

В.А. Гиляровский

Психиатрия

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 58
Г47

Г47 Гиляровский В.А.
Психиатрия / В.А. Гиляровский – М.: Книга по Требованию, 2023. – 758 с.

ISBN 978-5-517-88435-0

Издание В. А. Гиляровского - основателя и научного руководителя Института психиатрии Академии Медицинских Наук. Реплицированное издание по технологии print-on-demand с оригинала 1931 года.

ISBN 978-5-517-88435-0

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригиналe, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

разного рода, в частности в связи с профессиональными вредностями.

Если взять так называемые нервные болезни, то и здесь найдется немало психиатрической работы. Как в прежнее время, так и теперь контингент так называемых нервнобольных складывается сравнительно из небольших групп органиков и огромной массы больных с явлениями, относящимися к тому, что раньше называлось функциональными нервными заболеваниями. Среди них на первом месте по количеству должны быть поставлены больные с невротическими реакциями, вообще говоря, чрезвычайно частыми. Очень часто встречаются больные с реактивными состояниями, далее эпилептики и несомненно очень большое количество больных с начальными явлениями того или другого психоза. Дело в том, что при всех психозах, характеризующихся слабоумием, долгое время дело ограничивается эмоциональными расстройствами, по внешней форме могущими импонировать как невротические реакции. Естественно, что больные в этой стадии болезни не попадают в психиатрические больницы. Если они лечатся, то обыкновенно в общих и нервных амбулаториях и очень часто остаются на работе в прежних условиях, пока болезнь не примет настолько резкой формы, что в наличии психоза не приходится сомневаться даже неспециалисту. Что это так, видно из того очень частого явления, что такие «нервнобольные» через год-два лечения в общей и нервной амбулатории направляются в психиатрические больницы, а также из тех менее частых, но чреватых последствиями случаев, когда «неврастеник» или «психастеник», лечащийся в амбулатории, набрасывается на врача с ножом или неожиданно пускает в ход револьвер, потому что в действительности он с самого начала был душевнобольным и свои бредовые концепции связал с лечащими врачами.

Все эти факты определенно говорят о том, что психиатрической работы чрезвычайно много и вне стен психиатрических учреждений. Легкие и начальные формы психозов обычно идут не в психиатрические учреждения, но именно в этом периоде особенно важна с точки зрения правильного подхода к больному и его лечения точная оценка, требующая специальных познаний. Это прежде всего относится конечно к громадной области нервных заболеваний, в которой работа невропатолога должна идти рука об руку с работой психиатра. Невропатология и психиатрия—две дисциплины, родственные между собой и не только соприкасающиеся, но и в известном смысле не отграничимые друг от друга. Органические заболевания центральной нервной системы, вообще говоря, представляют область, разрабатываемую невропатологами, которым главным образом принадлежит в этом отношении и компетенция. В особенности это относится к так называемым фокусным процессам, требующим для разрешения вопросов топической диагностики точных и всесторонних сведений по анатомии и физиологии нервной системы. Но органические поражения не могут не интересовать также и психиатров, так как при них весьма постоянны, в особенности если речь идет о диффузном распространении процесса, более или менее значительные изменения в психической сфере. Например, сифилис мозга интересует прежде всего невропатологов, что и естественно, так как для него характерны главным образом местные изменения, но мимо него ввиду возможности самых различных влияний на психику не могут пройти и психиатры. Прогрессивный паралич является особой формой сифилиса мозга и кроме психических изменений характеризуется наличием целого ряда неврологических симптомов. В начальных стадиях больные этого рода обычно лечатся у невропатологов, а в дальнейшем вместе с ухудшением психического

состояния попадают в руки психиатров. В своем существе учение об этой болезни разработано главным образом психиатрами, которые положили также чрезвычайно много усилий для разработки методов его лечения. Область неврастенических, истерических и вообще невротических реакций интересует как невропатологов, так и психиатров. Нельзя забывать однако, что полное выяснение генеза расстройств, условий развития во всех этих случаях требует точного учета психической стороны и следовательно требует компетенции психиатра. Не случайно, что именно ввиду сложности этих явлений, требующих сугубого углубления в психическую сторону, возникла особая до известной степени дисциплина — психоанализ. Венский психиатр Фрейд, с именем которого связывается это направление, создавая его, исходил именно из анализа истерических расстройств. Неудивительно вообще, что невропатологам и психиатрам, равно как и вообще врачам разных специальностей, приходится делить неделимое, так как процессы, происходящие в нервной системе, в том числе те, которые дают симптомы неврологического порядка, и психические переживания — только разные стороны одних и тех же явлений. Естественно, что многие крупные психиатры из числа тех, что создавали психиатрию как науку, например Вернике, были и крупными невропатологами. В деле создания русской психиатрии невропатологи сыграли также крупную роль; в частности московская школа невропатологов и психиатров создана невропатологом проф.

А. Я. Кожевниковым и его сотрудниками — невропатологом проф. В. К. Ротом и психиатром проф. С. С. Корсаковым. Если для того чтобы творить и создавать целые школы в разных, хотя и соприкасающихся областях, нужно быть ученым такого размаха, как Вернике, то для более скромной деятельности на практическом поприще вполне возможно совмещение одним и тем же рядовым врачом достаточной ориентировки в обеих дисциплинах. Во всяком случае нужно всячески стремиться к тому, чтобы и невропатологи были достаточно ориентированы в вопросах психиатрии и психиатры вооружены знанием основ неврологии, так как им приходится работать над одними и теми же явлениями, хотя они и подходят к ним с разных точек зрения.

Такие же близкие отношения имеются к внутренней медицине, так как никто теперь не сомневается, что психозы — это заболевания всего организма. Мейнерт (1883 — 1892) в свое время определял психозы как болезни головного мозга и даже более точно — переднего мозга, т. е. больших полушарий. Это остается верным и теперь, так как в головном мозгу всегда имеются те или другие изменения. Но если принять во внимание, что органические заболевания мозга, как и вообще нервные болезни, являются в то же время и болезнями всего организма, то между двумя этими положениями нет противоречия, и точка зрения Мейнера поглощается другой, более общей. На связь психиатрии с внутренней медицинской первый указал также один из основоположников психиатрии, Гризингер (1814—1868), который, прежде чем сделаться психиатром, долгое время занимался внутренними болезнями. Действительно существует очень много расстройств в психической сфере, которые обязаны своим происхождением тем или другим соматическим заболеваниям и притом без того, чтобы наблюдались какие-нибудь процессы со специальной локализацией в нервной системе. Например существует большое количество психозов, характеризующихся наплывом галлюцинаций с более или менее значительным возбуждением, обязанных своим происхождением отравлению всего организма и в частности нервной системы. Очень многие картины делириозных состояний, возникающие в связи с инфекциями и интоксикациями, изучаются главным образом

интернистами, хотя несомненно относятся к психиатрии. В психиатрические больницы такие больные обычно не попадают. Благодаря этому до последних эпидемий психиатры свои описания инфекционного бреда черпали главным образом из наблюдений терапевтов, например Либермейстера. Помимо вполне выраженных психозов нужно иметь в виду, что в связи с соматическими заболеваниями могут быть более легкие отклонения в психике, не укладывающиеся в форму определенного психоза, но все же имеющие большое значение для понимания всей картины болезни. Например туберкулезным больным свойственны более или менее значительные изменения психики, интенсивность которых нередко колеблется параллельно с изменениями основной болезни. То же следует сказать относительно болезней сердца, желудочно-кишечного тракта, не говоря уже о болезнях обмена и очень большой группе эндокринопатий. Отсюда естественное заключение о важности совместной работы психиатров с терапевтами, о необходимости для последних ориентировки в психопатологии, равно как о необходимости основательного знакомства психиатров с вопросами патологии и терапии. Значение точного учета психической стороны в медицине вообще едва ли оценивается должным образом. Никто не станет отрицать, что действие одних и тех же лекарств и лечебных процедур будет существенно разниться в зависимости от обстановки, в которой проводится лечение, и форм, в каких дается лекарство, в особенности от личности терапевта, т. е. в конце концов от психических моментов. Неоднократно высказывалось мнение, что действие лекарств на $\frac{3}{4}$ зависит от суггестивных моментов и на $\frac{1}{4}$ от фармакологических свойств. С этим необходимо согласиться, если принять во внимание, что все приобретшие большую известность терапевты лечили теми же, часто очень простыми средствами, что и другие. Конечно имело значение, что эти средства применялись ими в той комбинации и форме, которые соответствовали особенностям болезни по существу, но и психотерапевтический элемент несомненно должен считаться очень большим. Психическая сторона очень важна также в гинекологии и акушерстве; это видно из постоянных изменений настроения во время менструаций, из частых случаев психозов, развивающихся в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом, далее из такого факта, как возможность проведения родов под гипнозом. Точный учет психической стороны имеет громадное значение в детской патологии как ввиду своеобразия психологии ребенка, так и потому, что все заболевания развивающегося организма в большей или меньшей степени отражаются на полноте интеллектуального функционирования и могут дать стойкие явления психической слабости. Едва ли вообще можно указать на какую-либо область медицины, где учет психической стороны не имел бы значения с точки зрения уяснения сущности расстройства в целом.

Но дело несомненно не ограничивается только одной медициной. Как вообще только условно можно провести границу между полным здоровьем и болезнью, так и психопатологическое не представляет чего-то свойственного только душевнобольному и ничего общего не имеющего с психикой здорового человека. Не случайно возникло стремление заменить самый термин «душевнобольной» и говорить о «личнобольных». Психоз действительно не есть что-то совершенно новое и не имеющее никаких аналогий в психике заболевшего им. В наиболее существенных своих компонентах он очень часто представляет усиление тех или других черт, свойственных вообще данной личности. Так, подозрительность и недоверчивость, представляющие обычные свойства какого-нибудь человека, в психозе принимают резко выраженную, иногда как бы утрированную форму,

давая картину бреда преследования. Вполне ясному обнаружению психоза обычно предшествует очень длительный период, когда в психике наблюдаются те или другие изменения, имеющие прямое отношение к существу психоза, но по своей незначительности производящие впечатление постоянных особенностей характера. Для понимания их сущности конечно необходимо сближение с вполне выраженным психозом, требующее психиатрической компетенции. Психика не есть что-либо неподвижное, а живое, постоянно текущее и изменяющееся; здесь имеются свои приливы и отливы, подъемы и падения. Эта волнообразность имеет различную амплитуду в зависимости от интенсивности колебаний, свойственных всему живому, и тех воздействий извне, под которыми находится нервная система. Большая часть этих волн не выходит за условные границы того, что считается нормальными переживаниями, но при мало-мальски болезненном состоянии организма те же внешние причины, равно как и несколько более значительные внешние воздействия при том же состоянии организма могут дать волну, которую приходится расценивать как ясный уклон в патологию. Ясно при этом, что для понимания более обычных, но и более мелких волн — душевных движений—чрезвычайно большое значение имеет знакомство с ними, когда они, как это бывает в патологии, возведены в квадрат. При этом естественно легче подметить и самое явление и установить его связь с вызывающими причинами. В психике каждого человека много таких волн, таких колебаний, которые граничат с патологией. Едва ли можно найти человека, у которого не было бы когда-либо колебаний настроения, иногда очень значительных, приливов или отливов энергии, мимолетных навязчивых мыслей или таких состояний, когда под влиянием аффекта или при наличии особенной жизненной ситуации, хотя бы на короткое время, он теряет способность правильно оценивать явления. Нужно отметить один интересный факт, с которым постоянно приходится встречаться студентам и начинающим врачам, когда они читают учебники психиатрии. Знакомясь с описанием какого-нибудь психоза, они нередко к своему удивлению или даже испугу находят у себя симптомы того или другого душевного заболевания. Это конечно объясняется не только мнительностью или внушаемостью, вызванными болезненным состоянием, развившимся например вследствие переутомления, которое нередко у учащейся молодежи, и конечно это не говорит о том, что у них на самом деле развивается психоз. Сущность сводится именно к тому, что элементы, из которых складывается душевное заболевание, в зачаточной форме заложены в психике каждого человека; они обыкновенно очень слабо выражены, только намечены и не дифференцированы, так что большей частью дают повод думать не о каком-либо определенном психозе, а о психозе вообще. Соответственно этому и при чтении учебников психиатрии характер психоза, с которым усматривается сходство, меняется в зависимости от того, какие главы учебника изучаются. Элементы психопатологического широко распространены в жизни, и для понимания его, как и вообще психики человека, его поступков, стремлений, руководящих идей, импульсов, безусловно необходимо знакомство не только с патологией, но и психопатологией. Существует много явлений, ключ к пониманию которых может быть дан только психиатром.

Неудивительно, что для изучения нормальной психологии возникло особое направление во главе со Штерингом, стремящееся сущность психических явлений выяснить из анализа психопатологических феноменов. Это имеет свой смысл, так как те же явления, преломляясь через призму болезни, становятся хотя обычно и утрированными и до известной степени искаженными, но в то же время

более понятными по своей выпуклости и более ясной связи между причиной и следствием.

Сопоставление с теми или другими феноменами, относящимися к психопатологии, и вообще психиатрический анализ позволяют лучше уяснить происхождение и смысл многих явлений, имеющих большое значение в жизни. Понимание многих случаев заблуждений, предрассудков, иногда нелепых обычаев, религиозных суеверий очень облегчается, если подойти к ним с точки зрения психопатологии. То же следует сказать о многих народных сказках, мифах, легендах, богатых особой символикой, вскрытие которой возможно только с помощью психоаналитического метода Фрейда. Последний в своих работах «Психопатология повседневной жизни», «Толкование снов» и ряде других показал, как отражается на поведении человека борьба различных влияний, сознательных стремлений и инстинктивных побуждений, как он выдает свои затаенные желания в различных оговорках, ошибках памяти, в содержании сновидений. В основе этих явлений лежат те же механизмы, которые при большей интенсивности вызывающих причин дают определенно патологические феномены, например полное выпадение из памяти отдельных переживаний или целых периодов жизни (амнезии) или например бредовые идеи.

Психопатологический анализ в особенности много может дать для выяснения характера социальных установок человека, его деятельности в самом общем смысле, понимая здесь и практическую, профессиональную работу, и различные виды творчества, и поступки, относящиеся к области правонарушений. Здесь нужно иметь в виду не только давно известные корреляции между душевным расстройством и преступностью, но и то, что для понимания движущих в таких случаях мотивов и самого механизма совершения криминального акта необходим психиатрический анализ с учетом особенностей данной личности в целом и взаимоотношений ее с окружающей средой. Всякий криминальный поступок человека заставляет искать или какие-то стойкие особенности в психической личности и ее социальных установках или внезапно наступающие, под влиянием различных моментов, сдвиги в психическом функционировании с извращением обычных форм поведения. Как в том, так и в другом случае необходим точный учет психической стороны, и очень часто сам собой возникает требующий конкретного решения вопрос о наличии душевного расстройства или таких изменений психики, которые исключают возможность применения мер судебно-исправительного характера.

Психиатрический анализ необходим также во всех случаях самоубийств и покушений на него. Правда, можно представить себе случаи, когда на такой акт, противоречащий самому сильному из инстинктов—самосохранению, человек идет в полном обладании своими психическими силами, видя в нем единственный логический выход из сложившейся ситуации, но большей частью самоубийцы относятся к лицам, находящимся в болезненном состоянии и очень часто с определенной душевной болезнью.

Социальное значение самоубийств очень велико и в связи с этим большое значение приобретает и психиатрический анализ этого явления. В частности он необходим для оценки тех нередких случаев, когда самоубийство совершается не одним лицом, а двумя или несколькими, а также тех, когда одно самоубийство, совершающее каким-нибудь определенным способом, вызывает целый ряд самоубийств других лиц, не имеющих никакого отношения ни к первому

самоубийце, ни друг к другу и совершающих этот акт с точным повторением первоначального в смысле места и способа самоуничтожения. Так за несколько лет до мировой войны наблюдался целый ряд самоубийств по одному и тому же способу—самоубийцы бросались с колокольни Ивана Великого в Кремле. С теми же явлениями внушения и подражания, требующими в такой же степени психиатрического анализа, приходится встречаться и во многих других случаях. Они в особенно яркой форме выступают там, где это внушающее действие оказывается не по отношению к отдельным лицам, а группам их, целой толпе. Здесь приходится считаться с ролью взаимной индукции отдельных членов коллектива друг на друга, повышающей суггестивное действие, благодаря чему легко возникают стихийные душевные движения, выражющиеся в панике, в жестоких актах самосуда или, наоборот, в состояниях необычайного воодушевления и возбуждения, толкающих на совершение геройских подвигов.

С теми же явлениями приходится считаться при анализе условий возникновения различных вероучений, сект, например хлыстов. Психиатрический подход, примененный к этим случаям, обычно открывает в них те же механизмы, которые имеют место при возникновении психических эпидемий, например кликушества.

Поскольку жизнь со всеми своими проявлениями, в том числе и с патологическими уклонами, находит себе отражение в литературе, поэзии и искусстве, и здесь иногда психиатрический анализ может дать много ценного для уяснения сущности явлений в целом. Например понимание таких типов, как Ставрогин в «Бесах» и князь Мышкин в «Идиоте» Достоевского, было бы невозможно, если бы не делать сближения с определенными заболеваниями, в первом случае с психозом, известным под именем шизофрении, а во втором—с картиной эпилепсии. Конечно художник пера или кисти, зарисовывая какие-нибудь патологические типы, преследует свои цели и не имеет в виду в своих работах дать материал для иллюстрации соответствующих глав психиатрии, но все же остается фактом, что душевнобольных можно нередко встретить не только в жизни, вне стен психиатрических больниц, но и в литературных описаниях. При оценке художественных произведений большое значение имеет анализ личности автора, в которой также могут быть уклонения в сторону патологии. Среди гениальных и талантливых мастеров искусства таких уклонов вообще больше, чем среди лиц с средним умственным уровнем. Обыкновенно речь идет не о вполне выраженном психозе, а о более или менее значительных отклонениях, укладывающихся в рамки того, что носит название психопатических личностей или патологических характеров.

С этой стороны можно считать определенным фактом, что среди психопатов очень много людей не только с хорошо развитым интеллектом, но даже обладающих большим, хотя часто и односторонним, дарованием. Неудивительно, что психиатр много может сказать при оценке произведений таких художников, как Врубель, Чурлянис, ван Гог, или таких писателей и поэтов, как Эдгар По, О. Уайльд, Стриндберг и многие другие.

Из приведенных данных ясно, что психиатрической работы чрезвычайно много и вне стен психиатрических больниц и даже вне психиатрии и медицины в собственном смысле. Конечно врач не должен забывать о своей первой обязанности—оказывать возможно в большей степени помочь лечебного и профилактического характера. В этом отношении крайне важно точное и как

можно более раннее установление характера заболевания и вызывающих его причин. Опыт показывает, что чем раньше распознана болезнь и чем раньше начато правильное лечение, тем больше надежды на его успех. При таких условиях можно добиться чрезвычайно хороших результатов, дающих право говорить о выздоровлении даже по отношению к таким заболеваниям, как прогрессивный паралич помешанных, раньше считавшийся совершенно неизлечимым. Раннее и точное распознавание требует психиатрической компетенции и следовательно оценки специалиста-психиатра. Отсюда следует как будто логически вывод в том смысле, что необходимо увеличить число врачей-психиатров настолько, чтобы ими можно было обслужить все пункты, в которых ведутся обследование и лечение больных, т. е. все больницы и амбулатории. Это конечно не под силу никакому капиталистическому государству, как бы богато оно ни было, но несомненно должно будет проводиться у нас по мере роста благосостояния трудящихся. Поэтому остается один выход—стремиться к тому, чтобы самые основные психиатрические сведения и в особенности психиатрическое мышление было достоянием не только узкого круга специалистов, а широких масс врачей. Жизнь постоянно ставит врача перед разрешением вопросов психиатрического порядка, независимо от его специальности, и он не может отмахнуться от них и далеко не всегда может воспользоваться консультативной помощью товарищей-психиатров. Поэтому всякий врач должен сделаться, вооружив себя необходимыми знаниями, до известной степени психиатром. Это тем более нужно, что для правильного разрешения вопроса иногда очень важно не столько дать полную и исчерпывающую оценку случая, сколько заподозрить возможность развития того или другого психоза. Поскольку всякий психоз есть прежде всего соматическое заболевание и вызывается теми же моментами, с которыми приходится встречаться вообще в патологии, постольку общая психиатрическая оценка может быть достоянием каждого врача.

Во всяком случае нужно надеяться, что не может быть возврата к прошлому, когда психиатры замыкали свою работу тесными рамками специальных больниц и ничего не знали, кроме того, что могли там видеть, а врачи других специальностей ничего не знали о психиатрии как науке, хотя должны были разрешать психиатрические вопросы.

Такая тесная связь психиатрии с общей медициной как в смысле изучения, так и в практической деятельности абсолютно необходима для достижения успеха в лечебном направлении. Но задачи медицины вообще не могут ограничиваться только лечением отдельных случаев. Так же дело обстоит и в психиатрии. Сравнительно мало ободряющие результаты при лечении сложившейся душевной болезни, в особенности если она запущена, еще больше заставляют направить энергию на активную работу в профилактическом направлении, обещающую гораздо больше успеха в смысле нервно-психического оздоровления населения. На этом фронте у психиатрии и у общей медицины одни и те же враги, именно: инфекции, интоксикации, истощение на работе и недостаточное питание, неустройство семьи и быта. Естественно, что в этой борьбе врачи разных специальностей, в том числе и психиатры, должны слиться в одну армию, и конечно, чем больше составляющие ее единицы будут вооружены психиатрическими и психогигиеническими сведениями, и чем больше проявят психиатрического понимания в установлении причин и следствий заболеваний, тем успешнее будет общая работа по достижению конечной цели—уничтожению

болезней и созданию новых, крепких поколений.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Психиатрия

В.А. Гиляровский

1. СУЩНОСТЬ ПСИХОЗА

Взгляды на сущность психоза проделали длинную эволюцию, ознакомление с которой необходимо для понимания современных точек зрения. Было время, когда болезнью считались отдельные признаки, например *stultitia* (глупость) или *amor* (любовь). Во времена Мореля и позже отдельные болезненные симптомы, навязчивые мысли, такие например, как болезнь прикосновения, болезненное сомнение или отдельные бредовые идеи, также имели значение болезни. История сохранила нам такие названия болезней, как ликантропус, когда больному казалось, что он превратился в волка и вел себя соответствующим образом, *furor* (неистовство), *suicidium* (самоубийство) и др.

Естественно, что мания и меланхолия, или липемания, представление о которых и самые названия имеются еще у Гиппократа, также считались на всем протяжении XVIII столетия отдельными заболеваниями. То же самое относится к понятию *dementia* (слабоумие), относительно которого еще Эскироль дал верные критерии для отличия врожденных изменений от приобретенных. Начатые в XVIII столетии систематические вскрытия трупов душевнобольных указали на то, что в мозгу с большим постоянством находят более или менее значительные изменения. При этом чем больше знакомились с этой стороной дела, тем в большем числе случаев изменения были находимы. Хотя к данным вскрытия сначала относились без должной критики, относя к психозу все находимые, и в том числе случайные, изменения, и к тому же очень переоценивали их роль в происхождении явлений психического расстройства, все же эти первые анатомические исследования, хотя и несовершенные по технике, имели большое значение для установления правильных взглядов на то, что такое психоз. Именно они заставили психиатрическую мысль работать в том направлении, что душевное расстройство, по крайней мере в части случаев, представляет определенный мозговой процесс. В первой половине XVIII столетия и до открытых Фритча и Гитцига, положивших начало изучению корковых центров и их локализации, а также до работ Мейнерта сведения о строении мозга и в особенности о функциях его отдельных участков отсутствовали почти полностью. Но именно анатомический метод, как наиболее объективный, особенно способствовал выработке научного психиатрического мышления и заставил искать в клинике такие же стойкие, постоянные симптомы, каковы были и находимые в мозгу изменения. Не случайно, что вместе с изучением собственно психических проявлений психоза стали обращать внимание на физические признаки. Указания Эскироля на серьезное прогностическое значение расстройства речи в некоторых случаях психозов (*le trouble de la parole est un signe mortel*) в период, когда о прогрессивном параличе не имели представления, ясно говорят за то, что важность физических признаков для понимания сущности психоза отдельными выдающимися психиатрами признавалась уже в то время. Еще больше о том говорит установление Байлем в 1822 г. понятия о прогрессивном параличе как сочетании известных психических симптомов с физическими признаками со стороны зрачков и речи. Хотя знакомство с точным анатомическим субстратом прогрессивного паралича началось значительно позже, именно со времени работ И. П. Мерjeeевского (1875 г.) и Тютчека (1884 г.), все же со времени Байля нужно считать историю

этой болезни в современном понимании, и по справедливости 1922 г. был отмечен в специальной литературе как столетняя юбилейная дата. Несколько позже началось знакомство с патологической анатомией старческого слабоумия, которое долгое время считали чем-то близким к параличу помешанных, и еще позже с патологической анатомией церебрального артериосклероза. Эти факты, равно как и вообще постоянные указания на различные изменения в мозгу душевнобольных в связи с разработкой учения о строении мозга и об отправлениях отдельных его частей дали возможность Мейнерту построить свое учение о психозах как о болезнях головного мозга и даже более точно — о болезнях полушарий большого мозга (*die Erkrankungen des Vorderhirns*).

Очень много давший для психиатрии Вернике по своим основным точкам зрения еще в большей мере был анатомом, к тому же хорошо ориентировавшимся в вопросах неврологии. Используя учение об афазиях того времени, он дал схему построения психозов и разделения их, исходя из принципов схемы афазии Лихтгейма. Успехи анатомии и физиологии нервной системы, чрезвычайно много давшие прежде всего для неврологии, были причиной некоторого увлечения анатомическим методом и привели к несколько одностороннему пониманию психоза, именно как заболевания только мозга. Эта гипертрофия внимания к одной только стороне дела, хотя и очень важной, не была однако очень продолжительной. Приблизительно в то же время работал Гризингер, который, будучи глубоко проникновенным психиатром, по своему медицинскому мышлению был также интернистом. Это дало ему возможность шире взглянуть на сущность психоза, для развития которого он считал важными изменения не только в мозгу, но и во всем организме.

Такая точка зрения в последующие периоды стала господствующей. И теперь можно считать установленнымся взгляд, что хотя нервная система является очень чувствительным реагентом и в различных клинических картинах, развивающихся в качестве реакции на те или другие раздражения, акцент ставится именно на психике, — источник этих раздражений во всем организме. Справедливо также, что очень часто в мозгу имеет место преимущественная локализация изменений и процессов, затрагивающих весь организм.

Концепция о примате головного мозга в генезе психических изменений, с другой стороны, была очень продуктивна, так как сыграла роль своего рода рабочей гипотезы и повела к интенсивной, не прекращающейся и в настоящее время разработке вопросов нервной анатомии и физиологии. Вопросы локализации психических функций, которые так ясно разрешались во времена Мейнерта, правда в измененной постановке, изучаются и теперь. Положение, что мозг в известном смысле является носителем психических функций, еще для исследователей XVIII столетия представлялось доказанным на основании данных сравнительной и патологической анатомии. Особенно убедительными казались данные вскрытия душевнобольных. Чрезвычайно много усилий было затрачено на разрешение очень важной проблемы, какие именно отделы и системы мозга должны при этом прежде всего иметься в виду. Чтобы легче было ответить на различные возникающие здесь вопросы, необходимо предварительно сделать небольшую экскурсию в учение о локализации функций головного мозга, как на нее принято смотреть с точки зрения цитоархитектоники и миелоархитектоники в связи с данными эмбриологии и сравнительной анатомии. Мысль о местонахождении отдельных душевных способностей в различных участках

мозга, как известно, была высказана впервые около 100 лет назад Галлем; по его мнению особенно сильное развитие какой-нибудь черты характера ведет к чрезмерному развитию определенной части мозга, находящему себе соответствие в чрезмерном выстоянии прилежащей части черепа. Это учение, так называемая френология, не удержалось, так как в основе его не было в сущности никаких анатомических или психологических данных; но в нем содержалась близкая к истине догадка о неодинаковой функции различных участков мозга. В последующее время общепринятым было мнение Флуранса о равнозначности для нервно-психической деятельности всех участков мозга. Только известные исследования Фритча и Гитцига с раздражением электрическим током различных отделов коры (1870 г.) заставили иначе взглянуть на положение дела. Правда, старые взгляды не сразу были оставлены. Например Фр. Гольц сначала высказывался против нового учения и только потом стал соглашаться, что передние отделы полушарий предназначены для иных целей, чем задние. Гудден первым приписывал движение, а вторым — чувствование. Мунк полагал, что определенную локализацию имеют только высшие органы чувств, двигательные же акты — только в той мере, поскольку зависят от чувствований. Первая наиболее обоснованная попытка поставить в связь психические функции с определенными отделами головного мозга принадлежит Флексигу. Он обратил особое внимание на те части полушарий, которые не содержат каких-либо двигательных или чувствующих центров и являются как бы немыми. Эти участки не содержат проекционных волокон и должны нести поэтому ассоциационные функции. Флексиг различает главным образом два ассоциационные центра: 1) большой задний, или теменно-височный центр, включающий всю теменную долю, большую часть затылочной, 2-ю и 3-ю височные извилины; 2) передний, или лобный, ассоциационный центр — почти вся лобная доля. Главное основание для такого выделения Флексиг видит не только в отсутствии в указанных отделах проекционных путей, но и в данных эмбриологии, отчасти гистологии. Как известно, ему принадлежит свой особый метод изучения различных путей в головном мозгу, именно изучение их в различные периоды развития, когда еще идет обложение нервных волокон миелином. По его исследованиям обложение миелином совершается далеко не везде одновременно, а по отдельным системам волокон, объединенным тождеством функций. При этом проекционные волокна гораздо раньше заканчиваются в этом отношении свое развитие, ассоциационные же значительно позднее. Волокна в так наз. ассоциационных центрах как раз очень поздно, только после рождения, начинают получать миелиновую оболочку, а отсюда делается вывод, что они имеют преимущественное отношение к более поздно развивающейся душевной деятельности. Флексиг при этом находит возможным, расчленяя последнюю, приурочивать к тому или другому ассоциационному центру определенные ее компоненты, именно: к теменно-височному центру — положительные знания, деятельность фантазии, духа, а к лобному — чувствующие и волевые акты, то, что составляет наше «я»; здесь также сохраняются следы ощущений от всего тела.

Относительно лобных долей впрочем аналогичные мнения высказывались как раньше, так и после Флексига на основании других соображений. Сюда нужно отнести Мейнерта, а также Фритча и Гитцига, считавших эти доли мозга органом абстрактного мышления. Аллен Стэрр связывал с деятельностью лобных долей процессы суждения, апперцепцию, С. С. Корсаков — направляющую силу ума, Грассе — высшие психические процессы сознания и воли.