не какая-нибудь чисто симптоматическая картина, вроде возбуждения при кокаинизме или органическом поражении мозга. Пусть перед ним, например, настоящая мания, при чем это состояние наблюдается у больного впервые. Первое, что надо решить, имеем ли мы дело с простой формой, или с формой дегенеративной. Больной возбужден, говорлив, кричит и поет, но при этом нельзя обнаружить у него ни галлюцинаций, ни бредовых идей.

[1] Magnan. Leçons cliniques. Paris, 1893.

Это будет простая мания, и нет основания говорить о вырождении. Предсказание вполне благоприятное. Но вот приводят другого больного. Возбужденное состояние как будто бы то же самое, но не трудно заметить, однако, наличие слуховых галлюцинаций и отрывки религиозных идей. Вся картина сложнее, запутанней; она может через два-три дня обнаружить совершенно иные черты. Все это типично для дегенеративного психоза. Предсказание неблагоприятное. Точно также простая меланхолия даст нам картину однородного печального настроения, которое группируется вокруг общего ощущения слабости и психической недостаточности. Дегенеративная меланхолия будет развертываться перед нами в целом ряде мистических идей, бредом преследования, упорным отказом от пищи. Если у больного перемежающийся психоз, то опять будет большая разница между простой и дегенеративной формой. В первом случае в анамнезе можно будет найти правильную периодичность приступов, между которыми — интервалы полного здоровья; во втором — чередование припадков происходит в неправильные сроки, а в свободные промежутки нет возможности назвать больного поправившимся. Еще более характерно это различе при хронических формах бреда. При простой классической форме болезнь начинается длительным периодом общего беспокойства и неопределенной подозрительностью; медленно вырабатывается и шлифуется бред преследования; как правило, через много лет к нему примешиваются идеи величия; и опять через долгий срок наступает исходное слабоумие. Это будет хронический бред с систематической эволюцией — délire chronique à évolution systématique. Совершенно иначе протекает этот процесс у дегенеранта: в его мозгу внезапно вспыхивает бредовая идея, одна за другой быстро возникают галлюцинации, и все, вместе взятое, представляет собой пеструю смесь мистики, величия, ипохондрии, преследования и всего, что угодно. Дальнейшее течение болезни не укладывается ни в какие рамки. Это будет хронический бред—délire à évolution chronique. Такие атипические случаи представляют всегда резко выраженное наследственное предрасположение. У больных этой группы всегда можно разыскать конституциональные признаки физического или психического нордка — стигматы дегенерации. Характер этиологического момента также играл некоторую роль в диагнозах и прогнозах Маньяна. Вот, например, молодая женщина внезапно заболевшая на другой день после свадьбы, когда ничто не предвещало такой возможности. Подобная причина не может считаться моральным шоком и поэтому надо допустить, что почва, на которой возникла болезнь, была уже давно подготовлена: это будет дегенеративный психоз. Дегенеранты реагируют иначе, чем нормальные люди, даже на самые обыкновенные обстоятельства: на рюмку вина, на школу, профессию, на любовь, роды, кормление. Патологические реакции — вот что характеризует дегенеративную психику. Так работал Маньян в убежище св. Анны.

Маньян (Valentin Magnan) родился в 1835 г. в Перпиньяне, умер в 1909 г. в Париже. Он не занимал официальной кафедры, но был учителем многих и многих.

Вот классификация Маньяна:

I. Состояния смешанные, соприкасающиеся с внутренней патологией:

Общий паралич.
Старческое слабоумие.
Отграниченные поражения мозга . { размягчение; кровоизлияние; опухоли и т. д.
Истерия.
Эпилепсия.
Алкоголизм и различные интоксикации . . . . . { абсент; морфий и опиум; кокаин; эрготин; свинец.

II. Помешательство в собственном смысле слова (психозы):

а) Мания.
Меланхолия.
Хронический бред.
б) Помешательство дегенерантов . { эпизодические синдромы; » вспышки (первичные).

III. Идиоты, имбециллы, дебильные, неуравновешенные.

В этой классификации во втором пункте, под буквой «б» помещено помешательство дегенеранта в двух его разновидностях: 1) эпизодические синдромы и 2) эпизодические вспышки. Эпизодические синдромы представляют собой ту группу фактов, которую Морель объединил под названием эмотивного бреда.

После Мореля в ближайшие годы вопрос об этих пограничных состояниях был предметом многочисленных работ. Фальре (1866) [1] указал на их исключительно наследственный характер и на тесную связь с различными нервными состояниями, близкими к истерии. Медико-психологическое общество в 1860—1870 гг. посвятило этой теме несколько заседаний. В 1872 г. Фовиль предостерегал от того, чтобы размножать без числа различного рода пиромании, клептомании и т. д. Он упирал на то, что это — единая болезненная группа, хотя и представляющая

[1] Falret: 1) De la manie raisonnante (Societé médico-psychologique), 1866. 2) Folie du doute et délire du toucher (там же).

огромное множество разнообразных картин. Последние были включены в то время в нижеследующий список: 1) болезненное сомнение, 2) боязнь прикосновения, 3) агорафобия, 4) клаустрофобия, 5) топофобия, 6) дипсомания, 7) ситиомания, 8) пиромания, 9) пирофобия, 10) клептофобия, 11) клептомания, 12) ониомания (влечение к покупкам), 13) влечение к игре, 14) к убийству, 15) к самоубийству, 16) ономатомания, 17) аритмомания, 18) эхолялия, 19) копролялия, 20) зоомания, 21) половые извращения, 22) абулия. Все эти синдромы, которыми пестрела психиатрическая литература семидесятых и восьмидесятых годов [1], представляют собой — по учению Маньяна — нарушения нормального равновесия психо-физиологических функций, вызванные врожденным несовершенством мозга; это — явления психического автоматизма в сочетании со слабостью центральных регуляторных инстанций. Все это разнообразные симптомы психического вырождения, столь же характерные, как и многочисленные физические признаки — ассиметрии, недоразвития, уродства. Таково было чисто-биологическое толкование эмотивного бреда, описанного Морелем.

Из этого круга идей вышли позднейшие работы Пьера Жане, в частности его учение о психастении. Под этим именем Жане объединил крайне разнообразный и совершенно неоднородный материал: в рамки психастении входят у него почти целиком циркулярный психоз и некоторые симптоматологические картины, которые другими позднейшими авторами не без основания относятся в совершенно иные группы; однако, главную массу психастенических расстройств составляют все же эпизодические синдромы Маньяна. Другой разновидностью помешательства дегенерантов являются эпизодические бредовые вспышки без наклонности к систематизации. После них дегенерант обыкновенно возвращается в свое обычное состояние. Но, кроме того, при дегенерации наблюдаются еще и другого рода бредовые картины: фиксированный бред, однако, без наклонности к дальнейшей эволюции, большей частью неизлечимый, постепенно переходящий в слабоумие.

---

[1] Из германских авторов важнейшие исследования дали Гризингер, Бенедикт, Вестфаль, из итальянских — Тамбурини.

Таковы три психотических формы, в которых, по Маньяну, выражается дегенерация. Обратим внимание на то, что хронический бред с прогрессивной эволюцией и наклонностью к образованию незыблемой системы (хроническая паранойя) не включался Маньяном в рамки дегенеративного помешательства. Его фиксированный бред соответствует современным схизофреническим и парафреническим формам. Эпизодические синдромы распределены теперь по различным группам — эпилепсии, истерии, маниакальнодепрессивного психоза, конституциональных психопатий и т. д.

2

Учение Мореля о дегенерациях оказалось могучим ферментом, вызвавшим сильное брожение не только в науке о наследственности и в психиатрии, но и в криминологии, которая в то время находилась в состоянии своего рода анабиоза, сдавленная мертвыми схемами так называемой классической школы уголовного права. Криминология лишь отвлеченно рассуждала о преступлении, наказании, восстановлении нарушенного равновесия, об устрашении и предупреждении, но совершенно не касалась живого человека, самого преступника. Единичные исследования на эту тему Аппера [1], Ловерна [2], Томсона [3] и других не останавливали на себе внимание. Томсон доказывал, что количество психических расстройств между преступниками очень велико и что главная подготовка тюремного врача должна быть по психиатрии. Вскоре после него Депин выразил удивление, что никто до сих пор не обратил внимание на существенные аномалии душевного склада всех вообще преступников.

Как бы в ответ на эти слова, в следующем же году появился Ломброзо с его знаменитой книгой «Преступный человек» [5]. Основное положение Ломброзо сводилось к тому, что существует прирожденный тип уголовного

---

[1] Appert. Bagnes, prisons et criminels, 1836.

[2] Lauvergne. Les forçats considérés sous le rapport physiologique, moral et intellectuel, 1841.

[3] Thomson. The hereditary nature of crime и The psychology of criminals — статьи в Journal of Mental Science. 1870—1871.

[5] Lombroso, C. Uomo delinquente, 1876.

преступника, представляющий собой, с точки зрения антропологии, явление атавизма, а с точки зрения клинической психиатрии — скрытую форму эпилепсии. Сближение прирожденных преступников с эпилептиками, сделанное еще в 1874 г. итальянцем Верджилио [1], было основано у Ломброзо на обширной статистике. Последующие работы в этой области как со стороны психиатров, так и со стороны юристов и социологов, несколько сгладили односторонность учения Ломброзо. Основанная им итальянская уголовно-антропологическая школа в одном отношении значительно отдалилась от направления, указанного Морелем. Французский психиатр, как мы видели, перечисляя факты дегенерации, отводил большое место, на ряду с наследственностью внешне-материальным и социальным факторам. Эти причины преступности Ломброзо долго оставлял в стороне — его интересовала биология, а не социология преступника. Однако, в последующие годы его книга «Преступление, его причины и способы лечения» несколько заполнила этот пробел: последняя глава, посвященная профилактике и терапии преступности, уделяет некоторое внимание социальным моментам: промышленным кризисам, войнам, несовершенству социального строя и проч. Дальнейшие исследования не подтвердили факта специфичности для прирожденного преступника тех признаков, на которые указывал Ломброзо. Сравнение с представителями примитивных рас оказалось совершенно неправильным, так как выяснилось, что примитивные племена обладают тонко-диференцированной системой моральных воззрений и навыков, вытекающих из их экономической и социальной организации. Исследования русского ученого Зернова показали, что неправильности черепа, приводимые Ломброзо, вовсе не представляют специально-атавистических черт. Несмотря на все эти недостатки, итальянский психиатр-криминалист сыграл в истории науки большую роль: Ломброзо понял, что к вопросу о преступлении надо подойти с новой точки зрения, что преступник — субъект ненормальный, в данных условиях существенно отличающийся чем-то от других

[1] Verdgilio. Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto, 1874.

людей [1]. Ломброзо был убежден, что это «что-то» целиком помещается в биологическом кругу. Дело оказалось сложнее. Но этим переносом проблемы из области абстрактных наук в сферу точного естествознания он очистил избранную тему от метафизических наслоений.

Цезарь Ломброзо (1835 — 1909) был профессором психиатрии в Павии и в Турине. Большую сенсацию вызвала его другая работа «Гений и помешательство». Такое сближение, впервые сделанное Аристотелем [2], высказывал также Дидро [3], когда говорил о «расстройствах психического механизма, в результате чего появляется с одной стороны гений, а с другой — умалишенный, при чем одному воздвигают статуи, а другого сажают на цепь». Аналогичные мысли высказывал Моро де-Тур [4]. Этому учению, которое в несколько смутном и неопределенном виде успело прожить целые века, Ломброзо стремился придать остроту и четкость конкретного клинического факта: гений есть эпилептик. Но это—эпилепсия скрытая, о которой писал Морель. «Вместо судорог эпилепсия проявляется здесь одним из своих типических эквивалентов — гениальным творчеством». Мысль Ломброзо в ее наиболее общей форме (независимо от специального ударения на эпилепсию) приобрела ряд сторонников в различных странах. В Германии появились работы Шиллинга [5], Гагена [6], Радештока [7], в Англии — Нисберта [8] и Эллиса [9],

---

[1] Зернов, Д. Критический очерк антропологических оснований криминальной теории Ломброзо. М. 1896, стр. 8 — 9.
В русской литературе см.: 1) Дриль. Учение о преступности и меры борьбы с нею; 2) Познышев, С. «Цезарь Ломброзо и его учение» (Журнал психол., неврол. и психиатрии. — Приложение первое, М. 1922).

[2] «Проблемы» (Problemata, Sect. XXX).

[3] Diderot. Dictionnaire Encyclopédique.

[4] Moreau (de Tours). Psychologie morbide, стр. 384, 386, 389, 464. (См. Antheaume et Dromard. Poésie et Folie, Paris, Doin, стр. 2 — 6).

[5] Schilling. Psychiatrische Briefe, 1863.

[6] Hagen. Ueber die Verwandschaft des Genies mit dem Irresein, 1877.

[7] Radestock. Genie und Wahnsinn, 1884.

[8] Nisbert. The Insanity of Genius, 1891.

[9] Hawelock Ellis. The man of Genius, 1891.

в Италии — Тебальди [1], Пизани Досси [2], Дель-Греко [3]; во Франции они вызвали серьезные возражения со стороны Жолли [4], Реньяра [5] и других.

Последователем Ломброзо во Франции был Шарль Рише. Его большим противником — французский социолог Тард. После Ломброзо основанная им уголовная антропология дала в Италии блестящую плеяду ученых: Энрико Ферри, Сигеле, Фиоретти, Марро, Гарофалло, Серджи, Ферерро, Танци.

3

Во втором издании «Патологии и терапии душевных болезней» Гризингера (1861) уже слышатся ясные отзвуки идей Мореля: подробно трактуется вопрос о наследственности, приводятся примеры вырождения, говорится о том, что факт наследственности надо понимать широко, принимая во внимание не только психозы, но также эпилепсию, истерию, болезни спинного мозга, и, кроме того, различные странности характера и наклонностей: вспыльчивость, страстность и проч. При этом Гризингер высказывает важную мысль, что обращать внимание следует не только на предков по прямой линии, но также и на все боковые ветви, так как это единственный способ получить полное представление о данной семье в ее целом, а следовательно, оценить более точно свойства и степень наследственного предрасположения отдельного ее члена.

Еще полней воспринял влияние французской школы один из наиболее крупных представителей германской психиатрии последней трети XIX в.—Шюле. Учение о вырождении почти целиком переносится на страницы учебника, изданного Шюле в 1878 г. Эта книга, представляющая собой не только научный, но, по своему блестящему стилю, и крупный литературный памятник, выдержала много изданий; со второго (1880) и третьего издания (1885),

---

[1] Tebaldi. Raison et folie, 1884.

[2] Pisani Dossi. I mattoidi nel arte, 1885.

[3] Del Greco (ряд статей в II Manicomio moderno, 1896, 1900, 1902).

[4] Jolly. Psychologie des grands hommes, 1883 (есть русский перевод).

[5] Regnard. Génie et Folie (Annales méd.-psych., 1898).

вышедшего под измененным названием «Клиническая психиатрия», были сделаны переводы на французский, итальянский, русский и греческий языки. Это была настольная книга каждого психиатра восьмидесятых годов. Впоследствии ее вытеснил учебник Крафт Эбинга, товарища Шюле по совместной работе в Илленау.

В основе подразделения психозов у Шюле лежит антропологический принцип; у одного классса больных болезнь является не приобретенным страданием, а пороком развития: — это и будут различные формы вырождения, обширная группа дегенеративного помешательства. У другого класса больных болезнь приобретена в тот или другой период индивидуальной жизни. Картина болезни, ее течение и исход будут зависеть от того, в каком возрасте началось страдание, а также от степени сопротивляемости мозга. Шюле различает: а) болезни крепкого мозга и б) болезни инвалидного мозга.

Шюле убежден в том, что только тщательная разработка симптоматологии может внести порядок в «хаотическую груду душевных болезней». Если окинуть самым поверхностным взглядом подлежащий изучению материал, то сразу бросаются в глаза три группы резко отличающихся между собой и постоянно повторяющихся состояний: 1) болезненно-усиленная, 2) болезненно-связанная и 3) болезненно-ослабленная психическая деятельность. Нижеприводимая классификация Шюле [1] дает нам наглядное представление об его психиатрической системе:

I. Психозы на основе законченного органического и психического развития:

1) Психозы «крепкого» мозга (психоневрозы в тесном смысле).
   а) Меланхолия . } с их исходными (вторичными) состояниями.
   б) Мания (в одной своей части) }
2) Психозы «инвалидного» мозга (церебропсихозы).
   а) Более тяжелые формы мании (Furor, Mania gravis).
   б) Помешательство (Wahnsinn) в его острой хронической и атонической форме.
   в) Острое первичное слабоумие со включением галлюцинаторного ступора (acute primäre Dementia).

---

[1] Schüle. Klinische Psychiatrie. Ziemssen's Handbuch der spez. Pathol., Bd. XVI. Leipz., 1886.

г) истерический, эпилептический и ипохондрический психоз; сюда же относятся: периодические, циркулярные и альтернирующие психозы; душевные расстройства, как следствия внемозговых телесных болезней (лихорадочных, послеродовых и т. д.), а также интоксикации.

3) Злокачественные состояния истощения мозга.

а) Острое истощение мозга — острый бред (Delirium acutum).

б) Хроническое истощение мозга с характером разрушения — классический прогрессивный паралич.

4) Психические церебропатии: психозы, как следствие подострых и хронических (дифузных или ограниченных) болезней мозга — видоизмененные формы прогрессивного паралича.

II. Психозы на почве недостаточно совершенного органического и психического развития (дефективная конституция).

1) Наследственный невроз. Приложение: скоро-переходящие психозы (transitorische Psychosen).

2) Простое наследственное помешательство — навязчивые представления (Irresein aus Zwangsvorstellungen, maladie du doute et du toucher); сюда же относится бред сутяжный.

3) так называемое оригинарное сумасшествие (originäre Verrücktheit).

4) Дегенеративное наследственное помешательство (moral insanity).

5) Идиотизм.

Такова эта громоздкая классификация, построенная на сочетании антропологического и этиологического принципов, раздробленная на большое число симптоматологических картин, среди которых только прогрессивный паралич стоит особняком, как более резко обозначенная нозологическая единица.

Генрих Шюле (Heinrich Schüle, 1840—1916) родился в Фрейбурге, где и кончил университет, после чего всю жизнь жил и работал в Илленау. Обширный материал Илленауской больницы, огромное оживление в среде ее медицинских работников (куда входили Зандт, Рейх, Гассе, Кирн, Гудден, Крафт-Эбинг), а также учение Мореля, бывшее в фокусе всеобщего внимания, создали в высшей степени благоприятную атмосферу для научной работы, в результате чего из Илленау вышло много психиатрических исследований, в том числе труды Шюле. К этим годам относятся его «Данные вскрытий с приложением историй болезней и эпикризов» (1874) и первое издание его учебника (1877) [1].

[1] Max Fischer. Heinr. Schüle (in Kirchhoff, Deutsche Irrenärzte, T. II, 184 — 195).

Из школы Илленау вышел Крафт-Эбинг, наследник кафедры Мейнерта, один из наиболее знаменитых представителей психиатрической науки конца XIX в. Его «Учебник психиатрии», появившийся в 1890 г. в русском переводе, оказал сильное влияние на развитие психиатрии в России. Франция была в то время свободна от всякого иностранного влияния: в ней безраздельно царил Маньян. Но в других странах психиатрическая система венского клинициста расценивалась, как наиболее полное достижение в познании душевных болезней.

Как уже было сказано, учение Крафт-Эбинга представляет дальнейшее развитие тех взглядов, которые Шюле и он совместно разрабатывали в Илленау: в основе лежит антрополого-этиологический принцип подразделения психозов. Идея дегенерации служит одним из руководящих начал всей системы, а симптоматологическая точка зрения служит тем способом посредством которого достигается обрисовка клинических картин.

Крафт-Эбинг делит все психозы на две большие группы:

A. Психические заболевания вполне развитого мозга.

B. Состояние психического недоразвития.

К последней группе относится: идиотизм (называемый при наличии тяжелых признаков вырождения — кретинизмом), который делится на две группы:

1) с преобладанием умственного недоразвития — прирожденное слабоумие и безумие;

2) с преобладанием нравственного недоразвития — прирожденное нравственное помешательство.

Наибольший интерес представляет группа A, обнимающая собою огромное большинство форм, изучаемых психиатрией. Она подразделяется на два отдела:

1. Болезни без очевидных патолого-анатомических изменений — функциональные психозы:

а) психоневрозы, т.-е. заболевания нормального и правильно развитого мозга и

б) психические вырождения, т.-е. заболевания мозга, болезненно-предрасположенного от рождения или сделавшегося предрасположенным, инвалидным в течение жизни.

2. Болезни с постоянными патолого-анатомическими изменениями — органические изменения мозга с преобладанием психических расстройств — органические психозы.

Вот классификация Крафт-Эбинга:

А. Психические заболевания вполне развитого мозга.

I. Болезни без очевидных патолого-анатомических изменений — функциональные психозы.

АА. Психоневрозы, т.-е. заболевания нормально предрасположенного и правильно развитого мозга.

1. Меланхолия, или мрачное помешательство (невроз с психическою задержкою—(Hemmungsneurose).

а) Простая меланхолия.

б) Меланхолия с отупением,

2. Мания (невроз с психическим возбуждением, Entladungsneurose).

а) Маниакальное возбуждение.

б) Неистовство.

3. Отупелость, или острое излечимое слабоумие (невроз с психическим истощением).

4. Чувственный бред, или галлюцинаторное помешательство (delirium hallucinatorium, Wahnsinn).

ББ. Психические вырождения [т.-е. заболевания мозга, болезненно-предрасположенного от рождения или сделавшегося предрасположенным (инвалидным или недужным) в течение жизни].

1. Конституционально-аффективное, или резонирующее помешательство (folie raisonnante).

2. Первичное сумасшествие (paranoia).

а) Прирожденная форма (paranoia originaria).

б) Приобретенная или запаздывающая форма (paranoia tardiva).

a_1 Типическая форма (бред преследования и величия).

a_2 Сутяжное сумасшествие.

a_3 Религиозное сумасшествие.

a_4 Эротическое сумасшествие.

3. Периодическое помешательство.

4. Помешательство, развивающееся из конституциональных невропсихозов.

а) Неврастеническое помешательство.

б) Эпилептическое помешательство.

в) Истерическое помешательство.

г) Ипохондрическое помешательство.

II. Болезни с постоянными патолого-анатомическими изменениями — органические болезни мозга с преобладанием психических расстройств— органические психозы.

1. Острый бред (транссудативная гиперемия с переходом в periencephalitis diffusa acuta).

2. Хронический паралич помешанных, или паралитическое слабоумие — dem. paralentia (periencephalomeningitis diffusa chronica).

3. Сифилис головного мозга.

Прибавление:

1. Алкоголизм хронический.

2. Морфинизм.

Б. Состояния психического недоразвития.

Идиотизм (при соединении его с телесными признаками вырождения — кретинизм).

а) С преобладанием умственного недоразвития (прирожденное слабоумие и безумие).

б) С преобладанием нравственного недоразвития (прирожденное нравственное помешательство).

Рассмотрим некоторые из наиболее типичных для Крафт-Эбинга рубрик приведенной классификации.

Что такое конституционально-аффективное, или резонирующее помешательство? Это не есть какая-либо резко очерченная форма. Это обширная группа, куда входят дегенераты с различными аномалиями характера, представляющие по временам мимолетные состояния маниакального возбуждения или меланхолической депрессии. Бредовых идей, в настоящем смысле слова, здесь не бывает, или же, в худшем случае, они наблюдаются в виде кратковременного, едва намеченного эпизода. В эту группу входят, таким образом, те больные, которые школой Маньяна (Легрен) рассматривались, как самая низшая ступень дегенеративных психозов.

Что такое первичное сумасшествие (паранойя)? Под этим названием Крафт-Эбинг понимает «хроническую душевную болезнь», главным симптомом которой служат идеи бреда, и которая встречается исключительно у тяжко-предрасположенных лиц, часто возникая у них из предшествующих ей конституциональных неврозов. Различают позднюю паранойю и прирожденную.

Прирожденная (так называемая оригинарная) форма характеризуется тем, что бред начинается еще до периода полового развития или, по крайней мере, во время этого периода, а потом развитие болезни идет параллельно развитию личности, так что к зрелым годам прочно устанавливается такой же систематизированный бред преследования и величия, какой наблюдается в случаях поздней паранойи. Эта форма вполне соответствует некоторым случаям «бреда с хронической эволюцией у дегенерантов» по классификации Маньяна.

При поздней, или приобретенной паранойе у субъекта в детстве и юности не наблюдается никаких особенных отклонений в психической сфере. Начинается болезнь всегда по окончании периода полового развития, нередко

лишь к сороковым годам жизни. Она дает следующие разновидности:

А. Бред преследования.
1. В типической форме. 2. В форме сутяжного бреда.
Б. Экспансивная форма.
1. Паранойя изобретателей.
2. » религиозная.
3. » эротическая.

Те случаи, которые Крафт-Эбинг помещал в эту группу, Маньян относил в следующие две категории:

1. Хронический бред с эволюцией систематического характера — délire chronique à évolution systématique.

2. Бред с хронической эволюцией у дегенерантов — délire à évolution chronique.

Третий класс психических вырождений у Крафт-Эбинга составляет периодическое помешательство. В этом пункте имеется резкое расхождение с Маньяном, который не причислял периодические психозы к болезням дегенеративного характера. Крафт-Эбинг, ссылаясь на Мореля и несколько сгущая мысль последнего, рассматривает самый факт периодичности как несомненный признак вырождения. Периодическое помешательство Крафт-Эбинга — концепция более широкая, чем периодический психоз (циркулярный у Фальре и Бейарже); оно может проявляться в следующих формах:

I. Периодическое душевное заболевание идиопатического происхождения.
1. В форме «психоневроза».
а) Периодическая мания.
б) » меланхолия.
в) Периодическое помешательство.
г) Циркулярное помешательство.
2. В форме бредовых состояний (кратковременных) с глубоким расстройством сознания.
3. В форме болезненных влечений (дипсомания, половые импульсы).
II. Периодическое душевное заболевание симпатического происхождения.
Менструальное помешательство.

Из других работ Крафт-Эбинга на первый план надо поставить его «Учебник судебной психологии» и, в еще большей степени, совершенно исключительный по своему значению труд — «Половую психопатию» (Psychopathia sexualis). До этого времени лишь отдельные наблюдения

и статьи далеко в недостаточной степени пытались приподнять завесу над этой темной областью. Крафт-Эбинг сразу дал монографию, настолько исчерпывающую, что в течение целого ряда лет трудно было прибавить что-либо существенно новое к собранному им материалу. Есть основание утверждать, что именно эта работа является главным достижением знаменитого венского психиатра. Она создала ему в свое время немало врагов: многим казалось, что неуместно выносить на свет все эти «исключительные случаи», все эти позорные тайны. Но Крафт Эбинг работал как естествоиспытатель, и последующие годы показали, как необходим был его смелый почин для всестороннего познания одной из важнейших психофизиологических функций человеческого организма: книга о половой психопатии послужила началом ценнейших работ в психиатрии, в науке о праве, в педологии и т. д.

Всю свою жизнь Крафт-Эбинг настойчиво работал над вопросом об этиологии прогрессивного паралича. Он был убежденным сторонником Эрба и Фурнье. Огромное впечатление на московском международном съезде 1897 г. произвело сообщение Крафт-Эбинга, сделанное от лица исследователя, «пожелавшего остаться неизвестным»: девяти паралитикам были сделаны прививки сифилиса, при чем все эти больные оказались имунными. Тогда же на московском съезде он запечатлел в короткой формуле, всю, как ему казалось, этиологию прогрессивного паралича: с и ф и л и з а ц и я и ц и в и л и з а ц и я.

Крафт-Эбинг (1840—1902) родился в Мангейме. Учился медицине вместе со своим современником и другом Эрбом сперва в Гейдельберге, о потом в Цюрихе, где он застал еще Гризингера. Свое медицинское образование он закончил в Вене. В течение нескольких лет он был ассистентом в Илленау, после чего короткое время профессором психиатрии в Страссбурге, а потом в Граце. В 1889 г. он был приглашен в Вену, где вскоре получил кафедру, освободившуюся за смертью Мейнерта. Профессорская и литературная деятельность Крафт-Эбинга сделала его имя широко известным во всем мире [1].

---

[1] Fusch, A. Richard Freiherr v. Krafft-Ebing (in Deutsche Irrenärzte, Bd. II, стр. 173—183).

В восьмидесятых и девяностых годах многим казалось, что учение о наследственности и о дегенерации почти окончательно разрешило вопрос о происхождении психозов. Крафт-Эбинг утверждал, что этиология душевных болезней нам известна гораздо лучше, чем этиология в других областях медицины. Однако, прошло лишь немного лет, и против всего этого направления не замедлила появиться вполне естественная реакция.

В 1894 г., почти одновременно, вышли в свет две книги: «Основы физиологической психологии» [1] и «Психиатрия» [2]. Автором этих трудов был Циэн (Ziehen). Горячий сторонник ассоциационной психологии и к тому же интеллектуалист, склонный считать волю за нечто мифическое, существование чего не подтверждается фактами, Циэн нарисовал ряд симптоматологических картин душевных расстройств, и в этом отношении его психиатрия мало чем отличается от того, что предлагали Шюле и Крафт Эбинг. По одним только симптомам, — говорит Шюле, — нет возможности отличить, развился ли психоз на генеративной или совершенно здоровой почве. «Не существует резкой пограничной черты между дегенеративными психозами и всеми остальными». Циэн не отрицает наследственности и дегенерации; он согласен, что эти факторы играют большую роль, и что некоторые психозы по существу являются признаками вырождения. Однако, они не выражаются такими признаками, которые позволили бы включить их в особые нозологические рамки.

Еще дальше отошел от идеи наследственности Крепелин. Причины душевных болезней распадаются на две группы: экзогенные и эндогенные. Это разделение, которое впервые предложил Мебиус, было принято Крепелином и с этих пор сделалось одним из основных понятий психиатрии. Среди эндогенных причин, в главе «О личном предрасположении», рассматривается вопрос о наследственности, о пороках развития и о воспитании. «Под именем вырождения, — говорит Крепелин, — мы разумеем выступление унаследованных свойств, затрудняющих или делающих невозможным достижение общих жизненных целей».

---

[1] Physiologische Psychologie, Berlin, 1891.
[2] Psychiatrie, 1895.

Крепелин признает до известной степени значение этого фактора. Но уже давно прошло то время, когда в психиатрии все вращалось вокруг дегенерации, как существенно-важного центра.

4

К восьмидесятым годам XIX столетия относится усиленная научная разработка явлений гипноза как лечебного метода. Несмотря на то, что уже очень скоро обнаружилось сравнительно небольшое значение этого приема в терапии психозов в тесном смысле слова, однако, изучение названной области оказало сильное влияние на выяснение этиологической роли психогенного фактора и отразилось в большой мере на учении об истерии и других «неврозах». Гипнотизм помог поставить и подвергнуть обработке целый ряд вопросов так называемой малой психиатрии; от него получила начало вся психотерапия и в частности психоанализ, который значительно углубил наши знания нормальной и патологической психологии.

Здесь не может быть дана подробная история развития учения о гипнозе и только главнейшие этапы будут указаны в нижеследующем изложении.

Месмер (1734—1815), уроженец Вены, выступил в Париже около 1780 г. с теорией «животного магнетизма», согласно которой из тела магнетизера, при посредстве пассов, или легкого соприкосновения, переходит в организм больного особый флюид, оказывающий целительное действие. Его ученик Пюисегюр (1751 — 1825) напал на явление сомнамбулизма, вызываемого у некоторых лиц «магнетическими пассами». Шагом вперед было наблюдение португальца Фария, что достаточно несколько минут смотреть пристально на человека, повторяя повелительным голосом «спите», чтобы вызвать у последнего сомнамбулическое состояние, что и было изложено в книге Фария в 1819 г. Джемс Брэд, манчестерский хирург (1795—1860), установил систематическими опытами, что главная роль в наступлении гипнотического сна принадлежит утомлению органов чувств, например, глаз, при долгом смотрении на блестящую точку. В 1841 г. Брэд издал сочинение «Неврогипнология» и в 1846 г. «Власть души над телом». Он с хорошими результатами лечил некоторые формы судорог,

головных болей, невралгии и даже производил небольшие хирургические операции под гипнозом. В таком состоянии был этот вопрос, когда появился Шарко.

Шарко воспользовался гипнотизмом для исследования явлений истерии. С этими больными он столкнулся в Сальпетриере (случайно, по словам Пьера Мари); они по традиции помещались в отделении эпилептиков. Очутившись среди хаоса эпилепсии и истерии, он хотел выяснить, описать, классифицировать — одним словом, внести порядок в эту смесь болезней и симптомов, с которой встретился. Шарко не мог в то время учесть всех последствий тесного соприкосновения его истеричек с больными эпилепсией, благодаря чему в припадок «большой истерии» вошли явно эпилептические элементы — «тоническая фаза, фаза клоническая и т. п.». Вместе с тем наклонность Шарко к классификации и гениальная способность к выделению резко очерченных нозологических групп и симптомокомплексов, заставили его и здесь проводить такие же резкие деления, неоправдавшиеся, однако, в процессе последующего изучения.

Шарко (Charcot Jean-Martin, 1825 — 1893) родился в Париже, где и воспитывался, и после защиты диссертации об arthritis nodosa (1858) вскоре сделался врачем в Сальпетриере. Начавши здесь (1862) с очень малого, он создал величайшую неврологическую клинику конца XIX в., куда стекались ученики со всех концов цивилизованного мира. Пять томов его Leçons du Mardi — собрание лекций за двадцатилетний период (1872—1892) служат памятником его жизни и деятельности. Гениальный клиницист, обладавший совершенно исключительным даром наблюдения, Шарко был одинаково велик во всех областях медицины. Особенно замечательны его исследования о распределении моторных и сенсорных функций в мозговых извилинах (1885), выяснение анатомии внутренней капсулы и ее пучков, описание ряда отдельных синдромов при ее поражении: гемиплегии, гемихореи, гемианестезии. Ему принадлежит (вместе с Пьером Мари) систематизация учения о мышечных атрофиях, созданного Дюшеном, выделение амиотрофического бокового склероза, описание гастрических криз и молниеносных болей при табесе. Исключительно блестящим периодом деятельности Шарко были 1879—1885 гг., когда вместе с Ш. Рише, Жиль-де-ла-Турет, Пьером

Жане и другими, он усиленно занимался гипнотическими опытами и заложил основание новому учению о психогенной природе истерии.

Шарко назвал истерию психозом. Если принять во внимание пестроту, многообразие и кажущуюся разнородность истерических симптомов, которые, поражая наблюдателей отсутствием всякой закономерности, ставили их в тупик и в конце концов принудили отказаться от дальнейших попыток отыскания анатомической локализации истерии, станет понятным то внезапное просветление и мгновенное разрешение запутанной проблемы, которое дал Шарко[1]. Перенос вопроса о патогенезе истерических явлений из одной плоскости в другую — из физиологии в психологию, послужил исходной точкой для немногочисленных исследований функциональных неврозов, или психогенных расстройств. Шарко считал, что восприимчивость к гипнозу свойственна только лицам, предрасположенным к истерии; в происхождении гипнотического сна он приписывал большое значение чисто физиологическим изменениям периферических аппаратов. Но, несмотря на ясное понимание многих особенностей психики истеричных, он еще не оценивал с полной ясностью преобладающей роли внушения, как гипнозогенного фактора. Эту задачу исполнила так называемая Нансийская школа, в лице ее главных представителей — Льебо и Бернгейма.

Льебо (Liébault) родился в 1823 г. в Жавиеве, в крестьянской семье. Еще будучи студентом Страссбургского университета, он заинтересовался сочинениями о животном магнетизме. Открыв в Нанси частную поликлинику, Льебо стал лечить больных по своему методу, состоявшему в усыплении посредством словесного внушения. Ему принадлежит книга «Лечение внушением и его механизм» (1891), в которой он сгруппировал материалы своих предыдущих работ и подвел итоги многолетней научной и практической деятельности. Льебо решительно отрицал всякий магнетизм, флюид, а также и какое-либо специальное

[1] Подробный исторический очерк учения об истерии содержится в классическом труде Briquet: Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie (1851).

Позднейшую историю после Шарко см. Скляр: Das Wesen der Hysterie (Z. f. d. ges. N. u. P. 1912).

изменение периферических нервных аппаратов, и объяснял гипноз всецело внушением, основанным на внушаемости, которая является нормальным свойством человеческой психики. Взгляды Льебо подтвердил и дополнил многочисленными экспериментами Бернгейм (1837—1919), бывший в то время профессором терапевтической клиники в Нанси [1].

В Германии вопросы гипнотизма нашли многочисленных и усердных исследователей. Одним из первых выступил Гейденгейн в Бреславле. Он всецело стоял на точке зрения Нансийской школы. В ближайшие годы в этой области работали: Прейер, Чермак, Мебиус, Форель, Штрюмпель, Десуар, Молль, Левенфельд, Шренк-Ноцинг и, в более позднее время — Блейлер, Оскар Фохт, Бродман [2]. В Швеции в девяностых годах многочисленные опыты производил Веттерштранд. В России первыми учеными, занявшимися этой областью, были Мочутковский и Окс. Из психиатров Петербургской школы следует назвать Рыбалкина, Данилло, Розенбаха, Мендельсона и, наконец, Бехтерева. В Москве впервые, в девяностых годах, читал в университете курс лекций о гипнотизме Токарский, а впоследствии — Рыбаков [3].

Учение о гипнозе и внушении пролило свет на явления, так называемого «индуцированного помешательства», известного уже давно, но долгое время остававшегося загадочным и непонятным.

Первый случай такого рода описал Берлин в 1819 г. [4]. Иделер в 1838 г. говорил о «заразительности» помешательства. Больная, — пожилая женщина, убежденная в том, что некий высокопоставленный чиновник собирается на ней жениться, привила эту идею своему мужу; оба помещены были в Шаритэ, где больная вскоре умерла, а муж

[1] Bernheim. 1) De la suggéstion dans l'état hypnotique et à l'état de veille, Paris, 1884. 2) De la suggéstion et de ses applications à la thérapeutique, Paris, 1886.

[2] Обширная литература приведена у Фореля: Der Hypnotismus, II Aufl., 1921, и Молля: Der Hypnotismus, V Aufl. 1924. Новейшую библиографию см. Шильдер и Каудерс: Гипноз, Госиздат, 1927.

[3] Русскую литературу см. у Платонова: Гипноз и внушение, Харьков, 1925.

[4] Berlyn. Eine langwierige psych. Krankheit. Ztschr. f. psychische Ärzte, 1819, стр. 363 — 374.

ее совершенно поправился. В 1846 г. «о психической инфекции» писал Гоффбауер, после которого выступили с соответствующими наблюдениями Каспер, Нассе, Крамер, Костер, Леман. Тщательной обработке подвергнули эту тему французские исследователи: Моро де-Тур, Дагрон, Маре, Бейарже; после доклада Ласега и Фальре (1877) эта форма болезни приобрела полное право гражданства, вместе с названием «помешательства вдвоем» — folie à deux. Дальнейшая разработка вопроса принадлежит Легран дю-Соль (шестая глава его книги «Бред преследования») и Режи (монография «Folie à deux», 1880). Исследования только-что названных авторов выяснили условия, при которых наблюдаются индуцированные психозы: 1) лицо, от которого исходит бред (индуктор), должен быть в интеллектуальном отношении более развитым, более активным и пользоваться авторитетом у того, кто воспринимает его идеи; это второе лицо (индуцированный) отличается пассивностью, по крайней мере, по отношению к индуктору, дебильностью, истеричностью; 2) индуктор и индуцированный должны быть подвержены влиянию одной и той же среды, жить общими интересами, желаниями, опасениями и большею частью даже обитать под одной кровлей; 3) бред индуктора всегда более или менее правдоподобен — это систематизированный бред параноика, человека экспансивного и энергичного. Из всего этого с полной несомненностью вытекает, что для здорового в психическом отношении человека даже долголетнее общение с душевно-больным является совершенно безопасным — вопрос неоднократно подымавшийся с разных сторон при обсуждении профессионального риска, связанного с работой в психиатрических учреждениях. На тему об индуцированном помешательстве писали русские авторы: Яковенко (1887)[1] и Константиновский (1892)[2]. Небольшую, но ценную монографию представили рижский врач Шенфельд (1893), впоследствии трагически погибший от руки душевно-больного[3].

---

[1] Яковенко В. И. Индуцированное помешательство (Folie à deux) как один из видов патологического подражания. СПБ., 1887.

[2] Константиновский. Индуцированное помешательство (1892).

[3] Schönfeldt, M. Ueber das inducierte Irresein, Dorpat, 1893 (приведена литература).

Более сложные проявления индуцированного помешательства, — так называемые психические эпидемии, уже давно возбуждавшие удивление, также получили свое истолкование, как факты патологического подражания и массового внушения. На смену значительно устаревшей монографии Кальмейля (1845) явился капитальный труд Геккера о народных заболеваниях средних веков (1865) [1], но только в девяностых годах весь этот вопрос подвергся истинно научному освещению. Из русских авторов об этом писали Сикорский, наблюдавший воочию эпидемию такого рода в Киевской губернии в 1893 г. [2], Мицкевич («Истерия за полярным кругом», 1893) и Токарский, диссертация которого «Меряченье» (болезнь судорожных подергиваний у сибирских инородцев) много способствовала выяснению истероидного характера этих социально-патологических проявлений [3]. Из позднейших исследований на эту тему должны быть названы: «О значении внушения в социальной жизни» Бехтерева (1909), «О бредовых идеях в жизни народов» Фридмана (1905) [4] и «К учению о психических эпидемиях» Вейгандта (1908) [5]. Сознавая, что односторонне-психологическая трактовка подобных фактов совершенно недостаточна, Вилли Гельпах сделал попытку подойти к психическим эпидемиям с точки зрения социально-экономической. В этом духе написана его небольшая работа — Die psychischen Epidemien.

Девяностые годы — этот период повсеместной политической реакции — характеризуются, между прочим, повышенным интересом к вопросам медицинской психологии не только со стороны врачебных кругов, но и широких масс более или менее образованных людей. Лихорадочное развитие промышленности (особенно в Германии после франко-прусской войны и полученной контрибуции), ускорение темпа жизни и усиление всеобщей конкуренции — все это предъявляло огромные требования к нервной энергии

[1] Hecker. Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters, Berlin, 1865.
[2] Сикорский. Психопатическая эпидемия, Киев, 1893.
[3] Токарский А. «Меряченье», Москва, 1890.
[4] Friedmann. Über Wahnideen im Völkerleben. Wiesbad., 1905.
[5] Weygandt. Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien, Halle, 1905.

человека. Незадолго перед этим выступил американский врач Бирд (1839—1883) со своим учением о неврастении. Новый термин был сразу воспринят, как отвечавший потребности. Нарасхват покупалась популярно-научная брошюра Крафт-Эбинга «Наш нервный век». Увлечение спиритизмом волной прокатилось по Америке и Европе. С некоторым преувеличением можно сказать, что состоятельные классы Нового и Старого света буквально бредили «нервами». Неудивительно, что в это десятилетие так быстро двинулось вперед учение о психоневрозах и пограничных состояниях. Уже накоплен был большой материал, унаследованный от Трела, впервые с такой ясностью поставившего вопрос о полунормальных людях (les demi-aliénés) и от Моро де-Тур с его идеей о «настоящих умственных метисах», которые вскоре потом у Мореля и Маньяна получили название вырождающихся, иногда ничтожных и жалких, иногда, наоборот, не только не лишенных социальной ценности, но и заслуживающих парадоксального наименования «дегенерантов высшего сорта» (dégénérés supérieurs)[1]. Весь этот круг идей, в связи с учением Шарко о психогенном происхождении истерии, с учением о неврастении, с идеями Ломброзо о гениальности и преступности, стал предметом систематического исследования со стороны целого ряда крупных ученых. Это были: Мебиус, Штрюмпель, Дюбуа, Жане, Кох, Дежерин и, наконец, Бабинский.

Мебиус (1853—1907)—лейпцигский невропатолог, автор ценных работ о табесе, о Базедовой болезни, мигрени, параличе глазных мышц, односторонней атрофии лица, убежденный сторонник сифилитического происхождения прогрессивного паралича, был провозвестником идей Шарко и Маньяна в Германии. Он определил истерию как болезнь, возникающую от представлений, и первый ясно формулировал принцип подразделения всех этиологических факторов на две группы: экзогенных и эндогенных — мысль очень простая, но долго не находившая своего адэкватного термина. Мебиус известен также как автор совершенно нового рода научных исследований: так называемых патографий, жизнеописаний выдающихся людей,

[1] См. также Grasset: Les demi-fous et les demi-responsables. Alcan, Paris, 1906.

с точки зрения психопатологии и медицинской психологии. Блестящи по содержанию и форме принадлежащие его перу патографии Руссо, Гете, Шопенгауэра, Шумана и других.

Интерес к пограничным состояниям выразился у Мебиуса, между прочим, в его начинаниях терапевтического характера. С его именем связано истинное начало санаторной медицины, обслуживающей больных психоневрозами и легкими психозами, не требующих интернирования. В 1896 г. он опубликовал свою работу «О лечении нервных болезней и об организации лечебных учреждений для нервно-больных». В ответ на его призыв, около Берлина, в Целендорфе открыт был санаторий Haus Schönow, во главе которого стал известный психиатр Лэр. Водолечение, электролечение, массаж и другие виды физиотерапии в то время быстро приобретали популярность, но идея Мебиуса состояла главным образом в том, чтобы в санаториях проводился трудовой режим как основной терапевтический метод. Вскоре санаторное дело в Германии, Швейцарии, Голландии, Швеции стало быстро итти вперед. Постепенно, наряду с другими способами лечения, начала приобретать все большее значение развившаяся под влиянием гипнотизма психотерапия. Знаменитый интернист Штрюмпель настойчиво указывал на роль психического фактора в этиологии и терапии множества внутренних заболеваний и функциональных нервных расстройств. Но наиболее яркое выражение эти идеи получили у швейцарского невропатолога Дюбуа. Его книга «Психоневрозы и их психическое лечение», вышедшая в 1904 г. и вскоре переведенная на все европейские языки, сильно способствовала распространению психотерапевтических идей и сделала родину ее автора, Берн, местом паломничества многих тысяч больных, страдающих функциональными заболеваниями нервной системы. Конец XIX и начало XX веков выдвинули другого замечательного исследователя неврозов. Ученик Шарко, Пьер Жане, уже давно известный своими работами «О психике истеричных» и «О психическом автоматизме», опубликовал в 1904 г. двухтомное сочинение под заглавием Obsessions et Psychasténie, хотя далеко не безукоризненное в нозологическом отношении (так как под понятие психастении подводились совершенно разнородные по существу

процессы и состояния), но замечательное по глубине психологического анализа. Это одна из первых принципиально важных попыток объяснения психопатологических симптомов из основных свойств личности, понимаемой, как организованное единство.

Современник Мебиуса, Кох (1841—1904) сделал первый на немецком языке опыт исчерпывающего обзора всей области пограничных состояний, начиная от легких и кратковременных расстройств настроения до самых тяжелых дегенеративных картин. Книга Коха «О состояниях психической неполноценности» пробудила интерес к научной классификации пограничных состояний и послужила одним из источников, составивших впоследствии отдельное течение в психиатрии, направленное на изучение психопатических личностей. Вскоре за эту тему взялся Крепелин и значительно позже — Курт Шнейдер. Не ограничиваясь изучением психопатической неполноценности взрослых, Кох написал отдельную работу о соответствующих явлениях у детей школьного возраста. Вместе с Трегером и Уфером он основал специальное издание — Die Kinderfehler. Его друг и ученик Ремер выступил с исследованием «О психопатических неполноценностях грудного возраста». Названные работы послужили большим толчком к развитию в Германии науки о нервном ребенке, — теоретической и практической дефектологии, этой самостоятельной ветви психиатрии, обособившейся от общего ствола и получившей впоследствии такое мощное развитие во всех странах. К этому времени относится более или менее систематическая обработка всей области детской психиатрии.

5

История развития учения о психозах детского возраста, если оглянуться назад, представляет следующие этапы:

П е р в ы й э т а п, который можно назвать отрицательным, так как возможность психического расстройства у ребенка попросту отрицалась, тянулся до пятидесятых годов XIX века. Это отрицательное отношение было, так сказать, принципиальным. Полагали, что психоз является печальной привилегией человека, уже изведавшего трудности жизни и роковое влияние страстей. Даже с чисто психофизиологической точки зрения доказывалось, что элементарность

и сравнительная простота мозговых актов гарантирует детей от душевных болезней. При этом сознательно игнорировали идиотизм и кретинизм, как врожденные состояния, не представляющие особого общественного или терапевтического интереса. Наблюдавшиеся иногда у дефективных детей буйные состояния, рассматривались как осложнение их основного состояния. Карус в своей «Психологии» (1809) категорически заявил, что у детей наблюдается только слабоумие, но никогда не бывает помешательства.

Однако, уже с начала XIX века стали попадаться отдельные казуистические наблюдения, шедшие в разрез с только-что изложенным категорическим взглядом. Начали допускать, что страх, острые боли, сильное переутомление, ушибы головы могут, хотя и в сравнительно редких случаях, повести у детей к настоящим психозам. В 1825 г. Каспер в книге «Медицинская статистика» уже приводит цифры самоубийств детей; последние рассматриваются им как результат сильнейших огорчений, вызванных обидами, наказаниями и т. п.; вместе с тем, уже кое-где начинает проскальзывать мысль о возможности меланхолии в детском возрасте. В «Трактате» Притчарда (1825), в судебно-медицинском «Руководстве» Марка, в «Лекциях» Гислена попадаются отдельные указания на эту тему. Наконец, Целлер высказал определенный взгляд, что у детей наблюдается совершенно такое же течение душевной болезни, как у взрослых, а именно: начальная меланхолия переходит в манию и потом в деменцию. Интересное наблюдение опубликовал в 1846 г. Шольц: у ребенка, после периода сильного возбуждения, развилось слабоумие с расстройством речи и симптомами паралича; при вскрытии найдены были значительные изменения мозга и его оболочек. Это был, без сомнения, случай детского прогрессивного паралича. Однако, такой диагностики в то время еще никто не мог допустить. В последующие годы значительным шагом вперед была работа Тора: «Галлюцинация в детском возрасте»[1]. Этим закончился второй этап истории детской психиатрии, который можно назвать периодом

[1] Thore. Hallucinations dans la première enfance. Ann. méd.-psych., 1840.

разрозненных указаний и несистематизированной казуистики.

Третий этап начинается с работы английского педиатра Веста [1]. Он описывает у детей, кроме слабоумия и эпилепсии, также и «истинное помешательство» и, кроме того, различные аномалии настроений, совершенно такие же, как у взрослых, но только протекающие в более мягких формах. Еще раньше, в 1855 г., Дюран-Фардель вновь обратил внимание на самоубийства детей [2]. В это время в Бисетре открывается первое по времени специально детское отделение, и в 1856 г. в Парижском университете защищается первая диссертация на тему «О психическом расстройстве у детей, особенно о мании» [3]. После этого в Германии, Англии, Швейцарии, Америке быстро увеличивается число казуистических сообщений. В 1864 г. выходит монография Беркана [4]. Этот автор собрал 55 случаев психозов у детей до двенадцати лет, распределенных по следующим рубрикам: меланхолия, мания, галлюцинаторное помешательство и слабоумие (последнее является у Беркана, во-первых, исходом меланхолии и мании и, во-вторых, последствием инфекционных болезней, протекавших с судорогами и другими мозговыми явлениями). Работа Беркана завершает собой этот третий этап: психозы в детском возрасте становятся доказанным фактом.

Четвертый этап начинается книгой Маудсли: «Физиология и патология души» [5]. Этот труд, по мнению Эммингауза, служит поворотным пунктом в истории детской психиатрии. Маудсли указал на возраст, как на этиологический момент, систематизировал и оформил все известное до него, и предложил следующую классификацию детских психозов:

1. Мономания (убийства, самоубийства, поджоги, воровство).
2. Бред при хорее, со своеобразной спутанностью, частыми галлюцинациями и различного рода автоматическими симптомами.
3. Каталептическое помешательство.

---

[1] West. Med. Times and Gaz., 1860.
[2] Durand-Fardel. Ann. méd.-psychol., 1855.
[3] Paulmier. Des affections mentales chez les enfants. Thèse, 1856.
[4] Berkhan. Corresp. Bl. f. Psychiat., 1864.
[5] Maudsley. The physiology and pathology of the mind., 1867. Немецкий перевод Böhm'a, Würzburg, 1870, русск. перевод Исаина, СПБ., 1871.

4. Эпилептическое помешательство.
5. Мания.
6. Меланхолия.
7. Аффективное, или моральное помешательство, большей частью наследственное, которое подразделяется на два вида: при первом наблюдается извращение какого-либо одного из фундаментальных инстинктов, при втором — вся система моральных задержек нарушена: это моральное помешательство в тесном смысле слова.

Современная эпоха в истории детской психиатрии начинается крупным научным достижением, книгой Эмминггауза: «Психические расстройства детского возраста» (1887) [1]. Он различает у детей следующие заболевания: 1) церебральная неврастения, 2) меланхолия с наклонностью к самоубийству, 3) мания, 4) острое слабоумие, 5) ипохондрия, 6) паранойя, 7) навязчивые мысли, 8) транзиторное помешательство, 9) периодическое помешательство, 10) моральное помешательство, 11) идиотизм, 12) эпилепсия.

Эмминггауз (H. Emminghaus, 1845—1904) родился в Веймаре, медицинское образование получил в Иене, был одно время приват-доцентом в Вюрцбурге, а потом, с 1880 по 1886 гг., — профессором психиатрии и невропатологии в Дерпте, после чего занимал кафедру в Фрейбурге, где и умер, оставив после себя классический курс «Общей психопатологии» (1878) и только что упомянутую монографию «О детских психозах».

В 1889 г. на тему о детских психозах вышла книга Моро [2], а в 1889 г. выступил Мангеймер [3]. В Англии этот вопрос обрабатывал в 1900 г. Айрленд [4]. В Германии в 1902 г. появилась работа Инфельда, вскоре начали выходить отдельными выпусками известные исследования Циэна «Душевные болезни детского возраста» (1902—1904) [5], лекции Штромайера [6] и, наконец, замечательный труд Гомбургера [7].

---

[1] Emminghaus. H. Die psychischen Störungen des Kindesalters, Tübingen, 1887.
[2] Moreau. La folie chez les enfants, 1889.
[3] Manheimer. Les troubles mentaux de l'enfance, 1899.
[4] Ireland. The mental affections of children, idiocy, imbecillity and insanity, 1900.
[5] Ziehen. Die Geisteskrankheiten im Kindesalters (1902 — 1904).
[6] Strohmayer. Vorlesungen ueber die Psychopathologie des Kindesalters. Wiesb. 1910.
[7] Homburger. Vorlesungen ueber die Psychopathologie des Kindesalters. Berlin, 1926.

Параллельно теоретическим достижениям этого отдела психиатрии быстро умножались и усовершенствовались детские отделения в больницах. Самостоятельные учреждения открыты были в Москве: школа-лечебница для психически-больных детей, основанная О. Б. Фельцманом (1915) и образцовая клиника Второго Московского государственного университета, созданная Гиляровским (1922).

В тесной связи с психопатологией детского возраста находится и самое возникновение и дальнейшее развитие, так называемого «метода тестов», или задач для определения интеллектуального уровня субъекта. Творцом в этой области был ученик Шарко — Альфред Бине (1857 — 1912). Его принцип «метрической шкалы умственных способностей» в целом ряде вариантов был применен к психиатрии, где надеялись этим путем обрести твердые диагностические критерии. Однако, эта методика не оправдала надежд. По словам Ясперса, нет до сих пор ни одного теста, который оказывал бы бо́льшие услуги, чем умело проведенная беседа с удачно поставленными вопросами. Много труда потратили в указанном направлении Зоммер [1], Циен [2], а из русских авторов — Бернштейн [3], Россолимо [4], Бехтерев, психолог Нечаев и другие.

---

[1] Sommer. Lehrbuch d. psychologisch. Untersuchungsmethoden. Berl. 1899.

[2] Ziehen. Schematische Anweisung zur Psychol. bei geisteskrank. Kindern. Berl. 1906.

[3] Бернштейн, А. Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. М. 1911.

[4] Россолимо, Г. И. Общая характеристика психологических профилей: 1) психически недостаточных детей и 2) больных нервными и душевными болезнями. М. 1910.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ВОСЬМАЯ

УЧЕНИЕ О ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ (II ПЕРИОД)

1. Краткий очерк истории развития учения о лихорадочном и инфекционном бреде. — 2. Завершение учения о прогрессивном параличе.

1

Среди других научных заслуг германской соматической школы в первую очередь следует назвать то направление, какое она дала дальнейшим исследованиям в области этиологии психозов. Французские авторы, начиная с Пинеля и Эскироля, придавали непомерно большое значение психическим моментам. У Эскироля из общего числа 858 случаев в Сальпетриере 314 падают на причины моральные: на домашние неприятности — 105, неудачную любовь — 46, испуг — 38, ревность — 18, гнев — 16 и т. д. Наследственность указана в 105 случаях, а чисто соматические причины распылены у него на мелкие группы, из которых самая большая (144 случая) охватывает акушерские и гинекологические процессы. Лихорадочные болезни представлены у Эскироля цифрой 13, сифилис — всего только 8 из указанных 858 случаев. Такой акцент на психогении характерен для всей психиатрии первой половины XIX века. Крайнее проявление этой тенденции получило свое выражение у психиков.

В этом коренном вопросе соматическая школа заняла обратную позицию. «Под влиянием любой болезни, — говорит Якоби, — могут произойти изменения психики». Утверждая это, он имел, между прочим, в виду и лихорадочные заболевания. Бред при повышенной температуре служил для него не только доказательством зависимости психических функций от физического состояния организма,

но казался ему как бы типическим образцом настоящей душевной болезни. Вслед за ним эту мысль энергично отстаивал Фридрейх, который полемизировал с Жорже и с некоторыми английскими авторами, отрицавшими здесь всякое сходство. Одной из самых ранних работ о психозах в их зависимости от острых соматических болезней была работа Вебера о душевном расстройстве при тифе. После этого число соответствующих наблюдений стало быстро расти. Расширялись и рамки вопроса. Обсуждалась не только роль высокой температуры, но и тех перемен в организме, которые возникают под влиянием «инфекционных ферментов», как называли одно время гипотетических возбудителей заразных болезней. При тифе, холере, при острых экзантемах допускали, что какие-то специфические яды влияют, между прочим, и на нервную ткань. Наука пятидесятых и шестидесятых годов уже подходила к этому вопросу, вооруженная экспериментальными данными. Уже открыт был желудочный и панкреатический сок, гликогенная функция печени, эфирный и хлороформный наркоз с их стадиями начального возбуждения — словом, целый ряд фактов выдвинул новые точки зрения на процессы в различных органах, во всем организме в его целом (процессы обмена) и в нервной системе в частности. Явления продромального бреда в некоторых случаях инфекции уже умели объяснить тем, что инфекционный яд (например, тифозный), еще не успев вызвать местные явления, уже поражает в первую очередь наиболее чувствительный орган—мозговую кору. Так заложены были основы инфекционной теории психозов.

Прошло короткое время и успехи общей медицины незамедлили влить в это учение новую струю. В 1851 г. Райе и Давен открыли возбудителя сибирской язвы. Вскоре появились работы Пастера о брожении, в 1867 г. — его знаменитая диссертация «Исследование телец, носящихся в атмосферном воздухе», зародилась новая наука — бактериология, и проблема инфекции, занимавшая когда-то в XVI столетии ум Фракастора, стала быстро приближаться к своему научному разрешению [1]. Общая медицина

[1] Итальянец Фракастор в XVI веке учил, что заразные болезни происходят от внедрения в организм невидимых телец, носящихся в воздухе.

подготовила, таким образом, тот круг мыслей, в котором стала работать психиатрическая мысль, сосредоточившая свое внимание на этиологии душевных болезней. Возникло учение о токсинах. Были изучены психозы при брюшном тифе, воспалении легких, пневмонии, скарлатине, сепсисе, оспе, малярии и проч. Одновременно начавшееся изучение интоксикационных психозов (алкоголизм) предоставило исследователям целый ряд аналогий, из которых можно было заключить, что и органические токсины отравляют нервную ткань по тем же основным законам и теми же приблизительно способами. Одно время внимание исследователей устремилось на острый бред (delirium acutum), при чем были даже опубликованы наблюдения (главным образом, итальянскими авторами — Бьянки, Редзонико и другими) о различных бактериях, якобы вызывающих острый бред.

От интоксикаций микробными ядами внимание исследователей, естественно, перешло к отравлению продуктами, образующимися в самом организме. Учение о расстройствах обмена веществ вскоре, в лице Бушара (1887) и Армана Готье, превратилось в теорию о самоотравлениях организма, который, по словам первого из названных авторов, «представляет собой лабораторию яда». Это обновленное гуморальное учение, представляющее лишь модификацию гиппократовской дискразии, получило свое естественное дополнение в теории о защитных приспособлениях животного организма в его борьбе с инфекциями, интоксикациями и аутоинтоксикациями. Кроме печени и почек, такую роль стали приписывать беспроточным железам, в первую очередь щитовидной, обладающей способностью влиять на химические процессы в крови и в тканях. В качестве патологической противоположности Базедовой болезни в 1873 г. Голлем и Ордом описывается микседема; вопрос разрабатывают экспериментально-хирургически (Реверден и Кохер) и терапевтически (Шифф, Горслей, Мэррей, Вагнер-Яурегг). Описывается евнухоидизм. Мари запечатлевает картину акромегалии. Вскоре сюда примыкают знаменитые опыты Броун-Секара. В конце концов, как результат целого ряда исследований, выясняется важный факт влияния на весь организм внутренней секреции, накладывающей такую глубокую печать и на психический мир человека в его

здоровом и больном состоянии [1]. Критические возрасты — pubertas, climacterium — получают новое истолкование со стороны физиологической химии. Факты и предположения (как осторожные, так и поспешные) опрокидывают, в буквальном смысле этого слова, прежнюю наивную (главным образом, психогенную) этиологию психозов. Патогенез целого ряда болезней постепенно выясняется. Психиатрия, уже давно вышедшая из своей первоначальной колыбели, из домов для умалишенных, воздвигнутых когда-то далеко в стороне, на окраинах больших городов, вошла в тесное соприкосновение со всеми другими отделами медицинской науки. Это новое течение, подготовлявшееся уже давно привело к разгадке старого вопроса об этиологии прогрессивного паралича.

2

Не было, кажется, ни одного из обычных этиологических факторов душевных заболеваний (наследственность, умственное переутомление, половые эксцессы, алкоголь, травмы головы и т. д.), о котором не думали бы исследователи, изучая этиологию прогрессивного паралича. Сам Бейль в свое время считал, что «хронический менингит» является результатом совпадения и комбинации целого ряда разнообразных факторов.

Взгляд на сифилис, как на единственную, исключительную причину прогрессивного паралича, высказал впервые в 1863 г. шведский ученый Кьельберг (1827—1893). Несколько позже датчанин Иесперсен, врач лечебницы в Роскильде, около Копенгагена, статистически показал, что 77% больных прогрессивным параличом имеет в анамнезе сифилис. После этого в течение целого ряда лет вопрос горячо дебатировался во всех странах. И всюду наблюдался безнадежный разброд мнений. Это легко объясняется тем обстоятельством, что единственной базой служила статистика, а в основе отметок последней лежали показания самих больных и различного рода гадания о степени вероятности сифилиса в том или другом частном случае. В начале семидесятых годов Ласег во Франции

---

[1] См. Klieneberger «Psyche und innere Sekretion», Halle, Marhold, 1927 (приведена исчерпывающая библиография).

решительно заявил, что настоящий прогрессивный паралич не имеет ничего общего с сифилисом, но что на почве последнего развиваются иногда ложные параличи или «парализоидные состояния» [1]. В таком положении был вопрос, когда появился Фурнье [2]. После работы двух своих учеников—Морель-Лавайе и Бельера—«Сифилис и общий паралич» Фурнье окончательно убедился в исключительном значении специфической инфекции не только для табеса, но и для прогрессивного паралича. В 1894 г. знаменитый французский сифилидолог предложил окончательную формулу, в которую входил предложенный им термин: прогрессивный паралич, как и табес, представляет собой парасифилис. Доказательства Фурнье и его школы были основаны на особо тщательной статистике не только французской, но и ряда других стран. Это был огромный труд, поглотивший массу энергии. Параллельно Фурнье, в Германии, в том же направлении и с теми же результатами работал крупнейший германский невропатолог, Вильгельм Эрб. Большое влияние на выяснение истины имели появившиеся в девяностых годах наблюдения Режи о детском и юношеском параличе: из 14 случаев Режи установил несомненный сифилис для 7. По отзыву Фурнье эти наблюдения говорили сами за себя: при наличии несомненного наследственного сифилиса странным было бы допустить здесь только косвенное влияние последнего, как невропатического фактора, простое предрасположение, из которого «некоторые невропатологи сделали нечто вроде универсального объяснительного принципа» [3].

Своего рода диссонанс в стройную теорию внесла впервые подмеченная малая распространенность прогрессивного паралича среди некоторых народов и рас в местностях, где сифилис встречается необычайно часто. Таковы арабы в Алжире и Египте, туземное население английских и голландских колоний, Судана, Гонг-Конга, Сингапура и т. д. Эти несомненные факты, требовавшие специального объяснения (не вполне объясненные и до настоящего времени)

---

[1] États paralysoides.

[2] Jean-Alfred Fournier (1832 — 1914).

[3] Ценную монографию дал по этому вопросу Ющенко: «Юношеский прогрессивный паралич». Варшава, 1895 (приведена вся литература вопроса).

не могли, однако, поколебать окончательного торжества сифилитической теории. Между тем пестрота, шаткость и все же неполная убедительность статистических данных заставляли искать других способов для окончательного выяснения вопроса. Об одном из этих способов уже была речь — о прививке сифилиса паралитикам. Естественно, что очень многим исследователям приходила в голову эта мысль. Но бесконечно сильно было впечатление, когда Крафт-Эбинг сообщил на московском съезде, что этот опыт уже сделан и что результат получился такой, какого следовало ожидать. В начале XX века производящая причина табеса и прогрессивного паралича была окончательно установлена при помощи цитологических и серологических исследований. В 1906 г., примыкая к исследованиям французского ученого Борде, Вассерман предложил свою знаменитую реакцию. Вскоре было установлено, что она дает положительный результат как в крови, так и в цереброспинальной жидкости паралитиков почти в 100% всех случаев. Ничтожное количество отрицательных результатов (даже при достоверном сифилисе в анамнезе) указывало лишь на возможность каких-то необычных условий в кровяной плазме некоторых сифилитиков и нисколько не опровергало теории. В феврале 1913 г. в английском Journal of experimental Medicine было напечатано сообщение японца Гидео Ногуши и англичанина Мора об открытии ими бледных спирохет в паренхиме мозга у паралитиков. Это открытие заставило пересмотреть принципиальный вопрос о парасифилисе. В самом деле: если в организме еще есть спирохеты, то не будет ли правильней рассматривать паралич, как одну из форм позднего сифилиса, лишь крайне своеобразную в симптоматологическом и клиническом отношении, как одну из разновидностей *сифилиса мозга*? Открытие Ногуши [1] еще не разрешило, однако, всех без исключения вопросов, связанных с патогенезом прогрессивного паралича. Но в существенном и главном достигнут был огромный успех: разрешена задача, над которой работало несколько поколений врачей.

Самым последним этапом в истории прогрессивного паралича является терапевтический успех, достигнутый

[1] Знаменитый японский исследователь скончался в 1928 г.

Вагнером-Яурегг, в результате долголетних и планомерных исканий. Биологическая (малярийная) терапия заставляет припомнить пророческие слова Гохе, что «младшие из наших современников еще увидят тот день, когда прогрессивный паралич будет представлять для нас только исторический интерес».

Вагнер-Яурегг (Wagner-Jauregg) родился в Вельсе в Верхней Австрии в 1857 г., окончил университет в Вене в 1880 г., занимался сперва внутренней медициной, затем был ассистентом в психиатрической клинике Лейдесдорфа и с 1889 г. занял кафедру душевных болезней в Граце. В 1893 г. Вагнер стал во главе венской психиатрической клиники. Его опыты лечения эндемического кретинизма препаратами щитовидной железы уже в конце девяностых годов создали ему почетную известность, которая превратилась в широкую славу благодаря малярийной терапии прогрессивного паралича.

ГЛАВА ДВАДЦАТЬ ДЕВЯТАЯ

МЕЙНЕРТ И ВЕРНИКЕ

Анатомо-физиологическое направление в психиатрии.

1

Несмотря на то, что Нейман высказался принципиально-отрицательно обо всех попытках классификации душевных болезней, искания в этой области все же усиленно продолжались. Разочарование в психологическом принципе, однако, заставляло искать каких-либо других путей. Уже сравнительно рано патологическая анатомия казалась многим той желанной почвой, на которой следует построить естественную систему мозговых болезней, сопровождающихся расстройствами психических функций.

Самую раннюю из таких попыток сделал Синоговиц (1796—1879). Он различал: 1) психозы, связанные с расстройствами мозгового кровообращения, 2) — с органическими прогрессирующими поражениями мозга и 3) — с врожденными дефектами мозговой ткани. На основании целого ряда довольно смутных теоретических выкладок, он пытается более детально очертить те патолого-анатомические процессы, которые в различных участках мозга служат основой для клинических проявлений психозов [1].

Теория мозговых локализаций была в свое время сильно скомпрометирована френологическими увлечениями Галля. После уничтожающей критики Флуранса, решительно отвергавшего какую бы то ни было локализацию мозговых процессов, все попытки такого рода презрительно осмеивались. Так тянулось много лет, пока не произошло

[1] Sinogowitz. Die Geistesstörungen in ihren organischen Beziehungen als Gegenstand der Heilkunde betrachtet, Berlin, 1843.

важное событие: восьмидесятичетырехлетний француз, старик Ле-Лонг после инсульта лишился речи; когда через несколько лет он умер, Брока нашел в его мозгу повреждение третьей лобной извилины, и правильно заключил, что с этим местом связана функция речи. С этого момента в учении Флуранса образовалась первая брешь. Вскоре исследования Фритча, Гитцига, Мунка, Гуддена, Флексига совершенно меняют принципиальное отношение к вопросу. Вырабатываются понятия об очаговых симптомах, о симптомах выпадения и появляется надежда воспользоваться новыми данными для объяснения психопатологических фактов. Тогда психиатрия делает первую грандиозную попытку стать на этот столь многообещающий путь. На сцену выступает крупный ученый — Мейнерт. Самое заглавие его основного труда сразу дает нам понятие о принципиальных положениях Мейнерта: «Психиатрия, клиника заболевания переднего мозга, основанная на его строении, отправлениях и питании» [1]. Мейнерт хотел понять психозы, основываясь на анатомическом строении и работе мозга. Он даже восстает против самого термина психиатрия. Это слово вводит людей в заблуждение, обещая то, чего оно не в силах исполнить. Наука о психических расстройствах только тогда станет на твердую почву, когда будет изучен во всех деталях тот орган, в котором соредоточивается психическая жизнь. Такова была основная идея медицинского мировоззрения шестидесятых годов. Так учил Рокитанский, так говорил Вирхов. Эту очевидную истину надо было перенести на бесконечно трудные проблемы, выдвигаемые психиатрией, где все начинали с конца, запутывались в середине и не умели отыскать исходный отрезок нити всего клубка. Мейнерт думал найти этот отрезок, препарируя волокна мозга. Вооруженный простой бритвой, задолго до изобретения микротома, великий ученый дал серию прозрачных срезов различных частей мозговой коры и подкорковых ганглий. Его конечною целью было постичь план строения этого сложнейшего органа, отыскать смысл распределения его волокон, установить их функциональное значение, как

[1] Meynert. Psychiatrie, Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, 1 Hälfte, 1884.

органов психической жизни. Идя сравнительно-анатомическим путем, он сделал ряд открытий, определив направление нервных путей, заведующих некоторыми двигательными и чувствительными функциями. Ему принадлежит идея рассмотрения головного мозга, как проекционной поверхности, на которой отражается вся периферия тела. Он учил, что волокна головного мозга представляют собой пути, по которым переносятся ассоциации представлений (ассоциационные волокна). Ему первому принадлежит теория, что все психические функции сосредоточились исключительно в коре мозга, между тем как подкорковым центрам принадлежит роль первоначальной обработки восприятий органов чувств. Вся первая половина деятельности Мейнерта была посвящена таким чисто анатомическим исследованиям. Когда он в конце семидесятых годов сделался руководителем венской психиатрической клиники, он перенес свои анатомические воззрения на истолкование клинического материала. И если это истолкование было всецело анатомическим, то не в том смысле, что он повсюду искал патолого-анатомических изменений, доступных секционному ножу или микроскопу: он лишь стремился перевести на анатомический язык все психологические и психопатологические процессы. Его целью было проследить, как пробегает волна возбуждения от одной какой-либо клеточной группы к другой по системам промежуточных волокон. И он мысленно представлял себе ускользающий от прямого наблюдения молекулярный процесс. «Так должно быть!» — как бы говорил он, строя свои гениальные дедукции, основанные на анатомо-физиологических предпосылках, полученных за лабораторным столом.

Подразделение клинических явлений прямо вытекает, по Мейнерту, из строения мозга. Головной мозг состоит из двух более или менее автономных частей: 1) *переднего мозга*, или полушарий и 2) *подкорковых центров*. Подкорковые центры вмещают в себе элементарные признаки душевных расстройств — галлюцинации, иллюзии. Это — *симптомы раздражения*, которые большею частью являются первыми по времени признаками начинающегося психоза. Вслед за ними, через более или менее продолжительный срок, наступают *симптомы*

выпадения, объясняемые, с анатомической точки зрения, гибелью мозговой ткани. Такова наиболее общая схема анатомо-физиологических процессов при органических поражениях мозга. Но не менее тяжкие нарушения психической деятельности могут появиться вследствие простого расстройства питания мозговых центров. Это Мейнерт называет функциональными расстройствами. Последние основаны большею частью на различного рода отклонениях сосудистой деятельности: интенсивные сокращения или расширения сосудов в различных участках мозга дают в результате разнообразные картины, наблюдаемые нами в клинике. Основываясь на своеобразных особенностях распределения кровеносных сосудов в переднем мозгу, с одной стороны, и в подкорковых центрах — с другой, а также принимая во внимание тот факт, что кора при нормальных условиях оказывает задерживающее влияние на работу подкорковых ганглий, Мейнерт построил свою знаменитую теорию о взаимодействии корковых и подкорковых функций. Если в силу каких-нибудь причин происходит понижение кортикальных функций, это проявляется прежде всего повышением энергии субкортикальной деятельности: появляются, например, галлюцинации, насильственные движения, эпилептические судороги, и все это может беспрепятственно достигнуть некоего максимума, если только напряжение корковой деятельности достигнет своего минимума. Угнетение и возбуждение таким образом локализируются в различных местах: пункты слабости — кортикальные органы, пункты раздражения — субкортикальные ганглии. Это явление наблюдается при нормальных условиях во сне: когда засыпает, т.-е. функционально ослабевает кора — возбуждаются одновременно субкортикальные центры, и тогда человек воспринимает галлюцинаторные образы, т.-е. сновидения. То же самое наблюдается после сильных потерь крови, когда анемичная мозговая кора уже не в силах сдержать возбуждение подкорковых центров. Наконец, аналогичный механизм имеет место непосредственно перед эпилептическим приступом: быстрое понижение кортикальных функций (выражающееся затемнением сознания) вызывает молниеобразные галлюцинаторные симптомы в сфере зрения и слуха — сенсорную ауру, после чего немедленно

проявляются и другие симптомы возбуждения подкорковых центров — двигательные разряды, припадок [1].

Аналогичным образом Мейнерт пытается объяснить все без исключения психопатологические картины: меланхолические и маниакальные состояния, бредовые идеи, навязчивые представления и проч. Старые психиатрические термины он хочет заменить новыми, говорит о «кортикальной гиперестезии», «кортикальной иррадиации» и проч. На основании установленного или только предполагаемого им характера мозгового процесса, Мейнерт создает следующую классификацию душевных расстройств:

А. Анатомические изменения.

I. Уродливости черепа и головного мозга вследствие процессов, возникших в периоде утробной жизни, при рождении или в детстве. Клинические картины: предрасположение, кретинизм, идиотизм, глухонемота.

II. Гнездные анатомические поражения головного мозга: кровоизлияния, размягчения, опухоли, серый склероз, сифилис.

Клинические картины: бред, параличи, органическое слабоумие, травматическое помешательство, симптоматическая хорея, предрасположение, обусловленное остатками перечисленных процессов.

III. Разлитой органический процесс головного мозга и его оболочек, гипертрофия мозга, атрофия мозга, приобретенная водянка мозга, воспаления мозговых оболочек.

Клинические картины: предрасположение, слабоумие, паралитическое слабоумие, старческое слабоумие, бред, основной менингит, острые смертельные процессы с хореей, истерией, эпилепсией, старческий процесс.

Б. Расстройства питания.

I. Корковые состояния раздражения:

а) Раздражительное настроение, предрасположение, неистовство.

б) Простая меланхолия, грустное настроение с задержкой, бредом унижения и самообвинения.

в) Простая мания, веселое настроение, бегство идей, ускорение движений и бред величия. Прибавление: хорея.

2. Локализированная раздражительная слабость:

а) Явления раздражения подкорковых чувствительных центров общее помешательство. Простая галлюцинаторная спутанность со ступорозными и маническими стадиями.

б) Явления раздражения подкорковых чувствительных центров общего чувства: ипохондрия, истерия, частичное помешательство, бред наблюдения, преследования, величия.

в) Расстройство подкорковых сосудистых центров.

г) Гиперэстезия, эпилепсия, истероэпилепсия.

---

[1] Meynert. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie, 1890.

д) Истощаемость, круговые психозы, слагающиеся из меланхолии, мании и светлых промежутков.
е) Параличи, восходящий паралич, Базедова болезнь.

Теодор Мейнерт (1833—1892) происходил из семьи, в которой было много замечательных людей: отец был писателем, мать певицей дрезденской оперы. Кипучая энергия, исключительная оригинальность как в жизни, так и в научном творчестве отличали этого выдающегося человека.

Многие критики называют построения Мейнерта «мозговой мифологией» (Gehirnmythologie). Конечно, при помощи микроскопа не удалось до сих пор проникнуть так далеко в глубину вещества мозга, чтобы увидеть живые токи молекулярных движений в тот самый момент, когда, замедляясь в коре, они дают соответствующее ускорение в подкорковой области. Не место на этих страницах обсуждать, где кончается у Мейнерта методологически-правильное пользование гипотезой и где начинается произвол мысли и анатомическая метафизика. Этот вопрос будет разрешен в будущем. Тогда, вероятно, имя гениального венского исследователя будет вознесено на еще большую высоту, чем теперь, так же, как имя другого в высшей степени своеобразного, всю жизнь стоявшего особняком ученого, который, идя по стопам Мейнерта, создал на основе патологической анатомии и анатомо-физиологических предположений свою крайне оригинальную и законченную систему. Речь идет о Вернике.

2

Карл Вернике (1848—1905) занимался сперва в Бреславле глазными болезнями, а потом, во время франко-прусской войны, хирургией. Не сразу найдя свою настоящую дорогу, он лишь с 1873 г. посвятил себя невропатологии и психиатрии, работая в больнице «Всех святых» в том же Бреславле. Его патроном был Нейман, отрицавший множественность душевных болезней. Надо думать, что офтальмология и хирургия успели наложить свой отпечаток на методы научного мышления молодого ассистента больницы. Эти науки приучили его представлять себе и психические процессы не иначе, как соединение и разъединение частей, выпадение тканевых элементов, как разрывы и заграждения

на проводящих путях. Что касается влияния Неймана, то, хотя Вернике не усвоил себе его основной идеи в ее крайне заостренном и упрощенном виде, но все же он пришел к нижеследующему выводу: сочетание симптомов, или вся клиническая картина зависит исключительно от того, какая анатомо-физиологическая система подверглась тем или иным изменениям. Если материальный процесс при своем распространении в мозгу продвинется в одном случае на несколько миллиметров глубже, получится совершенно иная картина, нежели у другого больного, где точно такой же процесс разыгрался несколько более поверхностно. Процесс качественно один и тот же. Но наблюдая таких больных, резко отличающихся по клиническим признакам, мы склонны будем поместить их в совершенно различные классы. И, конечно, это будет неправильно. Ибо классифицировать болезнь можно только руководствуясь свойствами анатомических изменений.

В бреславльской клинике работал в те годы Карл Вейгерт, создатель известного метода окраски миэлиновых волокон. Как раз к этому времени относятся открытия Фритча и Гитцига. Сравнительно недалеко, в Вене, жил и работал Мейнерт, бывший в полном расцвете своих сил и творческой деятельности. Чисто анатомические интересы в медицине повсюду стояли на первом плане. Вот те влияния, которые сделали из Вернике то, чем он стал. И открытие Брока, горячо обсуждавшееся в каждой больнице и клинике, было последним по времени фактором, который привел Вернике к его классическому труду: «Афазический симптомокомплекс, психологическое исследование на анатомической основе» [1], т.-е. к открытию сенсорной афазии и ее анатомической локализации. Предопределенная всем предшествующим развитием естественнонаучной и медицинской мысли того времени — и в частности сферой интересов самого исследователя, эта работа в свою очередь предопределила его жизненный путь. Афазический симптомокомплекс сделался для Вернике магической схемой для построения всей психопатологии и клинической психиатрии. Из этого круга он уже не мог выбраться никогда.

---

[1] Der aphasische Symptomenkomplex. Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis. 1874.

Но в этой своеобразной узости была его сила, в этой односторонности — вся оригинальность Вернике. «Кажется иногда, — говорит Липман, — будто природа, желая достигнуть особо выдающихся успехов на том или ином поприще, часто пользуется умами односторонности исключительной». Всегда является крупным выигрышем, когда человек последовательно продумает какой-нибудь принцип до его логического конца; в результате выясняется «дальнобойность» исходной идеи или ценность последней, как эвристического приема.

Душевные болезни — болезни мозга. Вот основное положение, которое Вернике не хотел повторять, как отвлеченную формулу, но с помощью которого он хотел жить и работать. Патологию мозговых процессов он представлял себе не как музыку будущего, но как задачу сегодняшнего дня. Все нарушения мозговых функций он стремился обозначить в тех же самых неврологических терминах, в каких невропатолог регистрирует наблюдаемые им нарушения проводимости двигательных или чувствительных путей. Такие понятия, как очаговый симптом и разлитой процесс должны найти себе применение при анализе психопатологического материала; понятие динамического процесса мы должны отличать от понятия дефекта, как чего-то стационарного, где движение пришло к концу. Вместе с тем вся методика клинического наблюдения должна вступить на новый путь: отказа от приблизительных описаний и туманных объяснений по аналогии с субъективными переживаниями исследователя. Клиническое наблюдение должно обратиться к единственному надежному — к объективному методу. Следя за поведением маниакального больного, отмечая его быстрые движения, суету, торопливую речь, психиатр должен рассматривать его теми же глазами, какими рассматривает невропатолог судорожное сокращение какой-нибудь мышцы, хорею, атетоз.

Анатомической основой психических процессов Вернике, вслед за Мейнертом, считает ассоциационные волокна. Необходимо допустить, — говорит он, — что вся совокупность этого сложного органа подразделяется на какие-то более или менее самостоятельные системы, которые соответствуют важнейшим жизненным функциям животного

или человека. Мы еще не в состоянии отделить эти составные части одну от другой каким-нибудь реальным скальпелем или чем-нибудь вроде этого. Но нам известны зато основные психические системы. Таких систем три: 1) внешние предметы, природа и все, что в ней есть. Весь этот комплекс восприятий должен иметь в мозгу как бы особую пластинку. Это будет система, которую Вернике обозначает греческим словом а л л о с. 2) Вторая основная система — это тело человека, его восприятия от кожи, мышц, всех внутренних органов. И этот комплекс восприятий также должен иметь соответствующий корелат в мозгу. Для его обозначения Вернике пользуется греческим словом с о м а. 3) Третья психологическая система состоит из сложноорганизованных следов личного опыта, сумма которых составляет человеческое Я, психическую личность, а у т о с. И этой системе также должна соответствовать в мозгу определенная сумма более или менее автономных мозговых элементов. Все эти три системы могут подвергнуться болезненному изменению. В результате получаются психозы, которые носят различные названия, в зависимости от того, какая из систем оказывается пораженной. Мы получим таким образом: 1) аллопсихоз, 2) соматопсихоз и 3) аутопсихоз. Примером первого могут служить белая горячка или полиневритический психоз, где нарушена ориентировка во внешнем мире. Примером второго может служить ипохондрия, где нарушена ориентировка в собственном организме. Примером третьего могут служить меланхолия или паранойя, где нарушена ориентировка в собственном Я. Гипотетическая обособленность трех ассоциационных систем, соответствующих трем системам воспринимаемых, переживаемых и оцениваемых объектов, служит для Вернике первым и основным принципом подразделения психических расстройств. Вторым принципом является для него этиология. Она дает иногда прочные опорные пункты для предсказания.

Бывают, однако, случаи, когда невозможно решить, какая из основных систем нарушена. Это бывает, если двигательные функции больного чрезмерно ослаблены или чрезмерно усилены. Больной неподвижен, молчит, и тогда у нас нет данных, имеем ли мы дело с аллопсихозом,

соматопсихозом или аутопсихозом. Или, наоборот, больной обнаруживает такие быстрые движения и такую торопливую речь, что опять-таки нельзя составить себе никакого понятия о том, какая из систем нарушена. Это, по Вернике — двигательные психозы — Motilitäts-psychosen, — которые он разделяет на акинетические, гиперкинетические и паракинетические. Когда острый период такого психоза закончится, только тогда выясняется, что это был, например, чистый аутопсихоз, например, бред величия, или же соматопсихоз (какая-нибудь разновидность ипохондрического бреда и т. п.).

По своему содержанию, по форме, по терминологии, психиатрия Вернике [1] резко отличалась от современных ей научных систем.

Глубоко задуманная, содержащая в себе массу новых и существенно ценных указаний, она тем не менее осталась в стороне от главного пути, по которому продвигалась вперед научная психиатрия. Есть что-то мертвенно-схематическое, какая-то схоластика в построениях Вернике. Критики (даже ближайшие ученики, например, Липман) неоднократно указывали на непрактичность его подразделения психозов, неудовлетворяющего ни больничного психиатра, ни ученого исследователя, ни судебного эксперта. Расстройство аллопсихической ориентации и другие аналогичные симптоматологические характеристики могли иметь лишь относительную ценность, так как сегодняшний аллопсихоз завтра мог дать картину ясно выраженного сомато- или аутопсихоза [2]. Между тем таким переменчивым фазам Вернике придавал значение показателей анатомо-физиологических нарушений в определенных системах мозга. Еще более, чем у Мейнерта выражена была у него анатомическая метафизика. На нее он истратил свою недолгую жизнь. А между тем в его лице умер выдающийся наблюдатель. Он впервые ввел в науку понятие о сверхценной идее (überwertige Idee) — и это открытие изобличает в нем большого психолога; он дал описание пресбиофрении и алкогольного галлюциноза, и это рисует

[1] Grundriss der Psychiatrie, 1900, 1906.

[2] Liepmann. Ueber Wernikes Einfluss auf die klinische Psychiatrie. 1911.

его как талантливого клинициста; он требовал строго объективного подхода к изучению психопатологических фактов, и это делает его одним из предшественников той объективной психологии и объективной психопатологии, которые разрабатываются в настоящее время Ленинградской школой. Трудно сказать в настоящее время, какова будет окончательная историческая оценка всей этой системы в ее целом, которую сам Вернике в шутку называл «своим систематизированным бредом». Со смертью Вернике неврологическое направление в психиатрии пошло по несколько иному пути. Все более и более намечается отказ от чрезмерно широких обобщений в духе анатомической метафизики и мозговой мифологии. «Неврологическое, или церебрально-патологическое течение, — говорит Клейст, — вполне ясно отдает себе отчет в том, что оно в настоящее время может служить только общей психопатологии. Насколько оно этим самым косвенно служит также и делу клинического исследования, — это вопрос, на который оно спокойно ожидает ответа» [1].

---

[1] Клейст. Современные течения в психиатрии. Берлин, 1925.

ГЛАВА ТРИДЦАТАЯ

РУССКАЯ ПСИХИАТРИЯ ЗЕМСКОГО ПЕРИОДА

1. Начало университетского преподавания. Балинский. Мержеевский. Фрезе и Бехтерев в Казани. Ковалевский в Харькове. Эммингауз в Дерпте. Сикорский в Киеве. Преподавание психиатрии в Москве. А. Я. Кожевников. С. С. Корсаков. — 2. Введение по-рестрент в России. Земские и городские реформы. Штейнберг. Андриолли. Литвинов. Бурашево. Открытие психиатрических больниц. Психиатры-общественники. Первый съезд психиатров в Москве. Доклад Корсакова о норестренте и о помощи на дому. Дальнейшие этапы в больничной, колониальной и патронажной психиатрии. — 3. Жизнь и деятельность Корсакова. Полиневритический психоз. Международный съезд в Москве в 1897 г. Корсаковская болезнь. Сподвижники Корсакова: Сербский, Баженов, Бернштейн. Деятельность Яковенко и Кащенко.

1

Русская университетская психиатрия, получившая начало в петербургской Военно-медицинской академии, имела своим первым представителем Балинского. Клиническим целям служило на первых порах психиатрическое отделение при II военно-сухопутном госпитале. Молодому тогда профессору пришлось в корне преобразовать это отделение, ибо оно представляло собой, по словам Кони, «филиальное отделение дантова ада» [1]. Голодные больные получали вместо пищи приемы рвотного для отвлечения от безумных мыслей, побои со стороны служителей и неизменный камзол. Этот, как он назывался тогда, шестой корпус,

[1] Кони. «Психиатрическая экспертиза и действующие законы». Речь на торжественном открытии III съезда отечественн. психиатров 27 декабря 1909 г. Труды съезда, Петербург, 1911.

служил местом ссылки для военных врачей, провинившихся в нарушении дисциплины. Благодаря Балинскому здесь через несколько лет все приняло другой вид. Правда, смирительная рубашка еще оставалась на своем месте, как, впрочем, и всюду на европейском континенте, где только еще разгоралась борьба за идеи Конолли. В 1867 г. после возвращения Балинского из-за границы, куда он был командирован для осмотра наиболее усовершенствованных больниц, в академии открыта была новая клиника, и вскоре психиатрия была сделана обязательным предметом медицинского курса (приказ об этом вышел 19 ноября 1867 г.). Кроме лечебной и преподавательской деятельности, первый русский профессор психиатрии принимал деятельное участие в организации психиатрической помощи, которая в эти годы по всей стране стала развиваться усиленным темпом. Балинский разрабатывает план устройства харьковской окружной лечебницы, редактирует проекты больниц для Казани, Твери, Владимира, Новгорода, Одессы и Киева. Неоднократно выступает он в качестве судебного эксперта в окружном суде и судебной палате по уголовным и гражданским делам. Человек широкого общего образования, с разнообразными научными интересами, Балинский внимательно следит за успехами психиатрии на Западе. В 1862 г. им основано было «Общество с.-петербургских врачей для помешанных», которое, однако, заглохло через несколько лет и возродилось к новой интенсивной жизни лишь в 1880 г., под новым наименованием «Петербургского общества психиатров». Через много лет, уже отойдя от активной деятельности, Балинский неоднократно высказывал сожаление, что не написал никакого капитального научного труда, — etwas epochemachendes, как говорят немцы. «Но я старался сделать все, — говорит он, — от меня зависящее, чтобы товарищи, которые придут в устроенную мною клинику, могли в ней найти все необходимые средства для того, чтобы учиться и работать для науки». Как справедливо замечает Черемшанский, etwas epochemachendes Балинский все-таки совершил: с него началась научная психиатрия в России [1].

---

[1] Черемшанский. Некролог Балинского. Вопросы нервно-психической медицины. Т. VII, 1902.

Иван Михайлович Балинский родился 23 мая 1827 года в Вильне. Он рос и воспитывался в доме своего деда, известного польского историка, Андрея Снядецкого. Среднее образование получил в Варшаве и в 1846 г. окончил Медико-хирургическую академию в Петербурге. В 1856 г. он был назначен адъюнкт-профессором при кафедре профессора Мяновского, одно время читал курс детских болезней, но делал это по отзывам современников, плохо и, видимо, неохотно. Дальнейшая жизнь его и деятельность показали, что не это было его призванием. Совсем другое впечатление производили его лекции по психиатрии. Сикорский вспоминает о лекциях Балинского в следующих выражениях: «Лекции Балинского, нередко представлявшие собой разбор вновь поступившего больного, отличались такой смелостью психологического и клинического анализа, что могли показаться скорее блестящими предположениями, чем строгой научной реальностью, и, однако же, дальнейшее течение болезни у разобранного больного в такой степени оправдывало сделанные заключения, что ученики Балинского скоро убеждались в выдающейся клинической проницательности своего учителя». То же самое подтверждает Чечотт: «В самых его словах перед слушателями являлось что-то действительное, вполне живое, как бы осязательное; слушателю представлялось, что он уже не слушает своего учителя, а сам наблюдает явление» [1].

Психиатрическая клиника Академии обрела свой истинно научный облик при Мержеевском. Уроженец Люблинской губернии, Иван Павлович Мержеевский получил диплом врача в 1861 г. Огромный интерес к естествознанию характеризовал эту эпоху в России. Молодой ординатор в клинике Балинского в эти бурные шестидесятые годы подходил к душевно-больному, как чистый биолог; он до конца своих дней сохранил это направление, которое получило с тех пор яркое выражение в позднейших работах Ленинградской психиатрической школы. Уже первый труд Мержеевского, его диссертация «Соматическое исследование неистовых», всецело посвященная материальным изменениям

[1] См. также Осипов, В. П. Психиатрия Балинского. Врачебное дело № 24 — 26. Декабрь, 1925, Харьков.

при душевных болезнях, отличалась своими строго проведенными материалистическими тенденциями. Эти 60 небольших страничек содержали крайне интересные выводы. Установив, что при сильном маниакальном возбуждении вес тела больного падает, температура повышается, обмен веществ усиливается, молодой диссертант говорит, что объем воздуха, принимаемый за норму для здорового человека, является недостаточным для неистовых; отсюда он приходит к логическому заключению, что нецелесообразно помещать этих больных в изоляторы и что следует ввести для них принятую в некоторых германских заведениях систему «двориков для беспокойных» [1]. Так, исходя из чисто соматических данных, Мержеевский заставляет притти к высшей степени прогрессивному взгляду на полную недопустимость изоляторов. В трехлетие с 1872 по 1875 гг. Мержеевский совершает двукратную поездку за границу, работает у Вестфаля в Берлине, у Генле и Меркеля в Геттингене, после чего совершенствуется в Париже, где у него устанавливаются тесные дружеские отношения с Маньяном, которые продолжались до конца его дней. Между прочим, будучи за границей, Мержеевский делал доклад в берлинском Антропологическом обществе, в марте 1872 г., о микроцефалии. Аналогичный доклад был сделан им и в парижском Антропологическом обществе, в 1875 г. Под влиянием недавно вышедшей книги Дарвина «Происхождение Человека» многие ученые доказывали, что идиоты-микроцефалы по устройству мозга и черепа представляют собой возврат к низшему типу, к животному предку, от которого произошел человек. Мержеевский отвергал эту теорию атавизма, выдвинутую Карлом Фохтом. Мержеевский указывал, что по устройству мозга микроцефалы вовсе не похожи на антропоидных обезьян, а скорее всего на человеческий эмбрион. В 1872 г. он вместе с Маньяном сделал доклад «об изменении эпендимы мозговых желудочков при прогрессивном параличе». В 1874 г. на конгрессе в Норвиче он демонстрирует гигантские клетки, одновременно с ним описанные Бетсом. Его сильно увлекает микроскопическая техника — эта всеобщая любимица семидесятых и восьмидесятых годов. Имя молодого русского

[1] Tobhöfe.

врача уже начинает приобретать известность. И когда Балинский подает в отставку, в академических кругах почти не возникает вопроса, кому быть директором клиники и занять кафедру. В высшей степени знающий и почтенный ассистент ушедшего в отставку профессора, П. А. Дюков, опытный врач и ценный научный работник, даже не выставляет своей кандидатуры. И вот, с 16 января 1877 г. начинается почти двадцатилетний «период Мержеевского», ознаменовавшийся интенсивной научной жизнью петербургской кафедры. В статье Блуменау в Журнале им. Корсакова (1908 г.) дана яркая характеристика этого времени.

Заведуя клиникой до 1893 г., Мержеевский дал России более пятидесяти специалистов-психиатров, из которых одиннадцать были преподавателями и профессорами. Под его руководством было написано 26 диссертаций и 150 научных работ. Это было время, когда русская земская психиатрия была занята интенсивным строительством; во врачах-специалистах была огромная нужда; клиника Мержеевского была главным рассадником русской научной и практической психиатрии.

К указанному периоду относится научная деятельность В. Х. Кандинского (1849 — 1889), имя которого приобрело мировую известность: своим классическим описанием псевдогаллюцинаций он существенно дополнил главу об обманах чувств, впервые намеченную Эскиролем и разработанную Гагеном [1].

В Казанском университете преподавание психиатрии, сперва чисто теоретическое, было введено с 1866 г. Лекции читал, в качестве приват-доцента, Фрезе. С устройством в Казани окружной лечебницы, ее материал служил уже для клинических лекций. В 1885 году, после смерти Фрезе, профессором психиатрии был назначен Бехтерев. После его назначения началось большое оживление в психоневрологической жизни Казанского университета. Организована была лаборатория, в которой разрабатываются вопросы анатомии мозга, физиологии и психологии. Здесь в Казани произведены были первые работы, доставившие имени Бехтерева такую широкую известность.

[1] Кандинский. О псевдогаллюцинациях. М. 1880 г.

В Харькове обязательное преподавание психиатрии началось с 1877 г., когда приват-доцентом по кафедре нервных и душевных болезней был избран П. И. Ковалевский. Клинические демонстрации производились сперва в губернской земской больнице, а впоследствии в лечебнице И. Я. Платонова, где была организована лаборатория и создано, в пределах возможного, все необходимое для наиболее успешного преподавания. В Харькове начал выходить первый русский психиатрический журнал: «Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии», который издавался до 1896 г. профессором Ковалевским. Им выпущен целый ряд иностранных монографий и руководств по наиболее важным вопросам психоневрологии. Ему обязаны русские психиатры знакомством с клиническими лекциями Мейнерта, идеи которого были особенно близки Ковалевскому; изданы были лекции Шарко, книги Говерса, Бинсвангера, Рише и т. д.

На северо-западе царской России, в тогдашней Лифляндской губернии, в городе Дерпте, с его старинным университетом, наука стояла на очень большой высоте. Достаточно указать, что анатомию там преподавал Раубер, физиологию — Александр Шмидт. Профессором психиатрии и невропатологии с 1880 по 1886 гг. был Эммингауз, переехавший потом во Фрейбург. Его преемником, до 1891 г., был Крепелин. С 1891 г. кафедру занимал Чиж. Главнейшие работы последнего: «Лекции по судебной психопатологии», монография «О кататонии», «Курс психиатрии» и целый ряд патографических очерков, из которых наиболее оригинальным надо считать «Достоевский как психопатолог».

В то время, как Петербург и Казань давно уже имели свои психиатрические клиники с правильно поставленным преподаванием. Москва в этом вопросе значительно отстала. В 1863 г. невропатология и психиатрия были впервые выделены из курса частной патологии и терапии и поручены в 1869 г. доценту А. Я. Кожевникову впоследствии знаменитому ученому, основателю Московской неврологической школы (1836 — 1902). В Ново-Екатерининской больнице, в госпитальной терапевтической клинике было отведено 20 кроватей для нервно-больных. Психиатрия излагалась только теоретически, и лишь случайное появление среди нервно-больных какого-нибудь единичного



СЕРГЕЙ СЕРГЕЕВИЧ КОРСАКОВ

психопатического случая давало возможность прочитать небольшую клиническую лекцию по душевным болезням. Отсутствие материальных средств не позволяло устроить отдельную клинику. В 1882 г. сделано было частное пожертвование (В. А. Морозовой) на постройку психиатрической клиники, и в 1887 г. клиника была открыта во время первого съезда русских психиатров в Москве. Она была рассчитана на 50 кроватей. Это учреждение до сих пор остается образцовым как по своему внешнему устройству, так и по идейным традициям. Первым директором этой клиники был Кожевников. Но он уже не мог одновременно вести преподавание и нервных и душевных болезней. Фактическим руководителем нового учреждения был молодой доцент, которому суждено было наложить яркий отпечаток своей выдающейся личности на всю научную и практическую психиатрию в России. Это был Корсаков.

Имя Корсакова теснейшим образом связано с коренными реформами в русских психиатрических учреждениях. Мы уже видели, как неровно и даже болезненно протекал в Западной Европе процесс введения но-рестрент'а. Позволительно утверждать, что это радикальное изменение всего больничного дела в области психиатрии совершилось в России значительно легче. Это можно объяснить двумя обстоятельствами: во-первых, русская психиатрия уже имела перед собой образец Запада, всю литературу этого вопроса, дебаты съездов, деятельность Гризингера, идеалы, осуществленные в Шотландии, и, во-вторых, русская психиатрия имела К о р с а к о в а. Трудно представить себе эту эпоху без Корсакова. Благодаря его энтузиазму и колоссальной энергии движение в пользу но-рестрент'а было более единодушным, чем в Европе, и сама реформа осуществилась быстрее.

Материальные предпосылки, сделавшие возможным введение в русских больницах но-рестрент'а, создавались, однако, довольно медленно. Приказ общественного призрения не был в состоянии справиться с задачей организации даже элементарно-сносного больничного дела в силу, во-первых, материальной необеспеченности, и, во-вторых, казенщины, наскозь проникавшей все начинания Приказа. Поворотным пунктом в истории русской психиатрии был

сенатский указ 9 февраля 1867 г. за № 1241, согласно которому все капиталы Приказа были переданы земствам. Эта мера, явившаяся одной из составных частей земских реформ, была обусловлена (как и все эти реформы в их совокупности) огромным сдвигом экономических отношений в стране и капитуляцией центральной власти перед нарождающимся промышленным капиталом. Кроме земств, право строить больницы было предоставлено также городам, при чем и те и другие руководствовались при постройке новейшими данными психиатрического дела на Западе, для чего вошло в обычай командировать за границу врачей и представителей земского и городского хозяйства. В течение семидесятых и восьмидесятых годов наблюдался в России большой прогресс в больничном деле вообще и психиатрическом в частности. Этому способствовало широкое знакомство русских врачей с достижениями западно-европейской науки и госпитальной практики, что в свою очередь стало возможным лишь с момента упрочения университетского преподавания психиатрии. С начала семидесятых годов многие русские университеты (Медико-хирургическая академия, Казанский университет) уже стали давать городам и земствам значительное число научно-образованных психиатров. Представители психиатрической науки в России отстаивали во всей ее полноте систему но-рестрент'а. Первые практические шаги, сделанные в этой области, связаны с именами, которые должны быть в памяти каждого русского психиатра.

Это, во-первых, Штейнберг (1830—1907), «маститый старейшина русских психиатров», по выражению Баженова, проживший долгую трудовую жизнь, исполненную, начиная с детства и юности и кончая глубокой старостью, борьбы, несправедливых и незаслуженных унижений,—жизнь, отравленную волнениями из-за грошевой пенсии, в которой отказывало ему собрание губернского земства. Назначенный в 1872 г. главным врачем Преображенской больницы в Москве, Штейнберг нашел там полное неустройство. Во всем доме больницы, — с иронией говорит он, — для лечения больных имеются только смирительные рубахи и два-три уродливых кресла для привязывания к ним буйных больных. Практику связывания он осуждал и довел до минимума. «Редко приходится слишком экзальтированному больному связывать руки, — рассказывает Соломка, — или надеть смирительную рубаху — тем и оканчиваются репрессивные меры»[1]. Абсолютный но-рестрент уже был тогда

[1] К. Соломка. Прошедшее и настоящее Преображенской больницы для душевно-больных. Моск. мед. газ., 36 — 37.

на очереди, но проведение его в жизнь тормозилось недостатком персонала и огромным переполнением больниц. В России, как и во всем остальном мире, успешное введение свободного режима зависело не столько от убежденности и настойчивости врачей, сколько от наличия материальных условий. При всем том, однако, энергия нескольких лиц, несмотря на большие препятствия, положила этому делу начало.

Второе имя, которое надо не забывать, это — Андриолли, директор Колмовской больницы, в Новгородской губернии, который в 1875 г. приступил к самым решительным преобразованиям в Колмове, уничтожил меры стеснения и организовал занятия для больных [1]. После его смерти новый директор, Шпаковский (и это третье имя, которое не будет забыто), усовершенствовал все начинания своего предшественника, увеличил мастерские и огороды и, первый в России, напечатал солидный научный труд (доклад земству), в котором отстаивал необходимость устройства земледельческих колоний. Ему удалось привести Колмово в совершенно неузнаваемый вид.

Четвертое имя, которое помнят русские психиатры — Литвинов, по планам и системе которого в 1884 г. близ Твери открывается первая в России больница колониального типа — Бурашево. Литвинов создал в Бурашево настоящую школу для русских психиатров, куда приезжали учиться постановке дела, организации лечебного труда и полному нестеснению. Крупнейшие представители следующего поколения земских психиатров — Яковенко, Кащенко и многие другие начали свою деятельность под руководством Литвинова.

В ближайшее десятилетие строятся специальные больницы в Рязани (1883) и в Саратове (1884), после чего одно за другим реформируются отделения губернских больниц, а частью воздвигаются новые учреждения в Тамбове, Самаре, Полтаве, Харькове, Казани, Екатеринославе, Вологде, Курске, Москве — городе, Москве — земстве, Орле, Туле, Воронеже, Костроме, Симбирске, Уфе, Перми, Смоленске, Калуге, Владимире, Нижнем-Новгороде, Херсоне, Одессе и т. д. Каждая из них отличалась некоторыми особенностями своего индивидуального характера (главным образом, в зависимости от размера средств, отпускаемых земствами), но все без исключения следовали одной руководящей идее в вопросах содержания и лечения больных: организация правильного врачебного наблюдения и, следовательно, — но-рестрент, а также работы на воздухе и в мастерских. В этот период (1880—1900) развивается углубленная и широкая деятельность группы русских врачей, в значительной степени учеников Штейнберга и Литвинова. В этот список входят: Бартелинк, Синани, Грейденберг, Аккерблом, Мальцев, Ковалевский, Рагозин, Коссаковский, Максимов, Буцке, Яковенко, Говсеев, Каменев, Смелов, Чечотт, Герман, Евграфов, Вырубов, Захаров, Ергольский, Якоби, Яковлев, Кащенко и другие.

---

[1] Корсаков. Курс психиатрии. Москва, 1901. См. также Кащенко, П. П. Ближайшие задачи в деле попечения о душевнобольных в России. Совр. психиатр., 1911. Книга 9 — 10.

Каждый из них был творцом в том или ином отделе своей области: в организации больниц, колоний, трудовой терапии, посемейного призрения, судебной психиатрии и проч.

Только в этот период времени с полной наглядностью выяснилась крайняя недостаточность психиатрической помощи в России. Не успели открыться земские больницы, как они уже были переполнены; не успели отстроиться Алексеевская больница на Канатчиковой даче в Москве (ныне больница имени Кащенко) или, например, Пантелеймоновская больница на станции Удельной под Петербургом, как уже нехватало мест, и больницы быстрыми шагами приближались к состоянию нежелательной скученности и неизбежного падения санитарных норм. В конце восьмидесятых годов русская психиатрия стала лицом к лицу с вопросом о необходимости организации колоний и патронажа, т.-е. проделала ту же эволюцию, что и Западная Европа. Бурашевская лечебница была каплей в море. В ближайшие годы по ее образцу возникли больницы-колонии: Сапогово возле Курска, Колмово около Новгорода, Голенчино близ Рязани, Томашев Колок в Самарской губернии, Кувшиново близ Вологды и многие другие. В то же самое время в губерниях, на которые не распространялось земское положение, строились правительственные больницы: в Вилейках под Вильной, в Виннице Подольской губернии, в Творках близ Варшавы, Московская окружная лечебница около Подольска, Томская и т. д.

К этому времени русская научная и практическая психиатрия уже начинает сознавать себя мощной организацией. Все более и более назревает потребность общей встречи товарищей по работе, для обмена мыслей и выработки программы для дальнейшего усовершенствования дела.

Идея съезда русских психиатров была особенно энергично пропагандирована П. И. Ковалевским, профессором Харьковского университета. Первый съезд, представляющий собой важный этап в истории развития психиатрии в России и сильно подвинувший вперед реальное осуществление идей Конолли, был открыт в Москве, 5 января 1887 г., в большой аудитории Политехнического музея. Собралось 440 врачей, из них специалистов-психиатров 86 человек. Председателем съезда был единогласно избран Мержеевский,

произнесший блестящую речь «Об условиях, благоприятствующих развитию душевных заболеваний в России и о мерах, направленных к их уменьшению». Среди членов съезда были крупнейшие деятели земской и городской психиатрии: Баженов, Буцке, Евграфов, Говсеев, Кащенко, Литвинов, Каменев, Мальцев, Якоби, Хардин, Штейнберг, Яковенко и другие. Об устройстве психиатрических больниц говорили Баженов, Викторов, Грейденберг, Лион [1]. Правовые условия душевно-больных, русское законодательство и его недостатки получили всестороннее освещение в докладах Боткина, Буцке, Константиновского. Вопрос о воспитании отсталых детей был доложен на съезде инициатором этого дела Маляревским. О колониях и патронаже говорили Баженов и Рубинович, о пьянстве и его лечении в специальных заведениях — Минор. На фоне всех этих содержательных докладов особенно выделялись два: по вопросу о призрении душевно-больных на дому и на жгучую тему о нестеснении. Эти два доклада принадлежали Корсакову. Впоследствии на страницах своего учебника Корсаков резюмировал и отчасти дополнил то, что он говорил на съезде.

Интересно одно воспоминание Корсакова: «Когда я по окончании курса, — говорит он, — пришел в московскую Преображенскую больницу, чтобы поступить туда врачем, тогдашний главный врач, психиатр, пользовавшийся заслуженной известностью, сказал мне: «В университете ведь вас мало учили психиатрии; вы даже, вероятно, не знаете, как связывать», и первый мой урок был урок связывания». «Трудно поверить всему этому, — прибавляет Корсаков, — а между тем это все было и было вовсе не так давно».

Сергей Сергеевич Корсаков родился в 1854 г. во Владимирской губ. В 1870 г. он окончил курс V московской гимназии и шестнадцати с половиной лет был принят на медицинский факультет Московского университета. В 1875 г. он поступил штатным ординатором в московскую Преображенскую больницу, вскоре после чего, в целях усовершенствования в нервных болезнях, сделался ординатором в клинике Кожевникова. Проработав здесь три года,

[1] Последующие съезды были: второй — в Киеве (1905), третий — в Петербурге (1910) и I съезд Союза русских психиатров в Москве (1912 г.). См. «Труды» этих съездов.

Корсаков вновь вернулся в Преображенскую больницу и одновременно заведывал частной лечебницей Беккер. Биографы Корсакова говорят, что занятия в этой лечебнице оказали большое влияние на процесс его развития, как врача и преподавателя. В маленьких красносельских деревянных домиках, от которых веяло уютом и порядком, велась упорная работа по собиранию наблюдений и осуществлению рационального ухода за душевно-больными. Это был, по выражению ученика и друга Корсакова, его преемника по кафедре, В. П. Сербского,—«научный труд, нигде не напечатанный». В Красносельской лечебнице Беккер складывался и зрел тот Корсаков, которого через несколько лет весь психиатрический мир признал одним из своих учителей.

В 1887 г. состоялась защита диссертации Корсакова на тему: «Об алкогольном параличе». В том же году произошло событие, имевшее неисчислимые последствия для русской науки: 1 ноября начался прием во вновь отстроенную образцовую психиатрическую клинику на Девичьем поле в Москве. До этого теоретический курс психиатрии читал в нервной клинике на Страстном бульваре профессор Кожевников. С постройкой специальной клиники ему было трудно совмещать работу и здесь и там, поэтому чтение лекций и ведение практических занятий по психиатрии было поручено приват-доценту Корсакову. Первая лекция была им прочитана осенью 1888 г.

Последующие годы были для Корсакова и для русской психиатрии эпохой огромного подъема и живой, самой разносторонней деятельности. В 1889 г. Корсаков опубликовал работу под заглавием: «Несколько случаев своеобразной церебропатии при множественном неврите», помещенную в «Клинической газете» и вскоре на немецком языке в «Archiv für Psychiatrie», XXI, 3. Под таким скромным названием увидело свет открытие огромной важности. Вот что рассказывает Ритти в своем «Слове в память профессора Корсакова» на парижском Международном съезде 1900 г.:

«Это было на Интернациональном медицинском конгрессе в 1889 г. Я живо вспоминаю, как он подошел ко мне со скромным, почти робким видом; живой, изощренный ум, доброта и неизменная мягкость отражались на

его характерном лице; это была натура ученого и апостола, которая в одно и то же время привлекала и очаровывала. Он держал в руках рукопись и просил разрешения представить ее сверх программы, что и было охотно ему разрешено. Все вы знаете этот капитальный труд, составивший эпоху в нашей науке; он озаглавлен был просто: «Об одной форме душевной болезни, комбинированной с дегенеративным полиневритом». Доклад вызвал самые горячие аплодисменты по адресу автора и его работы; большой ученый, бывший председателем собрания, — профессор Бенедикт из Вены — со всем своим всеобъемлющим знанием и бесспорной компетенцией дал оценку только-что выслушанному высоко оригинальному сообщению в следующих словах: «Мы благодарим доктора Корсакова за его интересный доклад. Он в высокой степени подтверждает учение о том, что вся психопатология может быть сведена к повреждению мозга и, вообще, нервной ткани» [1].

На XII международном съезде врачей в Москве огромное значение описанного впервые Корсаковым «полиневритического психоза», изумительная точность его наблюдения, тип расстройства памяти, столь характерный для этой болезни — получили мировое признание в тот торжественный и волнующий момент, когда при всеобщем одобрении профессор Жолли из Берлина предложил назвать новую форму «Корсаковской болезнью».

На ряду с научно-исследовательской и преподавательской деятельностью твердым шагом подвигалось вперед еще одно дело, связанное с именем Корсакова: коренное преобразование лечения и ухода за душевно-больными. Имя Пинеля было для Корсакова священным, реформа Конолли была тем идеалом, к которому он стремился приблизиться в своей деятельности практического психиатра. Но он не только приблизился, он достиг ее в полной мере. И русская психиатрия, вступивши с ним в «эпоху Конолли», этим самым начала новую эру в России — «эру Корсакова». В 1895 году в московской психиатрической клинике были окончательно упразднены изоляторы; они превратились в квартиры ординаторов и в химическую

[1] Ritti, M. Éloge de M. le professeur Korsakoff (de Moscou). XIII Congrès international de Médecine, Paris, 2 — 9 Août 1900. Section de psychiatrie, p. 3 — 4.

лабораторию. Решетки, которыми были некогда снабжены оконные рамы, напоминавшие о тюрьме, были сняты во всех отделениях. И клиника, с ее обилием света и воздуха, с ее уютом и приветливостью, обратилась в учреждение, в котором не осталось и следа от печальной памяти «сумасшедшего дома».

Академическая деятельность Корсакова, начавшаяся в 1888 году, оставила неизгладимые следы в памяти его ближайших учеников и слушателей. Русские психиатры — питомцы Московского университета — унесли с собою в самые отдаленные местности огромной страны часть того огня, которым горел их учитель, Сергей Сергеевич. И когда, через 12 лет, труды и дни Корсакова неожиданно закончились преждевременной смертью от болезни сердца (1 мая 1900 года), не только Москва, которая видела в нем воплощение всего лучшего, что мог дать человек, врач и ученый, но и вся Россия с исключительной искренностью оплакивала эту потерю. И на Парижском съезде, куда он должен был приехать в августе и прочитать свой доклад «О постельном содержании душевнобольных» — одну из идей особенно близких ему, — его отсутствие было отмечено на первом же заседании психиатрической секции.

Подразделение душевных болезней у Корсакова можно с полным правом считать наивысшим достижением симптоматологической психиатрии конца XX века. Если в конечном счете и нельзя отрицать эклектического характера предложенной им классификации, то все же перед нами эклектизм наивысшего типа, где все самое лучшее, данное Морелем, Маньяном, Шюле, Крафт-Эбингом и другими основательно продумано, глубоко переработано и тесно слито с оригинальными взглядами самого автора, представлявшими собой во многих отношениях предуказания будущего. Учение о преждевременном слабоумии уже отражает на себе новые пути Гейдельбергской клиники (V издание учебника Крепелина вышло в 1896 г., посмертный курс психиатрии Корсакова — в 1901 г.). Оригинальной особенностью книги Корсакова являются, во-первых, страницы, соответствующие третьему отделу II класса его классификации, посвященные «психопатическим конституциональным психозам». Здесь великий московский

психиатр уверенной рукой намечает такие пункты, которые лишь по прошествии двадцати лет легли в основу интересных и важных исканий. Во-вторых, оригинальнейшей стороной его «Курса» является описание полиневритического психоза.

Вот классификация Корсакова [1].

I класс. Скоропреходящие психические расстройства, симптоматические и самостоятельные.

A. Скоропреходящие психические состояния, связанные с общими соматическими болезнями.

1. Лихорадочный бред.
2. Психопатические состояния при общих болезнях, не обусловленные лихорадкой. — Инфекционный бред.
3. Бред при коллапсе.
4. Астеническая спутанность.
5. Травматический, или «нервный» бред.
6. Состояния коматозные и т. п.

B. Психопатические состояния при отравлениях.

1. Отравление алкогольными напитками, опьянение.
2. Другие отравления, выражающиеся в расстройстве психической деятельности.

C. Самостоятельные скоропреходящие психопатические состояния.

1. Скоропреходящее умопомешательство.
2. Патологический аффект.
3. Патологические проявления сна (сомнамбулизм, просоночный бред, летаргия).
4. Другие скоропреходящие психопатические состояния (гипнотические и др.).

II класс. Психозы и психопатические конституции.

A. Первый отдел. Основные формы психозов.

1. Меланхолия, melancholia. Ее виды:
   - Dysthymia (melancholica).
   - Melancholia typica.
   - Melancholia attonita, mel. c. stupore.
2. Мания, mania. Ее виды:
   - Mania exaltativa.
   - Mania typica (furibunda).
   - Mania gravis.

---

[1] Корсаков. Курс психиатрии, М. 1901.

3. Остро развивающееся бессмыслие — amentia Meynerti, disnoia. Ее виды:
   a) Dysnoia abortiva.
   b) Dysnoia delirіosa, острое бредовое бессмыслие, или острое галлюцинаторное помешательство.
   c) Dysnoia stuporosa, stupiditas, острое ступорозное бессмыслие, первичное острое слабоумие.
   d) Dysnoia dementica.
4. Первичное помешательство, paranoia.
   1) Острое и полуострое, paranoia acuta et subacuta.
   2) Хроническая параноя, paranoia chronica. Ее виды:
      a) Типический бред преследования с систематическим развитием.
      b) Резонирующая форма бреда преследования, его подвид — сутяжное помешательство.
      c) Религиозное помешательство.
      d) Эротическое помешательство.
      e) Другие виды.
5. Смешанные формы:
   1) Меланхолическое умопомешательство, vesania melancholica.
   2) Неистовое умопомешательство, vesania manicalis.
   3) Кататоническое умопомешательство, vesania catatonica.
   4) Преждевременное слабоумие, dementia praecox.
      Подвиды: a) юношеская форма,
      б) dementia paranoïdes.
   5) Другие смешанные формы.
   6) Исходные состояния:
      a) Вторичное помешательство, paranoia secundaria.
      б) Вторичное слабоумие, dementia secundaria.

B. Второй отдел. Органические психические расстройства. Органические психозы.

1. Острый бред, delirium acutum.
2. Прогрессивный паралич помешанных, paralysis progressiva alienorum.
3. Старческое слабоумие, dementia senilis.
4. Недостаточно определенные разлитые органические заболевания, выражающиеся психическими симптомами.
5. Полиневритический психоз, psychosis polyneuritica.
6. Сифилис головного мозга, lues cerebri.
7. Слабоумие вследствие органического заболевания мозга, dementia e laesione cerebri organica.

C. Третий отдел. Психопатические конституции и конституциональные психозы.

1. Периодические психозы. Конституция периодических психических расстройств, psychoses periodicae, psychoses intermittentes. Виды:
   a) Простые периодические формы,
   b) Циркулярные формы.

2. Прирожденная психопатическая конституция, psychopathia degenerativa originaria. Проявления:
   1) Общая неуравновешенность.
   2) Paranoia originaria.
   3) Индуцированное помешательство.
   4) Бредовые вспышки дегенерантов.
   5) Резонирующее помешательство.
   6) Нравственное помешательство.
   7) Половое извращение.
   8) Импульсивное помешательство.
   9) Синдромы, еще не вполне выделенные.
3. Неврастеническая конституция. Неврастения и неврастенические психозы, psychoses neurasthenicae.
4. Психозы дегенеративно-неврастенические:
   1) Психоз в форме навязчивых идей.
   2) Ипохондрия и ипохондрические психозы, hypochondria et psychoses hypochondricae.
5. Эпилептическая конституция, эпилептические психозы. Проявления:
   a) Психическая дегенерация эпилептиков.
   b) Скоропреходящие эпилептические психозы.
   c) Затяжные эпилептические психозы.
6. Истерическая конституция, истерические психозы. Проявления:
   a) Психическая дегенерация истеричных.
   b) Скоропреходящие формы истерического психического расстройства.
   c) Затяжные формы истерического психического расстройства.
   d) Психозы на истерической почве.
7. Конституция, связанная с другими неврозами.
   Другие невропатические психозы (хореические психозы, психозы при Базедовой болезни, при болезни судорожных подергиваний и др.).
8. Психопатическая конституция, связанная с болезнями общего обмена и питания и хроническими болезнями отдельных систем и органов (психические расстройства при микседеме, при туберкулезе, атритизме, при парасифилитических процессах, при кахексиях).
9. Психопатическая конституция, развивающаяся как последствие мозговых и в частности психических болезней.
10. Конституциональные психические болезни вследствие хронических отравлений:
    a) Хронический алкоголизм, куда относятся психическая дегенерация пьяниц, белая горячка, затяжной бред и пр.
    b) Морфинизм.
    c) Кокаинизм.
    d) Другие хронические интоксикации.
11. Конституциональные психические расстройства, связанные с травмами (физического и психического свойства).

12. Психопатическая конституция, развивающаяся в связи с процессами периодов развития (психозы детей, периода полового развития, беременности, климактерического периода, старческие психозы).
13. Психопатическая конституция, связанная с этнографическими (расовыми) особенностями.
14. Недостаточно выделенные психопатические конституции.

III класс. Состояние психического недоразвития.

1. Идиотизм в тесном смысле слова.
2. Тупоумие.
3. Кретинизм.

Во втором классе этой классификации под буквой В, между органическими психозами Корсаков поместил описанный им полиневритический психоз. Приходится сожалеть, что недостаток места не позволяет привести целиком это удивительнее по ясности и точности описание. В течение последующих десятилетий Корсаковский психоз превратился в сложную психиатрическую проблему. В дальнейшей истории Корсаковского психоза можно наметить два главных течения:

1. Одни авторы, главным образом, ученики и ближайшие последователи Корсакова, придерживались первоначального взгляда на эту болезнь, как на характерное сочетание своеобразного психического расстройства и воспалительных явлений в нервах, при чем считалось, что оба ряда симптомов — психические и нервно-соматические — вызываются непременно одним и тем же ядом, циркулирующим в крови. Таким образом, эти авторы полагали, в полном согласии с Корсаковым, что один и тот же психоз может вызываться совершенно различными ядами. Наследник Корсакова по кафедре, Сербский, до конца жизни отстаивал такое именно понимание Корсаковского психоза.

Второе течение, возникшее, главным образом, в Германии, представителем которого выступил профессор Жолли (тот самый, по предложению которого полиневритический психоз оказался навеки связанным с именем русского ученого), исходило из наблюдений, где можно было констатировать характерную психическую картину (расстройство памяти на недавние события), но только без полиневрита. Защитники этого направления предложили

заменить название Корсаковского психоза Корсаковским синдромом, симптомокомплексом или амнестическим симптомокомплексом. Наконец, было еще третье течение, возглавляемое Бонгеффером, которому принадлежат классические исследования по Корсаковскому психозу. Бонгеффер и его последователи обратили главное внимание на алкогольные формы этой болезни, указали на ее связь с хроническими бредовыми состояниями при алкоголизме и предложили называть именем Корсаковского психоза только такие случаи, где имеется единая определенная этиология — алкоголь, характерная психическая картина и явления полиневрита. Заболевания, имеющие другую этиологию, сходные с Корсаковским психозом — артериосклероз, сифилис мозга, прогрессивный паралич, опухоли мозга, предстарческие и старческие психозы — все это в соответствующих случаях обозначается ими как «Корсаковский синдром» [1]. К такому же взгляду пришел Гейер [2] в своей работе о Корсаковском психозе. Крепелин в последнем издании своего учебника также оставляет название Корсаковского психоза только для его алкогольных форм, при чем придает исключительное диагностическое значение психической картине, а явлениям полиневрита, часто отсутствующим, отводит второстепенное место. Признавая, таким образом, самостоятельность Корсаковского психоза, как известного этиологического, психопатологического и клинического единства, Крепелин отличает кроме того Корсаковский амнестический симптомокомплекс, который может входить в состав целого ряда других клинических процессов [3].

Корсаков явился центром большого круга учеников и последователей.

---

[1] Bonhöffer. Der Korsakow'sche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 61, 1904.

Его же. Die symptomatischen Psychosen. Leipzig, 1910.

См. также: Handbuch der Psychiatrie, herausgeg. von Prof. E. Aschaffenburg. Spec. Theil, 3 Abt., 1 Hälfte.

[2] Гейер, Т. «О Корсаковском психозе». Соврем. психиатрия. Январь — февраль 1911 (в этой работе приведена вся литература до 1910 г.).

[3] См. также: Розенштейн. О Корсаковской болезни (приведена вкратце дальнейшая история вопроса до 1919 г.).

Его ближайшими сподвижниками были Сербский и Баженов, первый — по клинической, второй — по общественной деятельности в области больничной психиатрии и внебольничной помощи душевно-больным.

Владимир Петрович Сербский (1855—1917) работал с Корсаковым еще задолго до открытия московской психиатрической клиники в частной лечебнице М. Ф. Беккер, первом в Москве уголке клинической психиатрии, где и зародилось то направление, которое позже стало «Московской психиатрической школой». Здесь был строго соблюдаем абсолютный но-рестрент, в такое время, когда Западная Европа еще не повсюду могла похвалиться систематическим проведением реформы Конолли. После нескольких лет самостоятельной работы в Тамбовской земской психиатрической лечебнице и пребывания за границей, где он работал у Оберштейнера и Мейнерта, Сербский с 1887 г. занял место ассистента психиатрической клиники. Здесь в 1892 г. он защитил свою диссертацию «О кататонии» [1]. При жизни Корсакова он читал курс лекций по судебной психопатологии, а после его смерти занял московскую кафедру, при чем до конца своих дней, вместе с ближайшими друзьями своего покойного учителя, принимал горячее участие в активном почитании памяти того, кого он по справедливости считал наивысшим воплощением идеи человека и психиатра. Сам Сербский как в науке, так и в жизни отличался своей исключительной искренностью, которая в те отдаленные времена самодержавия не раз навлекала на него риск серьезной опасности. Он не разрешил полиции сделать обыск в клинике, и власть должна была уступить, смущенная спокойным, но твердым отказом, поразившим ее неожиданностью (искали какого-то серьезного политического преступника, присутствие которого подозревали среди больных). Когда заведомый душевно-больной, политический заключенный Шмидт кончает самоубийством в тюрьме, Сербский открыто выступает в печати. И когда глубоко-реакционное министерство посягает на Московский университет и свободу науки, Сербский покидает зал заседания совета, уходит со службы и

[1] В. П. Сербский. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. Москва, 1890.

резко порывает с оставшейся профессурой. Этот замечательный борец и великий общественник обладал глубоко продуманным и во всех деталях законченным психиатрическим мировоззрением. Его учителем, кроме Корсакова, был Мейнерт, которого он считал гениальным врачем-мыслителем за его последовательность в механо-анатомическом истолковании психики. В статье о психологических воззрениях венского психиатра он блестяще популяризовал его взгляды. Можно ясно было заметить глубокое волнение, когда этот суровый с виду человек вспоминал свои «годы странствий» и венскую клинику. Его перу принадлежит больше пятидесяти работ. Некоторые из них представляют собой возражения против концепции Крепелина о раннем слабоумии. Впоследствии он несколько смягчил свою прежнюю точку зрения, однако не переставал возражать против принципа подразделения психозов по исходу. Убежденный сторонник классической психиатрии, Сербский исповедывал догмат о вторичном слабоумии; идея существования психопатологических процессов с определенной тенденцией к неизлечимости была ему, как впрочем и многим, чужда. Когда он умер, в 1917 г., чуть ли не в тот день, когда пришло известие о возвращении его в университет по приказу Временного правительства, Москва потеряла в его лице закаленного в суровой борьбе большого научного работника, человека, который всегда смотрел вперед и в науке, и в жизни, и ни перед кем никогда не гнул спину [1].

Николай Николаевич Баженов (1855—1922), этот второй сподвижник и друг Корсакова, казался полной противоположностью Сербского, но в одном отношении они были совершенно сходны: в глубоком почитании заветов учителя, в любви к психиатрии и к душевно-больному. Последователь Маньяна и сам отпрыск французской культуры, которую он глубоко воспринял вместе с блеском и яркостью речи и печатного слова, Баженов умел одновременно жить интересами русской деревни, где он организовывал патронаж — дело, которому он отдал такую массу знаний,

[1] Розенштейн, Л. В. П. Сербский — классик Московской психиатрической школы (Психогигиенические и неврологические исследования. Изд. Наркомздрава, М. 1928).

любви и энергии. Когда будет написана история русской психиатрии, Баженову будет отведено в ней одно из самых видных мест. В области теоретических вопросов он больше всего интересовался конституционологией и вопросами вырождения. Его перу принадлежат блестящие статьи на общественные и литературно-психиатрические темы и доклады по вопросам законодательства о душевно-больных. В 1892 г. он привез из Бельгии «очень легкие, комфортабельные» кандалы, которые раздобыл хитростью, выпросив у своего бельгийского коллеги, якобы для образца, и таким образом имел возможность демонстрировать их на торжественном заседании в память Пинеля Московского общества невропатологов и психиатров 25 октября 1892 г. Русские врачи получили наглядное и прискорбное доказательство того, что Бельгия еще не дошла до эпохи Пинеля, в то время как темная Россия уже имела своего Конолли — Корсакова. Несомненно, работа последнего была бы гораздо трудней, если бы с ним не шли рука об руку Сербский и Баженов.

Другой ученик Корсакова, Бернштейн, является в России первым активным последователем Крепелина. Распространению новых идей сильно способствовала деятельность Бернштейна в Центральном приемном покое для душевнобольных в Москве; здесь он в 1907 г. и 1909 г. организовал, по приблизительной схеме мюнхенских, курсы усовершенствования для врачей [1], где группа русских психиатров могла ознакомиться с достижениями молодой германской психиатрии, преобразованной Крепелином.

Александр Николаевич Бернштейн (1870—1922) был сперва ординатором, а потом ассистентом в клинике Корсакова, пока в 1899 г. не стал во главе Центрального приемного покоя, учреждения, ставившего себе задачей

[1] Программа этих курсов в 1909 г. была следующая: А. Н. Бернштейн — Современное учение о душевных болезнях (с клиникой) Т. Ф. Богданов — Методика клинического исследования душевнобольных (с практическими занятиями). Н. А. Вырубов — Психоаналитический метод в изучении и терапии психоневрозов. В. А. Гиляровский — Современное учение о патологической анатомии душевных болезней в связи с общей патологией психического расстройства (с демонстрациями). Ю. В. Каннабих — История психиатрических учений. А. С. Розенталь—Цитодиагностика и серодиагностика в психиатрии. Ф. Ф. Чарнецкий—Терапия душевных болезней.



ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ ЯКОВЕНКО

в первую очередь оказание скорой помощи заболевшим острыми психозами из неимущих слоев населения, которые до этого времени иногда по целым неделям содержались в полицейских участках. С 1903 г. Центральный приемный покой был присоединен к числу учебно-вспомогательных учреждений Московского университета. Здесь Бернштейн, на большом материале (свыше 1000 человек в год), читал курс клинических лекций с практическими занятиями для студентов; при учреждении были организованы лаборатории: патолого-анатомическая, психологическая и биохимическая. Во главе патолого-анатомической лаборатории в течение целого ряда лет стоял один из ближайших учеников Бернштейна, Гиляровский, впоследствии директор психиатрической клиники Второго Московского государственного университета. Другим сотрудником Бернштейна (по биохимии) был Краснушкин, ныне профессор судебной психиатрии в Москве.

Из научных достижений Бернштейна обращает на себя внимание тщательно разработанная им методика объективно-психологического обследования душевно-больных. Отчасти под влиянием идей Вернике, Бине и Зоммера, Бернштейн проводил резкое различие между формой, с одной стороны, и содержанием психических расстройств — с другой. Он поставил себе задачей отыскать для каждого из видов душевного расстройства, установленных школой Крепелина, особые чисто-формальные нарушения душевной деятельности, которые укладывались бы в определенные формулы, могущие служить целям точной клинической диагностики. Способ Бернштейна для определения восприимчивости памяти (Merkfähigkeit) при помощи таблиц с геометрическими фигурами, получил широкое распространение. Описанию всех этих методов посвящена книга Бернштейна «Экспериментально-психологическая методика распознавания душевных болезней» (1908). Наиболее полное представление о практическом применении этих методов у постели больного дают его талантливые «Клинические лекции о душевных болезнях» (1912).

К московской школе психиатров-общественников следует причислить Яковенко и Кащенко.

Владимир Иванович Яковенко родился в 1857 г., окончил Медико-хирургическую академию в Петербурге

в 1881 г. Служил земским участковым врачем в Кременчугском (1881—1883) и в Миргородском (1883—1884) уездах. После этого Яковенко перешел на службу в Бурашевскую психиатрическую колонию, где оставался до 1889 г. После кратковременной работы в Голенчинской психиатрической колонии Рязанской губернии и в петербургской Пантелеймоновской больнице, он в течение трех лет (1891—1893) заведывал Смоленской психиатрической больницей. Здесь впервые в большом масштабе проявился крупный организаторский талант Яковенко. В этой больнице царили совершенно невероятные нравы: смирительные рубашки и даже связывание веревками были в полном ходу, больные жили в грязи, при отсутствии всякого присмотра и ухода (однажды даже буйный больной, запертый в изолятор вместе со слабым, который вскоре умер, съел некоторые части тела последнего. Это вызвало громкий скандал, в результате которого и был приглашен Яковенко). За время своей двухлетней работы в Смоленске он преобразовал, вернее заново создал больницу. После этого Московское земство поручило ему устройство в Подольском уезде, в селе Мещерском, того грандиозного учреждения, которое в настоящее время называется больницей имени Яковенко. Здесь Яковенко прожил 13 лет (до 1906 г.), когда был уволен царским правительством за политическую деятельность. Кроме создания лучшей русской психиатрической больницы, В. И. Яковенко принадлежит заслуга организации первой у нас психиатрической переписи, которая сперва ограничивалась пределами Московской губернии, но впоследствии послужила образцом для такого же дела и в других местностях; благодаря этому впервые в России была установлена точная статистика душевной заболеваемости. Классический труд Яковенко—«Душевно-больные Московской губернии», бывший результатом семилетней научной работы, является ценным вкладом в науку, не только в русскую, но и международную. Яковенко был одним из первых русских общественников-психиатров, которые выдвинули вопрос о децентрализации психиатрической помощи, т.-е. об ее общедоступности; он выступил с проектом устройства сети уездных психиатрических больниц, сравнительно небольших по размерам, тесно вдвинутых в самую гущу повседневной жизни — проект, который, надо думать,

получит осуществление только в будущем. Яковенко был одним из активнейших участников и организаторов целого ряда съездов врачей, имевших в то время такое исключительное общественное значение. Он был деятельным членом Общества невропатологов и психиатров и одним из редакторов Корсаковского журнала. Яковенко был большим научным работником; он оставил после себя до сорока научных трудов, отчетов, рецензий и проч. Только огромный интерес к социальной медицине вообще и к практической работе на живом поприще общественной психиатрии оторвал его от специально-научной (академической) деятельности, о которой он одно время думал после своего заграничного путешествия и занятий в Париже, Берлине и Лейпциге (у Шарко, Вундта и Мунка). Как человек, Яковенко отличался совершенно исключительными умственными и нравственнымн качествами.

Петр Петрович Кащенко родился в 1858 г., окончил Московский университет в 1881 г., но врачебного экзамена держать не мог, так как он был выслан из Москвы за «вредную» политическую деятельность. Его первое соприкосновение с психиатрией произошло в 1885 г. в Казани, где он, выдержав государственные экзамены, работал в качестве экстерна в Окружной психиатрической лечебнице, под руководством А. Ф. Рогозина. В 1896 г. Кащенко поступил ординатором в Бурашевскую колонию, там он познакомился с В. И. Яковенко, с которым его связывала до конца жизни полная общность интересов и самая тесная дружба.

Бурашевская колония со своим директором, Н. П. Литвиновым, шла во главе культурного движения, охватившего русскую психиатрию; последняя, в силу общих условий российской отсталости, как бы одновременно переживала те две эпохи, которые в Западной Европе были отделены одна от другой долгим промежутком времени: эпоху Пинеля и эпоху Конолли. Русские психиатры начала земского периода, снявши с больных цепи и ремни, без промедления приступили к следующему этапу освободительной эволюции — к упразднению знаменитого камзола, еще недавно казавшегося неизбежным аксессуаром терапии психозов. В 1889 г. Кащенко был приглашен заведывать психиатрической больницей в Нижнем-Новгороде. Здесь

ему пришлось провести такие же радикальные реформы, какие проводил Яковенко в Смоленске, т.-е. превратить мрачную тюрьму по мере возможности в лечебное учреждение. Были организованы мастерские, разведены огороды, основана библиотека, закипела научная жизнь—при участии ближайших сотрудников Кащенко: П. Д. Трайнина, И. И. Захарова, А. Б. Агапова. Тут же возникла мысль о необходимости устройства колонии; Кащенко был командирован за границу, и вскоре по возвращении опубликовал в 1898 г. подробный отчет о положении психиатрического дела в Германии, Франции, Шотландии и Бельгии. В 1904 г., когда Кащенко покинул Нижний-Новгород, нижегородская колония в селе Ляхово была одной из лучших в России. Дальнейшим его достижением была организация системы сконцентрированного патронажа (так как система рассеянного посемейного призрения, принятая в Шотландии, была признана им неподходящей для русских условий). Во главе патронажа стал Захаров, принимавший деятельное участие в разработке и осуществлении проекта. В небольшом уездном городке, Балахне, на Волге, в тридцати верстах от Нижнего была построена небольшая, на 30 человек, психиатрическая больница, вокруг которой (а также в окрестном селе Кубинцеве) было организовано посемейное призрение приблизительно 125 человек. Дальнейшим этапом жизни и деятельности Кащенко была Алексеевская больница на Канатчиковой даче в Москве (1904--1906), после чего он перебрался в Петербург. В созданное им здесь статистическое бюро стекались все материалы о психиатрическом деле в России. С огромным напряжением работал он с середины 1918 г. в Наркомздраве в качестве председателя психиатрической секции, явившись таким образом связующим звеном между исполнившей свою миссию земской психиатрией и новыми начинаниями советской медицины. В своем последнем докладе на психиатрическом съезде, в августе 1919 г., он настойчиво проводит намечаемую организацию психиатрической помощи на местах на основе нового положения, что «охрана здоровья трудящихся, есть дело самих трудящихся». Кащенко умер 19 февраля 1920 г. В его лице русская психиатрия лишилась почти гениального организатора и огромного масштаба врача-общественника.

ГЛАВА ТРИДЦАТЬ ПЕРВАЯ

КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

1. Кальбаум, его жизнь и деятельность. Описание кататонии. Геккер и гебефрения. — 2. Классификация Кальбаума. Причины ее непопулярности.

1

На протяжении всего XIX века как во Франции, так и в Германии время от времени в различных вариантах высказывалась мысль о коренном различии между картинами болезни и б о л е з н ь ю, как таковой. Яркими иллюстрациями для этого противоположения могли служить прогрессивный паралич и циркулярный психоз. И здесь и там диагноз ставился не по одним лишь симптомам,—принималось во внимание течение и весь клинический облик того и другого процесса в его целом. Эту разницу особенно ярко оттенил Кальбаум, предложив слово—«симптомокомплекс». Психиатрии как будто не хватало именно этого термина для того, чтобы у нее внезапно раскрылись глаза на весь пройденный путь, во время которого она занималась главным образом симптомокомплексами, принимая их ошибочно за болезни. Кальбаум решил испробовать другой путь, ведущий к отысканию болезней. Значение этого исследователя для всего дальнейшего развития науки огромно: мысли Кальбаума легли в основу клинического мировоззрения Крепелина.

Карл Людвиг Кальбаум (1828—1899) всю свою жизнь прожил в немецкой провинции, сперва врачем в больнице Алленберг в Восточной Пруссии, потом в своей собственной лечебнице в Герлице. Надо думать, что его первый

литературный труд, «Группировка душевных болезней» [1], где он подвергает систематической критике почти все существовавшие в то время классификации психозов, был естественным следствием неудовлетворенных исканий. Кальбаум мечтал о биологически обоснованном подразделении психозов. Своему близкому другу и сотруднику, Геккеру (1843—1899), он сообщал свои мысли. Последний в 1868 г. описал, по его предложению, особую форму психоза, наблюдаемую в юношеском возрасте. Они дали ей название — гебефрения. Это было, по их мнению, после прогрессивного паралича и циркулярного психоза, третьим заболеванием, построенным по нозологическому принципу. Но несравненно большее значение имела работа самого Кальбаума «О кататонии». Первое заявление об этой новой болезни было сделано им на съезде естествоиспытателей в Инсбруке, в 1869 г. Через пять лет появилась его знаменитая монография «Die Katatonie oder das Spannungsirresein» [3]. Уже предисловие к этой работе блещет новизной идей, силой и яркостью выражений. Кальбаум говорит, что хочет показать на живом примере плодотворность предлагаемого им клинического метода. Его цель — подчеркнуть полную бесполезность старой психологической симптоматологии, благодаря которой наука о душевных болезнях так долго пребывает на мертвой точке. Впрочем, исследователи уже давно пользовались новым методом, но пользовались им бессознательно, хотя при его помощи и удалось выделить такой важный процесс, как прогрессивный паралич помешанных. Геккер сделал еще один шаг: он выделил гебефрению. Описав кататонию, Кальбаум хотел создать еще один клинический тип, аналогичный только-что названным заболеваниям. Но что такое клинический метод? Этот метод ставит своей задачей, во-первых, отыскание физических симптомов болезней, во-вторых, выяснение всего хода их развития, этапов и

---

[1] Kahlbaum, K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen, Danzig, 1863.

[2] Hecker. Die Hebephrenie, Arch. f. pathologische Anatomie und Physiologie, Bd. 52, 1871, Heft 3, стр. 394 — 429.

[3] Kahlbaum, K. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, I Heft. Die Katatonie etc. Berlin, 1874.

последовательного чередования картин. Только весь процесс в его целом, включая психологическую и физическую симптоматологию, течение и исход, определяет болезнь. Кататония дает нам пример чередования совершенно различных симптомокомплексов, из которых в результате складывается единый болезненный процесс.

То, что Кальбаум назвал кататоническими симптомами, прежние психиатры наблюдали нередко. Они включали эти симптомы в общую картину — Melancholiae amonitae, и, снабдив свои наблюдения произвольными психологическими объяснениями, строили гипотезы о мыслях, чувствах, галлюцинациях; между тем надо было только объективно наблюдать и описывать. Описание кататонии Кальбаумом можно назвать классическим: однообразные позы, негативизм, стереотипные движения, эпилептиформные приступы очерчены им так художественно, что последующим авторам почти ничего не пришлось добавлять. Для маниакальной стадии болезни характерно, по его мнению, «патетическое поведение больного, возбужденное состояние, с налетом какого-то актерства, театральности», что выражается в его речах, напоминающих иногда какую-то декламацию; иногда же эта речь — бессмысленный набор слов — вербигерация; часто больные сохраняют ничем не мотивированное молчание. Не надо думать, — говорит Кальбаум, — что эта картина, обозначаемая именем атонической меланхолии, есть истинная меланхолия с печальными мыслями: во многих случаях лицо больного не обнаруживает никакого страдания, иногда он даже улыбается, и вдруг состояние ступора переходит в сильнейшее возбуждение. Характерен симптом, носящий название восковой гибкости. Что касается субъективных жалоб, то на первом плане стоят сильные головные боли, преимущественно в области затылка. В дальнейшем у больных часто развивается туберкулез [1].

Таково талантливое изображение, которое, пройдя через обработку, данную ему сперва Крепелином, а потом Блейлером, легло в основу современной концепции схизофрении.

---

[1] См. монографию В. П. Осипова. Кататония Kahlbaum'a. Казань, 1907 (приведена вся история вопроса и обширная библиография).

2

В 1879 году Кальбаум опубликовал «Клинико-диагностические точки зрения в психопатологии». В этой работе он подробно формулирует свои основные нозологические воззрения. Здесь он говорит о превращаемости клинических картин, о переходе мании в меланхолию или в какое-нибудь другое психотическое состояние — в бред, спутанность, наконец, в слабоумие; он детально проводит различие между основным процессом и формами, которые последний склонен принимать временами, избирая то одну, то другую; и Кальбаум старается убедить, что называть эти формы болезнями так же бессмысленно, как обозначать этим именем лихорадку, водянку, кахексию — все это симптоматологические картины, которые внутренняя патология также когда-то рассматривала, как отдельные болезни. Итак: назвать симптомокомплекс — не значит назвать болезнь. Эту задачу выполняет только диагноз клинический.

Второе основное положение клинической психиатрии формулировано Кальбаумом так: психозы с видоизменяющимися, чередующимися симптомокомплексами представляют собой расстройства душевной деятельности во всех ее направлениях; такие психозы часто ведут к заключительному слабоумию. Это — группа **в е з а н и й**.

Наоборот, психозы с более неподвижными, стационарными симптомокомплексами представляют собой расстройства душевной деятельности только в одном или, во всяком случае, в немногих направлениях; такие частичные поражения не ведут к распаду личности, т.-е. не заканчиваются слабоумием. Это группа **в е к о р д и й**.

Таким образом, психопатологическая сущность болезни, с одной стороны, и клиническое течение ее — с другой, находятся между собой в постоянном и закономерном соотношении

Важной особенностью системы Кальбаума является то внимание, которое он уделяет биологическим периодам жизни человека.

Приводим классификацию Кальбаума:

I. **Н е о ф р е н и я** (Neophrenia), психические расстройства, врожденные или приобретенные в самые первые годы жизни, выражающиеся симптомами дефективности или недоразвития.

II. Парафрения (Paraphrenia), психозы, связанные с одним из переходных периодов биологического развития человеческого организма. Сюда относятся:

1. Гебефрения (Hebephrenia), психозы полового развития.
2. Пресбиофрения (Presbyophrenia), психозы полового увядания.

III. Векордия (Vecordia), или энфрения (Enphrenia) — психозы с постоянными (неменяющимися) симптомокомплексами, при которых душевная деятельность нарушена лишь частично. Сюда относятся:

1. Дистимия (Dystymia), поражение аффективной сферы, в виде подавленности или возбуждения.
2. Паранойя (Paranoia), поражение интеллектуальной сферы с образованием бредовых идей.
3. Диастрефия (Diastrephia), поражение волевых процессов

IV. Везания, или панфрения (Vesania s. Panphrenia) психозы с чередующимися (последовательно меняющимися) симптомокомплексами, при которых душевная деятельность нарушена во всех направлениях; такие психозы часто ведут к полному распаду личности, слабоумию. Сюда относятся:

1. Vesania typica completa, когда вполне выражены все стадии, или формы, в которые отливается болезнь, т.-е. меланхолия, мания, спутанность, слабоумие.
2. Vesania typica praeceps, когда, при отсутствии меланхолического стадия болезнь сразу начинается маниакальным возбуждением.
3. Vesania typica simplex, когда, наоборот, при отсутствии маниакального стадия, болезнь, после затянувшейся начальной меланхолии, принимает форму спутанности и быстро заканчивается слабоумием.
4. Vesania progressiva, прогрессивный паралич с дальнейшим подразделением на: a) simplex (отсутствует специфически маниакальный стадий), б) divergens (все симптомы получают законченное и характерное развитие), в) apoplectica (с начальным инсультом).
5. Vesania katatonica s. Katatonia, — кататония.

V. Дисфрения (Disphrenia), симптоматические и симпатические психозы, при некоторых соматофизиологических состояниях и соматопатологических процессах. Сюда относятся:

1. Нервная дисфрения (Dysphrenia nervosa), — психозы на почве нервных болезней, например, эпилептическая дисфрения.
2. Dysphrenia chymosa, психозы—сопровождающие болезни вегетативных органов, как например: лихорадочный бред—Delirium febrile, при тифе и пр., алкогольный бред — Delirium tremens, — Mania syphilitica и проч.
3. Dysphrenia sexualis, психозы, связанные с функциями и неправильностями половой сферы, как например: послеродовая мания, Mania puerperalis, Mania hysterica и т. д.

В этой классификации, отличающейся глубокой продуманностью, особенно оригинальны рубрики 3 и 4:

векордия и везания противополагаемые одна другой, как клинические и симптоматологические контрасты.

Психиатрические воззрения Кальбаума не получили распространения. Как замечает Клеменс Нейссер [1] не нашлось психиатра, который взял бы на себя труд подвергнуть их критике, и не нашлось ни одного, который бы их принял. Кальбаум был предан на целую четверть века довольно основательному забвению. Habent sua fata libelli, и судьба книг отражается в той или иной мере и на судьбе их авторов. Что касается Кальбаума, то известно, что он довольно тяжело переживал «заговор молчания», образовавшийся вокруг его научных идей. Незадолго до смерти он имел возможность увидеть свое учение в новом и ярком свете на страницах руководства, автор которого признал в нем своего идейного наставника и вождя.

Революция, подготовленная Кальбаумом в маленьком провинциальном Герлице, была завершена в Гейдельберге. через 30 лет Крепелином.

---

[1] Clemens Neisser. Karl Ludwig Kahlbaum (in Deutsche Irrenärzte).

ГЛАВА ТРИДЦАТЬ ВТОРАЯ

ЭПОХА КРЕПЕЛИНА

1. Несовершенство клинической психиатрии и искание новых путей. Крепелин в первый период его деятельности. Принципы клинический и этиологический, как основы его классификации. Подготовительные работы. IV и V издания «Учебника». Прогноз, как практическая потребность и теоретический принцип. — 2. Учение о раннем слабоумии. Съезд психиатров юго-западной Германии в 1898 г. — 3. Маниакально-депрессивный психоз. Его краткая история. Смешанные состояния. VI издание «Учебника». Учение о паранойе.

1

Восьмидесятые и особенно девяностые годы можно назвать периодом классификаций. За вычетом прогрессивного паралича и типических случаев циркулярного психоза, вся остальная масса душевных расстройств подвергалась бесконечным перегруппировкам. Критериями служили попеременно: психологические признаки, этиология, патогенез, соматика и т. д. Это было время, когда паранойя разрослась до небывалых размеров, и новые болезни множились с каждым днем. Симптоматологическое направление, возглавляемое Крафт-Эбингом и Цирном, достигло своего кульминационного пункта. Во Франции господствовал Маньян. Терминология стояла на первом плане, но, текучая и изменчивая, она не давала чувствовать под собой твердого остова фактов. Германская психиатрия, когда-то столь гордая Мейнертом, переживала время бесплодного топтания на месте.

Этот кризис разрешился формулой, которая, как и следовало ожидать, была эклектической: она совместила

в себе все прежние принципы деления — основную психологическую картину, этиологию [1], соматическое состояние, анатомические данные, но поставила при этом главный акцент на течении и исходе болезни. Последние два момента, когда-то выдвинутые Кальбаумом, могли сделаться критериями подразделения психозов, однако, только после предварительной проверки их на огромном материале и такого длительного наблюдения над больными, которое не было еще осуществлено никогда. Эти условия давала Гейдельбергская клиника, служившая центральным статистическим бюро для двух больших психиатрических заведений Бадена (Пфорцгейма и Эммендингена), вмещавших в общей сложности более 1500 больных. О больных, переведенных из клиники в периферические учреждения, сообщались в определенные сроки сведения; был создан аппарат и для того, чтобы прослеживать судьбу поправившихся больных. Такие катамнезы, в количестве многих тысяч, послужили фундаментом для коренной реформы всей клинической психиатрии. Необходимые условия, без которого этот труд не мог быть сделан, а именно, исключительная систематичность работы при огромном творческом подъеме и любви к делу, оказались налицо, когда в 1891 г. во главе Гейдельбергской клиники стал приехавший из Дерпта молодой (ему было тогда 35 лет) Эмиль Крепелин.

[1] Прямолинейно наивно проведен был этиологический принцип в классификации шотландского врача Скэ (Skae). Ему казалось, что он достиг «естественной» группировки психозов, разделив их на следующие 25 рубрик: 1. Интеллектуальный и моральный идиотизм и имбецильность. 2. Эпилептическое помешательство. 3. Психоз периода полового развития. 4. Истерическая мания. 5. Аменореальная мания. 6. Постконнубиальная мания. 7. Пуэрперальная мания. 8. Мания при беременности. 9. Мания кормящих. 10. Климактерическая мания. 11. Овариомания. 12. Старческая мания. 13. Чахоточная мания. 14. Метастатическая мания. 15. Травматическая мания. 16. Сифилитическая мания. 17. Психоз онанистов. 18. Белая горячка. 19. Дипсомания. 20. Мания от алкоголизма. 21. Послелихорадочная мания. 22. Мания от оксаллурии и фосфатурии. 23. Общий паралич с помешательством. 24. Эпидемическая мания. 25. Идиопатический психоз: а) стенический и б) астенический.

Эта система подвергалась критике с различных сторон. На ее родине, в Англии, Бекниль и Даниэль Тьюк в IV издании своего «Руководства по психологической медицине» (1879) поспешили указать на полную недостаточность и ненаучность такого подразделения психозов.

Процесс формирования Крепелина, как преобразователя современной психиатрии, может быть прослежен на предлагаемом ниже материале.

Крепелин (1856 — 1926) родился в Нейстрелице, где отец его был чтецом-декламатором. На третьем году своих медицинских занятий в Лейпциге, а потом в Вюрцбурге, он пишет конкурсное сочинение на тему: «О влиянии острых заболеваний на происхождение душевных болезней» [1]. Уже в то время обнаружилось, таким образом, то строго естественно-научное направление, которое служит характеристикой для всей деятельности Крепелина. Этим он в значительной степени обязан своему учителю Ринекеру в Вюрцбурге, о котором он всегда вспоминал с благодарностью и большим уважением. Слава Вундта вскоре привлекает его в Лейпциг. «Физиологическая психология» оказывает на молодого студента огромное влияние. Он делается одним из усердных работников лейпцигской лаборатории, где молодая наука, только-что стряхнувшая с себя ярмо умозрительной философии, надеялась в самом непродолжительном времени, при помощи точных измерительных методов, разрешить основные вопросы «души человека и животных» [2]. В 1879 г. ассистент профессора Гуддена, Форель, покидает Мюнхен, чтобы занять кафедру психиатрии в Цюрихе, и Крепелин заступает его место. С этого момента начинается его психиатрическая карьера. Гудден, величайший знаток мозговой анатомии своего времени, исповедовал в клинических вопросах своеобразный агностицизм. «Этого я не знаю», любил он повторять, когда дело касалось точного диагноза, а тем более прогноза. Несомненно, что убеждение Гуддена в крайней неудовлетворительности всей теоретической психиатрии не могло не оказать своего влияния на Крепелина. Возможно, что именно в это время в нем окончательно укрепляется план воспользоваться экспериментально-психологической методикой для точного диагноза и подразделения душевных болезней. В 1882 г. он снова переезжает в Лейпциг ассистентом к Флексигу, но,

[1] Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Enstehung der Geisteskrankheiten.

[2] Таково заглавие знаменитой книги Вундта.

видимо, только за тем, чтобы быть поближе к Вундту. В 1883 г. Крепелин выпускает в свет «Компендиум по психиатрии» — еще мало оригинальное произведение, в котором ничего не позволяло предполагать будущего реформатора.

Следующим крупным этапом в жизни Крепелина была профессура и заведывание психиатрической клиникой в Дерпте, где он прожил 5 лет, продолжая свои занятия по экспериментальной психологии, переписываясь с Вундтом, обрабатывая и дополняя последующие издания учебника. В 1891 г. он возвращается на родину, на этот раз в качестве профессора в Гейдельберге, на место Фюрстнера, переехавшего в Страссбург. Начало этого гейдельбергского периода характеризуется в первую очередь психологическими исследованиями, в которых Крепелин все еще продолжает видеть могущественное средство для освещения психиатрических проблем. С этой целью гейдельбергская лаборатория предпринимает ряд предварительных опытов, содержание которых отличается большой оригинальностью. Ученик Вундта значительно отошел от узких задач лейпцигских исследований, посвященных по преимуществу элементарным психофизиологическим процессам, связанным с деятельностью органов чувств. Такие исследования, надо сознаться, были довольно скучны. Зато от гейдельбергских психологических экспериментов повеяло новой жизнью. Это была совершенно новая наука, живо отвечающая на вопросы, близкие не только клинике, но и школе, рабочей мастерской, фабрике и целому ряду сторон повседневной жизни и деятельности. Ее темы были следующие: влияние упражнения на умственный труд, утомляемость, колебание внимания и (работа, составившая эпоху) влияние алкоголя на высшую нервную деятельность. К этому присоединились вскоре аналогичные опыты с бромом, вероналом, морфием, паральдегидом, хлоралгидратом и другими химическими веществами. В результате получился в высшей степени ценный научный труд «О влиянии некоторых лекарственных веществ на элементарные психические процессы». Этим путем надеялись подготовить методику для познавания значительно более сложных процессов. Можно сказать, что «процессы» — было тем словом, которое сосредоточивало на себе

внимание во всех отделениях Гейдельбергской психиатрической клиники. Параллельно работам по психологии, патолого-анатомическая лаборатория (где уже работал в то время знаменитый Ниссль) также прослеживала течение процессов: влияние алкоголя, морфия, усталости и проч. на последовательные изменения в структуре мозговых клеток И одновременно в клинических палатах все интересы направлены были на изучение закономерной эволюции психо-патологических картин во времени. Для Крепелина и его сотрудников уже в 1893—1895 гг. не подлежало никакому сомнению, что старая, по преимуществу статическая психиатрия доживает свои последние дни. Стало ясно, что диагностика должна быть чем-то бо́льшим, чем моментальной фотографией или «поперечным срезом» данного состояния больного в данный момент: она должна выражать динамическую и генетическую структуру психоза. Крепелин уже тогда неоднократно говорил во время обходов то, что впоследствии запечатлел на страницах своей книги: «. . . пример прогрессивного паралича должен нас учить, что не существует патогномонических симптомов в области психозов, и только вся картина в ее совокупности, на протяжении всего ее развития, от начала до конца, может дать нам право на объединение данного наблюдения с другими однородными случаями». Следуя Кальбауму, он избрал прогрессивный паралич своего рода стандартом, и поставил своей задачей выделить из аморфной ма́ссы остального клинического материала такие же резко очерченные нозологические образцы. Основной мыслью его было: «течение и исход болезни строго соответствуют ее биологической сущности. Примером является прогрессивный паралич. Предстоит отыскать другие болезни».

Но эти идеи, высказанные Крепелином в IV издании его «Психиатрии» (1893 г.), были только лишь теорией, отвлеченными принципами, еще не получившими своего отражения в клинической части учебника. Лишь крайне осторожно высказываются здесь отдельные мысли, проскальзывают намеки на нечто значительное по своей новизме. Говорится, например, что мания — редкая болезнь. «Можно было бы, — писал Крепелин, — выставить парадоксальное утверждение, что мания по своей сущности

есть периодическая болезнь и что редко встречающиеся изолированные приступы должны считаться ее рудиментарными формами». Далее утверждалось, что периодическая мания и циркулярный психоз родственны между собой.

Все эти «парадоксальные» взгляды были своего рода научной разведкой. Между тем накопление клинического и статистического материала каждый день приносило подтверждение смелых гипотез. Ассистенты и ординаторы Гейдельбергской клиники, которым выпало счастье быть свидетелями и участниками этого творческого процесса, помнят, что, когда в 1894 г. вышла «Психиатрия» Циэна, проводившего узко симптоматологическую точку зрения, это послужило для Крепелина своего рода сигналом к бою. Через два года он решительно выставляет свой лозунг, что душевная болезнь представляет собой «закономерный биологический процесс, разделяющийся на несколько видов, имеющих каждый определенную этиологию, характерные физические и психические признаки, типическое течение, патолого-анатомическую основу и тесно связанный с самой сущностью процесса заранее предопределенный исход». Этот формальный разрыв с прошлым был объявлен в V издании «Учебника психиатрии» в 1896 г. Приведенное определение психоза вносило большие перемены в самую обработку клинического материала: это было принципиальное игнорирование многих симптомов, которым раньше придавался огромный вес, это было преодоление момента и устремление взгляда на широкие промежутки времени. Исключительной задачей и конечной целью изучения больного был безошибочно точный прогноз. И в соответствии с этим идеальным требованием была перестроена заново вся симптоматология душевных расстройств. Фактически сама жизнь давно уже заявляла об этом. Что будет с этим больным, и не угрожает ли ему слабоумие? А если он поправится, то не повторится ли его болезнь? Не останется ли, наконец, наблюдаемая картина на долгие годы, навсегда? Из недр семьи больного, общественных групп, из всей суммы социальных, юридических и иных соотношений, властно заявлял о себе этот вопрос о прогнозе. И, оттеснив в сторону чрезмерно детальную описательную

диагностику, Крепелин постарался дать ответ на практические запросы жизни. Его психиатрическую систему можно определить, как практический эмпиризм.

2

Первым результатом переработки клинического материала на основании многочисленных катамнезов было значительное расширение группы кататонических расстройств. Иначе говоря, некоторые другие болезни сблизились и слились с кататонией Кальбаума. Кататония Кальбаума послужила первым устоем, на котором стало постепенно воздвигаться изумительное по чистоте своих линий, стройное здание крепелиновского учения.

В IV издании своего «Учебника» (1893 г.) Крепелин выделил в особую группу «процессов психического распада» — кататонию, гебефрению и те бредовые формы параноического характера, которые быстро заканчиваются слабоумием. В следующем издании вся эта группа была увеличена включением в нее целого ряда картин «острого помешательства».

Кальбаум еще допускал выздоровление от кататонии. Крепелин решительно настаивал на ее неизлечимости. Он допускал возможность как бы практического излечения, но утверждал, что изощренный глаз психиатра всегда может открыть в таком, якобы поправившемся, больном, неизгладимые следы разрушительного процесса: это своеобразные черты, манера держаться, некоторые жесты, целый ряд безобидных на вид особенностей, которым соответствуют, однако, и внутренние перемены, в результате которых наступило понижение общественно-трудовой ценности человека. Наблюдая такое исходное состояние, резко отличающееся от слабоумия паралитика, артериосклеротика, эпилептика, мы имеем возможность восстановить в уме весь ход болезни в ее существенных фазах.

Слабоумие кататоника не является чем-то вторичным, случайно неблагоприятным исходом болезни, которая при каких-нибудь других условиях могла бы закончиться совершенно иначе; это слабоумие тесно связано с биологической сущностью самого болезненного процесса. Оно является выражением какого-то глубокого нарушения в обмене веществ и в этом отношении может быть

поставлено на один уровень с микседематозным душевным расстройством и кретинизмом. Кататония, с ее неизбежным, заранее предопределенным исходом, может служить примером для целой группы процессов, ведущих к слабоумию (Verblödungsprocesse). Это не есть «вторичное слабоумие», которое было одним из основных догматов прежней психиатрии. Оно зависит не от случайных причин, оно составляет сущность этих расстройств.

В эту группу вошла целиком гебефрения Геккера и еще целый ряд других «болезней», которые раньше, на основании наиболее резких, бросающихся в глаза признаков, причислялись то к галлюцинаторному помешательству, то к аменции Мейнерта, то к мании, меланхолии, то, наконец, к обширной группе параноических заболеваний, дававших в те времена, судя по отчетам психиатрических больниц, наиболее высокий процент всех поступлений. Оказалось, что по всем этим группам были распределены болезненные процессы, пестрые по внешним картинам, но приводящие, однако, больных всегда к одному и тому же концу, совершенно подобно тому, как несходные между собой паралитические симптомокомплексы дают в результате один и тот же неизбежный маразм.

Таким образом, из различных симптоматологических групп были выбраны случаи, представлявшие определенный клинический ход с неудержимой тенденцией к преждевременной гибели личности. Эта тенденция, и в ее лице клиническая сущность болезни, как психопатологического и патобиологического процесса, получила соответствующее определение при помощи термина Мореля: раннее слабоумие — dementia praecox.

27 ноября 1898 г., на 29 съезде психиатров Юго-западной Германии в Гейдельберге, Крепелин выступил с докладом: «о диагнозе и прогнозе dementiae praecox». Диагноз сводился главным образом к отграничению от циркулярного психоза. Докладчик подробно описывал заторможенность циркулярных больных и подчеркивал ее отличие от негативизма при раннем слабоумии. Он демонстрировал двадцатидвухлетнюю больную, заболевшую 4 месяца назад сильной депрессией и казавшуюся на первый взгляд циркулярной. Но постепенно, на ряду с однообразными жалобами, у нее все более выступал вперед

негативизм, казавшийся вначале заторможенностью; между тем выяснилось, что она быстро охватывает все окружающее, быстро делает вычисления, и одновременно выступили вперед: гримасничание, манерная речь, вербигерация и бессмысленный смех, при отсутствии какого бы то ни было аффективного возбуждения.

Далее докладчик представил двадцатичетырехлетнего юношу, заболевшего год назад «меланхолией», которую потом сменило возбуждение, а позже вновь наступила резко выраженная депрессия с идеями греховности, что заставило считать его циркулярным. Однако, 6—7 месяцев назад он дал кататонический ступор с мутацизмом, негативизмом, эхолаллией, эхопраксией, идеями преследования и аффективной тупостью. Ко времени съезда он вышел из этого состояния и теперь предстал перед собранием с нелепыми идеями величия, со слабостью суждения, аффективной тупостью и вычурной манерой держаться. Далее докладчик показал двадцатипятилетнюю девушку с галлюцинациями и идеями полового воздействия. Повсюду это сошло бы за паранойю. Больная ориентирована во времени и пространстве, представляет массу истерических черт, но на ряду с этим — аффективную тупость, бессмысленный смех, манерничание и т. д.[1]. Так развивается процесс во всех случаях.

Этот исторический доклад заключал — одновременно с почти исчерпывающим учением о раннем слабоумии — всю систему Гейдельбергской клиники в том виде, в каком она сложилась к осени 1898 г. Доклад вызвал горячие прения, в которых выступали Зиммерлинг, Ригер, Томсен, Зоммер. Большинство было против докладчика, из сторонников выступал один только Ашаффенбург.

Последующие годы были периодом глухого брожения, явного негодования, с одной стороны, притворного игнорирования — с другой, но, вообще говоря, живейшего интереса, охватившего буквально все клиники и больницы земного шара, куда незамедлила проникнуть весть о революции в психиатрии, разыгравшейся на берегах Неккара. Вместе с тем взоры психиатров, которые давно уже

[1] См. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 56. Heft 1—2, стр. 254, 1899.

переживали утомление и разочарование в своей науке, все чаще обращались в ту сторону, откуда веяло таким свежим воздухом. Неожиданная простота нового подразделения психозов, так сильно облегчавшая изучение клинической психиатрии, была одним из главнейших факторов, создавших молодой школе быструю славу. Огромную роль сыграла обещанная возможность более точного прогноза — этот важный момент в практической деятельности психиатра. Импонирующе действовала спокойная уверенность Крепелина: он говорил голосом человека, глубоко убежденного в том, что ему удалось вывести науку из вековых дебрей на ровный и широкий путь.

В этот боевой период крепелиновской психиатрии раннее слабоумие считалось заболеванием исключительно юношеского возраста. В ближайшие годы возрастной предел болезни стал все более подвигаться вперед. Были описаны случаи поздних кататоний, и особенно те бредовые формы, которые получили название параноидного слабоумия. Возраст, как диагностически - вспомогательный признак, стал отступать на второй план. Почти с самого начала Крепелин не отрицал того, что раннее слабоумие не является, быть может, в настоящем смысле слова, нозологической единицей, но скорее сборной группой, в которую, кроме кататонии, гебефрении и параноидного слабоумия, входят еще и другие болезненные процессы, отграничение которых будет возможно со временем. Указание многих критиков на то, что признаки кататонии, гебефрении и т. д. могут встречаться при грубых органических заболеваниях мозга — склерозе, прогрессивном параличе, сифилисе, не встречало с его стороны никаких возражений, но и не могло иметь для него особо принципиального значения. В результате многочисленных наблюдений и обсуждений вопроса, для большинства исследователей к концу первого десятилетия XX века уже стало несомненным фактом, что психиатрия сделала огромный шаг вперед. Как бы ни были расплывчаты внешние границы этой группы, раннее слабоумие, несомненно, имеет какое-то резко очерченное основное ядро. Изучение последнего в его психологических особенностях и структуре стало подвигаться вперед уже под руководством другого ученого — Блейлера.

3

Вторая группа клинических фактов, подлежащих сближению между собой на основании сходства в течении и в исходе болезни, заключала в себе меланхолические и маниакальные состояния, периодический психоз и циркулярное помешательство.

В вопросе о периодических психозах в течение долгого времени был один пункт, приводивший к многочисленным недоразумениям: различие между рецидивами и периодическими приступами. Вся обширная литература по этому вопросу получила глубокую обработку в 1878 г. в монографии Кирна «Периодические психозы». Под этим именем автор разумел такие болезни, «которые на почве постоянного патологического состояния обнаруживаются в более или менее правильные промежутки времени характерными приступами, в то время, как в периоде интервалов имеются только легкие нервные или психические изменения, лишь намекающие на существование болезненного состояния». Периодические психозы представляют, по его мнению, не рецидивы, а характерное выражение для патологического процесса, в основе которого лежат своеобразные особенности мозговой динамики. Периодические психозы Кирн делил на два класса: центрального и периферического происхождения. В первом случае приступы являются самопроизвольно, во втором — вызываются каким-нибудь моментом, усиливающим скрытое предрасположение до степени явного приступа; такими моментами являются соматическое или нервное заболевание и психическая травма. Монография Кирна, имевшая в свое время большое значение, была составлена по материалам Илленау, где автор работал одновременно с Шюле и Крафт-Эбингом; она легла в основу взглядов самого Крафт-Эбинга в том виде, в каком они изложены на страницах его «Учебника». В своей классификации Крафт-Эбинг разместил манию, меланхолию и периодический психоз по различным рубрикам: первые он считал болезнями здорового мозга, вторые, с их подвидом — циркулярным помешательством — дегенеративными формами. На последнее обстоятельство, по его мнению, указывает тот факт, что в так называемые свободные промежутки у субъекта всегда можно найти признаки нервно-психической неуравновешенности. Между тем французские авторы (Жюль Фальре—сын) считали, что во время свободных промежутков человек совершенно здоров.

К началу восьмидесятых годов литература о циркулярном психозе уже достигла очень больших размеров. Из работ этого периода должны быть упомянуты: обширная статья Эммериха (1881 г.)[1], представлявшая собой полную сводку этого вопроса, работа Кальбаума (1882 г.)[2], впервые подметившего и выделившего легкие

[1] Emmerich. Ueber cyclische Seelenstörungen. Schmidt's Jahrb. 1881, Bd. 190.

[2] Kahlbaum. Ueber cyclisches Irresein. «Irrenfreund». 1882, № 10.

случаи циркулярного психоза, под именем **циклотимии** — название, упрочившееся через много лет в науке, Ритти (1883)[1], издавшего большую монографию о циркулярном психозе с многочисленными историями болезней, Шюле (1886)[2], проводившего некоторое различие между периодическими психозами вообще и циркулярным психозом в частности, но допускавшего промежуточные формы и переходы, и, наконец, Мейнерта (1890), который, как мы видели, объяснял патогенез мании и меланхолии различными состояниями сосудистого центра. В том же 1890 г., Маньян[3] в докладе, прочитанном на берлинском Международном медицинском съезде, делает попытку внести некоторое обобщение в разнообразные суждения и учения о периодических и циркулярных формах: он не симпатизирует чрезмерным тонкостям подразделения; все эти «интермитирующие», «циркулярные», «альтернирующие» и другие разновидности представляют, по его мнению, лишний балласт; правильно говорить о **периодическом психозе**, и только. На вопрос, здоров ли субъект во время свободных промежутков, Маньян отвечает: как общее правило, он совершенно здоров, — таково мнение большинства французских исследователей, и если немецкие авторы думают по-другому, то это объясняется тем, что среди лиц, страдающих периодическим психозом, попадается не мало дегенерантов, которые больны не только, когда они «сходят с ума», но и до и после этого, — только в меньшей степени.

В таком положении находился вопрос, когда Крепелин готовил к печати IV издание своего «Учебника психиатрии».

В этой книге он еще мало отступал от господствовавших в то время классификаций Крафт Эбинга и Шюле. Однако, под старой оболочкой чувствуется временами новое содержание, прорываются слова и намеки на такие воззрения, которые значительно отступают от общепринятых. Мы уже приводили выдержки из этого «подготовительного» издания, где впервые были обрисованы еще незаконченные контуры того «круга», который должен был вместить широкую группу маниакально-депрессивного помешательства.

В V издании 1896 г. этот круг был дорисован. Мания, занимавшая прежде первое место по своей распространенности, лишена была права на самостоятельное существование. Из 1000 больных, дальнейшую жизнь которых Крепелин проследил на протяжении целых десятков лет, нашелся только один единственный, который, проболев в молодые годы манией, не захворал вторично.

---

[1] Ritti. Traité clinique de la folie à double forme. 1883.
[2] Schüle. Klinische Psychiatrie. 1886.
[3] Magnan. Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1897.

Во всех других случаях первый маниакальный приступ был всегда лишь начальным звеном в более или менее длинной цепи позднейших маниакальных периодов.

Меланхолия также была сильно урезана; ей было предоставлено право посещать людей только преклонного возраста, в период регрессивного развития человеческого организма, его биологического увядания. Депрессия involюционного периода (если она не служит признаком органического заболевания мозга) — это *настоящая меланхолия*. Ее отличительные черты: более медленное течение и не столь резко выраженная заторможенность, по сравнению с циркулярным психозом. Напротив, меланхолия в молодости всегда является предвестницей или первым периодом циркулярного психоза, если только она не служит вступительной фазой для dementia praecox. Но тогда это уже не меланхолия, а совершенно другое заболевание, только похожее на нее по общедепрессивной картине.

В этом пятом издании своего «Учебника» Крепелин делит периодические психозы на три формы: *маниакальные, циркулярные и депрессивные*. Самой обширной он считал циркулярную форму и предсказывал возможность ее дальнейшего увеличения, особенно за счет периодической мании, в самостоятельности которой он уже тогда сомневался. «Я склонен смотреть на значительную часть маниакальных форм, как на подгруппу циркулярного психоза, уже на том основании, что число случаев, не представляющих никаких намеков на депрессию, крайне ничтожно. Все же я еще *пока* выделил их в своем изложении, особенно потому, что я не уверен, действительно ли все без исключения формы маниакального возбуждения могут быть причислены к циркулярному психозу, или где приблизительно должно произойти отграничение» [1].

В этой книге, говоря о маниакальных и депрессивных состояниях, хотя и представляющих по внешнему виду полную противоположность, но в действительности являющихся лишь различными формами проявления одного

[1] Kraepelin E. Psychiatrie, V Aufl. Leipzig. A. Barth. 1896 Стр. 617.

и того же основного процесса, Крепелин впервые говорит о возможности совместного существования явлений возбуждения и депрессии в одно и то же время. При подавленном настроении наблюдается, например, большая болтливость; при маниакальном состоянии с бегом идей вдруг является страх; при заторможенности — отвлекаемость; наконец, при маниакально-повышенном настроении — настоящее оцепенение, неподвижность, ступор. Так набросан был первый эскиз «смешанных состояний».

Периодическая депрессия, как самостоятельная болезнь, также внушает Крепелину большие сомнения. Ему кажется, что эта форма встречается даже реже, чем периодическая мания. Видимо, и она вскоре должна будет благополучно водвориться в расширяющийся все более и более круг, называемый циркулярным психозом.

Это, наконец, случилось в 1899 г. Вышло VI издание «Учебника» [1]. Последний шаг сделан: периодическая мания и периодическая меланхолия утратили самостоятельность и увеличившийся за их счет циркулярный психоз получил новое название — маниакально-депрессивное помешательство. «Нет психиатра, — пишет Крепелин, — и по моему убеждению такого и быть не может, который умел бы определить по одной только симптоматологической картине, представляет ли данный случай манию простую, манию периодическую или циркулярный психоз». Правильность наступления приступов, которой придавали некоторое значение Бейарже и в еще большей степени Фальре, а из немецких авторов Кирн, уже не имеет в глазах Крепелина почти никакого значения. Приступы могут наступать, непосредственно присоединяясь один к другому, могут повторяться через 10, 17, 23, 32 года. Если кто-нибудь заболевает с такими длинными промежутками только в пожилом возрасте, или же если интервалы еще более удлиняются, то легко может случиться, что такой больной вообще не доживет до следующего приступа, не говоря уже о возможности смерти в более ранние годы. Крепелин не отрицает того,

[1] Kraepelin, E. Lehrbuch der Psychiatrie, VI Aufl., Leipzig, A. Barth, 1899 г.

что могут наблюдаться единичные приступы маниакального возбуждения или меланхолической депрессии, но это, по его мнению, нисколько не опровергает теории о внутреннем единстве всей группы. Это единство настолько пронизывает все случаи, отдельные формы так тесно сплетены одна с другой, наблюдаются такие многочисленные переходы, что расчленение психоза на разновидности надо считать искусственным и излишним. Но особенно ясно внутреннее единство этой естественной нозологической группы, если принять во внимание комбинацию противоположных фаз во время одного и того же приступа, нередко одновременное существование у больного в данный момент различных элементов, заимствованных из той и другой фазы. Это не только внезапный прорыв веселья во время меланхолического состояния, не только глубокая грусть на несколько часов у маниакально-экзальтированного больного. Это—меланхолические мысли при двигательном и речевом возбуждении, или же веселое настроение при глубоком ступоре. Так учение о *смешанных состояниях* приняло свой окончательный вид. Непродуктивная мания, маниакальный ступор — с одной стороны, депрессия с бегом идей, ажитированная депрессия, с другой, сделались достоянием науки, как принципиально-важные составные части учения о маниакально-депрессивном психозе.

На ряду с учением о раннем слабоумии и о маниакально депрессивном психозе, оригинальной особенностью в системе Крепелина является его понимание *паранойи*. Выше, в главе XXV, было изложено состояние этого вопроса, после того как Вестфаль описал острую параноию. И мы видели, что в ближайшие годы после этого понятие о паранойе подвергалось все большему и большему расширению. Несмотря на то, что Мейнерт выделил из этой сборной группы ряд случаев, описанных им под названием *аменции*, «der grosse Topf» все еще оставался в достаточной степени переполненным. Реферат Крамера [1] в берлинском Психиатрическом обществе в 1893 г.,

[1] Cramer. Abgrenzung u. Differenzial-Diagnose der Paranoia, Allg. Ztschr. f. Psych., 51. 1895.

казалось, окончательно узаконил права этой группы расстройств на занятое ею виднейшее место в классификации душевных болезней. Крамер следующим образом определил паранойю: «Паранойя есть простой функциональный психоз, характеризующийся заболеванием познавательной способности, в то время, как аффект играет здесь второстепенную роль». Это определение в высшей степени типично для симптоматологически-описательной психиатрии 90-х годов XIX столетия.

Содокладчик Крамера в психиатрическом обществе, Бедеккер, предложил декретировать разделение паранойи на острую и хроническую; эти формы в свою очередь распадались у него на простые и галлюцинаторные, а последние разделялись еще дальше: на *делириозные* (со спутанностью сознания) и на *неделириозные* (с ясным сознанием), при которых наблюдается систематизация бреда. Наконец, сюда же была присоединена *периодическая* паранойя, описанная Менделем в 1888 г. [1].

В это самое время Крепелин, «который уже шел своими собственными путями», выставил более узкое понятие о паранойе. Для него было недопустимо, что одна и та же болезнь может иметь самые разнообразные исходы. «Практический эмпиризм» побуждал его, в интересах точности прогностики, выделять под именем паранойи только те формы первичных интеллектуальных расстройств, которые при длительном течении и при отсутствии галлюцинаций характеризуются незыблемой бредовой системой, достаточной эмоциональной живостью больного и отсутствием заключительного слабоумия. Все остальные формы он решительно перенес в группу *раннего слабоумия*. Такая паранойя оказалась довольно редкой болезнью: она составляла не больше одного процента всех поступлений в психиатрические больницы. Из этиологических факторов Крепелин ставил на первом месте неблагоприятную наследственность, далее, житейские неудачи, разочарования, одиночество, но при этом он указывал, хотя и смутно, на особые черты характера

[1] Mendel. 1) Verrücktheit (Paranoja), Real-Encyclopädie von Eulenburg, 1883 и 1888. 2) Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. 44. 1888.

будущего параноика, что было особенно резко подчеркнуто в свое время Зандером, когда этот автор описал свою «врожденную паранойю». В эту же группу Крепелин относил в то время и сутяжный бред (бред кверулянтов). Впоследствии он выделил сутяжную паранойю из ее прежних рамок и перенес ее в XII рубрику своей новой классификации: в отдел психогенных заболеваний [1], на ряду с неврозами от несчастных случаев и психогенными душевными расстройствами у заключенных.

[1] Параноидные заболевания были программной темой на годичном собрании баварских психиатров 27 и 28 июня 1912 года в Мюнхене, на котором выступал Крепелин, и где он впервые высказал свое мнение о психогенном характере и излечимости сутяжного помешательства.

ГЛАВА ТРИДЦАТЬ ТРЕТЬЯ

ЭПОХА КРЕПЕЛИНА

(продолжение)

1. Раскол среди психиатров. Нападки на крепелиновскую систему. — 2. Дальнейшие фазы в развитии учения о маниакально-депрессивном психозе. Работы Дрейфуса, Вильманса, Шпехта и других. — 3. Учение об эпилепсии в эпоху Крепелина. — 4. Учение о наследственности. — 5. Сотрудники Крепелина: Нисслъ, Альцгеймер, Бродман.—6. Достижения эпохи Крепелина в практической психиатрии: постельный режим, упразднение изоляторов. — 7. Учение о парафрениях. Курсы усовершенствования в Мюнхене. Сравнительная психиатрия. Исследовательский институт. Классификация Крепелина.

1

Совершенно небывалое оживление в психиатрической литературе первого десятилетия XX века имело своим содержанием, во-первых, критику крепелиновского учения, во-вторых, дальнейшую разработку его идей. Прежде всего, основное положение Крепелина — подразделение болезней преимущественно по их исходу — возбуждало со стороны многих протест. Из русских психиатров возражал против этого Корсаков и, особенно энергично, Сербский, который указывал на то, что сам Крепелин, впадая в странное логическое противоречие, допускал для известного числа случаев (8—13%) раннего слабоумия, возможность выздоровления. «Оказывается, таким образом, — говорил Сербский, — что болезнь, главным признаком которой выставляется исход в слабоумие, может заканчиваться вполне благоприятно: получается слабоумие

без слабоумия [1]». Паппенгейм заявил на годичном собрании немецкого психиатрического общества в Берлине (1908), что значительное число больных, которым в Гейдельбергской клинике Крепелин в свое время поставил диагноз раннего слабоумия, выздоровело; на том же съезде Мейер из Кенигсберга указал, что в четверти всех случаев этой болезни можно рассчитывать, если не на полное выздоровление, то, по крайней мере, на исчезновение всех симптомов на долгие годы. Число таких наблюдений стало быстро увеличиваться. И когда через несколько лет раннее слабоумие исчезло из обихода, переименованное в схизофрению, догмат о неизлечимости этой болезни уже оказался значительно поколебленным. Подобно Сербскому, многие другие ученые Западной Европы высказывали аналогично суждение о принципиальной недопустимости классификации болезней по их исходам. Положение, что «тождественный исход не есть доказательство тождественности болезни», находит нужным серьезно опровергать и Ясперс [2]. Несмотря на все эти отрицательные и ограничительные суждения, позиция Крепелина оказалась жизненно прочной и наука пошла по указанному им пути. Что же касается вышеуказанного принципиального противоречия, то оно легко разрешается, если, по примеру Блейлера, слово «исход» заменить термином «тенденция». «Тенденция, — как говорит Гуревич, — есть некоторая постоянная величина, свойственная данному болезненному процессу и, как таковая, может и должна войти в его нозологическую формулу» [3].

Учение о маниакально-депрессивном психозе также натолкнулось на резкую критику или на упорное замалчивание. Большинство авторов продолжало рассматривать манию и меланхолию отдельно. Большинство возражений сводились к тому, что даже, если признать манию и меланхолию заболеваниями, крайне склонными к рецидивам, то все же нельзя включать их безоговорочно

---

[1] Сербский, В. П. Психиатрия. Москва, Сгуд. мед. изд., 1912, стр. 447.

[2] Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin. Springer. Стр. 365.

[3] Гуревич, М. О. «Об эпилептоидных состояниях у психопатов. и их отграничении от эпилепсии». Совр. псих. 1913, № 4. стр. 279—280.

в циркулярный психоз. Таковы были взгляды Зоммера [1], Мендэля [2], Циэна [3], Пильча [4] и многих других. Более близко к Крепелину стоял А. Вестфаль, обработавший отдел периодических психозов в учебнике Бинсвангер-Зимерлинга [5]. Во Франции Режи [6], Ремон [7] и другие совершенно игнорировали германского клинициста. Однако, в коллективном учебнике Балле [8] уже звучат несколько иные ноты: мания, меланхолия, периодические случаи и циркулярный психоз рассматриваются, как звенья одной и той же однородной патологической цепи. Вышедший в том же году учебник Рог де-Фюрсака [9] проводит воззрения Крепелина.

Наиболее выдающиеся представители итальянской психиатрии, Бьянки и Танци, продолжают строго отличать простую манию (даже в ее рецидивирующей или периодической форме) от маниакально-депрессивного психоза.

Всецело в духе Крепелина была обработана эта тема в учебниках Вейгандта [10], Фурмана [11] и Эшле [12]. В Англии идеи Крепелина почти полностью были проведены в учебнике Пэтона [13].

Русские психиатры старшего поколения сдержанно отнеслись к реформе психиатрии вообще и к концепции маниакальнодепрессивного психоза в частности. В посмертной книге Корсакова, в учебниках Чижа, Ковалевского всецело отстаивается старое понимание аффективных психозов. Особенно был резок в своей критике тот же Сербский, который так энергично нападал на раннее слабоумие. Он говорил, что маниакально-депрессивный психоз — чисто симптоматическая группа, отличающаяся только своей обширностью и расплывчатостью. Это, по его мнению, имеет свои удобства, и, если бы эта группа была еще обширней, напр., просто «психическое расстройство», то удобство и простота были бы еще значительней. Но, благодаря именно этому условию, данная диагностика является совершенно неопределенной, не отвечая на ряд вопросов, ответы на которые раньше давали общепринятые обозначения—мания, меланхолия, периодическая меланхолия, циркулярный психоз, острая паранойя, аменция. Поэтому,—говорил Сербский,—диагностика — маниакально-депрессивный психоз — представляет шаг назад. Это в данное время такая же мода, как и на Dementia

---

[1] Sommer. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1901.
[2] Mendel. Die Manie. 1902.
[3] Ziehen. Psychiatrie. 1908.
[4] Pilcz. Die periodischen Geistesstörungen. 1909.
[5] Binzwanger-Siemerling. Lehrbuch der Psychiatrie. 1907.
[6] Régis. Manuel pratique de médecine mentale. 1903.
[7] Rémond. Précis des maladies mentales. 1904.
[8] Ballet. Traité de pathologie mentale. Paris, 1903.
[9] Rogues de Fursac. Manuel de Psychiatrie. 1903.
[10] Weygandt. 1) Ueber das manisch-depressive Irresein. Berl. klin. Wochenschr. 1901, № 3 — 4. 2) Ueber die Mischzustände des man.-depres. Irreseins. 1899. 3) Atlas u. Grundriss der Psychiatrie. 1902.
[11] Fuhrmann. Diagnostik u. Prognostic der Geisteskrankheiten. 1903.
[12] Eschle. Grundzüge der Psychiatrie. 1907.
[13] Paton. Psychiatry. 1905.

praecox; мода вероятно продержится еще несколько лет, и затем, надо думать, учение Крепелина будет переработано коренным образом [1].

На другую сторону вопроса обратил внимание в своей критике Жолли (1896): «неясно, — говорит он, — почему случаи меланхолии, наступающие как раз в климактерическом периоде, должны считаться только меланхолией и ничем другим, и почему для их обозначения достаточно этого преобладающего симптома, в то время как одинаково протекающие состояния других возрастов должны получить совсем иное объяснение?» [2]. Гитциг (1898) считал понятие периодичности у Крепелина примененным неправильно, с чем соглашался Пильч [3], Розенбах [4] и другие. Бехтерев с самого начала отнесся скорей сочувственно к обобщению Крепелина, так как еще в 1891 году он в своей классификации отнес в одну группу как простые психозы (меланхолию, манию), так и периодические формы и циркулярный психоз.

В 1909 г., возвращаясь к этому вопросу в связи с разбором идей Крепелина, он рассматривает эти формы как родственные и включает их в одну общую группу маниакально-меланхолического помешательства [5]. Начиная приблизительно с 1910 г., учение о маниакально-депрессивном психозе стало постепенно закрепляться повсюду. Не только в Германии, где работы Вейгандта [6], Ниссля [7], Гаупна [8] прозвучали в этом споре своего рода заключительным словом, но даже во Франции, благодаря горячей защите Дени и Камю [9], маниакально-депрессивный психоз приобрел убежденных сторонников. В России к учению Крепелина примкнули сперва

---

[1] Сербский, Вл. Психиатрия, стр. 506 — 507 «Подобные модные увлечения, — говорит Сербский,— психиатрия переживала уже много раз: таковы учения о дегенеративных психозах, о паранойе, аменции, которые при своем возникновении охватывали гораздо больший круг явлений, чем это признается возможным в настоящее время».

[2] Jolly. Referat über Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie, Arch. f. Psychiatrie. 1896. Bd. 28.

[3] Pilcz. Die Periodischen Geistesstörungen, 1901.

[4] Розенбах. «Оценка учения о маниакально-депрессивном психозе». Русск. врач. 1908. № 2.

[5] См. Бехтерев: 1) Классификация душевных болезней. Казань, 1891. 2) О соотношении между маниакальными и меланхолическими состояниями. Обозр. психиатр., 1909.

[6] Weygandt. 1) Atlas u. Grundr. d. Psychiatr. 1902. 2) Ueber das manisch-depress. Irres. Berlin, Klin. Wochenschr. 1901, № 3 — 4.

[7] Nissl. Zur Lehre von den Periodisch. Geistesstör. Zentralbl. f. Nervenheil. u. Psych. 1899.

[8] Gaupp. Kraepelins Stellung in der Psychiatrie. München. Medic. Wochenschr. 1904.

[9] 1) Dény. La cyclothymie. Semaine médicale, 1908. № 15. De la folie man.-depress. Arch. de Neurol. 1906. 2) Dény et Camus. La psychose man.-depress. 1907.

Бернштейн, а потом Суханов. К этому времени уже успели обозначиться результаты многочисленных статистических катамнестических изысканий, предпринятых в различных странах; этим путем, предуказанным Крепелином, все более и более выяснялась и оправдывалась позиция молодой психиатрической школы.

2

В дальнейшем границы маниакально-депрессивного психоза расширялись все больше и больше. В его состав вошла прежде всего инволюционная меланхолия. Одним из первых, высказавшихся за такое слияние, был Тальбицер (1905) [1]. Но вопрос получил окончательное разрешение после выхода в свет обстоятельной монографии Дрейфуса (1907) [2], проверившего катамнезы случаев, которым в Гейдельберге был поставлен диагноз меланхолии. Он лично разыскивал и исследовал многих больных, собирал сведения у родственников, изучал архивы. Оказалось, что большинство таких меланхоликов выздоровело, и у всех без исключения при тщательном изучении анамнеза можно было точно установить типичные циркулярные симптомы в прошлом. На основании такого течения (отличающегося иногда лишь несколько большей продолжительностью позднего приступа по сравнению с приступами молодого возраста), на основании исхода и полного совпадения всех основных симптомов, Дрейфус 77 из 79 обследованных им случаев решительно причислил к маниакально-депрессивному помешательству. Ни разу автор не мог найти «выздоровления с дефектом», столь типичного для обычных случаев раннего слабоумия, и только в 8% он наблюдал присоединение артериосклероза, в виде специального ослабления психических функций, не имеющего ничего общего с меланхолией. Работа Дрейфуса, явившаяся большим научным событием первого десятилетия нового века, встретила самый живой отклик. Несмотря на возражения Бумке [3], случилось то, что предсказывал Крепелин в своем предисловии

[1] Thalbitzer. 1) Melancholie u. Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1905. Bd. 62. 2) Die manio-depressive Psychose — das Stimmungsirresein. Arch. f. Psych. 1907. Bd. 43.

[2] Dreyfus. Die Melancholie ein Zustand man.-depr. Irreseins. 1907.

[3] Bumke. Ueber die Umgrenzung des man.-depr. Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909. № 11.

к книге Дрейфуса: «старая клиническая картина меланхолии, несомненно одна из самых старых во всей психиатрии, повидимому совершенно исчезнет как форма болезни».

Дальнейший шаг к расширению границ маниакально-депрессивного психоза сделал Вильманс [1], включив в его рамки сравнительно легкие колебания настроения, описанные Соллье [2] под названием периодической неврастении, — термин, которым он думал заменить обозначение Кальбаума [3] и Геккера [4] — циклотимия. В этом же смысле высказывался Дени (1908) и Суханов (1908) [5]; оба эти автора кроме того решительно говорят о циклотимической конституции и, таким образом, путем незаметных переходов, границы маниакально-депрессивного психоза сливаются с одной из разновидностей нормального человеческого характера. Учение о циклотимии, как о смягченной форме маниакально-депрессивного психоза, вскоре было принято психиатрической наукой.

В 1908 г. была сделана в высшей степени оригинальная попытка включить в рамку маниакально-депрессивного психоза хроническую паранойю. Именно этим путем Шпехт [6] думал разрешить кардинальный, по его выражению, вопрос об этиологии, патогенезе и клиническом месте первичного помешательства. В своей работе Шпехт указывает на то, что у каждого параноика можно найти главнейшие симптомы маниакального возбуждения — повышенное самочувствие, самоуверенность, отвлекаемость. Шпехт полагает, что направление бреда при всех вообще психозах обусловливается характером преобладающего аффекта; при паранойе аффект состоит из комбинаций возбуждения и угнетения, т.-е., иначе говоря, паранойя является

[1] Wilmanns. Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Cyclothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Saml. klin. Vorträge v. Volkmann. 1906.

[2] Sollier. Sur une forme circulaire de neurasthenie. Rév. de médecine. 1893.

[3] Kahlbaum. Ueber cykliches Irresein. Bresl. Aerztl. Zeitschr. Oct. 1882

[4] Hecker. Die Cyclothymie eine circuläre Gemuthserkrankung. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. Jan. 1898.

[5] Суханов. Циклотимия и психастения и их отношение к неврастении. Русск. врач. 1908.

[6] Specht. Ueber die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralb. f. Nervenh 1908

особой разновидностью «смешанных состояний», свойственных маниакально-депрессивному психозу. Указанные мысли Шпехта не встретили сочувствия, но вскоре, после работ Бирнбаума[1], Беге[2], Зелерта[3], Голла[4], Кречмера[5] происхождение параноического бреда на основе аффективных переживаний перестало казаться невероятным. Этот интересный вопрос, в связи с изучением тюремных психозов и с огромным оживлением интереса к реактивным состояниям, сделался во второе десятилетие двадцатого столетия одной из очередных проблем теоретической психиатрии.

3

Вот коренные, принципиально важные вопросы, которые придали эпохе Крепелина ее наиболее характерные черты. Но не было ни одной темы, имеющей хоть какое-нибудь отношение к науке о душевных болезнях, на которую деятельность великого клинициста не наложила бы своего отпечатка. Едва прикоснувшись к вековой загадке истерии, он высказывает ряд глубоких соображений, связывающих эту проблему с коренными проблемами биологии. У истеричного переход аффекта в движение сохраняет свой примитивный характер. Это — задержка в развитии; при сильнейших аффектах и у нормальной личности могут появиться имеющиеся у каждого в рудиментарном состоянии непроизвольные оборонительные движения. Таким образом, истерия в руках Крепелина была включена в прочные рамки психобиологических исследований, получивших начало в идеях Дарвина.

Эпоха Крепелина получила в наследство обширный материал об эпилепсии. После Жана Фальре, впервые наметившего понятие о «скрытой эпилепсии» (1861), этим

---

[1] Birnbaum. Ueber vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis. Zentralb. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. 1908.

[2] Boege. Die periodische Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 43. 1908.

[3] Seelert. Paranoisches Zustandbild auf man.-depress. Grundlage. Psych. Verein. Berlin. Dez. 1912.

[4] Golla. Paranoides Zustandbild auf manisch-depress. Irresein. Ref. in Allg. Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. 7, 1913.

[5] Kretschmer. Wahnbildung und manisch-depress. Symptomenkomplex Allg. Zeitschr. f. Psych. 1914.

вопросом занимались английские и американские авторы. Одна из наиболее значительных работ принадлежит англичанину Адиссону («Клинические заметки об эпилептическом помешательстве», 1866). В Германии об этом вопросе писал Крафт-Эбинг в Allg. Zeitschr. f. Psych. (1868) и в своей «Судебной психопатологии». То, что раньше известно было под именем «мимолетной мании» — mania transitoria, стало все более обнаруживать свою истинную сущность по мере изучения эпилептического помешательства. Решительный шаг вперед в этом направлении сделан был, когда за эту тему взялся молодой, безвременно погибший Замт. Ему принадлежит наиболее полное и обстоятельное описание психических эквивалентов эпилепсии. В 1875 г. в V томе Arch. f. Psychiatr. появилась его работа: «Формы эпилептического помешательства». Замт утверждал, что эпилептические психозы представляют специальный вид скоропреходящего душевного расстройства; это своеобразный эквивалент эпилептического припадка. Эпилептический психоз характеризуется своими психическими симптомами, их способом развития и дальнейшим течением, при чем для диагностики вовсе не является необходимостью наличие в анамнезе обычных припадков падучей, которые к тому же сами по себе не могут служить доказательством эпилептической природы болезни. Замт указал на страх как на один из характерных признаков психической эпилепсии. От него не ускользнула частичная амнезия, столь важная не только в диагностическом, но и в судебно-медицинском смысле. Ему также принадлежит художественный анализ эпилептического характера, — нетерпимости, раздражительности, неискренности этих бедных эпилептиков, которые ходят «с молитвенником в кармане, со словами благочестия на устах и с бездной лукавства на деле».

Замт, повидимому, был человек совершенно исключительных дарований. Замечательно, что он как бы предвидел будущие судьбы своей любимой науки. «Клинически хорошо очерченные группы случаев, — говорил он, — представляющие одинаковый ход развития, одинаковую симптоматологию, исход и клиническое течение — должны будут послужить со временем для выделения настоящих болезней». Он был противником теории единого психоза.

выдвинутой впервые Целлером, поддержанной Гризингером и Нейманом. Он говорил: «существует столько же отдельных психозов, сколько отдельных легочных или инфекционных болезней». Павел Замт (1844—1875) был ассистентом в Шаритэ у Вестфаля, подавал огромные надежды, но по трагической случайности (заражение крови при вскрытии трупа) умер, не достигши 32 лет [1].

Учение Замта об эпилептическом помешательстве было разработано впоследствии главным образом Крепелином, Ашаффенбургом и Гауппом. Характерными симптомами болезни эти авторы считали: немотивированные колебания настроения, сумеречные и делириозные состояния с аффектами страха и гнева и с наклонностью к разрушительным актам. В состав эпилептического психоза школа Крепелина включила почти без остатка всю диспоманию, скоропреходящие депрессивные состояния, сутяжные вспышки, немотивированную агрессивность. В силу этого границы заболевания сделались несколько неопределенными и расплывчатыми. Циэн отказывался ставить диагноз эпилептического психоза при отсутствии типичных припадков падучей. Зиммерлинг, Волленберг, Рекке также не соглашались с таким расширенным пониманием эпилепсии. Все это заставило серьезно заняться дифференциальной диагностикой эпилептического психоза. Были указаны следующие опознавательные пункты:

1) Быстрое начало и конец сумеречного состояния с преобладанием аффектов гнева и страха, при наличии устрашающих галлюцинаций и с наклонностью к насильственным актам—говорят за эпилепсию.

2) Полное прояснение сознания и параллельно с этим исчезновение всех других психопатологических признаков—говорит за эпилепсию.

3) Периодичность и однотипность таких приступов—говорит за эпилепсию.

Особое место занимает проблема о более длительных бредовых состояниях у эпилептиков, напоминающих параной. Возникал вопрос о возможности комбинации двух заболеваний (Меюс, Холлос). В противоположность этому было высказано мнение, что хроническое бредовое

[1] Seelert. Paul Samt (in Deutsche Irrenärzte. Bd. II. стр. 219—223).

состояние может быть проявлением самой эпилепсии (Дейтерс, Генриксен, Муратов). Далее были приведены некоторые наблюдения, заставлявшие предполагать возможность комбинации между эпилепсией и маниакально-депрессивным психозом. Все эти вопросы, крайне трудные с точки зрения нозологической психиатрии, где каждая болезнь представляет собой как бы отдельную «сущность», значительно легче поддаются решению, если стать на конституционологическую точку зрения. Тогда можно допустить, что эпилептическое помрачение сознания как бы вызывает наружу конституциональные механизмы, таящиеся в глубине данной личности [1].

4

С начала XX века, в эпоху Крепелина, совершенно иной облик, чем раньше, приняло учение о наследственности. Экспериментальный метод, который совершенно неожиданно удалось приложить к этой области, привел к образованию новой отрасли знания—генетики. Сперва в Англии, а потом в Германии основаны были специальные кафедры, институты, периодические издания. Прежние расплывчатые и приблизительные понятия стали приобретать отчетливые признаки истинно научных концепций. В темной области появились как бы полосы света. Это произошло после того, как в 1900 г. Коренс, де-Фриз и Чермак извлекли из забвения Грегора Иоганна Менделя (1822—1884), открытия которого подали повод к крупным дебатам в учении о наследственности. С этого времени в биологии началось значительное оживление. Но если бы законы скрещивания Менделя были разысканы в «Брюннской естественно-научной летописи» 1866 года хотя бы десятилетием раньше или проникли бы в психиатрию еще при жизни их творца, они не могли бы послужить толчком для новых подступов в изучении наследственности при душевных болезнях. Живительное действие этого толчка стало возможным, только начиная с эпохи Крепелина, когда были очерчены (хотя быть может еще суммарно)

[1] Гуревич, М. Об эпилептоидных состояниях у психопатов и их отграничение от эпилепсии. «Совр. психиатр.». 1913, кн. 4 (приведена литература).

настоящие нозологические классы. При прежних поверхностно-симптоматологических группах—меланхолии, мании, аменции—влияние менделизма не дало бы ничего существенного. Теперь же в психиатрии были найдены какие-то «наследственные единицы» (Erbeinheiten), судьбу которых можно было до некоторой степени прослеживать из одного поколения в другое.

Еще вне всякой зависимости от нового течения, связанного с именем Менделя, при помощи одной только более тщательно собранной и разработанной статистики, начиная с 1895 г., подвигалось вперед постепенное упразднение полиморфной наследственности с ее неограниченными трансмутациями. Одна из первых работ в этом направлении принадлежала Дженни Коллар (1895). Но особенно большое значение имело исследование Дима (1905). Он изучал сравнительное наследственное отягощение у душевно-здоровых и душевно-больных, и получил совершенно неожиданный результат, что обе группы почти ничем не отличались одна от другой: наследственное отягощение здоровых выражалось в 66,9%, наследственное отягощение душевно-больных—77%.

Названные работы, а также исследования Тигеса (1907), Юдина (1907), Вагнера-Яурегг (1902), Шоломовича (1913) совершенно разрушили наивную, по выражению Марциуса, статистику прежних времен. В 1904 г. Штромайер призывал к совершенно новым методам исследования, а Бинсвангер говорил, что все учение о наследственности надо начинать сначала. Вместо подсчета отвлеченных и сухих цифр исследователи обратились к конкретной и живой действительности, к наблюдению над целыми семьями, где есть душевно-больные, к генеологическим изысканиям. Эти обновленные исследования разбились на несколько групп или тем:

1. О психозах братьев и сестер («Метод братьев и сестер») писали Юдин (1907), Шлуб (1910), Альбрехт (1912), Шуппиус (1912) и другие.

2. «Метод прямых нисходящих поколений», основанный Зиоли в 1885 г., сразу дал важные результаты для установления факта однородности передаваемых по наследству психозов. Зиоли впервые наметил группы психозов, как бы исключающих друг друга. Этот вопрос,

одно время сильно интересовавший исследователей, подвергается усиленной разработке в настоящее время. Между прочим, Зиоли ни разу не наблюдал, чтобы от душевнобольных родителей рождались идиоты и эпилептики, как это должно было быть по соображениям Мореля.

3. Вопрос о взаимоотношении различных болезненных единиц привлекал к себе особенный интерес исследователей (Форстер—1901, Штромайер—1904), при чем были попытки установить антагонизм между маниакально-депрессивным психозом и схизофренией. По мнению некоторых ученых циклотимия, истерия, паранойя, психопатические личности и дегенеративные синдромы образуют одну группу, которой резко противопоставляется раннее слабоумие. Эти наблюдения были в общем подтверждены Крепелином, Гауппом, Ашаффенбургом, Липманом, Бумке. В 1907 г. Пильч указал, что в семьях с маниакально-депрессивным психозом периодическое течение наблюдается и в случаях других психозов. Он же обратил внимание на якобы полный антагонизм между маниакально-депрессивным психозом и прогрессивным параличем, и вообще невросифилисом (наблюдение, не подтвердившееся впоследствии в полной мере). Оршанский и Чиж указывали на несовместимость органических заболеваний сифилитического происхождения и невропатической наследственности явно дегенеративного типа. В 1907 г. Пильч обратил внимание на некоторую связь между прогрессивным параличем у родителей и ранним слабоумием у детей [1]. Но в общем итоге следует сказать, что несмотря на ряд ценных работ—Плаута, Демме, Крейхгауера, Ремма, Германа, Пильча, Юниуса, Арнта, Юдина и многих других,—вопрос об антагонизме различных групп психозов между собой еще не может считаться в достаточной степени выясненным.

В 1907 г. энергичное начало посемейному обследованию душевно-больных положил Зоммер. С 1911 г. начались замечательные генеалогические исследования Рюдина. В 1922 г. вышла книга Гоффмана, представляющая

---

[1] Юдин, Т. Психозы у близнецов. Корсаковский журнал. 1907.

наиболее полное исследование о наследственности при душевных болезнях [1].

По словам Ясперса, все современные изыскания подобного рода должны рассматриваться как программы дальнейших работ; по самой сути дела здесь необходимы наблюдения, простирающиеся на десятки лет; более точные ответы на многочисленные вопросы о наследственности даст нам ближайшее и в еще большей степени — отдаленные поколения исследователей.

Надо с сожалением признать, что по самому существу этой темы, вопросы наследственности не смогут быть разрешены ныне живущим и ближайшим поколением исследователей.

5

Некоторые представители анатомического направления в психиатрии (последователи Мейнерта и вся школа Вернике в полном составе) упрекали Крепелина в том, что у него психиатрия «без мозга»: слишком много внимания клинике, слишком мало — патологической анатомии. Верно, что Крепелин не любил необоснованных гипотез и пустых фантазий на патолого-анатомические, физиологические и анатомо-топографические темы. Подобно Гуддену, когда этому ученому задавались вопросы по диагностике и прогностике, Крепелин нередко останавливал анатомические мечтания своих учеников коротенькой отрезвляющей фразой: «этого мы не знаем». Но все же, к середине и особенно к концу его деятельности всем стало ясно, что обвинения анатомов, как совершенно несправедливые, Крепелин мог бы легко отпарировать, лишь назвав имена трех своих крупнейших сотрудников: Ниссля, Альцгеймера, Бродмана.

«Ниссль — основатель и творец анатомии душевных болезней, — говорит Шпильмейер. — В лице Ниссля психиатрия получила основу для создания того, чего она долгое время была лишена в противоположность соматической медицине, а именно: патологическую анатомию,

[1] Литература вопроса приведена у Hoffmann'a: «Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen», Berlin, 1921 и у Юдина. Евгеника, Москва, изд. Сабашниковых, 1924.

в качестве критерия для естественного разграничения душевных болезней» [1]. Ниссль появился в то время, когда господствовало значительное разочарование по вопросу об анатомии психозов. Сделалось очевидным, что ассоциационные волокна Мейнерта так же мало могут что-либо объяснить, как и самые ассоциации. В эпоху господства идей Вирхова было естественно придти к заключению, что только гистопатология клетки в состоянии пролить свет на природу заболеваний мозга. Соответственно этому Бернард Гудден, по совету Ганзера, в 1884 г., объявил конкурс на тему: «патологические изменения нервных клеток в коре». Премию получил двадцатичетырехлетний студент, Франц Ниссль (1860—1919). В течение целого ряда лет, он был сотрудником Крепелина в Гейдельберге, а с переездом Крепелина в 1903 г. в Мюнхен, занял его кафедру; в 1918 г. он вновь присоединился к своему бывшему патрону в только что открытый германский Институт для психиатрических исследований.

Выдающимся сотрудником в великой работе Ниссля по гистопатологии мозговой коры был Алоиз Альцгеймер», — так начинает Крепелин биографию человека, который был не только сотрудником Ниссля, но и самого Крепелина в его великой работе.

Алоиз Альцгеймер (1864—1915) после университетских лет в Берлине, Тюбингене и Вюрцбурге, начал занятия психиатрией во Франкфуртской больнице, где директором был Зиолли, а вторым врачем — Ниссль. Последний нашел в лице Альцгеймера ценнейшего помощника. С 1895 г. и почти до конца своей жизни Альцгеймер работал рука об руку с Крепелином. В Мюнхене он развивает грандиозную деятельность замечательного исследователя и учителя. Оценку его значения для психиатрии лучше всего сделать словами самого Крепелина.

«В восьмидесятых годах XIX столетия психиатры знали только грубые изменения головного мозга — кровоизлияние, размягчение, опухоли и происходящие отсюда перерождения проводящих путей. Это был первый период в патологической анатомии психозов и, конечно, этого

[1] Spielmeyer. Franz Nissl (in Deutsche Irrenärzte, Bd. II, стр. 288 — 295).

было недостаточно. Второй период наступил, когда новые методы окраски волокон открыли картину обширных микроскопических изменений. Этим изменениям одно время придавали слишком большое значение. К этому периоду и относится вступление Ниссля и Альцгеймера на научное поприще. Задачи обоих исследователей были до некоторой степени различны: Ниссль обращал преимущественное внимание на общую патологию мозговой коры. Альцгеймер пытался применять новые точки зрения к определенным болезненным расстройствам коры. Он был убежден в том, что этим путем удастся со временем дать психозам такое же патолого-анатомическое освещение, какое дает наука всем без исключения соматическим заболеваниям. Альцгеймер работал над патологической анатомией психозов, руководствуясь теми задачами, которые ставила ему клиника» [1]. Разумеется, вся работа Альцгеймера была бы почти сведена на нет, если бы клиническая психиатрия оставалась попрежнему на той поверхностно-симптоматологической позиции, на которой она была в руках Шюле, Крафт-Эбинга, Циэна. Крепелин, очертив однородные группы, этим самым дал возможность рассчитывать и на сколько-нибудь однородные анатомические находки. Последние вскоре были добыты, и с ними наступил современный нам период в патологической анатомии психозов.

Совершенно естественно, что первые исследования Альцгеймера были направлены на наиболее отграниченные и сравнительно полнее изученные клинические процессы: прогрессивный паралич и артериосклероз. Его работа о параличе—«Гистологические исследования о диференциальном диагнозе прогрессивного паралича»—должна быть названа классической. Альцгеймеру удалось установить окончательно, что анатомическая сущность этой болезни состоит в сочетании двоякого рода изменений, а именно: воспалительных явлений в мелких сосудах мозга и в распространенной гибели форменных элементов при одновременном разбухании глии. Таким образом, была дана возможность анатомически отделить прогрессивный паралич от

[1] Kraepelin, E. Aloys Alzheimer (in Deutsche Irrenärzte, Bd. II, 299–307). См. также: Spielmeyer, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 33 u. Gaupp. München. Med. Wochenschrift, 1916. S. 195.

клинически сходных заболеваний, артериосклеротических, алкогольных, сифилитических. Отныне можно было ставить диагноз на секционном столе, т.-е. делать то, что давным давно делал каждый прозектор и гистопаталог при всех других заболеваниях человеческого организма.

В 1906 г. на съезде психиатров в Тюбингене Альцгеймер сообщил об открытой им новой болезни, отличающейся и клинически и патолого-анатомически от всех известных до тех пор процессов,—особом виде старческого слабоумия, начинающемся только несколько раньше, чем это бывает обычно. Медленно и постепенно развивается глубокое поражение памяти, ослабление интеллекта, при чем рано появляются очаговые симптомы — расстройство речи, агнозия и апраксия. Микроскоп показывает крайне характерное утолщение и склеивание между собою внутриклеточных фибрилл с образованием особых фигур в виде клубков («болезнь Альцгеймера»).

Третий талантливый сотрудник Крепелина, Бродман (Korbinian Brodmann, 1868—1918), приобрел мировую известность своими открытиями в области гистологии мозговой коры. Его работы установили совершенно новые взгляды на тончайшую архитектонику мозга. Бродман начал свои выдающиеся исследования в 1902 г. и в течение ряда лет издавал их под общим заглавием «Beiträge zur histologischen Lokalisation der Grosshirnrinde». В 1909 г. вышла его замечательная книга Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipen dargestellt auf Grund des Zellenbaues. На основании огромного сравнительно-анатомического материала, Бродман подразделяет поверхность мозговых полушарий на множество (до 50) более или менее автономных участков (так называемых area), отличающихся один от другого по клеточному строению и, следовательно, по функциям. Френологические фантазии Галля, отвергнутые в свое время из-за их примитивности и грубости, углубленные Бродманом, получили таким образом значение непреложного научного факта. Странным образом, Бродман в течение многих лет не мог добиться признания: берлинский университет отказал ему даже в приват-доцентуре. Только содействие Гауппа в Тюбингене, а через несколько лет призыв Пфейффера занять место прозектора в Нитлебене, дали возможность Бродману

несколько устроить свою судьбу. Когда в 1918 г. Крепелин пригласил его в мюнхенский Исследовательский институт, мечты Бродмана о научной работе, казалось, осуществились сполна. Но, к сожалению, уже через несколько месяцев этот крупнейший исследователь трагически погиб от случайного заражения крови (22 августа 1918 г.)[1].

6

Эпоха Крепелина ознаменовалась, на ряду с крупными научными, также и в высшей степени важными практическими достижениями в деле ухода за душевно-больными. К началу деятельности великого клинициста меры стеснения были почти повсеместно еще в полном ходу. Справедливо, однако, отметить, что русская больничная психиатрия уже с конца восьмидесятых годов решительно примкнула к системе но-рестрент'а. Идеи Конолли, как мы уже видели, получили яркое воплощение в Московской психиатрической клинике, руководимой в то время Корсаковым. В Германии, где отношение психиатров к но-рестрент'у долго оставалось «амбивалентным» (где существовал, с одной стороны, горячий энтузиазм Гризингера, а с другой — осторожный скептицизм Лэра), Крепелин сыграл и в этом направлении очень крупную роль: в Гейдельбергской психиатрической клинике не только были отменены все меры механического насилия, но так же, как и в Москве, сделан был еще один шаг вперед: упразднены изоляторы. Почти до конца XIX века изолятор находил убежденных защитников. Но, по мере материального усовершенствования психиатрических учреждений и привлечения к уходу за душевно-больными более многочисленных кадров хорошо подготовленного среднего и младшего персонала, постепенно стали приходить к убеждению, что изоляторы не нужны. Мало того, выяснились многочисленные отрицательные стороны этой меры, которая в свое время представляла несомненный шаг вперед по сравнению с горячечной рубашкой. Сделалось очевидным, что пребывание

[1] Vogt, O. Korbinian Brodmann, Journal f. Psychol. u. Neurol. 24, 1918. Spielmeyer. Korbinian Brodmann, Münch. med. Wochenschr. 1918. Nissl. Korbinian Brodmann, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psichiat. 45, 329, 1919. См. также: Spielmeyer. Korbinian Brodmann (in Kirchhoff, Deutsche Irrenärzte, Bd. II. 308–312).

в одиночестве в маленькой пустой комнате деморализует больного. В комфортабельной и приличной обстановке больной сдерживается, «тогда как в грязной комнате он сам будет вести себя нечистоплотно и потеряет вскоре всякое чувство приличия». Так учил Корсаков в девяностых годах [1]. Интересно проследить процесс постепенного отмирания изоляторов. Началось с того, что время пребывания больного там все более ограничивалось; помещали туда только в случаях исключительного возбуждения. Потом стали находить, что даже при этих условиях лучше держать дверь открытой; вследствие этого стало ненужным устройство наблюдательных окошек. Потом, как-то само собой произошла полная атрофия изоляторов и одновременно с этим принципиальное отрицание этого пережитка прошлого. Из германских психиатров наиболее энергичными противниками изоляторов были: Ваттенберг, Гейльброннер, Гоппе и, наконец, Крепелин. Но тщательный и непрерывный надзор за душевно-больными, идею которого впервые выдвинул Паршапи, мог быть осуществлен потому, что на помощь пришла одна мера, которая открыла собою новую страницу в истории практической психиатрии. Это постельное содержание.

Слабых, спокойных, парализованных давно уже держали в постели [2]. Это — казалось понятным само собой. Но для беспокойных и опасных больных здесь выдвигалось нечто новое, и потребовалось некоторое время, чтобы такой способ содержания больных был понят и вошел в обиход больниц. История этого вопроса в кратких чертах такова.

Первое указание получено было от Гислена в 1852 г.[3]; по поводу лечения меланхолии он говорил: постель, в первом периоде болезни, должна быть одним из главных лечебных средств. Людвиг Мейер в 1881 г. доказывал, что абсолютный покой в постели как бы прерывает течение психоза и является, следовательно, могучим профилактическим средством [4]. В девяностых годах появилась статья

---

[1] Корсаков, С. С. Курс психиатрии. Москва, 1901., стр. 549—550.

[2] Лион, М. Постельное содержание. Из набл. земского психиатра. Архив психиатрии, нейрологии и судебн. психопатологии, 1898.

[3] Guislain, Leçons orales, 1852.

[4] Meyer, L. Die Behandlung der psych. Erregungs und Depressionszustände. Therapeut. Monatshefte, 1881, стр. 165.

Клеменса Нейссера о результатах постельного содержания, по набюдениям в Лейбусе. Из обеих работ вытекало, что больные, которых приходилось бы неизбежно «запирать в одиночку», в постели лежат сравнительно спокойно. В 1893 г. Петц говорил, что мозг, будучи поражен острым болезненным процессом, более всякого другого органа нуждается в полном отдыхе, а это всего лучше достигается лежанием в постели. Когда вновь поступившему больному сделают ванну, переоденут его в чистое белье и уложат в постель, он с первого момента получает впечатление, что он в больнице, что он болен или, по крайней мере, что его считают больным; с этим он скорее мирится, чем с мыслью о заключении в «сумасшедший дом». Даже больные, находящиеся в состоянии маниакального возбуждения, постепенно подчиняются «внушению обстановки» и мало-по-малу успокаиваются.

В московском Обществе невропатологов и психиатров, 24 ноября 1895 г., Говсеев[1] прочел доклад о результатах применения постельного режима в мужском отделении екатеринославской земской психиатрической больницы. Он доказывал, что в психиатрической практике выполнена лишь отрицательная сторона программы — сняты оковы цепи, смирительные рубахи, больные выведены из темниц. Но постельный режим есть начало осуществления положительной части программы. Так же, как лечат тиф или пневмонию, так же точно надо лечить материальный процесс в головном мозгу. Говсеев добился блестящих результатов: опустели изоляторы, уменьшилось битье стекол, порча белья, общая безопасность больницы возросла вследствие облегчения надзора. И, цитируя слова Шольца, Говсеев называет введение постельного режима новой эрой в истории ухода за душевно-больными[2]. С зимы 1895 г. начато было систематическое применение постельного режима в клинике Корсакова. Соответствующие наблюдения были опубликованы Бернштейном[3]. С начала

---

[1] Говсеев, А. Постельный режим при лечении душевно-больных. Обозрен. психиатр., 1896, №№ 5—8.

[2] Инициатором этого дела в России д-р Тимофеев.

[3] Бернштейн, А. О постельном содержании в применении к лечению душевно-больных, Врач, 1896, № 27.

1896 года Бехтерев [1] ввел постельный режим в своей клинике. В 1898 г. появились работы Осипова [2] и Лиона. Оба дали историю вопроса и привели собственные наблюдения; эпиграфом Лион избрал следующие слова Бернштейна: «постельное содержание — последний лозунг вековой борьбы за свободу и человеческие права душевно-больного».

7

Еще один способ успокоения, заменивший в новейшее время камзол и изолятор, является характерной чертой эпохи Крепелина — длительная ванна. 15 сентября 1846 г. Бриер де-Буамон сделал доклад в парижской Медицинской академии о лечении длительными теплыми ваннами в сочетании с применением холода на голову. Показаниями служили: острые психозы и особенно мания. Пользу длительных ванн отметили уже в то время Дагоне, Гислен, Форбс-Винслоу и многие другие. Спустя 16 лет Бриер де-Буамон вновь представил сводку дальнейших своих наблюдений и, между прочим, опровергает опасения, высказанные с разных сторон, об ослабляющем будто бы действии ванн, о возможности коллапсов и других случайностей, которых он, однако, не наблюдал никогда.

Особенно энергичным пропагандистом теплых ванн выступил Крепелин с самого начала своей деятельности. Бриер де-Буамон держал больных в ванне от 6 до 14 часов в сутки, у Крепелина они оставались в воде целыми днями и даже неделями.

Улучшение психиатрического дела в эпоху Крепелина сделало, наконец, еще один шаг вперед: почти повсеместно в уходе за душевно-больными преобладающую роль стали отводить женскому персоналу. Начало этому было положено по случайному поводу в Дании в 1866 г.: во время прусско-датской войны, за недостатком мужского населения, отправленного на фронт, в беспокойные мужские отделения были переведены сиделки из женских палат. Лишь через много лет этот опыт был повторен

---

[1] Бехтерев, В. О постельном содержании душевно-больных. Обозрен. психиатр., 1897, № 1.

[2] Осипов, В. П. Терапевтическое значение постельного содержания. Обозр. психиатр., 1898, № 5 — 6.

вполне сознательно в Шотландии, Голландии, Германии, в эпоху того фазиса социально-экономических отношений, когда сильно увеличилось предложение женского труда во всех областях физической и интеллектуальной деятельности. В России в 1896 г. пионерами в деле пропаганды женского ухода были Якобий в Орле и Чиж в Дерпте. Впоследствии много писал и выступал на съездах по этому вопросу орловский врач И. С. Герман [1]. О полезном влиянии указанной меры вскоре уже не было разногласий: больные сделались менее раздражительными, столкновения между ними стали реже, женский персонал, как выяснилось, легче переносит крики, беспокойство, агрессивность, нечистоплотность больных; дежурства стали более добросовестными, число побегов сократилось.

8

В 1912 г. законченное, казалось, здание крепелиновской систематики подверглось неожиданному изменению: группа раннего слабоумия несколько сузилась, благодаря выделению из ее состава таких параноидных форм, которые, хотя и ведут к слабоумию, однако, не представляют типических признаков схизофренической психики (аутизма, эмоциональной тупости и т. д.). Для этих случаев Крепелин предложил название парафрения. Оттеняя сравнительную сохранность аффективной и волевой деятельности таких больных, Крепелин этим самым снова приблизился к покинутой им симптоматологической точке зрения. Самые названия, предложенные им для отдельных разновидностей этих процессов: 1) парафрения систематическая, 2) экспансивная, 3) конфабулирующая, 4) фантастическая — сильно напоминали психологические рубрики старинных классификаций. Критика — как дружественная, так в особенности враждебная, — не замедлила отметить парафрении, как своего рода инородное тело в нозологии Крепелина. Следует, однако,

---

[1] Герман, И. С. К вопросу о женской прислуге в мужских отделениях психиатрических больных. Журн. им. Корсакова, 1908, кн. 2. См. также Любушин А. Л. Впечатление о новом типе ухода за больными в мужском отд. Преображенской больницы. Журн. им. Корсакова, 1912 кн. 2—3. Левчаткин, В. И. Некоторые данные о применении женского ухода в мужск. отд. псих. больниц. Современная психиатрия, 1913, XI.



ЭМИЛЬ КРЕПЕЛИН

заметить, что, создавая эту «компромиссную» группу, Крепелин лишь сделал шаг в направлении, предусмотренном изначальной программой его клинической деятельности: расчленения Dementiae praecocis на более мелкие формы. Эта попытка послужила одним из поводов к постановке вопроса о границах чисто нозологического подхода к психопатологическим явлениям. Была высказана мысль, что быть может направление, возглавляемое Крепелином, достигло пределов, за которыми уже надлежит искать иных критериев для истолкования многих клинических фактов. С момента описания парафрений совершенно ясно обнаружился какой-то поворотный пункт в ходе развития теоретической психиатрии.

Это были как раз те годы, когда слава великого клинициста распространилась по всему миру. Мюнхенская клиника, руководимая им с 1903 г., сделалась таким же местом паломничества врачей, каким был Сальпетриер во времена Эскироля и позже — в эпоху Шарко. На скамьях аудитории, выходящей на Гетештрассе, русские сидели вперемежку с англичанами и японцами, а врачи скандинавских стран рядом с жителями Неаполя и Южной Америки; были представлены и Бельгия, и Голландия, и Испания; вскоре также и Франция, по справедливости гордящаяся своими гениальными достижениями начала XIX столетия, не могла не признать, что германская наука, в лице Крепелина, достигла высшего синтеза психиатрических знаний, подготовленного всем предыдущим ходом развития науки, в котором описания прогрессивного паралича и циркулярного психоза сыграли такую решающую роль. В результате французские ученые стали приезжать на знаменитые «курсы усовершенствования» в Мюнхене, куда мечтал попасть каждый врач-психиатор, чтобы получить у первоисточника обновленное знание обновленной науки. Здесь Альцгеймер развертывал перед слушателями интереснейшие результаты своих исследований по гистопатологии мозга; здесь Корбиниан Бродман излагал цитоархитектонику мозговой коры; Рюдин знакомил с монументальным собранием своего ценного материала по наследственности и евгенике; Иссерлин, который своими работами поддерживал несколько слабевший тонус психологической лаборатории

Мюнхенской клиники, читал курс по психотерапии; Плаут докладывал результаты серологических изысканий; Аллерс и Вут выступали с оригинальными работами, положившими начало самостоятельной ветви психиатрии — психической химии; Липман говорил об афазии, агнозии и апраксии — отдел, которому он посвятил больше двадцати лет труда. Наконец, на этих исторических курсах сам Крепелин демонстрировал на большом материале всю картину перестроенной им науки. Курсы длились 6 недель и заканчивались обыкновенно поездками курсантов в Габерзее и Эгльфинг — огромные образцовые больницы колониального типа в окрестностях Мюнхена.

Заключительным звеном во всей этой цепи научных и культурных впечатлений (чего, например, стоил сам по себе город Мюнхен с его художественными коллекциями!) был прощальный раут с его отличительной чертой, о которой говорили заранее: полным отсутствием спиртных напитков, категорически изгоняемых Крепелином как из своего собственного обихода, так и всюду, где он мог это сделать. Мюнхенские курсы, на которых врачи получали огромный подъем энергии для дальнейшей работы, не могут не быть отмеченными в истории психиатрии.

К началу мюнхенского периода относятся совершенно новые начинания, навсегда связанные с именем Крепелина: его путешествие на Яву и наблюдения над душевными заболеваниями у примитивных народов, которые повели к созданию новой науки — сравнительной психиатрии, обещающей пролить свет на целый ряд проблем биологии и этиологии психозов [1]. Вопросы общественной гигиены, профилактики, судебной психиатрии интересовали Крепелина с самого начала его деятельности. Еще в молодости он обнародовал работу «Об отмене заранее установленных сроков наказания» [2]. В 1906 г. он вновь возвращается к криминологическим темам, публикуя «Преступление как социальная болезнь». Вопросы общественной психиатрии он широко затронул в статье «Психиатрические задачи государства».

Еще одно начинание связано с его именем: в годы войны, в тяжелое время всеобщего обнищания в Германии, по инициативе Крепелина, в 1917 г. был открыт

---

[1] Kraepelin. Die Vergleichende Psychiatrie, Zentralbl. f. Neurol, 1904.
[2] Ueber die Abschaffung des Strafmasses.

Германский психиатрический исследовательский институт. Это было воплощением его давнишней мечты. Средства на это грандиозное дело были отпущены между прочим американским ученым меценатом, доктором honoris causa Джемсом Лёб. Когда Крепелин, в 1922 г., за выслугой лет покинул психиатрическую клинику Мюнхенского университета, он перенес свою деятельность в исследовательский институт.

Последнее, VIII издание его «Учебника», вышедшее в 1915 г., представляло нечто исключительное по своим размерам (3000 страниц) и совершенно небывалое по обилию материала — невиданное в истории психиатрии единоличное достижение человека. Такой труд мог создать только Крепелин: у него была исключительная целеустремленность, способность к сильнейшей концентрации на главном при полном отсутствии отвлечения в сторону. Жизнь и работа составляли для него одно. Он был несколько суров по внешности; от него веяло некоторым холодом; он был требователен к другим, но в первую очередь к самому себе. Как говорит Вейгандт, это была глубоко этическая натура. Все неподлинное и условное было ему чуждо.

Летом 1926 г. престарелый ученый, отдыхая в Поланце на Лаго-Маджиоре, готовился к новому путешествию в Ост-Индию для собирания дальнейших материалов по сравнительной психиатрии. Начавшееся с августа недомогание заставляло откладывать отъезд. Ост-индским психиатрам, с нетерпением ожидавшим приезда великого ученого, несуждено было увидеть Крепелина: он умер 7 октября 1926 г. За три дня до смерти он закончил редактирование II тома нового, IX издания «Учебника» и успел продиктовать предисловие.

Ясперс говорит, что в истории психиатрии нет гениальной личности и выдающиеся люди в ней редки. Таким печальным аккордом заканчивает он короткий исторический обзор психиатрических учений в заключительной главе своей «Общей психопатологии». Странным образом эта фраза непосредственно следует за страницей, где излагается деятельность Крепелина. Это суждение мы оставляем на ответственности его автора. Нам оно кажется несправедливым в отношении целого ряда деятелей нашей науки.

И несомненно, что когда осенью 1926 г. Крепелин умер, он оставил после себя научные и практические достижения совершенно исключительной ценности.

Вот классификация Крепелина [1]:

I. Душевное расстройство при повреждениях мозга.
Сотрясение мозга, травматический бред, травматическая эпилепсия, состояния травматической слабости.

II. Душевное расстройство при заболеваниях мозга.
Органические заболевания мозга.
Разлитые заболевания мозга.
Множественный склероз.
Семейные мозговые заболевания (Chorea Huntington'a, амавротическая идиотия, aplasia axialis extracorticalis congenita).

III. Отравления.
1) Острые отравления.
Продукты обмена веществ (уремия, эклампсия, острая желтая атрофия печени, вводимые яды: эфир, сантонин, гашиш, закись азота, атропин, гиосцин, окись углерода).
2) Хронические травления.
А. Алкоголизм.
Хронический алкоголизм.
Бред ревности пьяниц.
Белая горячка.
Корсаковский психоз.
Галлюцинаторное помешательство пьяниц.
Алкогольный паралич, или псевдопаралич.
Б. Морфинизм.
В. Кокаинизм.

IV. Инфекционный психоз.
А. Лихорадочный бред,
Б. Инфекционный бред.
В. Острая спутанность (Amentia),
Г. Инфекционные состояния психической слабости.

V. Сифилитические психозы.
Сифилитическая неврастения.
Гуммозные опухоли.
Сифилитический псевдопаралич.
Апоплектический сифилис мозга.
Сифилитическая эпилепсия.
Параноидные формы.
Табетические психозы.
Наследственный сифилис.
Задержка развития.

VI. Паралитическое слабоумие (dementia paralytica).
Дементный паралич.

---

[1] Kraepelin. Psychiatrie, VIII Aufl.

Депрессивный паралич.
Экспансивный паралич.
Ажитированный паралич.

VII. Старческие и предстарческие психозы.
A. Предстарческие психозы.
B. Артериосклеротическое помешательство.
C. Старческое слабоумие.

VIII. Тиреогенное душевное расстройство.
A. Душевное расстройство при Базедовой болезни.
B. Микседематозное душевное расстройство.
C. Кретинизм.

IX. Эндогенные душевные расстройства.
A. Раннее слабоумие (dementia praecox).
Простая, обыкновенная форма.
Гебефрения.
Депрессивная форма.
Депрессивная форма с бредовыми идеями.
Круговая форма.
Возбужденная форма.
Периодическая форма.
Кататония.
Параноидные формы.
Речевая спутанность.
B. Параноидные формы (парафрения).

X. Эпилептическое помешательство.
Психическая эпилепсия.
Эпилептическое помешательство.

XI. Маниакально-депрессивное помешательство.
Маниакальные состояния.
Депрессивные состояния.
Смешанные состояния.
Предрасположения.

XII. Психогенные заболевания.
1. Неврозы деятельности.
A. Нервное истощение.
B. Невроз ожидания.
2. Обращенные психозы (Verkehrpsychosen).
C. Индуцированное помешательство.
D. Бред преследования тугоухих.
3. Случайные психозы.
E. Неврозы от несчастных случаев.
F. Психогенные душевные расстройства у заключенных.
G. Сутяжный бред.

XIII. Истерия.

XIV. Сумасшествие (paranoia).
Бред преследования.
Бред ревности.
Бред изобретений.
Бред происхождения.
Бред религиозный.
Бред эротический.

XV. Прирожденные болезненные состояния.
A. Нервность.
B. Невроз навязчивых состояний.
Навязчивые представления.
Фобии.
Боязнь ответственности.
Боязнь, обращенная к собственной личности.
Расстройства чувства.
Расстройства воли и действий.
C. Импульсивное помешательство.
D. Половые психопатии.
XVI. Психопатические личности.
A. Возбудимые.
B. Несдержанные.
C. Люди влечений.
D. Ограниченные.
E. Лжецы и плуты.
F. Враги общества.
G. Ищущие ссор.
XVII. Общая задержка психического развития.
Идиотизм, тупоумие, отсталость.
Микроцефалия.
Туберозный склероз.
Другие формы задержки развития.
Инфантилизм.
Задержка развития желез внутренней секреции.
Монголизм.
Менингит.
Кровоизлияния.
Головная водянка.
Неправильное образование черепа.
Энцефалит.
Заболевания сосудов.
Запустение мозговой коры.
Дегенеративная атрофия.
Мегалэнцефалия.
Опухоли.
Семейные заболевания.

ГЛАВА ТРИДЦАТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

ПЕРЕХОД К СОВРЕМЕННОСТИ

1. Современники Крепелина — Фрейд, Юнг, Блейлер и оживление психологических интересов. Учение о схизофрении. — 2. Пограничные состояния, циклотимия и первые этапы учения о конституциях. Гохе и реакция против клинико-нозологического направления. Бонгеффер и вопрос об экзогенных реакциях. Ясперс и уточнение обще-психопатологических понятий. — 3. Зарождение учения о схизофренической конституции. Работа Ганнушкина.—4. Психиатрия после империалистической войны и учение о психогении (истерия, травматический невроз). Психоанализ Фрейда. Индивидуальная психология Адлера. Учение о психопатических личностях. Учение о симптомокомплексах, о реакциях и последние этапы учения о паранойе. «Построение психоза» и «диагностика о многих измерениях». Классификация психических расстройств, принятая на германском съезде 1920 г. — 5. Соматические изменения при психозах. Эндокринология. «Строение тела и характер» Кречмера.—6. Объективная психиатрия Ленинградской психиатрической школы: Бехтерев, Осипов, Ющенко и другие.

1

Когда-то ревностный ученик Вундта, Крепелин в начале своего научного пути стремился обосновать всю психиатрию на экспериментальной психологии. С годами эта тенденция постепенно сходила на-нет. В позднейших изданиях «Учебника» (VII и VIII) психология занимает, хотя и почетное, но чисто декоративное место. Это в буквальном смысле «психология без души», без души самого Крепелина, интересы которого уже давно обратились в совершенно иную сторону. Крепелина-психолога одолел Крепелин-соматик и Крепелин-клиницист, самый метод которого (сопоставление многих сотен типических

случаев) требовал сознательного отказа от детального углубления в индивидуальную психику. К тому же выяснилось, что вся техника лейпцигской лаборатории не дает ничего существенно важного для психиатра. «Психологические методы, — писал Крепелин, — к сожалению, до сих пор лишь немногим превосходят общежитейские приемы исследования» [1]. Однако, когда клинико-этиологические группы были окончательно установлены (при чем в этом процессе лабораторный эксперимент не играл никакой роли), наступила реакция: индивидуально-психологическое, частное, принесенное в жертву общему, стало все громче заявлять о себе. С большой решительностью поднял этот вопрос Зоммер [2]. В том же направлении высказались Бирнбаум [3], Бонгеффер [4], Зиферт [5]. Поворот в сторону психологии особенно ярко выразился в том интересе, с каким встречено было и самое появление и все дальнейшее развитие психоанализа. Возникнув из скромного метода гипнотического лечения истерии, предложенного Брейером (катартический метод), психоанализ превратился в детально разработанное психогенетическое учение, нашедшее в лице Зигмунда Фрейда своего гениального теоретика и фактического творца. Как раз в те годы (1903 — 1910), к которым относится пышный расцвет нозологических идей Крепелина, психоаналитическое движение впервые вступило в тесный контакт с целым рядом чисто психиатрических проблем. Ассистент цюрихской психиатрической клиники Юнг и ее директор Блейлер приступили к проверке теории Фрейда на материале душевно-больных, страдавших Dementia praecox. Сновидения, галлюцинации, фантастические бредовые идеи, вычурные жесты и стереотипные позы — подверглись систематическому анализу по методу «свободных ассоциаций». В целом ряде случаев удалось отыскать смысл там, где при поверхностном взгляде все казалось абсолютной бессмыслицей. Многолетняя

---

[1] Kraepelin. Lehbruch, VIII Aufl., B. I, S. 477.
[2] Sommer, R. Familienforschung u. Vererbungslehre, Leipzig, 1907.
[3] Birnbaum. Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten, Halle, 1908.
[4] Bonhoeffer. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen, Halle, 1907.
[5] Siefert. Ueber Geistesstörungen in der Strafhaft. Halle, 1907.

терпеливая работа дала высокоценные результаты [1]. Прежде всего, Юнг разработал свой «ассоциационный эксперимент» и опубликовал небольшое, но принципиально важное исследование «О содержании психоза», в котором доказывал, что все проявления болезни строго детерминированы препсихотическими переживаниями больных [2]. Потом выступил сам Блейлер с капитальным научным трудом. Он обратил внимание на одно характерное явление при Dementia praecox: на своеобразное расщепление единства личности. Для обозначения этого основного симптома Блейлер воспользовался греческим термином «схизис» — разобщение. В 1911 г. вышла его знаменитая монография, в которой раннее слабоумие получило свое новое название — схизофрения [3]. Вся книга представляет собой, по заявлению автора, не что иное как «распространение идей Фрейда на Dementia praecox». Такую характеристику надо признать непомерно скромной: если психоаналитические идеи толкнули Блейлера на детальное изучение этих больных, то результаты, полученные им, должны быть отнесены всецело на долю самостоятельного творчества знаменитого швейцарского клинициста. Он дал нам изумительно глубокий и точный анализ схизофренической психики, с ее аутизмом, паралогическим мышлением, паратимией, амбивалентностью и другими характерными признаками. В отношении клиническом Блейлер значительно расширил понятие Dementia praecox: он причисляет сюда параноические картины у алкоголиков, большинство скоропреходящих психозов дегенеративного характера (по терминологии Маньяна), острый бред, предстарческий бред воздействия, и склонен был даже относить в эту группу хроническую паранойю, которую считал одно время схизофренией, остановившейся на стадии бреда. Еще большее расширение получила у него эта группа от включения в нее целого ряда случаев психастении, истерии, неврастении; с особой настойчивостью Блейлер указывал на

---

[1] Bleuler. Freudshe Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen, Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr., 1906.

[2] Jung. Der Inahlt der Psychose. См. его же: Die Psychologie der Dementia praecox. Halle, 1907.

[3] Bleuler. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig. u. Wien, Deuticke, 1911.

то, что под этими именами скрываются сплошь и рядом нераспознанные и смягченные формы схизофрении. Мысли, так выпукло и талантливо формулированные Блейлером, были высказаны приблизительно в то же самое время и некоторыми другими исследователями. Странский обозначил основной признак раннего слабоумия, как «интрапсихическую атаксию» [1]; Анри Клод и Леви Валенси доказывали, что при этой болезни правильнее говорить о диссоциации, нежели о деменции; наконец (уже после Блейлера), Шаслен предложил называть эту группу — Folies discordantes [2]. Из этих терминов, выражающих по существу одно и то же, окончательно закрепился термин — схизофрения.

Евгений Блейлер родился в 1857 г. По окончании Цюрихского университета он работал у Шарко и Маньяна, а потом у Гуддена в Мюнхене. С 1898 г. он состоит профессором психиатрии Цюрихского университета. Одна из его сравнительно ранних работ «Affektivität, Suggestibilität, Paranoia» (1906) представляет интерес как первая попытка объяснения паранойического бреда из аффективных переживаний, вызванных экзогенными моментами. Другая работа «О ранних выписках больных схизофренией» указывает на значение этой меры для поддержания психического тонуса и сохранения социальных эмоций. Его книга «Die Psychoanalyse Freud's» (1911) содержит защиту психоанализа от некоторых, основанных на недоразумении, нападков. «Учебник психиатрии» Блейлера переведенный на большинство европейских языков выдержал много изданий [3].

2

Блейлер стоит на рубеже новейшей эпохи. Схизофрения, — учил он, — гораздо чаще протекает в скрытых формах с мало выраженными признаками, чем в формах

---

[1] Stransky, E. Ueber die Dementia praecox. Wiesbaden, Bergmann, 1909.

[2] Chaslin. Folie discordantes, Paris, 1912.

[3] Из позднейших трудов Блейлера особенного внимания заслуживают: Das autistisch - undisciplinierte Denken in der Medicin (1919) u Die Probleme der Schizoidie u. der Syntonie, Ztschr f. d. ges. N. u. P. LXXVII.

явных с законченной симптоматологией; существует целый ряд переходов от тяжелейшей схизофрении к совершенно нормальной психике. В этих мыслях сказалось характерное знамение времени: психиатрия вышла из стен своих специальных больниц и, в виде «малой психиатрии», проникла в самую гущу повседневной жизни.

Усовершенствование диагностических методов во всех областях медицины привело к тому, что в начале XX века понятия о болезнях расширились. В сферу наблюдения попадало уже не только центральное нозологическое ядро, составленное из типических случаев, но и расположенные вокруг него концентрические круги все более и более разреженных, сходящих на-нет симптомов. Внутренняя патология, кроме чахотки, подагры и нефрита, научилась различать апицит, артритизм, малый брайтизм; невропатология — учитывать едва выраженные намеки на табес, рассеянный склероз, базедовизм. Психиатрия задолго до создания схизофрении обратила внимание на смягченные формы другой крайне распространенной болезни — циркулярного психоза. Сперва Фальре-сын (1878) [1] и Кальбаум [2] (1882), затем, после долгого перерыва, Гохе (1898) [3] и, наконец, Вильманс (1906) [4] описали легкие формы периодического психоза, наблюдаемые большей частью вне психиатрической практики врачами совершенно иных специальностей. После работы Вильманса и некоторых французских (Дени) [5] и русских авторов (Суханов) [6] невыраженные формы маниакально-депрессивного психоза сделались предметом тщательного изучения. Между психиатрией и другими отделами медицины установилась более тесная связь; целый ряд случаев неврастении и других нервных и внутренних заболеваний стал все чаще

[1] Falret, J. La folie circulaire ou à formes alternes. Arch. genér. de méd., 1878—1879.

[2] Kahlbaum. Ueber cyklisches Irresein. Breslauer ärztliche Zeitschr., 1882.

[3] Hoche. Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins, Halle, 1897.

[4] Wilmanns. Die leichten Fälle des manisch-depress. Irreseins (Cyklothymie). Samml. Klin. Vorträge, Volkmann), 1906.

[5] Deny. La Cyclothymie. Sem. méd., 1908.

[6] Суханов. Циклотимия и психастения в их отношении к неврастении. Русск. врач. 1907.

и чаще трактоваться как циклотимия. Рамки маниакально-депрессивного психоза таким образом значительно расширились. Одновременно шла интенсивная работа по психологическому обследованию таких пограничных случаев. С различных сторон появились наблюдения, что циклотимия никоим образом не постигает любую психику; к этой болезни предрасположены лишь натуры мягкие, легко ранимые, склонные к постоянным колебаниям психического тонуса. Термином циклотимия стали обозначать уже не только смягченные формы циркулярного психоза, но в еще большей степени некий врожденный нервнопсихический склад, или конституцию, характеризующуюся наклонностью к периодическим депрессиям и экзальтациям эндогенного происхождения. Вышедшая в 1906 г. принципиально важная работа Тилинга одна из первых содержала в себе настойчивые указания на значение преморбидной или препсихотической личности больного как фактора, обусловливающего характерные черты его душевного заболевания, поскольку дело касается так называемых функциональных психозов [1]. Понимание эндогенной болезни как своего рода заострения конституциональных особенностей субъекта стало все чаще и чаще предметом специальных работ. Большое историческое значение имела монография Рейсса. Тюбингенский ученый показал на большом материале, как, в зависимости от препсихотического характера, устанавливается та или иная форма аффективных психозов. Одновременно с этим Рейсс показал [2], что целый ряд реактивных состояний (депрессий, экзальтаций, навязчивых идей и т. д.) должен быть включен в этот круг—круг маниакально-депрессивного помешательства, который, таким образом, после работы Рейсса еще более расширился. Резкие границы, которые устанавливал Крепелин, заметно расплывались. Одновременно с этим становилось все более вероятным, что перед нами здесь не болезни, а скорее — конституциональные реакции, которые появляются или не появляются, в зависимости от того, имеются ли налицо или

[1] Tiling. Individuelle Geistesartung u. Geistesstörung (Grenzfr. d. Nerven u. Seelenlebens, Wiesbad. Bergmann, 1907).

[2] Reiss. Konstitutionelle Verstimmung u. manisch-depressives Irresein, Berlin, Springer, 1910.

нет соответствующие психо-травматические и некоторые другие, подчас крайне сложные патогенетические моменты. От нозологии сделан был шаг в сторону конституционологии. Эти идеи с течением времени получили дальнейшее развитие. Стали обозначаться контуры целого ряда других конституций. Появились описания психастенической конституции (Пьер Жане), для обозначения которой различные авторы предлагали другие специальные термины [1]: Рибо — les humbles, Гартенберг — les timides, Шнейдер — die anankasten; Суханов [2] предложил удачный термин — тревожно-мнительный характер. Далее начали говорить о паранойческой, истерической, эпилептической конституциях. Из французских авторов особенно Дюпре обратил преимущественное внимание на этот круг новых идей, которому суждено было в ближайшем будущем наложить такой характерный отпечаток на все дальнейшее развитие психиатрической мысли [3]. Дюпре между прочим принадлежит талантливое описание мифоманической конституции [4], на основе которой возникает симптомокомплекс, задолго до того уже описанный Дельбрюком под названием pseudologia phantastica [5]. Понятие конституции, все более проникавшее в психиатрию из других областей медицины, опиралось на то (приблизительно) определение, которое впоследствии было предложено Краузом. Под названием «конституция» объединяли присущие организму свойства, главным образом унаследованные, поддающиеся до некоторой степени морфологическому и функциональному анализу и определяющие тип деятельности субъекта, степень его сопротивления вредным влияниям и, отчасти, весь дальнейший ход его развития как личности [6].

---

[1] Ганнушкин. Психастенический характер. Совр. психиатр. 1907.

[2] Суханов. Патологические характеры. М., 1912.

[3] Взгляды Дюпре были впервые изложены в нескольких докладах: «Constitution émotive» в Société de Neurologie зимой 1909—1910 г. (см. Dupré, E. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, Paris, Payot, 1925).

[4] Bulletin médical, 1905.

[5] Delbrück. Die pathologische Lüge. Stuttgart, 1891.

[6] Kraus. Die allgemeine u. spezielle Pathologie der Person. Leipzig, Thieme, 1919.

Конституционологическое направление при самом своем зарождении вступило в противоречие с клинико-этиологической системой, возглавлявшейся Крепелином. Преисполненный веры в существование раз навсегда установленных нозологических единиц, неизменных в своем течении, исходе и патолого-анатомической сущности, знаменитый Ниссль говорил, что даже для истерии будет когда-нибудь найдена гисто-патологическая основа; тогда всякие занятия психологией этого невроза будут столь же непроизводительной тратой времени, как в настоящее время занятия психологией прогрессивного паралича. Против Нисселя выступил Гохе, который одним из первых высказал взгляд на истерию, как на функциональное состояние, граничащее с нормой и принципиально недоступное патолого-анатомическому рассмотрению. С наибольшей определенностью эту точку зрения формулировал Гаупп: истерия есть анормальный вид реакции на требования, предъявляемые жизнью. Истерические механизмы заложены в человеческой психике у одних людей в большей, у других—в меньшей степени; соответствующие реакции обнаруживаются во всех тех случаях, когда окружающая обстановка предъявляет к человеку требования, до которых он не дорос [1]. Эти мысли Гохе и Гаупна представляли собой натиск не только на истерию, как нозологическую единицу, но и на всю крепелиновскую психиатрию в ее целом. Еще раньше, в 1909 г., была опубликована интересная работа Бонгеффера: «К вопросу об экзогенных психозах». Этот автор доказал на большом материале, что совершенно различные этиологические моменты экзогенного характера вызывают одинаковые в существенных чертах психотические симптомокомплексы [2]. Работа Бонгеффера также явилась выпадом против Крепелина, против той части его нозологической теории, которая признавала специфичность этиологических факторов. Бонгеффер силился доказать, что

[1] Gaupp. Ueber den Begriff Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. N. u. P. 5. 1911.

[2] Bonhoeffer. Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Bd. 20. S. 499. Дальнейшее развитие идеи Бонгеффера получили в его работах: Die Psychosen im Gefolge von acuten Infektionen (1912) и Die exogenen Reaktionstypen. (1917).

при многих экзогенных психозах гораздо правильней говорить о реакциях, чем о болезненных процессах, как таковых. Слово реакция стало все чаще и чаще мелькать на страницах психиатрических трудов, приобретая явно боевой характер. В это время была сделана первая попытка описания конституции со стороны ее соматической основы: в 1907 г. Штиллер опубликовал монографию под заглавием — «Die asthenische Konstitutionskrankheit». В этой работе намечены многие такие вопросы, которые получили впоследствии существенное углубление. Но уже в то время психиатрическая мысль с полной ясностью формулировала проблему о взаимоотношении двух факторов, определяющих психотические картины: о факторе конституциональном, с одной стороны, и о факторе экзогенном, или о провоцирующем моменте—с другой. Появилась идея о том, что сочетание конституции и внешних моментов может дать в результате самые разнообразные симптомокомплексы. И казалось, что психиатрия, отказываясь от достижений Кальбаума и Крепелина, готовится сделать неожиданный шаг назад к чисто симптоматологической трактовке клинических картин, которая еще так недавно казалась окончательно преодоленной [1].

С особенной резкостью эта точка зрения была формулирована Гохе на годичном собрании германских психиатров в Киле в 1912 г. Этиологические моменты— внутренние или внешние,—по мнению Гохе, представляют лишь толчки, от которых приходят в действие преформированные механизмы, заложенные в дегенеративной, а, быть может, и в каждой нормальной психике. Эти симптомокомплексы представляют разнообразные варианты, в зависимости от внутренних и внешних моментов. Но нет никакой возможности установить здесь различные подвиды и разновидности; смутные границы между синдромами не сделаются более отчетливыми, если перемещать их из одной рубрики в другую; это все равно, что «рассчитывать на просветление мутной жидкости, непрерывно переливая ее из одного сосуда в другой»: искание раз навсегда

[1] Hoche. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 12, 1912.

установленных процессов, однородных по этиологии, течению и исходу, представляет собой, по знаменитому выражению Гохе, погоню за фантомом [1]. Доклад фрейбургского ученого сильно всколыхнул психиатрические круги Германии. Гохе сказал во всеуслышание то, в чем многие еще не решались открыто признаться: нозологическая школа, исчерпав все возможности, завершила свою историческую роль.

Замечательно, как в переходные периоды одна и та же мысль получает разные формулировки: в том же 1912 г. голландский психиатр Иельгерсма предложил разделение душевных болезней на две группы: а) психозов дегенеративных, источник которых коренится в зародышевой ткани (Keimpsychosen) и б) психозов интоксикационных. Картины, входящие в состав первой группы, обозначаемые терминами: — маниакально-депрессивный психоз, паранойя, истерия, психастения, дегенеративные состояния, — представляют собой как бы варианты нормальных психических процессов, от которых они отличаются лишь количественно. Между ними и нормой наблюдаются бесчисленные переходы, и сами они, в свою очередь, могут сочетаться между собой и замещать друг друга. Такого рода функциональные отклонения связаны с разнообразными внешними моментами, на которые дефективная нервная система не в состоянии реагировать правильно. В этой группе никогда не наблюдается слабоумия, так как нет разрушительного процесса в мозговой ткани, как это имеет место при интоксикационных психозах [2].

Совершенно аналогичные идеи высказывал Ясперс в своей «Общей психопатологии», вышедшей в 1913 г. [3]. За вычетом органических болезней мозга, инфекционных и интоксикационных психозов, он делит все психические расстройства на два больших отдела, соответственно их клиническому течению и биологической сущности. С одной стороны, б о л е з н е н н ы е п р о ц е с с ы,

---

[1] Hoche, там же.

[2] J e l g e r s m a. Das System der Psychosen. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 12, 1912.

[3] Jaspers. Allgemeine Psychopathologie, Berlin, 1913.

отличающиеся определенным течением и всегда ведущие к некоторому изменению личности (при чем часто обнаруживаются схизофренические черты), с другой стороны — фазы, в которые временами вступает личность, выражая этим свое врожденное предрасположение (здесь существенные изменения личности наблюдаются сравнительно редко, схизофренические черты отсутствуют). К явлениям первого рода, — говорит Ясперс, — мы подходим с логическими критериями объяснения, объективного обнаружения связи, зависимости, закономерности, т.-е. по чисто натуралистическому принципу причинности. Так подходим мы, например, к симптоматологии белой горячки и прогрессивного паралича. Совершенно иначе относимся мы к явлениям второго рода, к фазам: здесь сочетание симптомов является для нас понятным, как, например: при истерии, при реактивной депрессии, даже при некоторых случаях паранойи. Такое различение причинных и понятных связей (kausale und verständliche Zusammenhänge) является одной из основных идей Ясперса, оказавшего вообще сильное влияние на германскую психиатрию. Он полагал, что необходимо систематически исследовать такие субъективно-понятные сочетания и путем «вживания» и «вчувствования» в слова, мимику и поступки больного научиться представлять себе интуитивно, как бы созерцать непосредственно его «душу» [1]. Опираясь на знаменитого философа Гуссерля [2], Ясперс ввел в психопатологию понятие о феноменологическом изучении психики и вместе с этим, разумеется, резко выраженную струю чистого психологизма [3].

---

[1] Jaspers. Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 14. 1913.

[2] Husserl. Ideen zu einer reinen Phänomenologie, Halle, 1913.

[3] В руках самого Ясперса феноменология принесла германской психиатрии большую пользу, очистив ее от различных ненаучных пережитков из эпохи психологической метафизики, но у некоторых его последователей это направление подало повод к мечтам о создании «чистой психиатрии», совершенно оторванной от естествознания. Сам Ясперс, к сожалению, покинул клинику; он занял в Гейдельбергском университете кафедру философии, прославленную именами Куно-Фишера и Виндельбанда.

3

Перечисляя типы различных конституциональных реакций и выставляя положение, что, во-первых, болезнь никогда не создает ничего принципиально нового и что, во-вторых, в каждом человеке имеются меланхолические, маниакальные, истерические и другие черты, психиатрическая мысль неизбежно пришла к вопросу о схизофреническом типе реакции и об его отношении к норме. Работы Шульце [1] и Берце [2] уже с достаточной определенностью наметили эту проблему. Указание на нее можно найти у Блейлера; цюрихский ученый говорил, что аутизм не чужд до известной степени вполне нормальным людям; рудименты схизофренической психики он усматривал между прочим в механизме сновидений. В 1910 г. Эшле опубликовал замечательную работу, где доказывал, что структура некоторых душевных болезней может служить типом для определенных человеческих конституций [3]. Риттергауз [4] и, еще задолго до него, американец Джелифф [5] пробудили интерес к ранним симптомам Dementia praecox. Странский [6] в 1912 г. указал на существование индивидуумов, реагирующих на события своеобразными кататоническими способами; он обозначил это, как схизофренный дегенеративный тип. С особой определенностью и полнотой эта идея была разработана Ганнушкиным в его работе «Постановка вопроса о схизофренической конституции» [7]. Следующие выдержки показывают, насколько близок был русский исследователь к тем достижениям, которые через каких-нибудь 5—6 лет

---

[1] Schulze. Ueber die Beziehungen des angeborenen u. früherworb. Schwachsinns zur Dem. praecox. Jena, 1908.

[2] Berze. Die hereditären Beziehungen der Dem. praec., Leipzig, Deuticke, 1910.

[3] Eschle. Symptomenbilder des Irreseins als Typen der psychischen Konstitutionen. Ztschr. f. Psychiatr. u. med. Psycholog., 1910.

[4] Ritterhaus. Frühsymptome der Dem. praec., Ztschr. f. Behandl. des Jugendl. Schwachsinns, 1912.

[5] Jelliffe. The signs of pre-dementia praec. Amer. Jour. of Ment. Science, 1908.

[6] Stransky. Zur Entwicklung u. zum gegenwärtig Stande der Lehre von d. Dem. praec., Ztschr. f. d. ges. N. u. P., 1912.

[7] «Современная психиатрия», май, 1914.

стали прочным достоянием современной науки. «Во-первых, нужно признать, что существует особая психическая конституция — схизофреническая, аналогичная другим конституциям; она выражается в определенном и своеобразном складе психики и может в своей интенсивности доразвиться до состояния, находящегося уже на рубеже между душевным здоровьем и болезнью (патологический характер, пограничный тип). Во-вторых, следует признать, что схизофрения, как психоз, хотя и очень редко, может протекать или остро, давая схизофренические вспышки и приступы (фазы), или хронически, но не прогрессируя и не приводя к заключительному слабоумию... Подобно тому, как основные черты и психология параноической, маниакальной и других конституций черпаются из соответствующих им резко очерченных и определенных болезненных состояний (паранойя, мания), также точно, думается нам, совершенно достаточно и тех клинических картин схизофрении, которые нам даны Крепелином и Блейлером, для того, чтобы, исходя из них, дать описание схизофренической психике схизофренического характера». Далее Ганнушкин указывает, что в большой галлерее типов различных дегенерантов и психопатов нетрудно найти несомненные примеры таких чудаков, «которые по своему складу и облику вполне соответствуют схизофреникам», между тем как большинство авторов таких описаний «трактуют вопрос вне всякой связи его с вопросом о схизофрении». Одна из работ на эту тему, по мнению Ганнушкина, особенно подтверждает его взгляд. Бирнбаум, «на ряду с истериками, кверулянтами, хроническими маниаками и меланхоликами, выделяет своеобразную группу дегенерантов, которую он обозначает термином — degenerativ-verschrobene» [1]; «психика этой категории лиц, — говорит Ганнушкин, — может быть вполне приравнена к психике схизофреников». «Наконец, — продолжает он, — Крепелин, правда, выражающийся по этому поводу крайне осторожно, все же считает возможным говорить о такого рода дегенерантах с своеобразным

[1] Birnbaum. Ueber psychopatische Persönlichkeiten. Wiesbaden· Bergmann, 1909. Его же: Ueber degenerativ-verschrobene, Monatschr. f. Psychiatr., 1907.

складом психики, которые могут дать повод к смешению их с больным ранним слабоумием... Объединение одним термином—схизофрения, с одной стороны, форм конституциональных, и с другой—форм, которые можно назвать прогредиентными, имеет свои неудобства, так как дело идет о слишком различных по существу вещах». Однако, Ганнушкин не предложил какого-нибудь другого названия, оттеняющего указанное различие. Это обстоятельство, без сомнения, и было главной причиной того, что работа московского ученого осталась в стороне и не сделалась, как она этого заслуживала, крупным этапом на пути психиатрических изысканий. Наблюдения Ганнушкина, между прочим, подрывали учение о безнадежности предсказания при схизофрении. Они указывали на возможность полного восстановления душевного равновесия у субъекта после разыгравшейся у него схизофренической вспышки реактивного происхождения. Таким образом, и здесь перед нами во многих случаях не резко очерченная болезнь, не нозологическая единица, а только симптомокомплекс, по терминологии Гохе.

4

Учение о симптомокомплексах, как реактивных образованиях личности, вскоре сделалось одним из центральных пунктов, сосредоточивших на себе интересы психиатрической мысли. Тесное знакомство с пограничными состояниями и с «малыми» психозами повседневной жизни все более приучало к рассмотрению больного человека в живой связи с окружающей его обстановкой. Психиатрия, достигшая своего кульминационного пункта, как наука описательная, сделала шаг вперед: она выдвинула социологический фактор в качестве объяснительного принципа в целом ряде таких случаев, где раньше ограничились бы традиционным указанием на биологический процесс, для которого еще не найдено соматического лечения. В конце первого десятилетия XX века все настойчивее стали говорить о психогении. Рамки этого понятия сильно расширились. Эта идея получила свое выражение в исторически важной работе Бонгеффера «О психогенных болезненных состояниях и процессах, наблюдаемых вне рамок

истерии»[1] Бонгеффер описал вазомоторный симптомокомплекс при испуге у совершенно здоровых людей и привел длинный список психоневротических и психотических картин, развивающихся психогенным путем у предрасположенных субъектов: реактивные депрессии, эпилептоидные припадки (аффект-эпилепсия Братца), сумеречные состояния, индуцированные психозы, кататонические вспышки, Ганзеровский симптомокомплекс и, наконец, крайне интересное заболевание параноического типа, наблюдаемое у заключенных в тюрьме. Эта последняя тема послужила поводом для многочисленных споров. Прежние авторы, как например, Дельбрюк (1866), Томсон (1870), Кирн (1888) и многие другие предполагали, что такие тюремные заболевания — естественное проявление той же самой патологической наследственности, которая толкнула больных на путь преступления и привела их в тюрьму. Другие (Крепелин, Бирнбаум, Скляр, Зиферт, Вильманс и др.) описывали некоторые тюремные заболевания как специфически-реактивные формы. Особенно интересны наблюдения Бирнбаума, где бредовые вспышки с идеями величия представляли собой типическое «бегство в болезнь», и описанный Рюдином «бред помилования пожизненно-заключенных». Блейлер и Ашаффенбург полагали, что дело идет здесь о случаях нераспознанной схизофрении. (Историко-критический обзор всей этой темы приведен в работах Вильманса[2], Нитше-Вильманса[3], а также отчасти в монографии Курта Шнейдера «О патологических реакциях»)[4].

Огромный материал для изучения реактивных состояний предоставила империалистическая война. Работы Гохе, Волленберга, Нонне, Кауффмана, Керера целиком подтвердили высказанный когда-то Штрюмпелем взгляд на значение целевых установок в происхождении многих функциональных неврозов. Большой шаг вперед сделало

---

[1] Bonhöffer. Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände u. Krankheitsprocesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind. Allg. Z. f. P. Bd. 68, 1911.

[2] Wilmanns. Ueber Gefängnispsychosen, Halle, 1908.

[3] Nitsche-Wilmanns. Die Geschichte der Haftpsychosen, Z. f. d. ges. N. u. P., 1911.

[4] Schneider, K. Die abnormen seelischen Reaktionen. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1927.

учение об истерии и травматическом неврозе, при чем функционально-психологический характер последнего, вопреки Оппенгейму, был установлен окончательно. Значительную роль в разъяснении этого пункта сыграла практика массового гипноза, примененного на войне Нонне. Результатом таких же фронтовых наблюдений явилась небольшая, но во всех отношениях блестящая монография Кречмера «Об истерии», представляющая собой классическую обработку этого предмета. После войны сильно возрос интерес и ко всем другим вопросам, связанным с психогенией и психотерапией. В частности, с новой силой возгорелись дебаты вокруг фрейдизма.

Глубоко оригинальное учение Фрейда уже давно раскололо исследователей на два враждебных лагеря: во главе сторонников стоял (хотя и с значительными оговорками) Блейлер, во главе противников—Гохе. Несмотря на резкое отрицание психоанализа, даже враги не могли вполне избежать его влияния: учение о бессознательном, о комплексах, о вытеснении, сублимации, символике, наконец, самый принцип истолкования многих психопатологических симптомов в качестве понятных и строго детерминированных реакций — все это в той или иной форме наложило свой отпечаток на многие отделы психиатрии, не говоря уже о психотерапевтической практике [1]. Как бы ни оценила наука в будущем значение учения Фрейда в целом, нельзя отрицать, что благодаря ему сильно подвинулись вперед наши знания о многих механизмах человеческого поведения. Между прочим, работами этой школы почти-что заново основана наука о сексуальности. Этот круг вопросов, подвергшийся когда-то в некоторой своей части блестящей трактовке со стороны Крафт-Эбинга, превратился в руках психоаналитиков в широкую биопсихологическую и биосоциальную проблему. Величайший интерес представляет еще одна область, на которую впервые указано было психоанализом: психика примитивных народов.

[1] Американская психиатрия последних лет в значительной своей части вся проникнута фрейдизмом. См.: 1) Kempf. Psychopathology, 1920. 2) White. Outlines of Psychiatry, 1926 и др. Венский психиатр психоаналитик Schilder сделал опыт обоснования всей психиатрии на психоанализе (Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalitischer Grundlage, 1925). Во Франции Henri Claude, Laforgue, Allendy, Hesnard тесно примыкают к психоанализу.

Исследование французского ученого Леви Брюля уже дали в указанном направлении крайне важные результаты. Огромное значение имеют изыскания Шторха, установившие аналогию между примитивной и схизофренической логикой.

Из недр психоаналитической школы вышел Альфред Адлер, венский психопатолог, система которого — «индивидуальная психология» — вступила в соперничество с фрейдизмом. Общим для обеих теорий является их волюнтаристический характер. В основе человеческой деятельности лежат влечения, но в то время, как психоанализ отводит первое место влечениям сексуальным, учение Адлера приписывает исключительную роль стремлениям человека к превосходству [1]; в патологических случаях, когда переживание неполноценности (в силу, например, недоразвития какого-либо органа или функции) бывает выражено чрезмерно сильно, появляется стремление к компенсации, которое может принять асоциальные и антисоциальные формы того или иного психоневроза [2]. Как у Фрейда, Юнга, Штекеля и других психоаналитиков, так и у Адлера психоневроз является типическим «бегством в болезнь», компромиссным образованием, свидетельствующим о недостаточном приспособлении индивида к среде.

Кроме психоневрозов и реактивно-психопатологических состояний, психиатрия последнего десятилетия обратила большое внимание на психопатии, в тесном смысле слова. Уже в последних изданиях «Учебника» Крепелина появились блестящие страницы с описаниями психопатических личностей. По определению большинства исследователей, мы имеем здесь дело с аномальными вариантами человеческих характеров, отличающихся своей внутренней дисгармонией. Вопрос этот имеет длинную историю, при чем корни его упираются в учение о вырождении Мореля и Маньяна и отчасти в теории Ломброзо. Монография Курта Шнейдера представляет наиболее крупное исследование в этой интересной области [3].

---

[1] Adler, A. Ueber den nervösen Charakter, München, Bergmann, 1928 (IV Aufl).

[2] Adler, A. Studien über die Minderwertigkeit von Organen.

[3] Schneider, K. Die Psychopatischen Persönlichkeiten, Leipzig u. Wien, Deuticke.

Крайне показательны для общего характера всей психиатрии последних лет некоторые только-что пережитые этапы в истории учения о паранойе. И здесь, как и всюду, в коренных вопросах клиники знакомство с пограничными состояниями сильно способствовало прояснению горизонта. Еще в 1905 г. Фридман описал невыраженную форму паранойи[1]. Особенно подвинулся вперед этот вопрос, когда на съезде в Вейнсберге в 1909 г. Гаупп выступил с докладом о параноическом предрасположении[2]. В 1910 г. Ясперс привел вполне «понятное» развитие бреда ревности, возникшее у человека при сочетании определенного внутреннего склада и внешних моментов. В 1912 г. Майер создал понятие кататимии, или аффективной переработки окружающих впечатлений под влиянием резко выраженных комплексов. По мнению Майера «паранойя Крепелина служит примером психоза, где построение бреда идет вперед по механизму кататимии: факты воспринимаются и перерабатываются с исключительной односторонностью, так как аффективность одерживает верх над беспристрастным наблюдением и логикой»[3].

Но особенно быстро подвинулся вперед весь этот вопрос, когда в 1918 году появилась книга Кречмера «О сенситивном бреде отношения»[4]. Это было крупным событием в психиатрической литературе. Молодой тюбингенский ученый доказывал, что параноический бред во многих случаях является сложным продуктом, в образовании которого участвуют три момента: конституция (сенситивный характер), переживание и специфический внешний раздражитель. Не прошло и года, как появилась работа другого крупного германского исследователя Бирнбаума: «Построение психоза»[5]. Различие между «патогенетическим» и «патопластическим» факторами в построении

---

[1] Friedmann. Beiträge zur Lehre von der Paranoia, Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurol., 1905.

[2] Gaupp. Ueber paranoische Veranlagung u. abortive Paranoia. Zentralbl. f. N. u. P., 1910.

[3] Maier, H. W., Ueber katathyme Wahnbildung u. Paranoia. Z. f. d. ges. N. u. P., 1912.

[4] Kretschmer. Ueber den sensitiven Beziehungswahn, Berlin, Springer, 1918.

[5] Birnbaum. Der Aufbau d. Psychose, Allg. Z. f. P. 75, 1919.

психоза, подмеченное Бирнбаумом, вошло ценной составной частью в современную психопатологию. Каждый психоз рассматривается как составное целое, явившееся результатом взаимодействия множества разнообразных моментов совершенно различного порядка: эндогенных, экзогенных, психических и элементарно-соматических, функциональных и органических; все это приводит к необходимости более сложного диагноза,—«диагноза многих измерений» «mehrdimensionelle Diagnose).

Яркой иллюстрацией патопластики параноического бреда может служить описанный Гауппом «случай Вагнера»[1]. Аналогичные наблюдения представили Керер, Ланге, Вестерерп. Большинство авторов пришло к тому заключению, что паранойя представляет собой не болезнь, а своеобразное развитие личности. На истории паранойи особенно отчетливо обнаруживается одна из основных идей современной психиатрической систематики: нет больше болезненных единиц, как фатально проникающих, резко очерченных процессов, а есть клинические типы, между которыми наблюдаются многочисленные переходы. Пусть «типические случаи острой мании, или меланхолии имеют совершенно другой облик, чем типические случаи паранойи или гебефрении. Однако, между ними помещается бесконечная галлерея маникальных сутяг, недоверчивых и полных бреда меланхоликов, периодических кататоников, ложно-маниакальных схизофреников, параноидных циклотимиков и т. д.». Клиническая психиатрия освободилась от тяжести прямолинейной догматики. Когда то Гаупп допускал комбинацию психозов только в том случае, если приобретенное душевное расстройство присоединялось к врожденной аномалии[2]. Сочетание в лице одного и того же больного схизофрении и маниакально-депрессивного психоза считалось чем-то абсолютно невозможным, несмотря на то, что Странский уже давно привел убедительные доказательства возможностей подобного симбиоза. За последние годы учение

[1] Gaupp. 1) Zur Psychologie des Massenmordes. Hauptlehrer Wagner von Degerloch. Berlin, 1914, 2) Der Fall Wagner. Zeitschr. f. d. ges. N. u. P. 60, 1920.

[2] Gaupp. Zur Frage der kombinierten Psychosen, Zentralbl. f. N. u. P., 1903.

о комбинированных психозах резко изменилось. Изучение наследственности показало, что даже соединение схизофрении и циклотимии вовсе не является такой редкостью. С тех пор, как Кречмер ввел в науку понятие о «наслаивании» т.-е. о комбинации различных конституциональных типов (Legierung), с тех пор, как стало более понятным влияние психогенного фактора—«муки классифицирования и систематизации сделались менее тягостными, а результаты более удовлетворительными» [1].

В принципиальном споре между Крепелиным и Гохе, между нозологическими единицами и симптомокомплексами, победа осталась, по мнению некоторых германских исследователей, на стороне последних. Сам создатель клинико-нозологической психиатрии, опиравшийся на Кальбаума, вынужден был признать, что «многочисленные проявления психического расстройства зависят от раз навсегда предустановленных механизмов» и что «поэтому они обнаруживаются одинаково и повсюду, где для этого есть необходимые предпосылки». Наконец, Крепелин признал, что «различные болезнетворные влияния могут вызвать одинаковые картины» [2]. Спрашивается, не заключается ли в этих словах покаянное осуждение трудов целой жизни и вынужденное признание эфемерности всех достигнутых результатов? На этот вопрос может быть только один ответ — категорически отрицательный. Согласимся даже, что клинико-этиологические принципы Крепелина, его догматы излечимости одних процессов и неизлечимости других, резкая обособленность и независимость друг от друга болезненных единиц и многое другое обнаружило в конце концов свой чрезмерно прямолинейный и схематический характер.

Но вместе с тем не следует забывать, что создание схем—едва ли не главная задача науки, стремящейся к преодолению многообразия, к максимальной систематизации и упрощению действительности. Такие полезные в научном и практическом отношении схемы создал Крепелин в области психиатрии. Надо думать, что

---

[1] Gaupp, Paranoia. Klin. Wochenschr., 1924, H. 27.

[2] Kraepelin. Die Erscheinungen des Irreseins. Zeitschr. f. die ges. N. u. P., Bd. 62, 1920.

будущие исследователи согласятся с тем, что более или менее безразлично, называть ли их нозологическими единицами или постоянными, предустановленными симптомокомплексами, по терминологии Гохе. Как бы то ни было, совершенно ясно одно: вся современная психиатрия (включая сюда и резкую критику нозологического направления) стоит, по меткому выражению Бумке, на плечах Крепелина. И разумеется, не случайно великий клиницист избран был докладчиком на съезде 1920 г., когда германская психиатрия решила призвести своего рода смотр тому огромному материалу наблюдений, какой накопила наука за все время своего многовекового бытия. Сложный инвентарь болезненных процессов, симптомокомплексов, реакций, психотических, психоневротических и психопатических состояний был размещен по двум схемам: большая заключала в себе решительно все известное в этом направлении, малая — наиболее часто встречающееся и практически наиболее важное. Здесь приводится только первая.

БОЛЬШАЯ СХЕМА.

I. Душевные расстройства при мозговых повреждениях:

а) травматический делирий,
б) травматическая эпилепсия,
в) травматические дефективные состояния.

II. Душевные расстройства при других органических мозговых страданиях:

а) опухоли, абсцессы, цистицерк,
б) лобарные и диффузные склерозы,
в) заболевания зачатка:
Гентингтоновская хорея, туберозный склероз, идиотия, Мерцбахеровская болезнь, Вильсоновская болезнь, псевдосклероз,
г) энцефалиты (включая летаргический энцефалит), водянка головного мозга,
д) солнечный удар.

III. Душевные расстройства при отравлениях.

А. Экзогенные отравления:

1. Алкоголизм:
а) опьянение,
б) алкогольное буйство (ажитированное опьянение),
в) алкоголизм (пьянство и алкогольное вырождение),

г) алкогольный бред ревности,
д) белая горячка,
е) алкогольный галлюциноз,
ж) Корсаковский психоз,
з) алкогольная эпилепсия.

2. Хроническое злоупотребление алкалоидами:
   а) морфинизм, опиофагия, кодеинизм, героинизм, дионинизм,
   б) кокаинизм (с морфинизмом и без него).
3. Другие хронические отравления:
   а) отравление хлороформом, керосином, бензином, хлоралгидратом, паральдегидом, бромом, тринаалом, вероналом, свинцом, ртутью, сероуглеродом, гашишем, и т. д.
   б) эрготизм, пеллагра, бери-бери (с психическими расстройствами).
4. Острые отравления;
   а) газами: окисью углерода, светильным газом, веселящим газом, сероуглеродом, сероводородом,
   б) лекарственными средствами: атропином, иодоформом, хинином, салициловой кислотой, тропококаином и т. д.,
   в) другими ядами: мухоморами, анилином, бинитротолуолом, толуидином и т. д.

Б. Эндогенные отравления;

1. Через яды обмена веществ:
   а) уремические делирии,
   б) эклямптические делирии,
   в) психозы при диабете,
   г) делирии при холемии (тяжелая желтуха),
   д) делирии при расстройстве кровообращения,
   е) делирии при кахексиях (при карциноме, тяжелой анемии и т. д.),
   ж) при ударе молнии,
   з) делирии при голоде и жажде, коллапс-делирий (пневмония, рожа).
2. Эндокринные отравления (дизаденоидные заболевания):
   а) тиреогенные психозы:
      1) Базедова болезнь,
      2) микседема,
      3) кретинизм;
   б) слабоумие при болезнях:
      1) гипофиза (гигантский рост, Dystrophia adiposogenitalis, карликовый рост),
      2) шишковидной железы (Makrogenitosomia praecox, ожирение),
      3) надпочечников (псевдогермафродитизм, дети-геркулесы, Адиссонова болезнь),
      4) половых желез (евнухоидизм, ожирение),
      5) вилочковой железы (Thymus),
      6) полигландулярной недостаточности.

IV. Душевное расстройство при инфекционных и соматических заболеваниях (общих и отдельных органов) — тифе, оспе, полиартрите, пневмонии, инфлуэнце, хорее, возвратном тифе, малярии, сепсисе, туберкулезе, бешенстве, проказе, сонной болезни.

1. Лихорадочные и инфекционные делирии,
2. Состояния спутанности (после инфекционных болезней, аменция).
3. Инфекционные состояния слабости.

V. Сифилис.

1. Сифилис мозга:
   а) сифилитическая неврастения,
   б) сифилитический псевдопаралич (параличные картины болезни),
   в) апоплектический мозговой сифилис (простое сифилитическое слабоумие с параличами),
   г) сифилитическая эпилепсия,
   д) параноидные заболевания,
   е) врожденный сифилис (мозговой детский паралич, слабоумие, психическая неполноценность).
2. Прогрессивный паралич:
   а) дементный,
   б) депрессивный,
   в) экспансивный,
   г) ажитированный и галлопирующий,
   д) табо-паралич (прогрессивный паралич с предварительным табесом),
   е) атипический (Лиссауэра),
   ж) юношеский.
3. Табетические психозы.

VI. Артериосклероз и процессы обратного развития.

1. Артериосклеротические психозы:
   а) артериосклеротические состояния слабости,
   б) подкорковый энцефалит,
   в) поздняя эпилепсия,
   г) апоплектическое слабоумие.
2) Предстарческие душевные расстройства:
   а) злокачественные формы (быстро ведущие к смерти заболевания возраста обратного развития со своеобразными анатомическими изменениями),
   б) кататонические формы («поздние кататонии»),
   в) параноидные формы (не принадлежащие к схизофрении),
3. Старческие душевные расстройства:
   а) старческое слабоумие,
   б) пресбиофрения,
   в) Альцгеймеровская болезнь,
   г) старческий бред преследования.

VII. Генуинная эпилепсия (эпилептическое слабоумие, сумеречные состояния, Status epilepticus).

VIII. Схизофрении.

А. Dementia praecox.

1. Dementia simplex,
2. Praecocissima (в детском возрасте),
3. Гебефрения,
4. Депрессивное и ступорозное слабоумие,
5. Ажитированные и циркулярные формы,
6. Кататония,
7. Параноидное слабоумие,
8. Речевая спутанность.

Б. Парафрении:

1. Систематизированная форма,
2. Экспансивная форма,
3. Конфабулирующая форма.

IX. Маниакально-депрессивный психоз.

1. Маниакально-депрессивное предрасположение:
   а) раздражительное предрасположение,
   б) маниакальное »
   в) депрессивное »
   г) циклотимическое »

   } основные маниакально-депрессивные состоян.

2. Маниакально-депрессивный психоз:
   а) мания,
   б) меланхолия,
   в) смешанные состояния.

X. Психопатии (включая истерические личности):

1. Нервные,
2. Невротики с навязчивыми состояниями,
3. Возбудимые (с истерическими чертами и без них),
4. Неустойчивые (с истерическими чертами и без них),
5. Слабовольные (с истерическими чертами и без них),
6. Люди с усиленными влечениями (усиление нормальных влечений), аффект-эпилептики,
7. Патологически-импульсивные (болезненные влечения),
8. Сексуально-извращенные (гомосексуалисты, садисты, мазохисты, фетишисты, эксгибиционисты),
9. Спорщики,
10. Чудаки (Verschrobene),
11. Лгуны и мошенники,
12. Истерические личности (истерический характер, дегенеративная истерия),
13. Фанатики (Verbohrte),
14. Враги общества.

XI. Психогенные реакции (со включением всех истерических реакций):

А. Психозы и неврозы ситуации:

а) психогенная депрессия (с внешней причиной),
б) индуцированное помешательство,
в) психогенные тюремные психозы (бред невиновности, бред помилования, бредовые фантазии дегенерантов, тюремные сутяги),
г) психозы испуга (скоропреходящие состояния спутанности при исключительных переживаниях),
д) военные неврозы (отрицательная установка к фронтовой службе),
е) травматические неврозы (отрицательная установка к возобновлению работы),
ж) рентный невроз (рентные сутяги).

Б. Нервные состояния:

а) нервное истощение (при переутомлении и волнениях),
б) невроз ожидания с ограниченными задержками функций.

В. Истерические реакции:

а) истерия развития (у подростков),
б) алкогольная истерия,
в) травматическая истерия (истерическое расстройство непосредственно после травмы),
г) сумеречные состояния,
д) Ганзеровское сумеречное состояние,
е) истерический тюремный психоз.

XII. Паранойя:

а) параноидные личности,
б) абортивные и мягкие формы паранойи,
в) бред преследования тугоухих,
г) классическая паранойя (бред преследования, бред ревности, бред высокого происхождения, религиозный бред, бред величия, бред изобретений, эротическое помешательство).

XIII. Олигофрения (врожденные и рано приобретенные состояния слабости с невыясненными причинами):

1. Различные степени врожденного и рано приобретенного слабоумия:
   а) идиотия,
   б) имбецильность,
   в) дебильность.
2. Монголизм.
3. Инфантилизм.

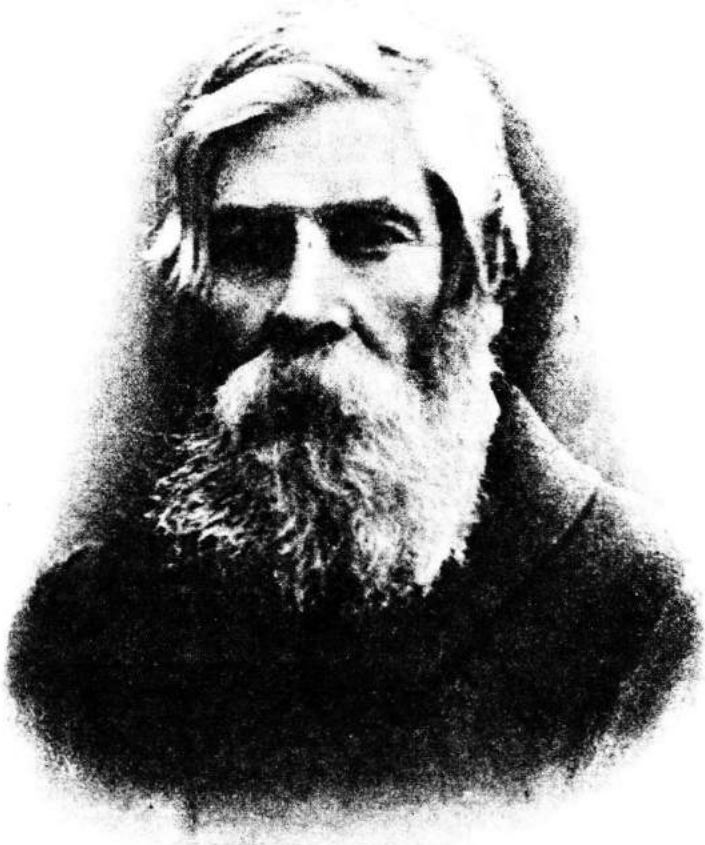
XIV. Неясные и невыясненные случаи.

XV. Не душевно-больные и не психопаты.

5

Патогенетические изыскания последнего периода истории психиатрии были посвящены в значительной своей части различным химико-биологическим процессам, разыгрывающимся при психозах в тканях и жидкостях организма. Изучение прогрессивного паралича было первым шагом, приведшим к тесному контакту психиатрии со всей остальной медициной. Старинная идея германских соматиков (Нассе, Якоби) и вместе с тем идея всей гиппократической медицины, что психоз не есть заболевание одного лишь мозга, но всего человека в его целом, получила в эпоху Крепелина строго экспериментальное подтверждение.

Колебание веса тела больных, нарушения пищеварения, потоотделения, обмена веществ, трофические расстройства— все это послужило предметом огромного количества лабораторных исследований. Одновременно с этим, в результате работ Кохера и др. над патологией щитовидной железы, перед глазами исследователей открылась обширная группа фактов, положившая основание для новой науки — эндокринологии. Обозначились перспективы не только для познания этиологии и патогенеза многих долго остававшихся загадочными психотических состояний, но быть может также для каузальной терапии соответствующих душевных расстройств. Выросла особая ветвь психиатрии, поставившая своей задачей отыскание при психозах таких нарушений химизма тканей и внутренней секреции, которые ничем принципиально не отличались бы от химико-биологических изменений при артритизме, диабете, Базедовой болезни, микседеме, акромегалии и пр. Все эти соматологические исследования могут быть разделены на пять групп: 1) работы над обменом веществ, 2) исследования вегетативной нервной системы в ее отношениях к внутренней секреции, 3) серологические стандартные методы—реакции связывания комплемента, реакции осаждения, определение расстройств ферментативной деятельности, антитриптического титра и т. д., 4) различного рода исследования крови (ее морфологии, вязкости, свертываемости, сопротивляемости эритроцитов и проч.), 5) исследование химизма крови, содержания в ней липоидов, сахара и проч. Такого рода изыскания, предпринятые повсеместно, были специально и в огромном



ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ БЕХТЕРЕВ

масштабе поставлены в мюнхенском исследовательском институте. Монографическая обработка этого предмета дана в книге Вута [1]. Крайне противоречивые результаты, добытые в этой области, нисколько не умаляют принципиальной важности таких опытов. Большой интерес вызвали работы Ющенко, которому удалось установить при схизофрении некоторое повышение антитриптической реакции сыворотки, значительное усиление последней при прогрессивном параличе и совершенно нормальные цифры для маниакально-депрессивного психоза [2].

Большие надежды возбуждал одно время метод Абдергальдена для обнаружения расстройства функции эндокринных желез Фаузер в Германии, и одновременно Серейский в России — потратили много труда и усилий, но не получили в этой области каких-либо твердых опознавательных пунктов. Бывший ассистент Абдергальдена, автор большой монографии о применении названной реакции в психиатрии, Эвальд откровенно заявил, что здесь, вслед за огромными ожиданиями, наступило тяжкое разочарование [3]. Несмотря на крайнюю запутанность и неясность соотношений между деятельностью эндокринных желез и психикой, надо думать, что в дальнейшем изыскания в этом направлении не замедлят дать существенно важные результаты [4]. Работы на эту тему идут полным ходом вперед. Важное принципиальное значение имеют знаменитые опыты американского ученого Кеннона, поставившие на очередь вопрос о биохимической природе аффектов [5]. Вся эмоциональная деятельность человека уже теперь выступает вперед в совершенно ином, по сравнению с предшествующими периодами, чисто материалистическом освещении; и в связи с этим сделались более понятными психогенетические механизмы функциональных расстройств, возникающих реактивным путем. Здесь поставлены на очередь многочисленные

---

[1] Wuth. Untersuchungen über die körperlichen Störungen bei Geisteskrankheiten, Berlin, Springer, 1922.

[2] Ющенко. Исследование ферментативных процессов у душевнобольных. Обозрение психиатрии, 1911.

[3] Ewald. Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 51, 1922.

[4] Klieneberger. Psyche u. innere Sekretion, Halle, 1928.

[5] Cannon. Bodily changes in pain, hunger, fear, rage, 1915.

проблемы, намечена программа длинного ряда важнейших исследований [1] (Серейский).

В теснейшей связи с эндокринологией (от которой оно ждет со временем полного разрешения своих основных задач) находится и само конституционологическое течение в психиатрии. В 1921 г. названное направление совершенно внезапно сделало огромный шаг вперед. Появилось исследование Кречмера «Строение тела и характер» [2]. Эта необычайно оригинальная книга сделалась центром, вокруг которого уже по прошествии нескольких месяцев сосредоточилась обширная литература. Значение Кречмера заключается в том, что вопрос о психопатологических конституциях он поставил на биологическую почву. Его упрекали в том, что он просто повторяет Лафатера с его знаменитой «физиогномикой». Но такого рода элементарные возражения вскоре отпали. Понятия о различных типах строения тела (пикническом, астеническом, атлетическом, диспластическом), с одной стороны, и психологических типах (схизотимии, циклотимии, схизоиде, циклоиде) — с другой, и о взаимной кореляции между соматическими и психологическими формулами вскоре сделались прочным достоянием науки. Генеалогические исследования Гоффмана [3] и других авторов значительно подкрепили построения Кречмера. Первоначально его термины казались несколько расплывчатыми и произвольными. В настоящее время мы имеем возможность называть циклоидными и схизоидными психопатами лишь строго определенные группы людей, не только по их психологическим свойствам, но и по соматическим и, что быть может важнее всего, по генетическим данным. С появлением Кречмера все учение о различии между прогредиентными процессами и конституциональными состояниями, о пограничных типах, о психопатиях и психоневрозах — вступило в новую фазу более точных научно-биологических изысканий.

---

[1] Серейский. 1) Проблемы эндокринологии в психиатрии. Москва, 1925. 2) Der Affekt, als biochemische Erscheinungsform, Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. LIII, 1922.

[2] Kretschmer. Körperbau und Charakter. Berlin, 1921.

[3] Hoffmann. Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin, 1921

Открытия тюбингенского исследователя отводят ему почетное место среди классиков психиатрии.

Естественным продолжением работ Кречмера являются начинания некоторых русских авторов, посвященные вопросу об эпилептической и эпилептоидной конституции [1]. Гуревичу удалось установить корреляцию между конституцией (характером) и строением тела, с одной стороны, и моторикой — с другой; это дало возможность более точно охарактеризовать эпилептическую и эпилептоидную психопатию, а именно, как сочетание и быструю смену полярных тенденций двигательного типа: медлительности и взрывчатости моторных реакций [2].

Все эти исследования, вместе взятые, имеют выдающееся значение. Психиатрия вплотную подошла к психологии личности, к проблемам нормальной характерологии. Вооруженная схемами, построенными у постели больного, она стремится все многообразие человеческих индивидуальностей подвести под немногие основные типы, установить схемы характеров. Крауз, Бинсвангер, Фрейд, Юнг, Джонс, Адлер, Эвальд, Кронфельд, Клагес, Утитц — вот имена, с которыми связаны наиболее ценные характерологические искания современности.

6

Всестороннее исследование соматической сферы, изучение конституционально-морфологических и вегетативно-эндокринных соотношений у душевно-больных заложило прочный фундамент для той объективной психопатологии и объективной психиатрии, дальнейшее развитие которых составляет очередную задачу науки. В этом направлении энергично работает Ленинградская психиатрическая школа, основанная Бехтеревым. Русская медицинская психология, издавна воспринявшая идеи Сеченова, изложенные в его знаменитой книге «Рефлексы головного мозга» (1863), получила свое идейно-методологическое завершение после того, как гениальные исследования И. П. Павлова открыли

---

[1] Ганнушкин. Об эпилепсии и эпилептоиде. Труды психиатрической клиники, 1925. Вып. I.

[2] Gurewitsch. Ueber die Klassifikation der Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol, Bd. 109.

совершенно новый подход к изучению психических функций[1]. Метод условных рефлексов, перенесенный из физиологической лаборатории в область психопатологических изысканий, значительно измененный и усовершенствованный соответственно особым задачам, дал возможность Бехтереву наметить оригинальную проблематику объективно-научной психиатрии.

Владимир Михайлович Бехтерев (1857 — 1927) родился в Вятской губ., окончил Военно-медицинскую академию в 1877 г. и был командирован в 1881 г. за границу, где работал у Флексига, Вундта, Шарко. С 1884 г. по 1894 г. Бехтерев был профессором Казанского университета. Здесь вышли в свет его знаменитые «Проводящие пути спинного и головного мозга». Гистоневролог по своим первоначальным симпатиям, достигший на этом пути огромных результатов и мировой известности, великий русский ученый и во всей своей дальнейшей деятельности чувствовал неизменную потребность в возможно большей методологической точности своих клинических наблюдений. Профессор невропатологии и психиатрии в Военно-медицинской академии с 1894 г. (после смерти Мержеевского), Бехтерев упрочивает свою славу изданием крупного труда «Учение о функциях мозга». Постепенно вокруг него группируются многочисленные кадры учеников — Петербургская психиатрическая школа. Ее главные представители: Осипов, Останков, Рейтц, Протопопов, Грибоедов, Топорков, Пуссеп, Гервер, Смелов, Воротынский, Реформатский, Поварнин. Уже очень рано, с 1903 г., Бехтерев занят идеей создания строго «объективной психологии». Его собственными исследованиями и работами сотрудников молодая наука с каждым годом растет и крепнет. После долгих исканий и подготовительных исследований, Бехтерев основывает новое психиатрическое учение существенно отличающееся от всех других направлений науки о душевных болезнях. Объективная психология, вскоре превратившаяся в рефлексологию, постепенно привела к стремлению преобразовать всю психиатрию в систему рефлексологических соотношений.

[1] Академик И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Условные рефлексы. (Сборник статей, докладов, лекций и речей). Изд. третье. Госиздат, Ленингр.— М., 1925.

Первые попытки в этом смысле сделали: Ющенко, Протопопов, Осипов и ученики последнего—Ленц и Иванов-Смоленский. В. П. Осипов признает, однако, что задача «перестановки психиатрии и психопатологии на новые рельсы очень нелегка и может происходить лишь постепенно и медленно». Но здесь важно, по мнению Ленинградской школы, принципиальное признание объективного метода как единственно научного, а следовательно, необходимого и для истинного развития психиатрии, если только последняя претендует на точность своей методики и общеобязательность выводов [1]. Подобно тому, как Бирнбаум говорит о психологической конструкции психоза, Ленинградская школа имеет в виду установить в будущем чисто физиологическую или рефлекторно-генетическую конструкцию психических расстройств [2]. Осипов доказывает, что соответственно новой точке зрения необходимо отбросить даже самый термин «психиатрия», заключающий в своем первом слоге указание на мир психических переживаний, не содержащий сам по себе материала, способного повести к установлению закономерных соотношений и причинных связей. Осипов предлагает взамен совершенно новое название — тропопатология [3], т.-е. наука о расстройствах поведения, соответственно бихевиоризму американских авторов (Торндайк, Уотсон). Несмотря на то, что Ленинградская школа уже представила ряд интересных работ, ценность предложенного ею нового подхода к познанию больной человеческой психики еще не может быть точно установлена. Тропопатология, как наука будущего, не подлежит обсуждению на этих страницах, посвященных историческому прошлому наших знаний о душевных болезнях [4].

---

[1] Ленц, А. К. Условные рефлексы и конструкция современной психиатрии. Новые идеи в медицине, сборн. № 4: Новые идеи в психопатологии и психиатрии, изд. Образование. Петроград, 1924.

[2] Эти идеи изложены Бехтеревым в его трудах: «Основы рефлексологии человека», Гиз, изд. 2-ое, 1928, «Коллективная рефлексология», Гиз, 1921 и в многочисленных отдельных работах.

[3] Осипов, В. П. Психиатрия - тропопатология. Журн. невропатологии и психиатрии, им. С. С. Корсакова, 1925, № 1.

[4] Из работ Ленинградской школы представляют особый интерес следующие: Ленц — «Экспериментально - клиническое исследование высшей рефлекторной деятельности при прогрессивном параличе» (1923) и работа Иванова-Смоленского о паранойе (Ivanov-Smolensky, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 3, 1927).

ГЛАВА ТРИДЦАТЬ ПЯТАЯ

СОВРЕМЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

1. Начало осуществления идеи Мореля о психогигиене. Евгеника отрицательная и положительная. Французская система диспансеризации в борьбе с психопатиями.—2. Расцет психопрофилактики в Северо-Американских Соединенных Штатах. Клиффорд Бирс. Национальный комитет психической гигиены.—3. Оживление психо-гигиенического движения во Франции. Так называемая «открытая помощь» в Германии.—4. Психогигиена и советская медицина.

1

Использовав все достижения строительной техники и опираясь на опыт предшествующих десятилетий, практическая психиатрия первых лет XX века сказала свое последнее слово в деле массовой госпитализации душевнобольных. Во всем мире воздвигнуты были многочисленные, подчас грандиозные учреждения [1]. Разработаны были и другие формы психиатрической помощи, которая в конечном итоге сведена была к четырем пунктам: больница, колония, патронаж и нервно-психиатрический санаторий для пограничных случаев.

XX век, еще задолго до империалистической войны, но особенно по ее окончании, выдвинул совершенно новый элемент общественной психиатрии: государственную профилактику душевных болезней. Требования жизни — материальные и идейные — поставили медицинскую мысль лицом к лицу с новыми задачами: непрерывно усложняющаяся городская жизнь, тяжелые условия труда при капиталистическом строе, изучение инфекций и интокси-

[1] Таковы, напр., Фридрихсберг (Гамбург), Штейнгоф (Вена) и т. д.

каций, — все это привело к созданию понятия о социальных болезнях, к которым, на ряду с туберкулезом, сифилисом, алкоголизмом, причислены были также и многие виды психозов. Статистика не переставала указывать на продолжающееся увеличение числа душевных болезней. Психиатрическая помощь не поспевала за требованиями жизни. Даже Англия была в состоянии обслужить только 90% своих душевно-больных, Германия — 60%, Россия — всего лишь 10%. Все говорило о настоятельной необходимости безотлагательно приступить к той планомерной борьбе за психическое здоровье населения, о которой мечтал в свое время Морель[1]. Гениальный французский психиатр подробно обрисовал те два фронта, на которых должна вестись организованная борьба: наследственность и вырождение, с одной стороны, экзогенные факторы (ненормальные условия труда, пауперизм, интоксикации) — с другой.

Вопросы, связанные с улучшением наследственной структуры личности, породив огромную литературу, составили предмет особой науки — евгеники. Одним из ее основателей был Рюдин. Ему принадлежит мысль о гибельном влиянии цивилизации на душевное здоровье населения, так как современное гуманное отношение к психопатам и преступникам дает этим антисоциальным элементам возможность иметь потомство и таким способом увеличивать число вырождающихся. Мысли Рюдина, додуманные до их логического конца, нашли применение в Америке. Соединенные Штаты уже очень давно интересовались вопросом о кастрации преступников. По инициативе Шарпа, в штате Индиана, в исправительной тюрьме была сделана не одна сотня операций, гарантирующих полную стерильность оперированных. В 1907 г. в некоторых штатах прошли законы об обязательной стерилизации преступников, идиотов, слабоумных и насильников. Среди европейских психиатров также нашлись сторонники этой меры (Юлиусбургер, Некке, Тулие и другие). В России «отрицательная евгеника» встретила резкое противодействие. Надо, впрочем, заметить, что в самой Америке закон прошел только в трех штатах, а в остальных был

[1] См. Trisca, P. La Prophylaxie mentale en France et à l'étranger, Paris, Maloine, 1921.

отвергнут, как противоречащий основным пунктам конституции. Совершенно очевидно, что сложный факт вырождения, имеющий свои корни в особенностях современной культуры и ее экономических формах, может быть устранен только с изменением структуры общества. Полная недостаточность той профилактики, которая усматривает корень зла в отдельном производителе, игнорируя всю социальную обстановку, была в свое время подчеркнута Осиповым [1] и убедительно доказана исследованиями английских психиатров Даниеля и Кларка [2].

Евгеника «положительная», т.-е. практическое осуществление ряда мероприятий, имеющих целью заключение браков, рассчитанных на здоровое и общественно полезное потомство, представляет, по мнению большинства исследователей, задачу необычайно трудную. Обязательность предварительного медицинского обследования, очевидно, не может служить гарантией; распространение медицинских и социологических знаний также, несомненно, не играет большой роли. Современная общественная психиатрия, повидимому, приходит к заключению, что не в этой плоскости должна лежать борьба за здоровые нервы и крепкую психику [3].

Систематически обдуманный план психо-профилактических мер был разработан в Америке. Образцом послужили французские достижения антитуберкулезного характера. В борьбе с этой социальной болезнью, Франция предложила свою систему диспансеризации. Кальметт один из первых высказал мысль, что больного туберкулезом лечить необходимо не только в больнице, в амбулатории, но и в комнате, где он живет. Сотрудница диспансера — сестра обследовательница — должна проникать туда и ознакомиться с уловиями жизни больного, чтобы способствовать, если это необходимо, такому изменению обстановки, которое остановило бы дальнейшее распространение болезни. Одновременно с этим государственный аппарат и соответствующие общественные организации должны

---

[1] Осипов. Профилактика душевн. расстр. Неврол. Вестник, 1907.
[2] См. Преображенский, С. А. Хирургич. профилактика вырождения. Совр. психиатр. 1912.
[3] См. Юдин, Т. Евгеника. М., изд. М. и С. Сабашниковых, 1924.

обеспечить материальную возможность проведения в жизнь всех указаний диспансера. Гранше внес предложение, чтобы обследовательницы обращали внимание на лиц, окружающих больного и еще не находящихся на учете в диспансере, но быть может уже фактически вступивших в первые фазы болезни. «Мы должны быть благодарны доктору Кальметт», — говорит американец Ричард Каботт, — «за то, что он указал нам на обследовательницу-гигиенистку, как на связующее звено между диспансером и жилищем больного. Эту идею мы положили в основу не только борьбы с туберкулезом, но и со многими другими болезнями [1]». Тщательно разработанные экономические соображения и точные финансовые подсчеты привели американцев к выводу, что производственные потери от психических расстройств, включая сюда также неврозы и пограничные состояния, поистине колоссальны. Кроме того, цифры показали, что размеры затрат, необходимых для сети профилактических и всех других психо-гигиенических мер значительно меньше тех убытков, которые связаны с распространением душевных болезней и с содержанием дорого стоющих коек в больницах для душевнобольных. Исходя из этого и руководствуясь французскими принципами, Америка создала грандиозную психо-гигиеническую организацию.

2

Как всякая назревшая потребность, и это дело незамедлило найти своих провозвестников и вождей. Американское движение тесно связано с именем человека, который сам испытал, что значит быстрыми шагами приближаться к психозу и не получить во время энергичной помощи. Клиффорд Бирс содержался в психиатрической больнице с 1900 по 1903 г., — срок, повидимому, достаточный, чтобы изучить, особенно на себе самом, постановку психиатрического дела в Америке [2]. Поправившись,

---

[1] См. Trisca, там же, стр. 68.

[2] Клиффорд Бирс родился в 1878 г., отличался с детства наклонностью «к самоанализу» и был, как он сам называет себя, «сенситивной и интроспективной натурой». Когда ему было 16 лет, его старший брат заболел припадками эпилептиформного характера и умер через 6 лет, при чем на вскрытии обнаружена была опухоль

он пишет книгу, где рассказывает все свои переживания во время болезни. «Ум, который вновь обрел себя»,— таково было заглавие произведения Бирса, вышедшего в свет в 1908 г. Появление этой книги было, в настоящем смысле слова, событием, на которое откликнулись и психиатры и широкая публика. Решено было обратить внимание на положение душевно-больных и, тем более, на душевно-здоровых, находящихся почему-либо в неустойчивом равновесии. Уже в следующем году образуется Национальный комитет психической гигиены. Знаменитый психолог, Уильям Джемс, оказывает делу материальную поддержку. Крупные американские врачи объединяются вокруг Клиффорда Бирса. В 1916 г. комитет сделался государственным учреждением, взявшим в свои руки профилактическое движение в Северной Америке и поставившим своей задачей пропаганду психо-гигиенических идей во всем мире. Его общая программа сводится к трем пунктам: 1) предупреждение невро-психических заболеваний у индивидуумов нормальных, 2) создание наиболее благоприятных условий жизни и деятельности для предрасположенных и 3) организация лечения уже заболевших. Частные мероприятия для осуществления этой задачи многочисленны и разнообразны. Сюда входит: издание ежегодников всех учреждений для душевно-больных, дефективных, эпилептиков и алкоголиков; популяризация преподавания психиатрии; обследование по отдельным штатам условий содержания и лечения душевно-больных, (что было осуществлено на средства Рокфеллеровского института); издание монографий о медико-психологических особенностях различных областей Америки; изучение психопатологии преступности; организация и содержание центрального статистического бюро для учета душевных

мозга. С самого начала болезни брата Бирс мучился мыслью, что и его постигнет такая же судьба. Страх перед эпилепсией временами обострялся у него до степени тяжелой депрессии. В 1900 г. он болел тяжелым гриппом, за которым последовал психоз с разнообразными галлюцинациями, бредовыми идеями фантастического содержания, бурными реакциями на все окружающее. После попытки к самоубийству, он был интернирован. Колоссальная энергия, проявленная этим человеком по выздоровлении, сосредоточила на нем всеобщее внимание (см. Sommer, R.,Clifford Wittingham Beers, Ztschr. f. psych. Hygiene. Bd. I, erstes Heft, 1928).

заболеваний; устройство психиатрической помощи в армии; организация съездов обществ психической гигиены; организация международной связи в целях борьбы с душевными болезнями; устройство центральной психиатрической библиотеки; издание книг, брошюр, печатание статей в повседневной прессе по вопросам психиатрии и психической гигиены; чтение лекций, докладов; издание журнала «Психическая гигиена» (Mental Hygiene).

На службе Комитета находится многочисленный штат сотрудников (несколько десятков тысяч человек), проникающих на заводы и фабрики, в больницы и школы, в тюрьмы и в частные жилища, на биржи труда и буквально всюду, где только есть люди. Свою психогигиеническую организацию Новый свет усиленно рекомендует Старому.

3

К 1918 г. такие же комитеты возникли в Канаде, в Австралии, во Франции, в Англии, а в последующие годы к этому движению примкнули: Германия, Бельгия, Нидерланды, Италия, Швеция, Испания, Польша и другие страны.

Во Франции аналогичные идеи давно уже имели энергичных деятелей в лице Тулуза и Жениль-Перрена. Долго, однако, их мысли не получали практического осуществления. В 1912 г. Ферсон указывал на настоятельную необходимость усовершенствования устарелого психиатрического аппарата во Франции. Он предлагал следующую реформу: 1) открытие психиатрических клиник при каждом университете, 2) учреждение приемных покоев во всех больших городах, 3) основание колоний не только для больных, нуждающихся во врачебном наблюдении, но и для невротиков, почти не нуждающихся в таковом, 4) устройство у ворот больниц колоний для выздоравливающих, периодиков и других больных, могущих быть переведенными на более свободный режим и, наконец, 5) организацию патронажа, независимого от больницы. Одновременно с этим проектировалось открытие целого ряда специальных пунктов и консультаций для нервных людей. В 1918 г. французское психогигиеническое движение быстро двинулось вперед, отчасти под влиянием Америки, отчасти

благодаря энергии Тулуза и Жениль-Перрена и созданной ими профилактической лиги, которая через два года обратилась в психо-гигиенический комитет. Большое внимание обратили на себя работы Легрена [1] и Ренье, посвященные специально «малым» психотикам и организации пунктов открытой помощи для этих больных. В 1922 г. в Париже состоялся конгресс по психогигиене в котором принимало участие 22 национальности; обязанности секретаря исполнял привлекавший к себе все взоры Клиффорд Бирс. Членам съезда была демонстрирована больница Анри Руссель, с ее психогигиенической амбулаторией, в которой сосредоточивается деятельность Тулуза и его энергичных сотрудников [2]. Через этот пункт за последние 4 года прошло более сорока тысяч человек. Учреждение имеет сестер-обследовательниц, посещающих больных на дому, дающих указания по медицинским, семейным и бытовым вопросам.

В Германии уже очень давно, еще во времена Роллера и Руера, положено было начало тому движению, которое получило в этой стране название «открытой помощи» — offene Fürsorge. Сперва это были частные комитеты и филантропические организации, посвятившие себя внебольничной помощи душевно-больным, выписанным из учреждений. За последнее время образовалась густая сеть таких пунктов, постепенно расширяющих свои задачи; их интересы простираются уже не только на душевнобольных и поправившихся, но также и на страдающих пограничными состояниями, и на всех вообще людей, затрудняющихся в решении тех или иных морально-психологических и социальных вопросов в их личной жизни. Организованы были амбулатории специального типа, которые носят в Германии различные названия — Fürsorgestelle, Beratungsstelle и т. д. В их задачу входит также борьба с алкоголизмом, централизованная в так называемой Reihshauptstelle, имеющей до 200 отделений в стране. Из таких «попечительных» пунктов

---

[1] Legrain. Le projet Grinda et l'hygiéne mentale, Ann. méd.-psych. T. I.

[2] О французском психогигиеническом движении см.: 1) Potet, «Hygiéne mentale», Paris, Le François, 1926 и 2) Trisca. La Prophylaxie mentale.

Особенной известностью пользуются гессенские, организованные Людвигом. Кроме того, прекрасно организованы пункты в Эрлангене, где работают Кольб и Фальтгаузер, в Мюнхене, Нюрнберге, Мангейме, Франкфурте. В последнем из названных городов энергичную деятельность развивает Рэкке. Все это движение, в котором, кроме уже поименованных лиц, принимают участие такие силы, как Зоммер, Фишер, Ремер, Курт Шнейдер, Гассе, Братц, находится в процессе быстрого развития, темп которого, между прочим, может быть прослежен по данным сборника, выпущенного в 1927 г. под редакцией Ремера, Кольба и Фальтгаузера [1]. Однако, повидимому, не следует преувеличивать общественного значения этих германских пунктов. Настоящей диспансеризации Германия еще не знает. Там нет систематического обследования целых групп населения, нет лозунга связи с массами и организованных подходов к изучению бытовой обстановки.

4

Совершенно новые принципы после Октябрьской революции положены были революционной общественностью в основу советской медицины.

Более активное выявление больных в населении, их точный учет, возможно полная регистрация пограничных случаев, а также всестороннее изучение этиологических факторов, в виде бытовых и профессиональных условий, составляет задачу той систематической профилактики, которая является главным лозунгом советской медицины. Уже первое всероссийское совещание по психиатрии и неврологии наметило подробный план невропсихиатрической помощи населению и борьбы за здоровые нервы. Одна из резолюций II всероссийского совещания, созванного Народным комиссариатом здравоохранения в 1923 г. гласит следующее: «Невропсихиатрическое оздоровление населения и работа по профилактике нервности, психопатий, наркотизма, нервных и душевных заболеваний требуют приближения врача-психиатра и невропатолога к жизни,

[1] Roemer-Kolb-Falthauser. Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin, 1927.

к участию в организации труда и быта, с привлечением к этому делу широких слоев трудящихся в лице их организованных групп» [1]. Следует отметить, что в таком широком масштабе эта задача еще не была поставлена никогда. На это, между прочим, указал Зоммер в своем докладе на Кассельском съезде. Третье совещание, в ноябре 1925 г. значительно углубило теоретические и практические проблемы диспансеризации, получившие свою конкретную форму прежде всего в общих методах работы Московского отдела здравоохранения и специальных задачах Государственного невро-психиатрического диспансера, руководимого Розенштейном, пионером этого дела в русской психиатрии [2].

Диспансер уже успел осуществить огромную массу обследований однородных в профессиональном отношении групп населения и собрать таким образом материал, который начал разрабатываться при помощи новейших способов современной статистики. Составлены санитарные характеристики целых предприятий, заводов, фабрик, мастерских, общежитий и отдельных жилищ — всех условий работы и быта, с точки зрения их невропсихических вредностей. Такое санитарно-психопатологическое обследование всей трудовой обстановки огромной массы людей производится врачами и сестрами социальной помощи, число которых непрерывно увеличивается путем организации специальных подготовительных курсов. Диспансерная работа, предпринятая в том масштабе, в каком ставит ее Народный комиссариат здравоохранения на ближайшие годы, несомненно, должна будет дать, на ряду с огромными практическими результатами, в виде раннего обнаружения начальных степеней нервно-психических заболеваний, также и важные научные достижения. Мы получим огромную клинику таких невротических состояний,

---

[1] Основными докладами на этом историческом совещании явились: Розенштейна «Новые задачи советской психиатрии» (о психогигиене и психопрофилактике). Прозорова «Проблемы советской психиатрии в связи с нервно-психиатрическим оздоровлением населения», Зиновьева «Психиатрические диспансеры и их организация», Страшуна, Сысина, Громбаха и др.

[2] См. Розенштейн, Л. М., Профилактика нервных и психических заболеваний, М. Госиздат, 1927.

которые не могут еще считаться в достаточной степени изученными. Не подлежит сомнению, что будут зафиксированы новые симптомокомплексы, поставленные в связь с определенными экзогенными моментами; это должно будет дать опорные пункты для дальнейшей психопрофилактической и психо-гигиенической работы. Последняя уже в настоящее время заключается в том, чтобы всеми мерами способствовать своевременному удалению из тех или иных бытовых и профессиональных условий, во-первых, людей, уже заболевших, во-вторых, людей, находящихся в состоянии трудовой субкомпенсации. Врачи-обследователи, согласно проекту Наркомздрава, дают в каждом отдельном случае «социально-профилактическое заключение», на основании которого намечается тот или иной вид конкретной социальной помощи. Крайне интересно отметить, что в результате таких диспансерных обследований одна за другой начинают вырисовываться трудовые группы, каждая из которых имеет своего рода коэфициент нервно-психопатологического состояния. Подобно тому, например, как при обследовании преступников можно получить 40 — 50% психопатов, или среди педагогов — 24 — 25% неврастеников, точно так же в одних профессиональных группах выступает на первый план более или менее резко выраженный алкоголизм, в других — наркотизм, в третьих — сексуальная распущенность, влечение к самоубийству и т. д. Устанавливая таким образом качественный и количественный состав целого ряда профессиональных вредностей, диспансерная система этим самым намечает ряд необходимых мероприятий для устранения зла. Психиатрия, превратившаяся в социальную науку, анализирует причины подведомственных ей общественных недугов, с которыми она вступает в организованную во всех своих деталях борьбу.

Разумеется, она не может работать в одиночестве. Органы охраны труда и социального законодательства должны чутко прислушиваться ко всем заключениям государственных психо-гигиенических учреждений. В московском невро-психиатрическом диспансере уже учреждена специальная должность врача-ассистента по вопросам законодательства и быта. Что касается возможности изменения многих вредных бытовых условий, то в этом

направлении, во-первых, широко организуется психо-гигиеническое просвещение в школах и на предприятиях. Здесь, между прочим, развивают большую деятельность наркологические и венерологические диспансеры, сотрудники которых регулярно выезжают на места, где и ведут систематическую пропаганду. Развивающееся с каждым днем психогигиеническое движение в Союзе Советских Социалистических Республик уже выдвинуло целый ряд деятелей, посвятивших себя теории и практике этого важного дела. Из них в первую очередь, кроме Розенштейна, необходимо назвать Мискинова [1], Прозорова [2], Шоломовича. Из ленинградских психиатров должны быть упомянуты Максимов, Голант, Наумов и ветеран психической гигиены — Мендельсон [3]. Не подлежит сомнению, что ту же задачу, т.-е. поднятие санитарной культуры страны в целях предупреждения нервно-психических заболеваний, выполняют в значительной мере санатории для психо-невротиков и больных пограничными состояниями. Здесь, кроме психо- и физиотерапии, больные получают правильные психогигиенические навыки и (при помощи лекций и бесед), приобщаются в той или иной мере к теоретическому пониманию задач личной и общественной гигиены и профилактики. Те же цели осуществляет еще другой тип учреждения — так называемый профилакторий, вызванный к жизни Московским отделом здравоохранения. В этих полустационарах сосредоточены столовая, ночной санаторий, физиотерапевтический кабинет, библиотека с изданиями по физической и санитарной культуре. Не ставя перед собой специальных задач борьбы с нервными и душевными заболеваниями, профилакторий, однако, косвенно достигает этой цели своими общегигиеническими и просветительными тенденциями.

---

[1] Мискинов, А. И. Профилактические задачи лечебной организации и невропсихиатрической помощи. (Советская медицина в борьбе за здоровые нервы. Труды I Всесоюзного совещания по психиатрии и неврологии, Ульяновск, 1926).

[2] Прозоров. Проблемы советской психиатрии в связи с невропсихиатрическим оздоровлением населения (II Всероссийск. совещ. по вопросам психиатр. и неврол. М., 1924).

[3] Мендельсон, А. Л. Нервно-психическая гигиена и профилактика. Госиздат, 1927.

Среди учреждений, принимающих участие в советской общественной психиатрии, одно из видных мест занимает Институт изучения профессиональных вредностей имени Обуха.

В нервно-психиатрическом отделении Института ведется интенсивная работа по изучению психо-травматизма, в широком смысле этого слова [1].

Новые практические задачи советской медицины и опыт проведения их в жизнь уже успели наложить свой отпечаток на некоторые важнейшие проблемы научно-теоретической психиатрии. Изучение быта и выяснение влияния среды, преимущественное внимание, направленное на роль социальных факторов и психогенных моментов, приводят к все большему и большему отказу от исключительной эндогении и к численному увеличению экзогенных форм.

Клиническая психиатрия, обогащенная познанием пограничных случаев, «малая психиатрия» (кстати сказать, область более сложная и тонкая, нежели больничная психиатрия) склонна вносить существенный корректив в свои недавние фаталистические представления о значении наследственности и конституции [2]. Тщательный анализ реактивных состояний становится ее наиболее актуальной проблемой. И в связи с этим наметился совершенно новый тип врача-психиатра: это — общественник, социальный патолог, практический психофизиолог-педагог и активный психотерапевт, деятельный участник борьбы за изменение быта людей, в целях возможно полного уничтожения всех поводов для личных, семейных, имущественных и общественных конфликтов и во имя наиболее совершенной организации человеческой энергии на поприще бодрящего коллективного труда.

---

[1] Розенштейн. Психиатрия и профилактика нервно-психического здоровья. Сборник: «Профилактика нервных и психических заболеваний» под ред. С. Н. Давиденкова и Л. М. Розенштейна. Изд. Мосздравотдела, М. 1929.

[2] Некоторые результаты обследования промышленного травматизма, произведенного в институте, получили выражение в клиническом очерке Розенштейна — «Психо-травматизм». Изд. Мосздравотдела, М. 1928.

Наука о душевных болезнях, начавшая когда-то свое вековое поприще в темном каземате и вынужденная вслушиваться лишь в отрывочные слова и выкрики прикованных к стене одичалых людей, вышла на широкий простор повседневной жизни. В главнейших вопросах общественной гигиены ее представителям принадлежит ответственная и почетная роль.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

I. Источники на русском языке

Алелеков, А. Н. Заведения для душевно-больных в Германии. Обозрение психиатрии. 1897. №№ 6 — 8.

*

Баженов, Н. Н. Психиатрические беседы на литературные и общественные темы. Москва, 1903.

Его же. Психиатрические экскурсии. Оттиск из «Арх. псих. нейр. и суд. психопат.». Харьков, 1884.

Его же. История московского доллгауза (ныне московск. гор. Преображенской больницы). Изд. Моск. гор. общественного управл., М., 1909.

Бернштейн, А. Н. Клинические лекции о душевных болезнях. Изд. В. Саблина, М., 1912.

Бехтерев, В. Классификация душевных болезней. Казань, 1891.

Его же. Памяти учителей. Труды III съезда отечественных психиатров. СПБ., 1911.

Блуменау, Л. В. Истерические стигматы и вырождение (к вопросу об истерии в войсках). Неврол. вестник., 1899, т. VII, вып. 2.

Его же. Иван Павлович Мержеевский. Очерк и оценка его деятельности. Журнал невропат. и психиатрии, 1908, т. VIII, кн. 3 — 4.

Его же. Памяти Эдуарда Сегена. Совр. псих., 1912, кн. 4.

Бумке, О. Культура и вырождение. Пер. с немецк. П. Ганнушкина. Изд. Сабашниковых, 1926.

Бутковский, П. Душевные болезни. Часть I и II. СПБ., 1834.

*

Виндельбанд, В. История новой философии в ее связи с общей культурой и отдельными науками. Пер. с нем. А. Введенского, 3 изд., СПБ., 1913, т.т. I и II.

II Всероссийское совещание по вопросам психиатрии и неврологии. Изд. НКЗ, М. 1924.

Вырубов, Н. А. Очерк посемейного призрения душевнобольных в некоторых местностях Западной Европы. Обозр. психиатрии. 1902, №№ 9 — 10.

*

Ганнушкин, П. Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание. Изд. Сабашниковых, М., 1924.

Его же. Острая параноя (Paranoia acuta). Диссертация. М., 1904.

Его же. Постановка вопроса о схизофренической конституции. «Совр. псих. М. 1914.

Гегель, Г. В. Философия духа. Пер. с нем. Изд. Л. Боумана. М., 1864.

Гейер, Т. А. Некоторые соображения о хронической и острой паранойях. Труды псих. клиники I МГУ. Вып. I. Изд. Сабашниковых, М., 1925.

Его же. О Корсаковском психозе. Современ. психиатрия, 1911, кн. 1 — 2.

Гельпах, В. Психические эпидемии. Пер. с немецк. Изд. «Литер.-медиц. журнал», СПБ., 1908.

Геродот. История в 9 книгах. Пер. с греч. Ф. Г. Мищенко, М., 1888.

Гиляровский, В. А. О пограничных состояниях и их лечении. II всерос. совещ. по вопр. псих. и невр. Изд. НКЗ., М., 1924.

Гиро, П. Частная и общественная жизнь греков. Изд. Спиридонова, М.

Гомперц, Т. Греческие мыслители. Пер. с нем. Герцык и Жуковского, т.т. I и II. Изд. Д. Жуковского, СПБ., 1911.

Гризингер, В. Душевные болезни. Пер. с нем., под ред. Ф. Овсянникова. Изд. 3. В. Ковалевского, СПБ., 1881.

Громбах, В. А. Московская психиатрическая организация. II Всерос. совещ. по вопр. псих. и невр. Изд. НКЗ, М., 1924.

Guardia. История медицины от Гиппократа до Брусса и его последователей. Пер. с франц. Казань, 1892.

Гуревич, М. О. Об эпилептоидных состояниях у психопатов и их отграничении от эпилепсии. Совр. псих., 1913, кн. 4.

Гутман, Л. Г. Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе. Диссертация. СПБ., 1909.

*

Дессуар, М. Очерк истории психологии. Пер. с нем. Изд. О. Богдановой, СПБ., 1912.

Дрознес, М. Я. Главные принципы внутренней реорганизации старых домов умалишенных. Труды I съезда отеч. псих. СПБ., 1887.

Dubois, P. Психоневрозы и их психическое лечение. Пер. с франц., под ред. В. Осипова. Изд. К. Риккера, СПБ., 1912.

*

Жане Пьер. Неврозы. Пер. с франц.. под ред. Л. С. Минора. Изд. «Космос», М., 1911.

*

Зиновьев, П. М. Психиатрические диспансеры и их организация. II всерос. совещ. по вопр. псих. и невр. Изд. НКЗ, М., 1924.

*

Иванов-Смоленский, А. Г. Учение об условных рефлексах. «Новые идеи в медицине». Т-во «Образование», Петр., 1924.

*

Кандинский, В. Х. О псевдогаллюцинациях. Изд. Е. Кандинской, СПБ., 1890.

Каннабих, Ю. В. Эволюция психотерапевтических идей в XIX веке. Журнал «Психотерапия», М., 1910.

Кащенко, П. П. Ближайшие задачи в деле попечения о душевно-больных в России. Соврем. псих., 1911, кн. IX — X.

Классификация душевных болезней, принятая Обществом психиатров в С.-Петербурге в заседании 5-го апреля 1886 г., СПБ., 1887.

Клейст. Современные течения в психиатрии. Берлин, 1925.

Ковнер, С. История медицины. Вып. I. Медицина Востока. Медицина древней Греции до Гиппократа. Киев, 1878.

Его же. История медицины. Вып. II. Гиппократ. Киев, 1883.

Его же. История древней медицины. Вып. III. Медицина от смерти Гиппократа до Галена вкл. Киев, 1888.

Его же. История средневековой медицины. Вып. I. Киев, 1893.

Кожевников, А. Я. Устройство психиатрических клиник вообще и в частности московской. Труды I съезда отеч. псих. СПБ., 1887.

Кони, А. Ф. Психиатрическая экспертиза и действующие законы. Речь на торжественном открытии III съезда отечественных психиатров 27 декабря 1909 г. Труды съезда, СПБ., 1911.

Константиновский, И. В. Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами. Труды I съезда отеч. психиатров. СПБ., 1887.

Конторович. Средневековые процессы о ведьмах. СПБ., 1896.

Корсаков, С. С. Курс психиатрии. М., 1901.

Его же. К вопросу о призрении душевно-больных на дому. Труды 1 съезда отеч. псих. СПБ., 1887,

Его же. К вопросу о нестеснении (No-restraint). Труды 1 съезда отеч. псих. СПБ., 1887.

Список печатных и рукописных материалов о жизни и деятельности С. С. Корсакова:

1. Проф. Рот, В. К. Корсаков, С. С. Биографический очерк. М., 1901. Напеч. в отчете Моск. университ. за 1900 г. 51 стр. с портр. и списком печатных трудов Корсакова, С. С. обнимающим 31 номер.

2. Сербский, В. П. Речь в экстренном заседании Общества невропатол. и психиатров при Моск. университ. 5 мая 1900 г. Напечатана в «Мед. обозр.». Том 53, № 6. 1900 г. Стр. 951—954.

3. Баженов, Н. Н. Речь, произнесенная и напечатанная там же.

4. Лопатин, Л. Памяти Корсакова, С. С. Речь в экстренном засед. Моск. психол. общ. 6 мая 1900 г. Вопросы филос. и псих. М. Кн. III (53) май — июнь 1900. Стр. I—VII.

5. Рот, В. К. Речь на могиле Корсакова, С. С. 4 мая 1900 г. Там же. Стр. VIII—X.

6. Токарский, А. А. 3 речи: 1) в Общ. пособ. недост. студ. Моск. университ. 4 мая 1900 г. 2) в Общ. невропат. 5 мая, 3) в Психол. общ. 6 мая 1900 г. Там же. Стр. X—XIX.

7. Лопатин, Л. Личность и миросозерцание Корсакова, С. С. Речь на соед. засед. Обществ психолог. и невропатологов 1 октября 1901 г. 11 стр. Вопросы философии. 1902 г.

8. Сербский, В. П. К характеристике научного значения Корсакова, С. С. Там же. Стр. XIII—XXXVIII.

9. Постовский, Н. П. Корсаков, С. С. как клиницист-преподаватель. Там же, 16 стр.

10. Корнилов, А. А. Невропатологические работы Корсакова, С. С. Речь. Там же.

11. Баженов, Н. Н. Внеуниверситетская деятельность и значение Корсакова, С. С., как врача и учителя. Речь. Там же.

12. Россолимо, Г. И. Эпитафия. Речь на засед. Моск. общ. невропатол. 10 октября 1901.

13. Мельников-Разведенков, Н. Ф. Из воспоминаний о С. С. Корсакове как университетском и общественном деятеле. Совр. псих. 1911. 1 — 2.

14. Ферхмин, П. Р. Общественно-психиатрическая деятельность проф. С. С. Корсакова. Совр. Псих. 1911. 1 — 2.

15. Россолимо, Г. И. С. С. Корсаков. Некролог. Клинич. журн. № 5, май.

16. Неизданные письма С. С. Корсакова, которые собраны и хранятся у М. Ф. Беккер. Эти письма представляют большой общественный интерес.

*

Ксенофонт. Меморабилии.

*

Ламеттри. Избранные сочинения. Инст. Маркса и Энгельса. Гос. Изд., 1925.

Ланге, Фр. А. История материализма и критика его значения в настоящее время. Пер. с 3-го нем. изд. Н. Страхова. 2 тома. Изд. Л. Пантелеева, СПБ., 1899.

Лахтин, М. Ю. Из прошлого русской психиатрии. Журн. невро-патол. и псих. 1911, год XI, кн. 4.

Его же. Материалы к истории психиатрии в России, М., 1912.

Лебедев, Н. Н. Борьба с преступностью в Америке. Оперативный способ улучшения рода человеческого. Вест. обществ. гигиены, суд. и практ. медицины. 1911, январь.

Ленц, А. К. Условные рефлексы и конструкция современной психиатрии. «Новые идеи в медицине». Т-во «Образование», П., 1924.

Лион, Л. Е. Тип земской психиатрической лечебницы и приюта. Труды I съезда отеч. психиатр. СПБ., 1887.

*

Маудсли, Г. Физиология и патология души. Пер. с англ. И. Исанна. Изд. О. Бакста, СПБ., 1871.

Медынский, Е. Н. История педагогики в связи с экономическим развитием общества. Тт. I и II. Изд. Раб. просв., М., 1925.

Минор, Л. К вопросу о пьянстве и его лечении в специальных заведениях для пьяниц. СПБ., 1887.

Мискинов, А. И. Профилактические задачи лечебной организации и невро-психиатрическая помощь. Советск. медиц. в борьбе за здоров. нервы. Сборн. стат. Изд. Ульян. комб. ППП., 1926.

Молоденков, Н. С. К вопросу о паранойе и параноической конституции. Труды псих. клиники 1 МГУ. Вып. I. Изд. Сабашниковых, М., 1925.

*

Осипов, В. П. Кататония Kahlbaum'a. Литер.-клиническое исследование. Казань, 1908.

Его же. Из истории психиатрии. Заметка об Аретее. Невролог. Вестн. т. XIX. Вып. 2, 1912.

Его же. Психиатрия Балинского. Врач. дело № 24 — 26. Харьков, 1925.

Его же. Курс общего учения о душевных болезнях. Госизд., Берлин, 1923.

Его же. Профилактика душевных расстройств. Неврол. Вестник, 1907.

*

Павлов, И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, 1923.

Пастернацкий, И. Р. К вопросу о домах умалишенных в России. Труды I съезда отеч. психиатров. СПБ., 1887.

Платон. Федр.

Его же. Тимей. Перев. Малевского. Киев, 1883.

Познышев, С. В. Цезарь Ломброзо и его учение о прирожденном преступнике. Журнал психол., невролог. и психиатрии. 1912. Прил. I.

Преображенский, П. А. Нервно- и душевно-больные как объект культа. Обозрение психиатрии. 1911, № 3.

Преображенский, С. А. Хирургическая профилактика вырождения. Современная психиатрия. 1912, февраль.

Прозоров, Л. А. Болезнь Бейля (к столетию выделения прогресс. паралича). Клинич. медицина, 1923, № 1 — 2.

Его же. Отказ от пищи и насильственное кормление. Совр психиатр., 1913, февраль.

Его же. Из истории русск. психиатрии. Дома умалишенн. в начале прошл. века. Совр. психиатр., т. VIII. 1914, № 11.

Его же. Из истории русской психиатрии. 1) Первые учебники судебной психиатрии. 2) Присуждение душевно-больного к смертной казни. М., 1916.

Его же. Из истории русской психиатрии. И. Ф. Рюль. Совр. психиатр. 1913. Кн. 2.

*

Реньяр. Умственные эпидемии. Демонизм, истерия, гипнотизм, морфиномания и мания величия. Пер. с франц. Изд. Павленкова, СПБ., 1899.

Розенштейн, Л. М. Психические факторы в этиологии душевных болезней. Госиздат., 1923.

Его же. Новые задачи советской психиатрии. II всерос. совещ. по вопр. психиатр. и невр. Изд. НКЗ, М., 1924.

Его же. О невро-психиатрической диспансеризации. Советск. медиц. в борьбе за здоров. нервы. Сборн. статей. Изд. Ульян. комб. ППП., Ульяновск, 1926.

Россолимо, Г. И. Психологические профили. Количественное исследование психических процессов в нормальном и патологическом состояниях. Методика. М., 1910.

Роте. История психиатрии в России и Польше. Изд. «Арх. психиатр., невр. и суд. психопатол.», Харьков, 1893.

Рюль, И. Ф. Краткое наставление, каким образом должно обходиться с умалишенными, доколе они будут помещены в заведение, устроенное для больных этого рода, и необходимость и польза помещения их в оное. СПБ., 1839.

*

Сербский, Вл. Психиатрия. Студенч. медиц. издат. ком., М., 1912.

Его же. Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии. Сборн. статей по невропат. и психиатр. М., 1890.

Его же. Отчет Тамб. губ. управе об осмотре психиатрических заведений в Австрии, Швейцарии, Франции, Германии и России. Тамбов, 1886.

Его же. Русский союз психиатров и невропатологов. М., 1912.

Сергиевский. К вопросу о призрении психически ненормальных детей. Совр. психиатр. 1913, кн. 2.

Сеченов, И. М. Рефлексы головного мозга. 1863.

Сикорский, И. А. Психопатическая эпидемия 1892 г. в Киевской губ. Универ. известия, Киев, 1893, № 4.

Его же. Эпидемические вольные смерти и смертоубийства в Терновских хуторах. Вопр. нервно-психич. медицины, т. II, 1897.

Его же. Задачи нервно-психической гигиены и профилактики. Труды I съезда отеч. психиатр., СПБ., 1912.

Скляр, П. И. Война и душевные заболевания. Совр. психиатр., 1916, кн. 4.

Смоленский, П. О. О призрении душевно-больных в России. Вестн. обществ. гигиены, судебн. и практ. медицины, СПБ., 1892.

Сперанский. Ведьмы и ведовство. Изд. «Научное слово», М.

Ступин, С. Московский деревенский и другие русские патронажи для душевно-больных. Совр. псих., 1911, кн. 4—6.

Его же. Итоги 12 лет московского деревенского патронажа. Совр. псих., 1912, кн. 8.

Суханов, С. А. Патологические характеры. СПБ., 1912.

Сысин, А. Н. Социальные болезни и борьба с ними. II всерос. совещ. по вопр. псих. и невр. Изд. НКЗ, М., 1924.

*

Тартаковский Г. Я. Психиатрические курсы при клинике Крепелина осенью 1910 г. Современн. психиатрия, март 1911.

Текутьев, Ф. С. Историч. очерк кафедры и клиники душевных и нервных болезней при императ. Военно-медицинской академии. СПБ., 1898.

Тимофеев, А. В. О лечении душевно-больных в кровати. Арх. психиатр., 1892, т. XIX. № 3.

*

Труды I съезда отеч. психиатров СПБ. 1887.
» II » » » Киев 1907.
» III » » » СПБ. 1911.
» Союза русских » М. 1912.

*

Чечотт, О. А. Краткий очерк основания «Союза русских психиатров и невропатологов». Труды III съезда отеч. псих., СПБ., 1911.

Его же. Очерк деятельности Ивана Михайловича Балинского. Труды III съезда отеч. психиатров, СПБ., 1911.

*

Шахов, А. Вольтер и его время. СПБ., 1912.

Шоломович, А. С. Наследственность и физические признаки вырождения у душевно-больных и здоровых. Диссертация. Казань, 1913.

Шулянский, Е. Ф. Обзор психиатрических заведений Великобритании. Обозр. психиатрии. 1897, №№ 1—4.

Шульц. Призрение помешанных в России. Арх. суд. медиц. и общ. гигиены. Изд. Мед. деп. М. В. Д., 1865, 1.

Шюле, Г. Руководство к душевным болезням. Пер. с нем. Д. Фридберга. Изд. Б. Хавкина, Харьков, 1880 (много исторического материала).

*

Эпштейн, А. Л. Невропатическая конституция. Изд. Практ. медиц., Ленингр., 1927.

Эрлицкий, А. Ф. Клинические лекции по душевным болезням. Изд. Н. Петрова, СПБ., 1896.

*

Юдин, Т. И. Психопатические конституции. Изд. Сабашниковых, М., 1926.

Его же. Евгеника. Учение об улучшении природных свойств человека. Изд. Сабашниковых, М., 1924.

Его же. Психозы у близнецов. Журн. невропат. и психиатр. им. Корсакова, 1907, кн. 1.

Его же. О характере наследственных взаимоотношений при душевных болезнях. Совр. псих., 1913, кн. 6.

Ющенко, А. И. Исследование явлений самоотравления у душевно-больных и животных с нарушенными отправлениями щитовидной железы. Русск. врач, 1910, № 5.

Его же. Исследование ферментативных процессов у душевнобольных. Обозр. психиатр., 1911.

Его же. Исследование реакции Abderhalden'a, антитрипсина и нуклеазы при маниакально-депрессивных состояниях. Психиатр. газета, 1914, №№ 6—7.

Его же. Юношеский прогрессивный паралич. Варшава, 1895.

*

Якобий, П. И. «Антихрист». Суд. псих. очерк. Совр. псих. 1909, кн. 6—8.

Яковенко, В. С. Психическая эпидемия на религиозной почве в Ананьевском и Тираспольском уездах Херсонской губ. Совр. псих., 1911, кн. 4.

II. Источники на иностранных языках

Alt. Ueber familiäre Irrenpflege. Halle, 1899.

*

Ball. La médecine mentale à travers les siécles. Leçon d'ouverture du cours de clinique des maladies mentales (Novembre 1879). Paris, Asselin et C-ie, 1879.

Beers, C. W. A mind that found itself. New-York, 1908.

Binet et Simon. Parallèle entre les classifications des aliénistes. L'année psychol. Dix-septième année. 1911.

Binz, C. Doctor Johann Weyer, ein rheinischer Arzt, der erste Bekämpfer des Hexenwahns. Berlin, Hirschwald, 1896.

Brands Fr. Contribution à l'histoire de l'assistance des aliénes. Thèse de Paris. H. Youve, Paris, 1892.

Breuer. Die Fürsorge für Geisteskranke und Nervöse ausserhalb der Anstalt. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg 26. Nr 13.

Brosius. Die Bettbehandlung der Irren. Zentrbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1894.

Boissier de Sauvage. Nosologia methodica. Leyden, 1767.
Bumke. Ueber die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie. Münch. med. Wochenschr., № 46. 1924.
Bumke. 50 Jahre Psychiatrie. Münch. med. Wochenschr., № 28 1925.
Bumke. Emil Kraepelin. Klin. Wochenschr., № 47, 1926.
Bumke. Was sind Zwangsvorgänge. Halle, Marhold, 1906.
Bumm. Zur Geschichte der panoptischen Irrenanstalten. Erlangen, 1903.

*

Cabanis. Rapports du physique et du moral.
Cabanis. Quelques principes et quelques vues sur les secours publiques.
Calmeil, L. F. De la folie considerée sous le point de vue pathologique, historique et judicaire etc. Paris, Baillière, 1845, t. I—II.
Chiaruggi. Della pazzia in genere e in specie, trattato medico-analitico, con una centuria di osservationi. Firenze, 1793—1794.
Conolly, J. The treatment of the insane without mechanical restraints. 1859.
Cumston Ch. G. An Introduction to the History of Medicine. A. Knopf, New-York, 1926.
Cornelius Celsus. Chronici.

*

Daquin. La philosophie de la folie, ou essai philosophique sur les personnes attaqués de la folie. Paris, 1804.
Del Greco F. Aperçu critique sur l'histoire de la médecine mentale. Traité international de Psychologie pathologique. Directeur A. Marie. Tome I. Paris, Alcan, 1910.
Diem. Die einfach-demente Form der Dementia praecox. (Dementia simplex). Arch. f. Psychiatr., Bd. 37, Heft 1, 1903.
Dupouy E. Psychologie morbide. Paris, Ed. Leymarie, 1917.

*

Emminghaus. Allgemeine Psychopathologie. Leipzig, 1878.
Esquirol. Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. T. I—II. Paris, J. Baillière, 1858.

*

Falk Fr. Studien über Irrenheilkunde der Alten. Allg. Zeitschr. f. Psych. B. 23, H. 5, 1866.
Feuchtersleben, E. Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde. Wien, 1845. (Замечат. истории. введение).
Flemming. Einige Betrachtungen über des A. Corn. Celsus Kapitel von der Geistesverwirrung. Zeitschrift zur Beurteilung und Heilung der krankhaften Seelenzustände von Nasse und Jacobi. 1838.
Foderé, F. E. Traité du délire, appliqué à la médecine, à la morale et à la législation. Tome I. Groullebois, Paris, 1817.
Friedmann, M. Ueber Wahnideen im Völkerleben. Wiesbaden, 1901.

Friedreich. Versuch einer Literärgeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten von den ältesten Zeiten bis zum 19 Jahrhundert. Würzburg, 1830.

Friedreich. Historisch-kritische Darstellung der Theorien über das Wesen und den Sitz der psychischen Krankheiten, 1836.

Fuchs, A. Richard Freiherr v. Krafft-Ebing. Deutsche Irrenärzte. Bd. II.

*

Garrison. History of medecine. New-York, 1923.

Gaupp. Die Entwicklung der Psychiatrie im 19 Jahrhundert. Zeitsch. f. pädag. Psychologie u. Pathol., 2, 1900.

Gaupp. Wege und Ziele psychiatrischer Forschung. Tübingen, 1907.

Gaupp. Paranoia. Klinische Wochenschrift, N 27, 1924.

Gaupp. Ueber paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Neurol. Zentralbl., 1909, 28.

Gaupp. Die Dipsomanie. Fischer, Jena, 1901.

Gaupp. Kraepelin's Stellung in der Psychiatrie. Отдельн. оттиски из München. med. Wochenschr.

Genil-Perrin, G. La psychiatrie dans l'oeuvre de Cabanis. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expér., 1910, № 10.

Genil-Perrin, G. La vie de la Ligue d'hygiéne mentale. Bullet. de la Ligue d'Hygiène mentale. Juillet-octobre, 1921.

Genil-Perrin, G. La psychiatrie clinique dans l'oeuvre de Félix Plater. Revue de Psychiatrie. №№ 7—10, 1913.

Genil-Perrin et Diehl. Le Congrés d'hygiène mentale de Paris (1922). L'informat. des aliénistes, etc., 1922.

Gorton, D. A. The History of Medicine. Philosophical and Critical, from its Origin to the Twentieth Century. Two volumes. New-York, 1910.

Guislain, J. Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés. T. I—II. Amsterdam, 1826.

Guislain, J. Traité des phrenopathies. 1835.

Guislain, J. Leçons orales sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des maladies mentales. T. I—III, 1852. T. I—II, 1880.

*

Hart, B. Psychopathology, its development and its place in medecine. Cambridge, 1927.

Hecker. Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters. Berlin, 1865.

Heiberg, J. L. Geisteskrankheiten im klassischen Altertum. Berlin und Leipzig, 1927.

Heinroth, J. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. T. I—II. Leipzig, 1818. (Подробная история).

Hippocrate. De la maladie sacrée. Trad. par Littré. Paris, 1849.

Hippocratis opera. Tomus II libros pathologicos-therapeuticos continentes. Altenburgi, 1806.

Hoche, A. Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1906, Bd. 63.
Hoche, A. Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Zwangslose Abhdl. I, 1897.

*

Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie. J. Springer, 1923.
Jäger, J. N. Seelenheilkunde gestützt auf phychologische Grundsätze. F. Brockhaus. Leipzig, 1846. (содержит историч. очерк).
Jaquelier, P. Historique critique de la démence précoce. Revue de Psychiatr. № 5, 1906.

*

Kahlbaum. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. Danzig, 1863.
Kirchhoff, Th. Geschichte der Psychiatrie. (G. Aschaffenburg's Hndb. Allg. Teil. 4 Abt. 1912).
Kirchhoff, Th. Deutsche Irrenärzte, Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. B. I und II.
Kirchhoff, Th. Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. Berlin. 1890.
Kleist. Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1911, 5.
Kleist. Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1913.
Kleist. Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 82.
Koller. Beitrag zur Erblichkeitsstatistik. Archiv f. Psych., 27.
Korn. Die Medizin im 19 Jahrhundert, Bd. I, 2 Teil. Irrenpflege und Irrenheilkunde. Berlin, 1899.
Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. 1897 (истор. очерк).
Kraepelin. Lehrbuch der Psychiatrie, 8 Aufl. A. Barth
Kraepelin. Hundert Jahre Psychiatrie, Berlin, Springer, 1918.
Kraepelin. Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung. Verl. J. Springer, Berlin, 1918.
Kraepelin. Vergleichende Psychiatrie. Zentralblat f. Nervenh. u. Psychiat, 1904.
Kraepelin. Die psychiatrischen Aufgaben des Staates. 1900.
Kraus. Die Irrenbehandlung und Irrenpflege vor 50 Jahren in Bayern und deren Fortschritte bis in die Gegenwart. 1888.

*

Laehr, H. Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hulfsdisciplinen in allen Ländern. Vierte Aufl. Reimer, Berlin, 1893.
Laehr, H. Zur Geschichte der Psychiatrie in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts. Allg. Zeits. f. Psych., 44, 1888.
Laehr, H. Die Literatur der Psychiatrie im XVIII Jahrhundert. Berlin, Reimer, 1892.
Laehr, H. Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes. Mit geographischer Karte. Berlin, Reimer.

Lange, J. Die Paranoiafrage. F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1927.

Lange, J. Das manisch-depressive Irresein. Klin. Wochenschr., 1925, Nr. 33.

Legrain. L'hygiène mentale en Amérique. Annal. méd- psychol., 1920. T. XII.

Leidesdorf, M. Lehrbuch der psychischen Krankheiten. 2-te Auflage. Verl. F. Enke, Erlangen. 1865. (Обстоят. историческое введение).

Ley, A. L'hygiène mentale et ses problèmes. Arch. médic. belges, Bruxelles, 1922.

Liepmann, H. Ueber Wernickes Einfluss auf die klinische Psychiatrie. Karger, Berlin, 1911.

Löwenfeld, L. Die psychischen Zwangserscheinungen. Wiesbaden, 1904.

*

Magnan, V. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1893.

Magnan et Legrain. Les dégénérés (état mental et syndromes épisodiques). Edit. Rueff et C-ie, Paris, 1895.

Matthias, K. Die Behandlung der Geisteskranken (eine Historisch-medicinische Abhandlung). Dissert. Marburg, 1887.

Möbius, P. J. Franz Joseph Gall. Verl. J. A. Barth, Leipzig, 1905.

Mönkemöller. Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover. 1903.

Mönkemöller. Tortur und Geisteskranheit. Allg. Zeits. f. Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Bd. 61. S. 58 — 107, 1904.

Mönkemöller. Geschichtlicher Beitrag zur Klinik des primären Schwachsinns (Dementia praecox). Klinik f. psychische und nervöse Krankheiten. Band IV. Heft 3. 1909.

Mönkemöller. Zur Geschichte der progressiven. Paralyse. Zeitschrift f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1911, H. 4. S. 500 — 589.

Mönkemöller. Das Zucht- und Tollhaus zu Celle, Allg. Zeits. f. Psychiatrie. Bd. 68.

Morel, B. A. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris. J. Baillière, 1857.

Morel, B. A. Traité des maladies mentales. Paris, Masson, 1860.

Morgenthaler. Bernisches Irrenwesen von den Anfängen bis zur Eröffnung des Tollhauses 1749. Bern, 1915.

Mourgue. Notes sur l'histoire de l'hygiéne mentale en France. Paris, Inform. des aliènistes, etc, 1922.

Müller, F. C. Geschichte der organischen Naturwissenschaften im 19 Jahrhundert. Rerlin. Bondi, 1902. Kap. 10, Geistes und Nervenkrankheiten. S. 513 — 583.

*

Neisser, Cl. Die Bettbehandlung der Irren. Berl. klin. Wochenschr. 1890, № 38.

Neuburger und Pagel. Handbuch der Geschichte der Medizin, 1905. (Bd. III. Kornfeld: Geschichte der Psychiatrie).

Nissl. Korbinian Brodmann. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 45, 329, 1919.

Nissl. Ueber die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren. Verhandlungen des naturhistorischen Vereins in Heidelberg. Neue Folge. 8. 1904.

*

Obersteiner, H. Die progressive allgemeine Paralyse. A. Hölder, Wien und Leipzig, 1908.

Oebecke. Vergleichende Uebersicht der Klassifikationen der Psychosen. Dissert. 1886.

*

Pagel. Einführung in die Geschichte der Medizin, Berl., Karger, 1898.

Pezé, L. Les précurseurs de Pinel en France au XVII et XVIII siécles. Paris, 1922.

Pick, A. Historische Notizen zur Geschichte der Neurologie und Psychiatrie aus der englischen Litteratur. Ztsch. f. d. ges. N. u. Ps., Bd. 91.

Pick, A. Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie und andere Aufsätze. Berlin, Karger, 1921.

Pinel, Ph. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, Brosson, 1809.

Poyer. Cabanis. Paris, Louis Michaud, (год не указан).

Preuss, J. Biblisch-talmudische Medizin. Berlin, Karger, 1911.

Preuss, J. Nerven- und Geistkranheiten nach Bibel und Talmud. Allg. Zeitsch. f. Psych. B. 56. 1899. H. I. S. 107 — 134.

*

Rieger, Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit 300 Jahren. 1899, fortgesetzt 1905. Festschrift zu der Feier des 50-jährigen Bestehens von Werneck. 1905.

Ritti, M. A. Eloge de M. le Professeur Korsakoff (de Moscou). Masson et C-ie· Paris.

Roemer, H., Kolb, G., Faltlhauser, V., Die offene Fürsorge in der psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Springer, Berlin, 1927.

*

Soldan. Geschichte der Hexenprocesse. Stuttgart, 1843.

Sommer, R. Clifford Wittingham Beers. Zeitschr. f. psychische Hygiene. Bd. I. Heft, 1, 1928.

Soury, J. Le système nerveux central, structure et fonctions, histoire critique des théories et des doctrines. T. I — II. Paris, G. Carré et C. Noud, 1899.

Spielmeyer, W. Kraepelin und die naturwissenschaftlich-medizinische Forschung in der Psychiatrie. Zeits. f. d. ges. Neur. und. Psychiat. Band 108, Heft 1 — 3. 1927.

Spielmeyer, W. Korbinian Brodmann. Münch. med. Wochenschr., 1918.

Sprengel, K. Ueber Platos Lehre von den Geisteszerrüttungen. Bd. I, 1818, S. 159.

*

Toulouse, Genil-Perrin et Targowla. Prophylaxie mentale. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. V. XXXIII. Paris, Maloine, 1925.

Toulouse et Mourgue. L'evolution de l'hygiène et de la prophylaxie mentales. L'Hygiene mentale, 1926.

Trélat, U. Recherches historiques sur la folie. J. B. Baillière, Paris, 1839.

Trisca La prophylaxie mentale en France et à l'étranger. Paris, Maloine. 1923.

Tuke Hack. Chapters on the history of the insane in the British Isles. London, 1882.

Tuke Hack. History of the Royal Hospital Bethlem. Journ. of. Ment. Science, 1876 — 1877.

*

Ullersperger, J. B. Die Geschichte der Psychologie und der Psychiatrik in Spanien Würzburg, Stuber, 1871.

Vallon Ch., Marie, A. Les aliénés en Russie. Montévrain, 1899.

Vallon Ch, Genil-Perrin, G. La Psychiatrie médico-légale dans l'oeuvre de Zacchias (1584 — 1659). Revue de Psychiatrie, №№ 2, 3, 1912.

*

Warda, W. Zur Geschichte und Kritik d. sogen. psychisch. Zwangszustände. Arch. f. Psych. Bd. 39, 1905.

Wilmanns, K. Die Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. N. u. P. Bd. 78, 1922.

Wilmanns, K. Ueber Gefängnispsychosen. C. Marhold, Halle, 1908.

УКАЗАТЕЛЬ ИМЕН

Абдергальден, 489.
Агапов, 410.
Агриппа Неттесгеймский, 77, 78.
Адиссон, 441.
Адлер, 462, 478, 483, 491.
Аккерблом, 392.
Александр Тралльский, 55.
Алланди, 477.
Аллерс, 457.
Альт, 322, 434, 446—449.
Альцгеймер, 105, 456.
Андриолли, 383, 389.
Аппер, 340.
Арндт, 445.
Арнольд Томас, 135, 189.
Арнольд (из Виллануова), 62.
Аретей, 42—48, 55, 129.
Аристотель, 36, 58, 72, 74, 106.
Архиген, 42, 46, 47.
Асклепиад, 41, 50.
Аутенрит, 243, 245, 256.
Ашаффенбург, 476, 425, 442, 445.
Аэций, 54.

Бабинский, 360.
Баженов, 141, 159, 285, 290, 320, 322, 383, 394, 404—405.
Балинский, 383—385.
Балле, 436.
Бартелинк, 392.
Бауэр, 15.
Бедеккер, 432.
Бейарже, 47, 195, 196, 197, 198, 204, 430.
Бейль, 181, 183—199, 283.
Беккер М. Ф., 395.
Бекниль, 319.
Белль Чарльз, 132.
Белль, 304.
Бенедикт, 339, 396.
Бенеке, 252.
Беркан, 362.
Берлин, 355.
Бернгейм, 351, 355, 383, 405, 406.
Бернштейн, 364, 438, 452, 453.
Берце, 473.
Бетс, 386.
Бехтерев, 355, 357, 383, 387, 437, 453, 462, 495, 491, 492.
Бине, 364, 407.
Бинсвангер, 388, 436, 444, 491.
Бинц, 78.
Бирд, 358.
Бирнбаум, 440, 463, 474, 476, 479, 480, 493.
Бирс, 494, 497, 498.
Блейлер, 355, 413, 426, 462, 463, 465, 473, 474.
Блуменау, 387.
Блюмредер, 171, 262.
Богданов, 405.
Бонгеффер, 402, 463, 469, 475, 476.
Боне, 94, 105, 188.
Борде, 370.
Боткин, 390.
Братц, 476, 501.
Брейер, 463.
Броун, 133, 134.

Бриер-де-Буамон, 205, 318, 453.
Бродман, 105, 355, 449—450, 434, 446, 456.
Брозиус, 297, 298, 300, 315.
Брока, 374, 373, 302.
Броун-Секар, 367, 378.
Бруханский П. П., 322.
Брэд, 352.
Брюль-Крамер, 334.
Буасье-де-Соваж, 123, 125, 268.
Бумке, 16, 438, 445, 482.
Бутковский, 256.
Буцке, 389, 392, 394.
Бушар, 367.
Бушеро, 303.
Бьянки, 367, 436.
Бэкон Роджер, 62, 94.
Бэкон Фрэнсис, 95, 96, 102.
Бюффон, 218.

Вагнер-Яурегг, 367, 444.
Валлон, 111.
Ван-Адель, 303.
Ван-де-Капелле, 303.
Ван-Цейтен, 303.
Варендорф, 321.
Вассерман, 370.
Ваттенберг, 451.
Вебер, 365.
Везалий, 73.
Вейгандт, 357, 436, 437, 458.
Вейер, 78—80, 102.
Вейкард, 222.
Верджилио, 341.
Вернике, 316, 377—382, 407, 446.
Вест, 362.
Вестерерп, 480.
Вестфаль А., 436.
Вестфаль К., 300, 302, 312, 315, 316, 317, 339, 386, 431, 442.
Вивес, 86.
Видемейстер, 320.
Викторов, 394.
Виллинг, 266.
Вильманс, 432, 434, 438, 459, 466, 469, 476.
Виндельбанд, 472.
Вирхов, 70, 299, 329, 373, 446.
Вит, 335.
Волленберг, 442, 476.
Вольтер, 144, 152.
Вольф, 219, 233, 234.
Воротынский, 492.
Вуазен, 172, 173, 180, 200, 303, 319.
Вундт, 409, 419, 420, 462, 492.
Вут, 457, 489.
Вырубов, 320, 321, 322, 392, 405.
Гаген, 267, 325, 342.
Гайндорф, 253.
Гайнер, 171, 256, 257.
Гален, 52, 53, 73.
Галилей, 74, 95.
Галлер, 131, 132, 280.
Галль, 223, 225, 325, 372, 443, 449.
Ганзер, 44.
Ганнушкин, 468, 473—475, 491.
Гарпер, 135.
Гартенберг, 468.
Гассе, 265, 302, 501.
Гаупп, 16, 335, 437, 442, 445, 449, 469, 479, 480.
Гегель, 252, 220, 221, 331.
Гейберг, 53.
Гейер, 402.
Гейльброннер, 451.
Гейнрот, 15, 236—238, 243, 246, 248, 272, 276.
Геккер, 357, 439, 411—412.
Гельвеций, 153.
Гельмонт, 102, 103.
Гельпах, 357.
Генле, 386.
Генриксен, 437.
Гервер, 443.
Гердер, 219.
Герман, 392.
Герман, 445.
Герман И. С., 454.
Геродот, 26, 27.
Герофил, 38.
Геснер, 72.
Гете, 219, 222, 223.
Гилль, 212, 213, 214, 217.
Гиляровский, 364, 405, 407.
Гиппократ, 30, 35, 53, 73.

Гислен, 207, 208, 267, 276, 361.
Гитциг, 373, 378, 437.
Гоббс, 98, 99.
Говерс, 388, 322, 392, 394, 452.
Говсеев, 322, 392, 394, 452.
Голант, 504.
Голла, 440.
Голль, 280, 367.
Гольбах, 98, 153.
Гомбургер, 363.
Гоппе, 451.
Горн, 241, 243, 245, 244, 248, 315.
Горслей, 367.
Готье Арман, 367.
Гоуард, 140.
Гоффбауер, 220, 229, 356.
Гоффман Г., 445.
Гоффман Фр., 113, 114.
Гохе, 319, 371, 466, 469, 470, 471, 475, 477, 481—482.
Гранше, 497.
Грегор, 228.
Гредниг, 188, 221.
Грейденберг, 392.
Грибоедов, 492.
Гризингер, 222, 262, 274, 277—284, 299, 300, 301, 307, 315, 316, 335, 343, 350, 442, 450.
Громан, 262.
Громбах, 502, 504.
Гросс, 262, 272.
Гуаянери, 62.
Губертс, 304.
Гудден, 265, 373, 419, 446, 465.
Гуревич, 435, 443, 491.
Гусс Магнус, 334.
Гуссерль, 472.
Гуфеланд, 330, 334.

Давен, 366.
Дагоне, 453.
Дагрон, 356.
Дакен, 127, 128.
Даламбер, 154, 218.
Дамеров, 171, 257, 266, 299, 325.
Даниель, 496.
Данилло, 355.
Дарвин Чарльз, 325.
Дарвин Эразм, 245.
Деборин, 153.
Дейтерс, 443.
Декарт, 53, 97, 98, 152, 323.
Делайе, 191, 197, 198, 202.
Деласиов, 303.
Дельбрюк, 468, 476.
Дель-Греко, 15.
Демме, 445.
Демо, 436.
Демокрит, 30.
Дени, 437, 439, 466.
Депин, 340.
Дессуар, 355.
Джевель, 319.
Джелифф,473.
Джемс, 498.
Джонс, 491.
Дидро, 153, 342.
Дим, 444.
Дрейфус, 434, 438, 439.
Дюбуа, 358, 359.
Дюков, 387.
Дюмениль, 303.
Дюпре, 408.
Дюран-Фардель, 362.
Дюфур, 127.
Дюшен, 353.

Евграфов, 392, 394.
Ергольский, 392, 394.

Жане, 339, 354, 358, 359, 468.
Жиль-де-ла-Туретт, 353.
Жолли, 431, 396, 401, 437.
Жорже, 180, 183, 184, 190, 192, 199, 366.
Жуссе, 331.

Заккиас, 107, 111, 207.
Замт, 312, 441.
Зандер В., 311, 312, 433.
Зандер Н. А., 322.
Захаров, 392, 410
Зелерт, 440.
Зеннерт, 101.
Зернов, 342, 343.
Зиммерлинг, 306, 436, 425, 494.
Зиновьев, 502.

Зиоли, 439, 441, 444, 445, 447.
Зиферт, 463, 469, 476.
Зольбриг, 266, 267.
Зоммер, 364, 407, 425, 436, 463, 498, 501, 502.

Иванов-Смоленский, 493.
Иделер, 239, 246, 252, 255, 299, 315, 355.
Иельгерсма, 471.
Иессен, 267.
Ильберг, 233.
Исперсен, 368.
Иссерлин, 456.

Кабанис, 144—148, 154.
Каботт, 497.
Кайзер, 291.
Кайслер, 229.
Кальбаум, 265, 276, 411—416, 423, 427, 439, 463, 466, 470.
Кальмейль, 180, 184, 191, 192, 193, 205, 325, 357.
Кальметт, 489, 496, 497.
Каменев, 389, 392, 394.
Кампанелла, 86.
Камю, 437.
Кандинский, 387.
Каннабих, 405.
Кант, 219, 220, 223.
Кардан, 80.
Карпов, 113.
Карус, 361.
Каспер, 356, 357, 361.
Кащенко, 291, 317, 322, 383, 392, 409, 410.
Келлен, 133, 134, 135, 152, 154.
Кемпф, 477.
Кеннон, 489.
Кеппе, 308.
Керер, 476, 480.
Киаруджи, 129, 130, 189.
Кибальтиц, 291, 292, 294.
Кизер, 271.
Кирхгофф, 15, 54, 70, 267.
Клагес, 491.
Кларк, 496.
Клейст, 16, 382.
Клинебергер, 489.
Клод, 465, 477.
Клод-Бернар, 322, 323, 326.
Клотц, 233.
Ковалевский, 388, 392, 393, 436.
Ковнер, 58, 62.
Кожевников, 383, 388, 389, 394.
Кокс, 245, 254, 256.
Коллар, 444.
Коломбье, 143.
Кольб, 501.
Кондильяк, 90, 150, 152, 153.
Кондорсе, 154.
Конн, 383.
Конолли, 20, 21, 209, 212—216, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 380, 388, 391, 398, 444.
Константин Африканский, 61.
Константиновский, 352, 389.
Конт, 17.
Коренс, 437.
Корнфельд, 16.
Корсаков, 301, 302, 303, 319, 379, 385, 387, 389, 398, 399, 400, 428, 444, 446.
Коссаковский, 387.
Костер, 352.
Кох, 356.
Кохер, 363, 480.
Крамер, 299, 352, 425, 429.
Краснушкин, 401.
Крауз, 461, 483.
Крафт-Эбинг, 15, 263, 313, 316, 341, 342—347, 354, 366, 392, 411, 421, 435, 442, 470.
Крейхгауер, 439.
Крепелин, 15, 21, 23, 148, 198, 225, 248, 263, 316, 347, 392, 397, 399, 405, 407, 410, 411, 454, 460, 462, 463, 467, 474.
Кречмер, 434, 455, 470, 472, 474, 482, 483.
Кристиан, 300.
Кронфельд, 483.
Кузен, 144.

Кьельберг, 364.
Кювье, 137, 138.

Лабитт, 304,
Лавуазье, 154.
Лайкок, 277.
Ламеттри, 98, 153, 217, 320.
Ланге, 473.
Ларошфуко-Лианкур, 122, 128, 155.
Ласег, 205, 300, 307, 323, 365.
Лафатер, 222, 284.
Лафорг, 470.
Лахтин, 84.
Леб, 451.
Левенфельд, 351.
Леви-Брюль, 471.
Леви-Валенси, 458.
Левинштейн, 331.
Левчаткин, 448.
Легран-дю-Соль, 316, 319, 356.
Легрен, 335, 500.
Лейдесдорф, 335, 371.
Лейпольд, 255.
Ле-Камю, 127.
Леман, 356.
Ленц, 493.
Лепуа, 100, 105.
Лере, 205.
Лессинг, 219, 320, 394, 451, 453.
Лион, 305.
Липман, 379, 445.
Липпман, 457.
Литвинов, 383, 392, 394.
Лихтенберг, 226.
Ловернь, 340.
Локк, 53, 98, 99, 150, 152.
Ломброзо, 206, 340, 343, 478.
Лорри, 126, 127.
Лузитанус, 106, 107.
Льебо, 354, 355.
Лэр, 267, 299, 301, 302, 334, 359, 450.
Любушин, 454.
Люиз, 303.
Люка, 325.
Люнье, 300, 303.
Лютер, 81.

Магир, 226, 227.
Майер, 479.
Майер Роберт, 279.
Максимов, 392.
Мальцев, 392, 394.
Маляревский, 394.
Маньян, 303, 332, 333—340, 346, 348, 349, 358, 386, 397, 404, 417, 428, 464, 465, 478.
Маре, 356.
Мари, 15, 353.
Марк, 239, 325, 361.
Марцелл, 53, 54.
Марциус, 444.
Маудсли, 362, 363.
Мебиус, 237, 351, 355, 358, 359.
Мейер Людвиг, 297, 298, 299, 300, 315, 451.
Мейер, 435.
Мейнерт, 222, 276, 313, 314, 368, 372—377, 378, 379, 381, 388, 404, 417, 424, 428, 431, 446, 447.
Меккель, 188, 189.
Мендель Грегор-Иоганн, 443.
Мендель Эмануэль, 432, 436.
Мендельсон, 355, 504.
Менкемеллер, 300.
Мержеевский, 385, 387, 393, 492.
Меркель, 386.
Мерклин, 313.
Меркуриали, 88, 90.
Месмер, 352.
Минор, 394.
Мискинов, 504.
Митчель, 321.
Мицкевич, 357.
Молль, 355.
Мор, 370.
Морганьи, 94, 105, 130, 131, 188.
Морель, 180, 239, 274, 276, 303, 323—332, 333, 335, 338, 341, 358, 397, 424, 445, 478, 494, 495.
Моро (de Tours), 180, 205, 206, 325, 331, 358.
Моро, 363.

Мочутковский, 355.
Мунк, 373.
Муратов, 443.
Мэррей, 367.
Мюллер, 285, 287, 288, 302, 323.
Мюллер Иоганнес, 280, 323.

Нассе, 258—260, 272, 302, 331, 487.
Наумов, 318, 504.
Нейбургер, 16.
Нейман К., 244, 251, 256, 442.
Нейман Г., 274, 276, 378, 377.
Нейссер Клеменс, 416, 452.
Некке, 495.
Нечаев, 373.
Ниссль, 16, 421, 434, 437, 446, 447, 448, 469.
Нитше-Вильманс, 476.
Новомбергский, 286.
Ногуши, 370.
Нонне, 476, 477.
Ньютон, 99, 221.

Оберштейнер, 403.
Окен, 234.
Окс, 355.
Оппенгейм, 477.
Орибазий, 54.
Оршанский, 445.
Осипов, 15, 47, 385, 462, 492, 493, 496.
Останков, 492.

Павел Эгинский, 109.
Павлов, 278, 491.
Паппенгейм, 435.
Парацельс, 74, 77.
Паре Амбруаз, 77.
Паризе, 121, 128, 155.
Паршапи, 180, 193, 194, 196, 239, 319, 451.
Пастер, 366.
Петц, 452.
Пизани, 302.
Пик, 280.
Пильч, 436, 437, 445.
Пинель, 20, 118, 148, 149—169, 217, 221, 230, 232, 252, 253, 256, 268, 303, 304, 325.
Пиниц, 171, 231, 232.
Платер, 90—95, 268.
Платон, 28, 35, 36, 37.
Платонов И. Я., 388.
Платонов К. И., 355.
Плаут, 445, 457.
Поварнин, 492.
Польмье, 362.
Поте, 500.
Прейер, 355.
Преображенский, 496.
Причард, 269, 329, 361.
Прозоров, 179, 185, 187, 292, 294, 502, 504.
Протопопов В. П., 492, 493.
Пуссеп, 492.
Пфейфер, 449.
Пэтон, 436.
Пюисегюр, 352.
Пюссен, 158, 166, 168.

Рагозин, 392, 409.
Райе, 331, 366.
Рамер, 303.
Раубер, 388.
Реверден, 367.
Редзонико, 367.
Режи, 356, 369, 436.
Рейль, 227—230, 233, 234, 252, 256, 280.
Рейсс, 467.
Рейтц, 492.
Рекке, 442.
Ремер, 360.
Ремм, 445.
Ренье, 428.
Реформатский, 322, 484, 492.
Ригер, 425.
Ринекер, 419.
Ритти, 395, 428.
Риттергауз, 473.
Рише, 353, 388.
Рог-де-Фюрсак, 436.
Розенбах, 355, 437.
Розенталь, 405.
Розенштейн, 402, 404, 502, 504, 505.
Рокитанский, 373.
Роллер, 171, 265, 266, 500.
Россолимо, 364.

Роте, 84, 290, 291.
Рубинович, 394.
Руер, 266, 500.
Руке, 501.
Руссель, 500.
Руссо, 152.
Рыбаков, 355.
Рыбалкин, 355.
Рюдин, 456, 495.

Саблер, 283.
Саванарола, 57, 62, 63.
Сальватори, 334.
Сеген, 201.
Сенкей, 319.
Сербский, 304, 305, 306, 383, 395, 401, 403, 404, 434, 435, 436.
Серейский, 489, 490.
Серье, 115, 118.
Сеттон, 331.
Сеченов, 222, 278, 483, 491.
Сиденгем, 104, 105.
Сикорский, 357, 381, 383, 385.
Сильвий (де-ле-Бо), 103, 104.
Синани, 392.
Синоговиц, 372.
Скляр, 476.
Скотт, 80.
Скэ, 418.
Смелов, 492.
Снелль, 308, 310, 311.
Сократ, 28, 234, 235.
Соллье, 439.
Соломка, 391.
Сольдан, 76, 81.
Соран, 48, 128.
Сперанский, 81.
Странский, 451, 473, 480.
Ступин, 322.
Суханов, 438, 439, 461, 466, 468.
Сысин, 502.

Тальбицер, 438.
Тамбурини, 339.
Танци, 436.
Темизон, 50.
Тенон, 137, 138, 139, 140.
Тиггес, 301, 438, 444.
Тилезио, 86.
Тилинг, 467.
Тимофеев, 452.
Токарский, 353, 355, 357.
Томсен, 425.
Томсон, 340, 476.
Тор, 361.
Торндайк, 493.
Трайнин, 404, 410.
Трегер, 360.
Трела, 16, 205, 331, 358.
Триска, 492, 495, 497, 500.
Тулие, 495.
Тулуз, 492, 499, 500.
Тульпиус, 101.
Туре, 144, 154.
Тьюк Даниэль, 418.
Тьюк Самуил, 211, 319.
Тьюк Хэк, 216.
Тьюк Уилльям, 141, 142.
Уайт, 319.
Уиллис (Вилизий), 104, 105, 188.
Уиллис Фрэнсис, 252.
Унцер, 221, 222, 280.
Уотсон, 493.
Утитц, 491.
Уфер, 360.

Фальре Жан-Пьер, 47, 180, 194, 195, 202—204, 206, 276, 303, 316, 326, 338, 427, 430, 440.
Фальре Жюль, 466.
Фальтгаузер, 501.
Фария, 352.
Фаузер, 489.
Фейхтерслебен, 15.
Фельцман О. Б., 364.
Фернель Жан, 77.
Феррю, 180, 201.
Ферсон, 499.
Фидлер, 335.
Фихте, 237.
Фишер Куно, 472.
Фишер Макс, 265, 346, 501.
Флексиг, 373, 419, 492.
Флемминг, 263, 264, 266, 270, 271, 299, 325.
Флуранс, 372, 373.
Фовиль, 180, 193, 207, 306, 338.
Фодере, 15, 135.

Форбс-Винслоу, 453.
Форель, 355, 419.
Форстер, 445.
Фоулер, 142, 168.
Фохт Карл, 386.
Фохт Оскар, 355.
Фракастор, 366.
Франк, 225, 223, 226.
Франклин, 154.
Фрезе, 382, 383, 387.
Фрейд, 462, 463, 465, 477, 478, 491.
Фридман, 357, 479.
Фридрейх, 15, 267, 364, 366.
Фриз-де, 443.
Фритч, 313, 373, 374, 378.
Фурман, 436.
Фурнье, 350, 365, 369.
Фюрстнер, 420.

Хардин, 394.

Целий Аврелиан, 51, 55, 58.
Целлер, 264, 265, 266, 310, 357, 361, 442.
Цельс, 39, 40, 41, 42, 53.
Циэн, 351, 363, 364, 417, 422, 436, 442.

Чарльсворт, 212.
Чарнецкий, 405.
Черемшанский, 384.
Чермак, 355, 443.
Чечотт, 385, 392.
Чиж, 388, 436, 445, 454.
Шарко, 171, 251, 353, 354, 358, 456, 465.
Шаслен, 465.
Шекспир, 66.
Шеллинг, 234, 236, 237.
Шенфильд, 356.
Шиллер, 219.
Шифф, 367.
Шлецер, 285, 288, 289.
Шлуб, 444.
Шмидт А., 388.
Шнейдер, 246, 249, 251, 253.
Шнейдер Курт, 360, 468, 476, 478, 501.
Шоломович, 444, 504.
Шольц, 361.
Шопенгауер, 359.
Шпаковский, 392.
Шпее, 81.
Шпехт, 268, 434, 439, 440.
Шпильмейер, 447, 450.
Шредер-ван-дер-Кольк, 302.
Шренк-Ноцинг, 355.
Штааль, 113, 231, 237.
Штарк, 268.
Штейнберг, 383, 391, 394.
Штиллер, 470.
Штиммель, 297.
Шторх, 478.
Штромейер, 363, 444, 439, 445.
Штрюмпель, 355, 358, 359, 476.
Шульц, 84.
Шульце, 473.
Шуппиус, 444.
Шюле, 15, 265, 309, 343—345, 346, 351, 397, 427, 428, 448.
Эвальд, 489, 491.
Эвертс, 303.
Эдель, 302.
Эллис Гавелок, 342.
Эммингтауз, 363, 383, 388.
Эммерих, 427.
Энгелькен, 321.
Эразистрат, 38, 39.
Эрб, 315, 350, 369.
Эрленмейер, 271, 272, 308, 335.
Эскироль, 162, 169, 170—181, 182, 183, 184, 227, 232, 253, 284, 310, 319, 325, 365, 456.
Эслем (Haslam), 135, 188.
Эшле, 436, 473.

Юдин, 444, 445, 496.
Юлиусбургер, 495.
Юнг, 462, 463, 464, 491.
Ющенко, 155, 369, 462, 489, 493, 481, 485.

Яковенко, 322, 392, 394, 407—409.