

Тимофеев Александр Викторович

Основы психиатрической экспертизы

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 82-3
ББК 84-4
А46

А46 **Александр Викторович Т.**
Основы психиатрической экспертизы / Тимофеев Александр Викторович – М.: Книга по Требованию, 2025. – 121 с.

ISBN 978-5-519-76683-8

ISBN 978-5-519-76683-8

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2025
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2025

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.

Основы психиатрической экспертизы.

Составили по **Leppmann'u** ¹⁾, примѣнительно къ русскому законодательству: и. д. директора Дома призрѣнія душевнобольныхъ Императора Александра III, д-ръ мед. **А. В. Тимошеевъ**, и ординаторъ **М. В. Игнатьевъ**.

Составленіе медицинскихъ заключеній о болѣзненныхъ душевныхъ состояніяхъ.

а) Общія основанія.

Экспертами по вопросамъ о психическихъ заболѣваніяхъ могутъ быть не только спеціалисты данной области медицинскихъ познаній, но и цѣлый рядъ практическихъ врачей, въ особенности состоящихъ при больницахъ, желѣзныхъ дорогахъ, различныхъ частныхъ обществахъ, а также практикующихъ въ деревняхъ и небольшихъ городахъ. Практическіе врачи, обыкновенно, сильно занятые и необладающіе требуемой для составленія такого рода актовъ сноровкой, большею частью тяготеютъ этою отраслью своей дѣятельности; между тѣмъ она имѣетъ чрезвычайно важное значеніе, затрогивая самымъ существеннымъ образомъ интересы и судьбу людей, а потому вполне заслуживаетъ, чтобы къ ней прилагалось все возможное стараніе и умѣнье. Каковы же основныя условія составленія всякаго медицинскаго мнѣнія, устнаго, или письменнаго?

Первое и главное условіе, которому не можетъ научить никакая книга это—объективность и полное безпристрастіе, которыя не поддавались бы никакимъ, чуждымъ дѣлу, соображеніямъ и вліяніямъ.

Чисто же техническія общія основанія заключаются въ слѣдующемъ:

1. Медицинское мнѣніе должно быть общепонятнымъ. Предназначенное большей частью для неврачей, оно, по возможности, не должно содержать иностранныхъ выраженій и спеціальныхъ терминовъ; если таковыхъ нельзя избѣжать, то ихъ слѣдуетъ пояснять. При стремленіи уяснить смыслъ и значеніе терминовъ никогда не слѣдуетъ впадать въ грубую ошибку и дѣлать изъ медицинскаго заключенія подобіе академической лекціи.

¹⁾ Die Sachverständigen Thätigkeit bei Seelenstörungen. Ein kurzgefasstes Handbuch für die ärztliche Praxis von Dr. A. Leppmann. Berlin. 1890.

2. Медицинское мнѣніе съ внѣшней стороны всегда должно быть составлено наглядно. Только очень умѣлый и особенно способный къ этому дѣлу экспертъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ съ успѣхомъ можетъ идти самостоятельнымъ путемъ. Вообще же слѣдуетъ строго придерживаться определенной схемы (см. ниже); иначе заключеніе теряетъ въ ясности, получается обыкновенно смѣсь фактовъ и умозаключеній, основную нить которыхъ чрезвычайно трудно уловить на судебномъ разбирательствѣ; послѣдствіемъ такой беспорядочности часто бываетъ то, что работа даже самыхъ добросовѣстныхъ и усердныхъ экспертовъ является мишенью нападокъ со стороны юридической логики и остроумія.

3. Каждое медицинское заключеніе прежде всего должно сводиться къ вопросу: «Имѣется ли у изслѣдованнаго душевная болѣзнь или нѣтъ, представляетъ ли онъ ненормальности со стороны психического состоянія или нѣтъ?»

4) Только, когда готовъ отвѣтъ на этотъ вопросъ, можно перейти къ практическимъ выводамъ по отношенію къ данному случаю и приступить къ рѣшенію слѣдующаго вопроса: «Какъ отвѣтить, основываясь на результатѣ пункта 3, примѣнительно къ практической цѣли изслѣдованія даннаго лица?» Нѣкоторые психіатры полагаютъ, что дѣятельность врача-эксперта окончена, разъ данъ отвѣтъ на пунктъ 3; практическія выводы, по ихъ мнѣнію, надлежитъ дѣлать тому, для кого предназначается медицинское мнѣніе. Такой взглядъ совершенно неоснователенъ. Не говоря уже о томъ, что подобный способъ дѣйствія всегда идетъ во вредъ интересамъ изслѣдуемыхъ, госр. больныхъ, т. е. именно тѣхъ, которые должны быть близки каждому врачу, самое понятіе «свѣдущій человѣкъ» предполагаетъ за нимъ право и обязательство, при помощи специальныхъ знаній, рѣшать вопросы практической жизни. Если, напр., дѣло идетъ о слабоумномъ, то не достаточно, описавъ способъ проявленія психической ненормальности, сказать: слѣдовательно, NN представляетъ слабоуміе такой то степени; нѣтъ, врачъ-экспертъ, видѣвшій кромѣ настоящаго, быть можетъ, не одну сотню подобныхъ же случаевъ въ различнѣйшихъ степеняхъ развитія, долженъ на основаніи своего опыта пояснить то, чего неспеціалистъ не можетъ вывести на основаніи одного только клиническаго описанія; онъ долженъ высказаться, считаетъ ли онъ слабоуміе въ данномъ случаѣ на столько значительнымъ, чтобы больной не былъ способенъ взвѣшивать послѣдствія своихъ поступковъ. Эта субъективность заключенія всегда должна выражаться и въ самой формѣ; напр., «я прихожу къ заключенію; я убѣждаюсь; полагаю; по моему мнѣнію; я считаю доказаннымъ» и т. п.

5. Всякій практическій выводъ долженъ быть высказанъ съ возможно большей положительностью. Конечно, довольно часто, по необходимости, приходится ограничивать достовѣрность высказываемаго такими оборотами, какъ: «съ вѣроятностью, граничащею съ достовѣрностью» и т. д. но вмѣсто того, чтобы приводить различныя «если» и «но», пусть лучше врачъ экспертъ прямо заявить: «въ данномъ случаѣ я вообще не въ состояніи, дать свое заключеніе».

Въ двухъ случаяхъ въ особенности принципиально не слѣдуетъ дѣлать никакихъ практическихъ заключеній, а именно: 1) когда врачу-эксперту предлагается вопросъ, рѣшеніе котораго выходитъ за предѣлы его компетентности, случай, встрѣчающійся не особенно рѣдко, или 2) когда приходится дать заключеніе раньше, чѣмъ закончено изслѣдованіе душевнаго состоянія, т. е. когда предоставляемый ему матеріалъ недостаточенъ (см. ниже).

б) Различныя формы медицинских мнѣній.

1) Письменное медицинское мнѣніе.

Схема для составленія письменнаго медицинскаго мнѣнія.

Письменное медицинское заключеніе должно содержать въ себѣ:

1. Определенное указаніе повода къ составленію заключенія, цѣли, для которой оно должно быть употреблено, и учрежденія, общества или частнаго лица, которому оно должно быть представлено. Кромѣ того должны быть показаны мѣсто и время произведеннаго врачебнаго изслѣдованія, или повторныхъ врачебныхъ изслѣдованій, а если наблюденіе длилось долгое время, то и продолжительность его.

2. Показанія самого больного, родныхъ и окружающихъ объ его состояніи; показанія самого больного отмѣчаются лишь въ томъ, однако-же, случаѣ, если его считаютъ вмѣняемымъ (нейрастеникъ, морфинистъ); въ противномъ случаѣ всѣ показанія больного лучше помѣстить въ пунктъ 3, т. е. не въ анамнезѣ, а въ Status praesens.

3) Собственные фактическія наблюденія дающаго заключеніе.

4) Дѣйствительно найденныя болѣзненныя явленія, слѣдовательно діагнозы болѣзненнаго психическаго состоянія, если таковое имѣется.

5) Фактически и научно объясненное заключеніе, т. е. приложеніе добытаго изслѣдованіемъ матеріала для рѣшенія предложеннаго экспертизѣ вопроса.

6) Удостовереніе въ томъ, что показанія изслѣдуемаго, его родныхъ и окружающихъ (пунктъ 2) точно занесены, что собственные наблюденія составителя (пунктъ 3 и 4) всюду согласны съ истиной и что заключеніе дается по самой сущей справедливости и совѣсти, по долгу службы и присяги.

7) Число и мѣсяцъ составленія и полная подпись. На служебныхъ свидѣтельствѣхъ требуется указаніе чина, занимаемой должности и приложеніе казенной печати; на частныхъ же желательна приложеніе имянной печати.

Такова основная форма, обязательная для служебныхъ медицинскихъ заключеній: при ней отдѣльныя части должны быть отдѣлены тѣмъ, что каждую изъ нихъ начинаютъ съ новой строки. Можно обойтись безъ такого подробнаго подраздѣленія, если заключенію дать болѣе скромное названіе *удостоверенія* или *свидѣтельства*, а части 2, 3 и 4 соединить въ нѣсколько предположеній.

Обоснованное, мотивированное заключеніе есть подробное письменное медицинское мнѣніе, опирающееся на сложный фактическій матеріалъ. Въ немъ обыкновенно части 2 и 3 отдѣляются особымъ заглавіемъ: «Историческая часть», части 4 и 5—«Мнѣніе», наконецъ: «Заключеніе». (Примѣры см. ниже).

Иногда приходится высказывать свое мнѣніе въ формѣ письма, напр., при конфиденціальныхъ запросахъ со стороны правительственныхъ учреждений. Форма письма представляется удобною въ тѣхъ случаяхъ, когда къ врачу присылается больной присяжнымъ повѣреннымъ по поводу какого либо гражданскаго дѣла, и когда нельзя дать окончательное заключеніе, не зная положенія дѣла изъ официальныхъ источниковъ и не ознакомившись съ судебными актами, а между тѣмъ необходимо предоставить повѣренному фактическое основаніе для начатія дѣла. Въ такого рода письмахъ такъ же слѣдуетъ, по возможности, отдѣлять показанія другихъ, собственные наблюденія и заключеніе.

Соблюденіе вышеописанной формы не требуется при тѣхъ письменныхъ мнѣніяхъ, которыя составляются постоянными врачами различныхъ обществъ,

тюремъ и другихъ учреждений по требованію ихъ непосредственнаго начальства. При такой формѣ *донесенія*, пункты 1 и 6 могутъ быть выпущены, но наблюдавшіеся самимъ врачомъ факты и вытекающія изъ нихъ заключенія должны быть обособлены, по возможности, наглядно.

2. Устное медицинское заключеніе, т. е. мнѣніе эксперта о какомъ-либо психическомъ состояніи, опирающееся на извѣстные факты, логически обоснованное и устно высказываемое, имѣетъ рѣшающее значеніе почти исключительно только тогда, если оно требуется судомъ. Однако же, оно можетъ имѣть важное значеніе для судьбы душевно-больнаго и въ томъ случаѣ, если оно высказывается пользующимъ врачомъ по просьбѣ родныхъ, друзей, начальниковъ или другихъ лицъ, имѣющихъ на то право. Какъ найти вѣрный путь въ послѣднемъ случаѣ, при чрезвычайно иногда щекотливыхъ обстоятельствахъ, этому нельзя научить врача; тутъ должны руководить имъ житейскіе тактъ и опытность.

Съ устными заключеніями, даваемыми въ судѣ, можно справиться, придерживаясь извѣстнаго плана. Мы раздѣляемъ ихъ на *два*, отличающіяся другъ отъ друга по *цѣли* и *формѣ*, группы.

а) *Собственно устное судебно-медицинское мнѣніе*, которое высказывается при устныхъ судебныхъ разбирательствахъ уголовного или гражданского дѣла передъ судьями и имѣетъ цѣлью выяснить послѣднимъ какое-либо свойство болѣзненнаго душевнаго состоянія, имѣющее значеніе въ данномъ случаѣ. Такое заключеніе обыкновенно не записывается и совѣщаніе судей большей частью происходитъ въ томъ же засѣданіи, т. е. подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ выслушанной рѣчи.

Дается ли такое заключеніе передъ коронными судьями или присяжными засѣдателями, всегда отъ краткости, ясности и выразительности рѣчи эксперта будетъ зависеть судьба его мнѣнія, часто также и судьба человека, служившаго предметомъ послѣдняго. Поэтому эксперту слѣдуетъ поставить себѣ первымъ условіемъ:

Давать заключеніе лишь въ томъ случаѣ, если она действительно имѣла возможность составить себѣ определенное сужденіе. Если же по какой-либо причинѣ врача привлекаютъ къ разбирательству, не давъ ему возможности основательно изучить данный случай, то онъ имѣетъ полное право заявить, что не въ состояніи дать заключенія. Исключеніе могутъ составить лишь тѣ простые и ясные случаи, которые допускаютъ моментальный діагнозъ.

При дачѣ заключенія предпочтительна слѣдующая его форма:

1. Экспертъ начинаетъ свою рѣчь съ того, что дословно приводитъ свое заключеніе. Зная съ самаго начала, къ чему клонятся доводы эксперта, судьи гораздо лучше могутъ, не теряя нити, слѣдить за дальнѣйшею рѣчью.

2. Затѣмъ слѣдуетъ историческая часть, изложеніе фактическаго матеріала, послужившаго основаніемъ для заключенія. Здѣсь, какъ и при письменномъ изложеніи судебно-медицинскаго мнѣнія, слѣдуетъ обособить слышанное отъ добытаго собственнымъ наблюденіемъ и, если приводятся данныя изъ предъидущей жизни изслѣдуемаго, полученныя не изъ производства слѣдствія, то всегда необходимо отмѣтить, какъ и отъ кого они получены, чтобы судьи могли составить собственное сужденіе о достовѣрности этихъ показаній. Но главное, на что слѣдуетъ обратить вниманіе, это то, что изложеніе фактическаго матеріала было бы достаточно сжатымъ и краткимъ особенно, если оно служить лишь для того, чтобы сгруппировать результаты судебного разбирательства. Слишкомъ подробныя біографіи и картины, развертываемыя съ излишней научной основательностью, утомляютъ слушателей, лишаютъ ихъ пониманія самаго существеннаго и вредятъ дѣлу.

3, Затѣмъ слѣдуютъ доказательства высказаннаго уже въ началѣ сужденія.

Эта часть должна быть возможно общепонятной. Какойнибудь одинъ необъясненный спеціальный терминъ обуславливаетъ пробѣлъ въ ходѣ мыслей слушателя; излишній научный балластъ вызываетъ у неспециалиста духъ противорѣчія. Чѣмъ «популярнѣе» говоритъ врачъ, тѣмъ вѣрнѣе онъ достигнетъ цѣли. Оковчаніемъ рѣчи можетъ служить дословное повтореніе заключенія: «И такъ, я считаю доказаннымъ, что» и т. д. (Примѣры см. ниже).

б) *Устное судебно-медицинское мнѣніе, тотчасъ же записываемое*, составляетъ лишь видоизмѣненіе письменнаго. Основаніемъ для него, кромѣ данныхъ предварительныхъ, служить и тотъ фактическій матеріалъ, который полученъ во время засѣданія суда или другаго присутствія изъ показаній ли свидѣтелей и подсудимаго, или результатовъ опроса лица при освидѣтельствovanіи съ цѣлью, напр., наложенія опеки.

Конечно, для того, чтобы гладко составить такое медицинское мнѣніе, требуется извѣстная сноровка. Но во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ брать примѣръ съ тѣхъ чрезмѣрно предусмотрительныхъ людей, которые приносятъ съ собою въ засѣданіе уже готовое, тщательно обработанное сочиненіе и затѣмъ вносятъ въ него новыя, получающіяся при слѣдствіи данныя. Лучше всего до и во время засѣданія кратко отмѣчать у себя наиболѣе существенныя данныя по порядку, принятому при составленіи заключеній.

Во всякомъ случаѣ и здѣсь изложеніе должно быть болѣе сжатое, чѣмъ при обработкѣ заключенія у себя дома.

Исслѣдованіе душевно-больныхъ.

а. форма изслѣдованія.

Какъ врачъ-практикъ, такъ и спеціалистъ экспертъ иногда бываютъ принуждены дать заключеніе только на основаніи однократнаго кратковременнаго изслѣдованія. Но такіе случаи всегда должны считаться исключительными.

Напротивъ, слѣдуетъ принять за правило, что распознаваніе душевныхъ заболѣваній въ большинствѣ случаевъ невозможно при однократномъ изслѣдованіи.

Поэтому, если хотятъ уберечься отъ ошибокъ, слѣдуетъ съ самой педантической точностью и систематичностью стремиться къ тому, чтобы изслѣдованіе опиралось на двоякаго, а иногда и троякаго рода фактическій матеріалъ, а именно:

1. На данныхъ разспроса обо всей предъидущей жизни изслѣдуемаго и главнымъ образомъ о проявленіяхъ болѣзни до момента наблюденія.

2. На данныхъ однократнаго или повторнаго (въ короткіе промежутки времени) собственнаго изслѣдованія психическаго и тѣлеснаго состоянія испытуемаго.

3. Если возможно, на данныхъ болѣе или менѣе продолжительнаго наблюденія теченія болѣзни.

Этимъ указывается и самый ходъ изслѣдованія. Нѣкоторые клиницисты учатъ, что къ больному нужно подходить совершенно неподготовленнымъ и приступать къ собиранію анамнестическаго матеріала лишь послѣ объективнаго изслѣдованія. Такой взглядъ положительно противорѣчитъ практическому опыту; врачъ-практикъ долженъ сперва отобрать предварительныя свѣдѣнія, ибо только въ такомъ случаѣ онъ значительно меньше рискуетъ попасть на ложный путь, вслѣдствіе, напр., невѣрныхъ показаній родныхъ, чѣмъ, если онъ, не имѣя никакихъ указаній, въ какомъ направленіи ставить вопросы, прямо приступитъ къ изслѣдованію больнаго и въ то короткое время, которое можетъ отдать ему, или безплодно промучится съ нимъ, или, что еще хуже, будетъ введенъ въ заблужденіе искуснымъ притворствомъ симулянта.

Другое дѣло, конечно, врачъ специалистъ, путемъ долголѣтняго упражненія приобрѣтшій навыкъ въ изслѣдованіи и кромѣ того въ стѣнахъ лѣчебницы имѣющій возможность болѣе близкаго сношенія съ больнымъ; такой врачъ съ большимъ успѣхомъ будетъ въ состояніи примѣнить методъ изслѣдованія безъ анамнестической подготовки.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ изслѣдованіе ведется слѣдующемъ образомъ:

1. Собираніе анамнеза.

При собираніи анамнеза прежде всего обращается вниманіе на то, чтобы разспросы о предъидущей жизни и т. д. велись по извѣстному плану и чтобы полученные данныя, если только позволяютъ обстоятельства и время, тотчасъ-же записывались; многолѣтній опытъ показываетъ, что болѣе надежнымъ представляется анамнезъ, записанный тотчасъ-же, при первой встрѣчѣ врача съ душевно-больнымъ. Только въ это время, подъ впечатлѣніемъ,—если можно, такъ выразиться,—перваго испуга, родные еще не настолько сознаютъ юридическія и другія послѣдствія, которыя ведетъ за собою душевная болѣзнь, чтобы имѣть желаніе затемнить истину.

Если, поэтому, врачъ дастъ себѣ трудъ слѣдовать этому совѣту не только въ тѣхъ случаяхъ, когда ему поручаютъ судебно-медицинское освидѣтельствованіе больного, но и всегда, когда въ его лѣчебницу поступает больной или когда требуютъ его совѣта по поводу такого больного, то онъ позже, при могущихъ возникнуть впослѣдствіи, иногда очень важныхъ, вопросахъ съ чувствомъ удовлетворенія будетъ вправѣ заявить: «Показанія родныхъ и окружающихъ больного даны въ такое время, когда эти лица еще не могли имѣть намѣренія затемнить или придать отдѣльнымъ фактамъ извѣстную окраску и когда многое еще было свѣжо въ ихъ памяти».

По той же причинѣ не слѣдуетъ забывать записать имена лицъ, дающихъ отвѣты и день собиранія анамнеза.

Всегда слѣдуетъ самому ставить вопросы, а не давать рассказывать. Вопросы ставятся по порядку, указанному въ приводимой ниже схемѣ.

Если имѣется мало времени, то можно на нѣкоторые вопросные пункты дать общій отвѣтъ. Отъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая зависитъ, какія стороны наиболѣе важны: при нѣкоторой опытности всегда удастся избѣгать излишней длинноты безъ ущерба для точности.

Обыкновенно слѣдуетъ тотчасъ же отмѣчать каждый фактъ раньше, чѣмъ перейти къ новому вопросу.

Если вслѣдствіе внѣшнихъ причинъ, что главнымъ образомъ случается въ частной практикѣ, нельзя тотчасъ же записать данныя разспроса, то слѣдуетъ сдѣлать отмѣтки немедленно послѣ возвращенія домой, придерживаясь вопросной схемы. Сокращенныя отмѣтки впослѣдствіи всегда оказываются ненадежными и недостаточными.

Если же отложить записываніе на нѣсколько дней, то даже при очень хорошей памяти, забываются многія сложныя подробности, изъ которыхъ составляется пригодный для дѣла анамнезъ.

Далѣе слѣдуетъ имѣть въ виду необходимость пополнить первоначальныя данныя позднѣе получаемыми изъ судебныхъ актовъ или другимъ путемъ достоверными свѣдѣніями.

Анамнезъ долженъ дать, по возможности, точную картину *причины, условий развитія и теченія* душевной болѣзни до поступленія больного подъ наблюденіе—путемъ послѣдовательнаго выясненія значенія и отношенія къ данному состоянію душевной болѣзни слѣдующихъ фактовъ: 1) наслѣдственности; 2) утробной жизни и акта родовъ; 3) условий со стороны физическаго здоровья и соматическихъ болѣзней, начиная съ дѣтства; 4) условий полового развитія и

половыхъ отправленій; 5) воспитанія, образованія и умственного развитія; 6) характера больного и его измѣненія съ дѣтства; 7) вліянія алкоголя, куренія табаку, злоупотребленія наркотическими веществами и т. п.; 8) условій со стороны занятій, образа жизни, общественнаго положенія и отношеній къ другимъ людямъ; 9) условій семейной жизни; 10) ближайшихъ причинъ душевнаго заболѣванія, формы его проявленія, его развитія съ теченіемъ времени и его лѣченія. Въ соотвѣтственныхъ случаяхъ отзывы о больномъ и его болѣзни должны быть пояснены указаніями на отдѣльные факты.

2. Status praesens.

Добывъ наиболѣе необходимыя анамнестическія данныя, врачъ долженъ обратиться къ самому больному и съ этой цѣлью стараться увидать его въ обычной его обстановкѣ, слѣдовательно, лучше всего въ квартирѣ, въ которой онъ живетъ.

При посѣщеніи больного врачъ долженъ обратить вниманіе на обстановку больного и умѣть быстро ориентироваться въ томъ впечатлѣніи, которое производитъ больной. Беспорядокъ въ обстановкѣ, или, наоборотъ, педантичный порядокъ, фантастичность обстановки, характеръ ея деталей, необыкновенный костюмъ, неряшливость въ одеждѣ, разорванная одежда и т. д., поза больного, выраженіе лица, осанка, движенія, походка—все это не рѣдко уже само по себѣ указываетъ на характеръ душевнаго состоянія и облегчаетъ врачу дальнѣйшее ознакомленіе съ больнымъ.

Какъ долженъ вести себя изслѣдующій по отношенію къ больному? Онъ долженъ обращаться съ нимъ покойно, привѣтливо, съ извѣстною твердостью, какъ человекъ, имѣющій дѣло съ больнымъ. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ прибѣгать къ обману, выдавать себя за другое лицо; отъ присутствія полиціи слѣдуетъ отказаться; полезно удалить также и родныхъ, обыкновенно только мѣшающихъ бесѣдовать съ больнымъ. Начинается бесѣда лучше всего съ того, что врачъ говоритъ больному, что ему поручено справиться объ его здоровьѣ, что онъ слышалъ будто онъ не совсѣмъ здоровъ, чувствуетъ себя нервнымъ и т. п.

Однако, надо остерегаться шаблоннаго разспроса; слѣдуетъ вести разговоръ и держать себя въ каждомъ случаѣ, примѣняясь къ особенностямъ его. Преподаніе какихъ либо общихъ правилъ тутъ лишено значенія, такъ какъ все зависитъ отъ опытности, такта врача и его умѣнья ориентироваться. Распрашивая больного объ здоровьѣ, объ его состояніи въ прошлое время, о событіяхъ, пережитыхъ больнымъ, предлагая вопросы, выясняющіе біографію больного, его отношенія къ окружающему, врачъ не долженъ обнаруживать слишкомъ много любопытства, а тѣмъ болѣе дать замѣтить больному, что онъ изслѣдуетъ его психическое состояніе. Нужно умѣть управлять разговоромъ, вести его непринужденно и, относясь съ интересомъ къ предмету разговора и высказывая дружеское участіе къ больному, умѣть возбудить его довѣріе къ себѣ. При разговорѣ съ больнымъ врачъ имѣетъ возможность, изучать выраженіе лица, движенія, рѣчь больного; быть можетъ, говоря о себѣ, больной обнаружитъ обманы чувствъ, дефекты памяти или ложныя идеи.

Съ другой стороны рассказъ больного можетъ служить повѣрною анамнеза или, если послѣдняго нѣтъ, то до нѣкоторой степени замѣнить его. Затѣмъ, принимая во вниманіе прошедшую жизнь больного, его воспитаніе, образованіе, заводятъ разговоръ объ общихъ предметахъ, событіяхъ дня, мѣстныхъ происшествіяхъ и т. п., чтобы въ общемъ испытать способность и силу сужде-

нія больного. Если же послѣдній сдержанъ, владѣетъ собою, если онъ свободно справляется съ формою рѣчи, не обнаруживаетъ грубыхъ дефектовъ памяти и разсудка, то тогда уже затрогиваютъ пункты, выяснившіеся изъ анамнеза, какъ болѣзненные явленія со стороны психической сферы.

Доискиваются ложныхъ идей, спрашиваютъ, не случилось ли съ нимъ за послѣднее время чего либо особеннаго, не беспокоило ли его что-либо, не произошло ли какихъ либо перемѣнъ въ его положеніи, въ его доходахъ и состояніи, наконецъ, говорятъ ему, что знаютъ, что онъ дѣлалъ или говорилъ то-то и то-то.

Если больной долго остается тупымъ, апатичнымъ, неразговорчивымъ или, если онъ приходитъ въ такое возбужденіе, что скольконибудь правильная бесѣда оказывается невозможной, то прекращаютъ визитъ и объявляютъ больному, что посѣтятъ его въ другой разъ. Врачъ можетъ также предложить больному вступить съ нимъ въ переписку. Такимъ путемъ иногда узнаются вещи, о которыхъ больной никогда бы не заговорилъ. Сколько разъ и въ какіе промежутки такое личное изслѣдованіе должно быть повторено, зависитъ отъ самаго случая и отъ практической цѣли изслѣдованія; вообще же слѣдуетъ раньше, чѣмъ высказать заключеніе о душевно-больномъ, изслѣдовать его по крайней мѣрѣ два раза, если къ тому представляется хотя какая-нибудь возможность.

Если приходится изслѣдовать больного въ лѣчебницѣ, то сначала заводятъ съ нимъ бесѣду въ кругу другихъ больныхъ, если онъ къ тому привыкъ по визитамъ постоянныхъ врачей лѣчебницы, и лишь, только переставши быть для него чужимъ, переходятъ къ разговору съ глазу на глазъ.

Изъ прилагаемой схемѣ приведено возможно подробно все, что нужно имѣть въ виду при опредѣленіи status душевно-больнаго. Общее состояніе тѣла должно быть упомянуто особо, такъ какъ при душевныхъ болѣзняхъ заслуживаютъ вниманія такія вещи, которыя при соматическихъ заболѣваніяхъ являются второстепенными. При отказѣ со стороны больного подвергнуться точному физическому изслѣдованію, приходится по необходимости обозначать состояніе растительныхъ органовъ лишь въ общихъ чертахъ. У больныхъ мужчинъ изслѣдованіе состоянія половыхъ органовъ можетъ быть производимо свободно; у больныхъ женщинъ наружныя и внутреннія половыя части изслѣдуются лишь въ исключительныхъ случаяхъ, когда точно извѣстно психическое состояніе больныхъ и при томъ всегда въ присутствіи третьяго лица.

3. Наблюденіе теченія болѣзни.

Если изслѣдуемый безпрепятственно всюду бываетъ, то врачъ можетъ послѣ перваго изслѣдованія пригласить его къ себѣ, причемъ старается не слишкомъ стѣснить его назначеніемъ времени посѣщеній. Если по обстоятельствамъ дѣла приходится повторить посѣщеніе больного у него на дому, то второе посѣщеніе дѣлается, если это только возможно, по истеченіи нѣсколькихъ дней послѣ перваго, приходятъ въ другое время дня, при разговорѣ избираютъ по возможности новыя темы, однимъ словомъ дѣлаютъ все, чтобы получить возможно разностороннюю картину психическаго и тѣлеснаго состоянія наблюдаемаго. Большей частью и при дальнѣйшемъ наблюденіи нельзя обойтись безъ сообщенія лицъ, постоянно окружающихъ больного. Въ такомъ случаѣ просятъ кого-нибудь изъ окружающихъ доставить подробныя свѣдѣнія письменно; обыкновенно не трудно добыть такимъ путемъ вполне пригодныя свѣдѣнія, если только внушать, чтобы писали то, что говоритъ и дѣлаетъ больной, а не излагали бы своего объ этомъ мнѣнія.

б. Содержаніе изслѣдованія.

1. Вопросная схема для опредѣленія болѣзненного психическаго состоянія.

І. Анамнезъ.

Когда и кѣмъ составленъ?

1. Условія наслѣдственности.

(Примѣчаніе: Только очень точныя указанія о психической и нервной конституціи предковъ могутъ имѣть значеніе для сужденія о родѣ и степени наслѣдственнаго predispositiona).

Встрѣчались-ли въ родѣ душевныя и нервныя заболѣванія, судорожныя приступы, алкоголизмъ, самоубійство или попытки къ самоубійству, преступленія, странности въ характерѣ и въ образѣ жизни и выдающіеся таланты у—

а) Отца и матери.

Ихъ званіе, занятіе, общественное положеніе, степень имущественной состоятельности и образованія, ихъ родственная связь, если таковая была? Не страдали ли они сифилисомъ, бугорчаткою?

Живы-ли они? Если умерли, отъ чего и когда?

Кромѣ того: бывали-ли у матери преждевременныя роды или выкидыши?

б) Дѣда и бабушки (атавизмъ?) по отцу и матери.

в) Родныхъ и сводныхъ братьевъ и сестеръ.

Сколько находится въ живыхъ? Сколько умерло, въ какомъ возрастѣ и отъ чего? (Изъ причинъ смерти въ дѣтскомъ возрастѣ важное значеніе имѣютъ: судороги, ударъ, острая или хроническая водянка головного мозга и выпоты мозговыхъ оболочекъ).

г) Ближайшихъ родныхъ.

(Родные и сводные братья и сестры отца и матери и ихъ дѣти: дяди, тетки, двоюродные братья и сестры больного).

2. Условія утробной жизни и акта родовъ матери.

Какъ протекала беременность матери (истощающія болѣзни, тяжелыя душевныя волненія, ушибы живота и другія вредныя моменты)? Какъ протекали роды (легкія, затяжныя, съ помощью щипцовъ)? Родился ли зрѣлымъ ребенкомъ? Которымъ по числу?

3. Физическое здоровье и соматическія болѣзни съ дѣтства.

Какъ протекало прорѣзаніе зубовъ? Не страдалъ ли въ это время ребенокъ судорогами? Когда сталъ ходить и говорить? Каково было вообще здоровье въ дѣтствѣ? Не страдалъ ли рахитомъ, золотухой, какими либо припадками, нервными болѣзнями, послѣдствіями какого либо испуга? Не страдалъ ли ночнымъ недержаніемъ мочи и до какого возраста? Какія дѣтскія болѣзни перенесъ? Какъ затѣмъ вообще шло тѣлесное развитіе больного въ послѣдующіе годы его жизни? Какія болѣе важныя болѣзни острыя и хроническія (сифилисъ?) перенесъ онъ въ своей жизни и когда именно? Не подвергался ли онъ какимъ либо сильнымъ травматическимъ поврежденіямъ и не получалъ ли ушибовъ головы? Какое видное вліяніе перенесенныя имъ болѣзни имѣли на послѣдующее его здоровье?

4. Условія полового развитія и половыхъ отклоненій.

а) Относительно мужчинъ: Когда сталъ мѣняться голосъ и начался ростъ бороды? Занимался ли онанизмомъ и въ какія именно годы? Былъ ли воздержанъ относительно половыхъ сношеній? Перенесъ ли какія либо болѣзни половыхъ органовъ? Не извѣстно ли что либо объ извращенныхъ половыхъ чувствахъ (педерастія)?

б) Относительно женщинъ: Когда появилась менструація? Была ли менструація правильная, обильная, скудная, сопровождалась ли она какими либо припадками? Онанизмъ (чрезвычайно рѣдко констатируется анамнезомъ)? Особо сильно выраженное желаніе правиться и быть въ мужскомъ обществѣ? Половыя сношенія по любви, грубой чувственности, ради добыванія средствъ? Сколько было случаевъ заберемененія, выкидышей, преждевременныхъ и своевременныхъ родовъ? Какъ протекали беременность, роды, періоды послѣродовой и кормленія грудью? Въ соответственныхъ случаяхъ—на которомъ году наступилъ климактерическій періодъ и какъ отразился онъ на общемъ здоровьѣ больной?

5. Воспитаніе, образованіе и умственное развитіе.

Подъ чьимъ вліяніемъ воспитывался больной въ первые и послѣдующіе періоды своей жизни (родителей, отчима, мачихи, чужихъ, воспитаніе въ пріютахъ, пансіонахъ, институтахъ), или больной росъ безъ опредѣленнаго воспитательнаго вліянія съ чьей либо стороны? Каково было воспитаніе (строгое, изнѣживающее, безъ опредѣленной системы)? Когда началъ учиться? Гдѣ получилъ начальное, среднее и высшее образованіе? Какъ учился (хорошо, худо, посредственно)? Каково было прилежаніе, понятливость? Явная неспособность къ тѣмъ или другимъ наукамъ? Одностороннія способности? Не было ли умственное развитіе преждевременнымъ или отсталымъ и въ какомъ именно возрастѣ? Были ли и когда именно умственныя занятія усиленными и какъ онѣ отразились на здоровьѣ больного?

6. Характеръ больного и измѣненія въ немъ съ дѣтства.

Какимъ характеромъ отличался въ дѣтствѣ, юности и въ послѣдующемъ возрастѣ (ровнымъ, измѣчивымъ, упрямымъ, податливымъ, твердымъ, слабымъ, жесткимъ, мягкимъ, прямымъ, хитрымъ, общительнымъ, себялюбивымъ, смирнымъ, живымъ, безпокойнымъ, дерзкимъ, добрымъ, злымъ, гордымъ, скромнымъ, тщеславнымъ, тихимъ, раздражительнымъ, заискивающимъ, заносчивымъ)? Не замѣчались ли какія либо странности въ характерѣ больного и его поведеніи (особыя привычки и привязанности, капризы, импульсивныя дѣйствія, безпричинныя перемѣны въ настроеніи духа, впечатлительность, равнодушіе, апатичность, разбѣянность, мечтательность, страсть къ проэктамъ, нелюбимость, особыя симпатіи и антипатіи, пугливость, навязчивыя идеи)?

7. Спиртные напитки, табакъ, морфіи и другія вредныя вліянія.

Не было ли злоупотребленій со стороны больного спиртными напитками? Привычный, періодическій пьяница или выпивалъ лишь при случаѣ? Какъ дѣйствовали на него спиртные напитки (не выносливость по отношенію къ алкоголю)? Не было ли злоупотребленія въ куреніи табаку? Не привыкъ ли къ употребленію морфія или другаго наркотическаго вещества и вслѣдствіе чего? Не подвергался ли больной другимъ вреднымъ вліяніямъ, сопровождавшимся потерей или помраченіемъ сознанія, или вообще разстройствомъ нервной системы и не оставили ли онѣ замѣтныхъ послѣдствій?

8. Занятіе, образъ жизни, общественное положеніе, отношенія къ другимъ людямъ.

Выбрано занятіе по собственному влеченію? Не мѣнялъ ли часто занятія? Былъ ли онъ прилежный и хорошій работникъ въ своихъ служебныхъ и частныхъ занятіяхъ, или вялый, выказывавшій усердіе лишь по временамъ? Какой образъ жизни велъ больной? Матеріальное положеніе было обезпечено или были заботы о насущномъ хлѣбѣ? Были ли въ жизни больного какія либо выдающіяся лишенія, потери имуществва, или наоборотъ,—особенно счастливыя въ этомъ отношеніи случайности? Какое положеніе занималъ въ обществѣ? Пользовался ли уваженіемъ, расположеніемъ? Его отношенія къ начальству, подчиненнымъ и къ другимъ людямъ, съ которыми онъ имѣлъ сношенія и дѣла? Не испытывалъ ли больной въ своей жизни какихъ либо нравственныхъ потрясеній, разочарованій, особыхъ неприємностей, когда именно и съ какимъ послѣдовательнымъ вліяніемъ на здоровье и душевное состояніе? Попытки на самоубійство? Былъ ли подѣ судомъ, когда и по какому поводу (родъ преступленія, ихъ повторность, привычный или случайный преступникъ и т. д.)? Отбывалъ ли наказаніе заключеніемъ въ тюрьму, рабочій домъ, въ теченіи какого времени (одиночное заключеніе)?

9. Условія семейной жизни.

Каковы отношенія къ роднымъ и положеніе въ семействѣ? Если больной былъ или находится въ брачномъ состояніи,—какъ давно вступилъ въ бракъ и по любви ли, вслѣдствіе ли практическихъ соображеній или слѣдуя волѣ близкихъ? Какова была семейная жизнь (серьезныя ссоры, размолвки)? Бывали ли выкидыши или преждевременныя роды у жены больного? Сколько дѣтей въ живыхъ? Здоровы ли они? Если нѣтъ, то чѣмъ страдаютъ? Сколько дѣтей умерло, отчего и на какомъ возрастѣ? Имѣетъ ли незаконное сожительство и незаконныхъ дѣтей?

10. Ближайшія причины душевнаго заболѣванія, форма его проявленія и его развитіе съ теченіемъ времени.

Когда, чѣмъ и при какихъ обстоятельствахъ обнаружился явленіе, подавшій поводъ къ подозрѣнію въ умопомѣшательствѣ? Внезапно или постепенно? Наступили ли сначала расстройства сферы чувствованія (грустное или веселое настроеніе духа) и характера? Упадокъ умственныхъ способностей или другія расстройства разсудка (нелѣпыя идеи)? Галлюцинаціи? Предполагаемая причина заболѣванія? Каково было дальнѣйшее теченіе (убывали ли болѣзненные явленія, оставались ли неизмѣнными или нарастали)? Содержаніе идей? Сохраненіе галлюцинацій? Поведеніе больного (случаи взрыва страха, отчаянія, гнѣва, бѣ-