

Краффт-Эбинг Рихард

**Учебник психиатрии,
составленный на основании
клинических наблюдений для
практических врачей и студентов
доктором Краффт-Эбингом**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 82-3
ББК 84-4
Р55

Р55 **Рихард К.**
Учебник психиатрии, составленный на основании клинических наблюдений для практических врачей и студентов доктором Крафт-Эбингом / Краффт-Эбинг Рихард – М.: Книга по Требованию, 2023. – 287 с.

ISBN 978-5-519-91004-0

ISBN 978-5-519-91004-0

© 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 оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг — не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном 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.

1. Религіозное сумасшествіе	110
2. Эротическое сумасшествіе	114
2. Первичное сумасшествіе въ видѣ навязчивыхъ идей	115
Г. Эпилептическое помѣшательство	121
Клиническое опредѣленіе эпилептического невроза (122). <i>Epilepsia posturna</i> (124). Промежуточные невротическіе сим- птомы (<i>symptomata intervallaria</i>) у эпилептиковъ (125). Эпи- лептический характеръ (125). Предвѣстники (126) и по- слѣдствія (127) эпилептическихъ приступовъ.	
1. Психическое вырожденіе эпилептиковъ	128
2. Скоротечные приступы психического разст- ройства у эпилептиковъ	129
а. Оупѣніе (<i>stupor</i>)	131
б. Сумеречныя состоянія сознанія	131
α) съ тоскою (<i>petit mal</i> Фальрэ) (131), β) съ преобла- даіемъ ужасающихъ идей бреда и обмановъ чувствъ (<i>grand mal</i> Фальрэ) (132), γ) съ горделиво-религіоз- нымъ бредомъ (133), δ) сновидныя сумеречныя состо- янія сознанія (134), ε) омраченіе сознанія съ моріо- виднымъ возбужденіемъ (134).	
Распознаваніе скоропреходящихъ приступовъ психиче- скаго расстройства у эпилептиковъ	135
3. Эпилептическіе психозы	136
Анатомическія основы эпилепсін (137) и ея леченіе (138).	
Д. Истерическое помѣшательство	140
Истерическій характеръ (140) и элементарныя психическія расстройства при истерикѣ (141).	
1. Скоропреходящія состоянія истерическаго по- мѣшательства	142
а) Тоска съ омраченіемъ сознанія (143), б) истеро- эпилептический бредъ (143), в) экстатическія видѣнія (143), г) моріовидныя состоянія, д) омраченіе созна- нія съ неотвязнымъ, многословнымъ воспроизведе- ніемъ воспоминаній (144).	
2. Хроническое истерическое помѣшательство	144
Истеро-меланхолія и истеро-манія (144). Дегенератив- ныя формы (145).	
Е. Ипохондрическое помѣшательство	146
Ипохондрический неврозъ, какъ явленіе тяжкаго предрас- положенія (146). Ипохондрическое сумасшествіе (147) и со- стояніе психической слабости (147).	
Ж. Періодическое помѣшательство	148
Условія происхожденія (148) и причины (149). Общія кли- ническіе признаки (150). Предсказаніе (152).	
І. Періодическое помѣшательство, происходящее идіопатическимъ путемъ	153

1. Въ видѣ психо(невро)за	154
а) Mania periodica (154). Запой (diapomania) (158). Melancholia periodica (160). Круговое помѣшательство, какъ типическая сѣна меланхолическихъ и маниакальныхъ состояній (161) и какъ чередованіе состояній отупѣнія и маниовиднаго возбужденія (163).	
2. Въ видѣ бреда	164
II. Периодическое помѣшательство, возникающее сочувственнымъ (симпатическимъ) образомъ .	165
Периодическое менструальное помѣшательство	166
Глава IV. Органическія болѣзни мозга съ преобладающими психическими симптомами	170
А. Паралитическое слабоуміе	170
Опредѣленіе (171). Общая картина и теченіе болѣзни (172). Результаты патолого-анатомическихъ вскрытій (176). Прибавленіе. Патолого-анатомическія измѣненія головного (178) и спинного (181) мозга при общемъ параличѣ. И. М.	
Частная симптоматологія (183): 1. Психическіе симптомы: маниакальныя состоянія (184), бредъ величія (185), ипохондрический бредъ (187), первичное возрастающее слабоуміе (187), ремиссія (188). 2. Двигательныя разстройства: разстройство рѣчи (188), пинерваціи радужной оболочки (190), лицевого нерва (190) и конечностей (191); апонектоидные и эпилептоидные приступы (192). 3. Сосудодвигательныя (194) и трофическія (195) разстройства. Разстройства чувствительности, полового влеченія и температуры тѣла (195). Распознаваніе паралитическаго слабоумія (196). Этиологія (197), условія происхожденія (198) и леченіе (200).	
Б. Сифилисъ головного мозга	201
Патологическая анатомія (202). Клиническія картины болѣзни (203). Діагностическія опорныя точки (206). Леченіе (207).	
В. Хроническій алкоголизмъ и его осложненія	208
Анатомическіе и клиническіе признаки хроническаго алкоголизма (208). Терапевтическія точки зрѣнія (214). Осложненія (215).	
1. Бѣлая горячка	215
Причины (216), Предвѣстники (216). Періодъ полнаго развитія болѣзни (217). Исходы (219). Леченіе (219).	
2. Патологическія состоянія опьянѣнія	223
Причинныя условія (223). Клиническій способъ происхожденія (224). Распознаваніе (224).	
3. Скоропреходящіе обманы чувствъ у пьяницъ .	225
4. Алкогольныя психозы	226
а) Алкогольная меланхолія (226), б) Mania gravis pota-	

tohim (227), в) алкогольний бредь преслѣдованія (230), г) алкогольний параличъ (231).	
5. Алкогольная епилепсія	232
Г. Старческое слабоуміе	233
Патологическая анатомія (234). Картина болѣзни (235). Осложняющія состоянія: меланхолическія (236), маниче- скія (236), старческій бредь преслѣдованія (236)). Лечение (237).	
Д. Острый бредь	237
Патологическая анатомія (237). Причины (238). Условія происхожденія (239). Картина болѣзни (240). Теченіе (241). Предсказаніе (244). Лечение (245).	
Глава V. Состоянія психическаго недоразвитія. Идіотизмъ и кретинизмъ	245
Опредѣленіе понятія (246). Причины (246). Патолого-анатоми- ческіе результаты (249). Аномаліи мозга (250). Прибавленіе. О нѣкоторыхъ морфологическихъ и гистологическихъ анома- ліяхъ строенія мозга у идіотовъ. <i>И. М.</i> (252). Аномаліи че- репа (259). Ненормальности скелета вообще и остальныхъ частей тѣла (261). Кретиническое страданіе костей, <i>И. М.</i> (261). Клиническое разсмотрѣніе идіотовъ (262). Психическіе сим- птомы (263). Соматическіе симптомы (267). Теченіе и предска- заніе (268). Лечение (269).	
Объясненіе рисунковъ.	

ГЛАВА I.

Классификація психозовъ.

Формы помѣшательства

Частная патологія помѣшательства прежде всего предполагаетъ основанное на общихъ точкахъ зрѣнія раздѣленіе и соответственную группировку эмпирически извѣстныхъ намъ картинъ душевныхъ болѣзней, индивидуально столь разнообразныхъ и именно потому трудно поддающихся изученію.

Необходимость удовлетворительнаго раздѣленія душевныхъ болѣзней сознавалась уже давно и повела къ безчисленнымъ попыткамъ классификаціи, изъ которыхъ однако же ни одна не заслужила всеобщаго и безусловнаго одобренія.

Какъ ни трудна попытка подобнаго рода, избѣжать ее нѣтъ возможности въ интересѣ прогресса науки и для достиженія болѣе яснаго пониманія автора читателемъ.

Но спрашивается: какихъ точекъ зрѣнія, при современномъ состояніи психіатріи мы должны держаться, предпринимая попытку классификаціи психозовъ?

Въ патологіи существуетъ три принципа раздѣленія: анатомическій, устанавливаемый по анатомическимъ измѣненіямъ, лежащимъ въ основѣ болѣзни,—этіологическій, принимающий главнымъ образомъ во вниманіе особенныя причины, которыми вызываются эти измѣненія, и наконецъ—клинико-функциональный, имѣющий въ виду особенность вида и способа измѣненія отправления организма, обусловленную болѣзненнымъ процессомъ.

Объ анатомическомъ раздѣленіи психозовъ еще нельзя думать. Анатомическіе процессы, клиническимъ выраженіемъ которыхъ служатъ явленія помѣшательства, извѣстны намъ вообще слишкомъ мало, не говоря уже о тѣхъ анатомическихкихъ

* *Falret* *Maladies mentales*, Introduction, p. 30, 31; *Neumann*, *Psychiatrie*, p. 175; *Morcl*, *Traité des mal. ment.* p. 249; *Berthier*, *Ann. med.-psych.* 1873 Nov.; *Kahlbaum*, *Die Gruppierung d. psych. Krkht.* Danzig 1863; Его же статья въ *Volkmann's „Sammlung klinisch. Vorträge“* № 126; *Schüle*, *Handb.* p. 359, русск. пер. стр. 304.

различіяхъ, которыми обусловливается разнообразіе картинъ болѣзни, хотя, правда, въ послѣднее время, для нѣкоторыхъ группъ этихъ картинъ все чаще и чаще отыскиваются тождественныя патолого-анатомическія измѣненія.

Болѣе общаетъ, на первый взглядъ, примѣненіе этиологическаго принципа, если предположить, что помѣшательство, возникающее вслѣдствіе опредѣленныхъ причинъ, должно представлять и опредѣленныя особенности въ деталяхъ припадковъ и въ своемъ теченіи, позволяющія съ увѣренностью заключать о причинномъ моментѣ болѣзни.

Къ сожалѣнію это предположеніе: особенна причина, особенныя и черты картины болѣзни,—не выдерживаетъ критики въ той мѣрѣ, въ какой это было бы желательно для общаго примѣненія подобнаго принципа.

За рѣдкими исключеніями, помѣшательство является обыкновенно результатомъ совмѣстнаго вліянія множества причинъ, которыхъ отдѣльная оцѣнка—затруднительна, способъ дѣйствія—очень часто неясенъ, клиническое выраженіе—разнообразно и, въ добавокъ, затемняется еще перекрестнымъ вліяніемъ однѣхъ причинъ на другія.

Признавая вполне значеніе стремленій въ пользу этого принципа со стороны такихъ авторовъ, какъ Морель, Ске (Skæ), Клаустонъ, Кальбаумъ и др., мы должны пока отказаться отъ строгаго проведенія этиологической классификаціи душевныхъ расстройствъ, хотя клиническій разборъ любого отдѣльнаго случая всегда долженъ обращать существенное вниманіе на вопросъ о причинахъ болѣзни.

Но если, вопреки нашимъ надеждамъ, опредѣленная причина, напр. травматическое поврежденіе головы, сифилисъ, маточное страданіе и т. п., даже въ тѣхъ случаяхъ, когда ей одной только и можно приписать появленіе помѣшательства, не всегда вызываетъ, благодаря различію патогенеза, локализациі и проч. условіямъ, своеобразную по теченію и припадкамъ картину болѣзни, то все же позволительно ожидать, что, извѣстные, въ причинномъ отношеніи особенно важныя, факторы, какъ напр. наследственность, конституціональныя свойства организма и т. п., способны придавать цѣлой группѣ самыхъ разнообразныхъ картинъ нѣкоторыя общія черты, отражающіяся на припадкахъ и теченіи болѣзненнаго процесса *.

При томъ предположеніи, что подобное мнѣніе—справедливо, мы будемъ въ правѣ, съ большою пользою для дѣла, приписывать этиологическому фактору* первенствующую важность по

* Это аналогично тому значенію, которое конституціональныя свойства имѣютъ для происхожденія и теченія болѣзненныхъ процессовъ въ соматической области. Плевритъ, напр., у индивидуума, страдающаго бугорчаткой или предрасположеннаго къ ней, имѣетъ совсѣмъ другое значеніе и протекаетъ иначе (съ эмпиею, бугорчатымъ перерожденіемъ экссудата и проч.), чѣмъ у личности, къ туберкулезу не предрасположенной.

крайней мѣрѣ для разграниченія главныхъ группъ душевныхъ разстройствъ, по скольку при этомъ изъ патогенеза, теченія и симптомовъ мы можемъ дѣлать обратное заключеніе о конституціональной основѣ этихъ группъ.

И въ самомъ дѣлѣ фундаментальное различіе лежитъ уже въ томъ, развивается-ли психическое разстройство на почвѣ мозга «крѣпкаго», правильно образованнаго отъ рожденія и нормально функционирующаго, или же на почвѣ «недужнаго» (инвалиднаго) мозга, который вообще функционируетъ неправильно, отмѣченъ тяжкою наслѣдственностью или при своемъ развитіи находился подъ особенно неблагоприятными вліяніями.

Фактъ этотъ, значеніе котораго вполне оцѣнено уже Морелемъ и на которомъ настаиваетъ въ новѣйшее время Шюле, принуждаетъ насъ къ возможно тщательному разграниченію психозовъ способнаго къ развитію или уже развитаго мозга на двѣ группы, смотря по наличности или отсутствію вышеупомянутаго этиологически важнаго, отягчающаго фактора.

Тѣ психическія разстройства, которыя поражаютъ индивидуумовъ съ нормальнымъ мозгомъ, мы будемъ называть психоневрозами, разстройства же, развивающіяся на почвѣ тяжело предрасположеннаго мозга, — психическими вырожденіями.

Едва-ли нужно упоминать, что обѣ эти большія группы вовсе не представляются крайними противоположностями, но здѣсь, какъ и всюду въ органической жизни, мы встрѣчаемъ и переходныя состоянія.

Такимъ образомъ можетъ возникнуть, напр., сомнѣніе, къ которой изъ этихъ группъ слѣдуетъ отнести индивидуума, въ восходящемъ поколѣніи котораго хотя и встрѣчались случаи душевныхъ болѣзней, но который, самъ, до психическаго заболѣванія функционировалъ нормально?

А съ другой стороны мозгъ, обладающій вполне здоровымъ предрасположеніемъ, можетъ вслѣдствіе травматическаго поврежденія головы или другаго болѣзнетворнаго момента (каковы: пьянство, половыя излішества и проч.), приобрести дегенеративную конституцію, которая затѣмъ придаетъ характеръ вырожденія психозу, развивающемуся вслѣдствіе какой либо случайной причины.

Впрочемъ вышеупомянутое разграниченіе основывается не исключительно на этиологическомъ моментѣ, — дифференціальный діагнозъ опирается здѣсь также на извѣстныя особенности въ происхожденіи и теченіи болѣзни и въ группировкѣ симптомовъ. Уже Морель вѣрно подмѣтилъ извѣстныя клиническія отличія дегенеративнаго помѣшательства, но только онъ причислялъ ихъ исключительно къ свойствамъ формъ, наслѣдственно дегенеративныхъ. Возрѣніе это нуждается однако же въ нѣкоторомъ расширеніи, потому что наслѣдственность есть только одна, хотя, конечно, особенно важная, сторона дегенеративнаго

помѣшательства, но это послѣднее можетъ возникать также и вслѣдствіе приобрѣтенныхъ условій вырожденія (каковы, напр., травма, мозговья болѣзни, аномаліи развитія и проч.).

Этіологическіе и клиническіе разграничительные признаки психоневрозовъ и психическихъ вырожденій, которыми руководжусь я уже много лѣтъ въ завѣдываемой мною клиникѣ, суть слѣдующіе:

I. Психоневрозы.

1. Не вытекающія изъ организации, а случайно приобрѣтенныя заболѣванія, появляющіяся у такихъ индивидуумовъ, мозговья отправления которыхъ до тѣхъ поръ совершались нормально и психическую болѣзнь которыхъ нельзя было предвидѣть.

2. Наступаетъ заболѣваніе вслѣдствіе временнаго расположенія къ нему (напр. вслѣдствіе тяжелаго тѣлеснаго страданія) при совмѣстномъ дѣйствіи могущественныхъ случайныхъ причинъ. Можетъ существовать при этомъ и наслѣдственное расположеніе, но лишь въ скрытой формѣ (т. е. мозгъ представляетъ здѣсь только *locus minoris*, является органомъ, легко доступнымъ болѣзнетворнымъ вліяніямъ, но до времени психическаго заболѣванія функционировавшимъ нормально).

II. Психическія вырожденія.

1. Заболѣванія конституціональныя, т. е. вытекающія изъ условій тѣлосложенія (конституціи), у такихъ индивидуумовъ, которые уже ab ovo или по крайней мѣрѣ съ ранняго возраста жизни обнаруживали невро-психопатическое предрасположеніе и центральная нервная система которыхъ постоянно находилась въ состояніи неустойчиваго равновѣсія отправления, позволявшемъ предвидѣть заранѣ окончательную потерю этого равновѣсія.

2. Для наступленія заболѣванія достаточны и маловажныя случайныя причины, даже фізіологическія жизненныя фазы (половое созрѣваніе, мѣсячныя, послѣродовой періодъ, климактерій). Заболѣваніе обусловливается преимущественно патологическимъ (тяжкимъ) предрасположеніемъ, большею частію наслѣдственнымъ или возникшимъ вслѣдствіе продолжительнаго вліянія болѣзнетворныхъ причинъ, поражающихъ очень часто мозгъ еще въ то время, когда его развитіе не завершилось (травматическое поврежденіе головы, острые мозговья болѣзни и проч.). Нерѣдко также психическое заболѣваніе является здѣсь послѣднимъ звѣномъ въ цѣпи невропатическихъ состояній, съ

3. Существуют: наклонность къ разрѣшенію болѣзни и рѣдкость возвратовъ (рецидивовъ) ея.

4. Малая наклонность къ наследственной передачѣ болѣзни потомству, а если это и случается, то въ видѣ доброкачественной же формы психоневроза.

5. Типическое теченіе картинъ болѣзни. Манія развивается обыкновенно изъ меланхолическаго періода предвѣстниковъ, вторичныя состоянія являются исходами первичныхъ. Картина болѣзни въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она представляетъ опредѣленную форму помѣшательства, обладаетъ извѣстною продолжительностью и самостоятельностью. Все теченіе болѣзни совершается въ ясно ограниченномъ промежуткѣ времени и заканчивается исходомъ въ выздоровленіе или слабоуміе.

теченіемъ времени все болѣе и болѣе усиливающихся (*irritatio spinalis, hysteriasis, hypochondriasis, epilepsia*).

3. Малая наклонность къ разрѣшенію, большею частію только временное возвращеніе *status quo ante*. Большая наклонность къ рецидивамъ и постепенное появленіе у индивидуума все болѣе и болѣе тяжелыхъ формъ болѣзни.

4. Большая наклонность къ наследственной передачѣ съ постепеннымъ появленіемъ у потомковъ все болѣе и болѣе тяжелыхъ формъ психическаго заболѣванія (возрастающее наследственное вырожденіе).

5. Всѣ формы психоневрозовъ возможны и здѣсь, но только онѣ наступаютъ преимущественно въ видѣ формъ тяжелаго, органическаго расстройства. Границы теченія болѣзни — гдѣ она начинается и гдѣ оканчивается — очень часто неопредѣлимы; замѣчается пестрая, беспорядочная смѣна самыхъ различныхъ психопатическихъ состояній, внезапность наступленія отдѣльныхъ группъ симптомовъ безъ видимыхъ причинъ. Психопатическое состояніе, сложившись въ опредѣленную форму, вдругъ исчезаетъ или смѣняется другимъ (эфемерныя состоянія), такъ что не образуется чистыхъ, законченныхъ картинъ болѣзни, а скорѣе — смѣсь различныхъ формъ душевныхъ болѣзней. Поэтому все заболѣваніе носить на себѣ въ высшей степени измѣнчивый характеръ и не поддается классификаціи по фізіо-психологическому принципу раздѣ-

ленія психозовъ. Весь ходъ болѣзни представляется затяжнымъ; болѣзнь часто распространяется на все остальное теченіе жизни субъекта, при томъ иногда останавливается на известной ступени своего развитія и упорно держится на ней безъ перемѣны, или вовсе не переходя или переходя только очень поздно въ состояніе полного слабоумія.

6. Нѣтъ никакой склонности къ періодичности приступовъ и группъ симптомовъ.

6. Большая склонность къ періодичности; періодическое помѣшательство—явленіе дегенеративное.

7. Идеи бреда возникаютъ преимущественно психологическимъ путемъ, какъ объективированіе и объясненіе болѣзненныхъ настроеній, волненій и ощущеній. Опираясь на эти идеи, больной чувствуетъ себя логически удовлетвореннымъ. Онѣ суть позднѣйшіе припадки болѣзни и, по своему содержанию, вообще соответствуютъ преобладающему у больного настроенію духа.

7. Идеи бреда происходятъ преимущественно фізіо-патологическимъ путемъ, какъ непосредственныя, самостоятельныя созданія большого мозга (первичный бредъ). Онѣ рождаются внезапно, безъ вѣдѣнныхъ поводовъ. Больной самъ удивляется имъ и приходитъ въ смущеніе въ моменты первоначальнаго ихъ появленія, сочетаетъ и мотивируетъ ихъ съ трудомъ. Здѣсь онѣ—раннія, первичныя явленія болѣзни и содержаніе ихъ не зависитъ отъ существующаго въ данную минуту настроенія духа. Онѣ могутъ отсутствовать во все теченіе болѣзни или ограничиваться случайными нелѣпыми представленіями, появляющимися только во время сильныхъ душевныхъ волненій. Въмѣсто идей бреда въ такихъ случаяхъ существуютъ формальныя разстройства процесса представленія (навязчивыя идеи, резонирующее помѣшательство) или же—прирожденное слабоуміе.

8. Содержаніе идей бреда—болѣзненно (нелѣпно), но пред-

8. Содержаніе идей бреда—причудливо, сказочно, даже чу-