

616.8

Э-73.

К359563

Д-р А. Л. ЭШТЕЙН

# НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ

(ОБЩАЯ ЧАСТЬ)

С ПРЕДИСЛОВИЕМ  
профессора К. И. ПОВАРНИНА

---

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА  
(Основано В. С. Эттингер)  
ЛЕНИНГРАД  
Улица Лассаля, № 2  
1927

506.8 (12)

Доктор А. Л. ЭШТЕЙН

# НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ

(ОБЩАЯ ЧАСТЬ)

С ПРЕДИСЛОВИЕМ  
профессора К. И. ПОВАРНИНА



---

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“  
(Основано В. С. Эттингер)  
ЛЕНИНГРАД  
Улица Лассаля, № 2  
1927

395653

616.8

Э-73



Ленинградская Коммунальная типо-литография. Улица 3-го Июля, 55.  
Ленинградский Гублит № 32384. Тираж 4200 экз. 8 л. Зак. № 9145

# Оглавление

I. Современное положение вопроса о невропатической конституции. Определение и исторический очерк. Две концепции невропатического диатеза. Природа невроп. конст. в оценке старой и новой школы. Невропатическая конституция и наследственность. Учение о патологической наследственности (Морелизм) и биологической наследственности (Менделизм). Их взаимоотношения в применении к происхождению невроп. конст. Роль патологической наследственности в генезе невроп. конст. Биологическая и клиническая структура невропатической конституции. Невропатическая конституция и норма. Невропатическая конституция и первично-психические заболевания. Невроп. конст. как болезненный процесс . . . . .	7
II. Особенности невропатической конституции, как процесса. Связь с другими патологическими конституциями и отсутствие оформленных границ. Лабильность конституциональных схем. Законы развития констит. процесса. Принципы периодичности, чередования, превращения. Эволютивные синдромы. Формы психической эволюции невропатической конституции ( <i>Jaspers</i> ): приступы, фазы, периоды, процесс и развитие . . . . .	24
III. Латентные и активные конституции. Особенности активной невропатической конституции (Многосимптомность, полиморфизм, прогеиформность, индивидуальность). Семiotика. Активация и развитие невропатической конституции. Компенсированность и респонсивность. . . . .	33
IV. Невропатическая конституция и патологические реакции. Роль предрасположения и проводящих моментов в возникновении патологических реакций. Воззрения французской школы ( <i>Morel, Charcot, Feré, Raymond, Magnan</i> ). Современное положение вопроса в немецкой литературе ( <i>Schneider, Jaspers, Homburger, Kehrer, Kreisshmer, Birnbaum, Kahn</i> ). . . . .	39
V. Патофизиология невропатической конституции. Особенности биологической и физиологической структуры невропатической почвы; учение о малоценности органов и систем. Физиологическая и патофизиологическая роль вегетативной н. с. и желез внутренней секреции. Роль анимальной н. с. Патофизиологическая характеристика болезненного уклона невроп. констит. Нарушение нормальных корреляций; типы этих нарушений. Вегетативная и анимальная н. с. в их взаимоотношениях. Дисгармонии в развитии и отношении друг к другу различных функций. Клинические особенности диатезической почвы. Невыносимость к состояниям высокого напряжения. Роль психогенеза; значение эмоций и эмотивности. Психическая емкость. Аффективность и интрапсихическая переработка аффектов. (Особенности аффективной конституции невропатов). Роль условных рефлексов (патологические условные рефлексы) . . . . .	53
VI. Патофизиология н. к. (продолжение). Аффект и эмоция. Анатомическая локализация аффективных процессов. Роль и значение thalamus'a. Переключательные механизмы. Типы переключательных реакций. Малоценные и „шоковые“ органы и органы в их отношении к переключательным реакциям. Срывные реакции. Эмоциональный шок. Расщепление сложно координированных функций . . . . .	71

VII. Патифизиология н. к. (окончание). Общая характеристика функции сна. Анатомическая локализация. Анатомио-физиологическая структура. Рефлексы сна. Аффекты и функция сна. Функция сна и невропатическая конституция. Соматические и психологические координационные связи функции сна. Патологическая расщепляемость функции сна и ее формы. Клиническое значение различных патологич. радикалов сна. . . . .	88
VIII. Клинические формы невропатических конституций. Дегенеративная конституция. Нейро-артритическая конституция. Психоволлодоклазический диатез <i>Pascal</i> и <i>Davesne'a</i> . Аллергический диатез <i>Kammerer'a</i> . Status irritabilis <i>Borchart'a</i> . Вегетативные конституции: ваготония <i>Eppinger'a</i> и <i>Hess'a</i> ; нейротония <i>Guillaume'a</i> ; гипопластическая вегетативная конституция подростков <i>Лухачевой</i> . Эмотивная конституция <i>Dupré</i> . Эйдетическая конституция бр. <i>Jaensch</i> . Истерическая конституция. Митоманиакальная конституция <i>Dupré</i> .	102
IX. План изучения невропатической конституции . . . . .	121
Литература . . . . .	123

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В своей книге д-р *А. Л. Эпштейн* касается одного из самых злободневных вопросов переживаемого момента. В настоящее время нет области в медицине, в которой так или иначе не затрагивалось бы учение о конституции. Весьма важную роль играет это учение и в современной невропатологии. Оно проливает свет на многие клинически наблюдаемые факты, дает им рациональное объяснение и открывает широкие горизонты для лечения и профилактики нервных болезней. Между тем на русском языке нет сочинений, излагающих полностью вопрос о невропатической конституции.

Книга доктора *А. Л. Эпштейна* весьма удачно заполняет этот пробел.

На основании серьезного изучения литературы (223 источника) он дает картину современного состояния упомянутого вопроса, опираясь и на личный опыт. Заслуживают особого упоминания взгляды автора на некоторые принципиальные спорные пункты в этом учении.

Так, например, говоря о диатезах, он придерживается точки зрения прежних авторов, что диатез проявляется клинически не только в форме ответных особого рода реакций на внешние воздействия, как склонны думать некоторые современные исследователи, но и в форме самопроизвольных обусловленных внутренними причинами патологических процессов.

В основном по своей важности вопросе о роли наследственности в происхождении конституции он не соглашается с представителями так называемого биологического направления, понимающими последнюю в смысле индивидуальной комбинации переализовавшихся и реализовавшихся в разной степени нормальных ген вместе с развившимися за счет последних, в связи с воздействиями среды, фенотипическими признаками, а примыкает к сторонникам взгляда, повидимому более близкого к истине, виднейшим представителем и творцом которого является *Morel*, что в основе патологической конституции лежат патологически измененные гены.

Интересны, хотя и не лишены некоторого увлечения, соображения автора, касающиеся функции сна и ее роли в невропатической конституции, в частности о выделении „радикалов сна“ и присутствия их

в некоторых патологических синдромах. Но нужно помнить, что проблема сна—одна из труднейших проблем психофизиологии. Несмотря на многочисленную литературу, посвященную этому вопросу, она еще очень далека от разрешения, и было бы большой неосторожностью делать в этом направлении какие-нибудь окончательные выводы.

Не всегда можно согласиться с словоупотреблениями автора. Так, например, автор называет конституцию то состоянием, то процессом, то структурой и т. п., что вносит некоторую неясность.

Учение о невропатической конституции изложено в книге доктора *Эпштейна*, как уже говорилось выше, с достаточной полнотой. Каждый невропатолог и психиатр найдет в ней богатый и необходимый для современного врача материал, весьма поучительный и для теоретика и для практика. Написана она живым и ясным языком.

Можно пожелать труду доктора *Эпштейна* широкого распространения.

*К. Поварнин.*

Человек есть функция.  
*Morel.*

## I.

Литература, посвященная вопросам конституциональной патологии, растет не по дням, а по часам. Международный книжный рынок загружается журнальными статьями, брошюрами, книгами, стоящими в той или иной связи с учением о конституции. „В медицине,—как говорит *Kleist*,—мы стоим снова во всех областях перед поворотным пунктом. Началась конституциональная эпоха“.

Меньше всего, однако, эта эпоха отразилась на литературе о невропатической конституции. Самые большие руководства, самые солидные монографии только мимоходом отводят ей скромное место, считаясь не столько с ее клинической ценностью, сколько с ее историческим прошлым.

А между тем в ряду других патологических конституций—невропатическая конституция занимает совершенно особое и своеобразное место не только в силу своих исторических заслуг. Учение о функциях нервной системы также стоит на поворотном пункте. Здесь также начинается новая эпоха. Физиологическое значение нервной системы вышло далеко за пределы обычно приписываемых ей специальных функций. В современном понимании нервная система является системой анимальной и вегетативной жизни в самом широком смысле. Она регулирует обмен веществ органических и неорганических, она устанавливает в организме определенные константы: температуры, электролитов, кислотности, щелочности, осмоса, водного обмена, ферментативных процессов. Заложенные в глубине мозга серые массы нервного вещества являются местом локализации низших психических функций, важнейших жизненных инстинктов, глубинных основ характера, регуляторных психических механизмов. Самостоятельными отделами современной неврологии являются: висцеральная неврология, неврология обмена веществ, неврология инстинктов, неврологическая психология, неврология сна и т. д.

Густая и сложная сеть соматических и гуморальных рефлексов сочетает организм в одно живое неврологическое целое и заполняет те пустоты, которые еще так недавно зияли между соматическим, неврологическим, психическим и биологическим.

При таком положении вещей нервная система не может оставаться не задетой ни при какой мыслимой патологической конституции, и никакая патологическая конституция, строго говоря, не может не быть в большей или меньшей степени конституцией невропатической.

В этом уже давали себе вполне ясный отчет некоторые из старых клиницистов. Так, например, доктор *Berthier*, автор книги „Диатези-



чекские неврозы“ писал в 1875 г. следующее: „Неврозы при ревматизме, подагре, герпетизме, сифилисе, раке часто проявляются раньше всякого диатэзического симптома. Это обстоятельство подтверждает мнение проф. *Jaumes'a*, полагающего, что диатэз может проявиться только нервными расстройствами.... Наконец, аргументы, выдвинутые *Barthez'ом* и его школой находят себе неопровержимое подтверждение в первенстве нервных явлений, которые говорят более громко, чем всякие рассуждения за то, что диатэзическое состояние способно к латентности и может дать основание для расстройств, чуждых его природе, возникающих совершенно внезапно“. Более того, *Berthier*, вообще, полагает, что всякий диатэз, понимаемый, как порочное состояние организма, как ненормальный характер его *status'a* и активности, должен находиться в зависимости от интимных изменений в нервной системе, „принимая во внимание фундаментальную роль последней“. Таким образом *Berthier* расширил понятие *нервного диатэза*, введенное в медицинскую литературу *Darbefeuille'ем*, *Sandras* и *Bouchut*, распространил его на все патологические конституции и поднял его на высоту „диатэзического невроза“. \*)

Что же однако следует понимать под именем невропатической конституции? Просматривая историю вопроса мы видим прежде всего, как с давних пор, на протяжении ряда медицинских поколений, он приковывает к себе внимание клиницистов, стремящихся так или иначе уловить его ускользающую от понимания сущность в рамки многочисленных и разнообразных нозологических названий. *Lorry*, *Rob*, *Pougens* говорят о „*нервной кахексии*“, о „*нервном маразме*“, о „*нервном состоянии*“, *Darbefeuille*—о „*нервном диатэзе*“, *Roitte*—о „*вапорозном страдании*“, *Lange*—просто о „*Vapeurs*“. Говорят еще об „*истерическом страдании*“, о „*невропатии*“ (*Malkolm Fleming*), об „*истериизме*“ (*Louyer—Villermay*), о „*невроспазмии*“ (*Brachet*), о „*протеиформной невропатии*“ (*Cérise*), о „*невролизме*“ (*Bouchut*), о „*церебро-кардиакальной невропатии*“ (*Krishaber*). *Morel* создает грандиозную концепцию невропатической конституции в своем учении о „*дегенерациях человеческого вида*“, *Charcot* набрасывает понятие „*нервно-артритического диатэза*“, *Féré* обосновывает учение о „*невропатической семье*“ с ее двумя ответвлениями: психопатическим и невропатическим. *Lombroso* рисует клинический тип—прирожденного преступника, *Magnan*—высших дегенератов.

Труднее найти определение невропатической конституции, потому что такие понятия, как конституция, темперамент, диатэз имеют за собой такое давнее историческое прошлое, сделались настолько привычными, что их содержание казалось понятным само по себе. Однако все старые клиницисты стоят на той точке зрения, что невропатическая конституция, как бы ее ни называть, *является состоянием болезненным, является своеобразным диатэзом*. В понятие же диатэза вкладывалось вполне определенное содержание. „Диатэз,—писал проф. *Veauès*,—это есть ненормальная потребность вегетативной жизни, очень часто наследственного происхождения, иногда приобретенного, долженствующая

\*) Расстройства эволюции нервной системы,—пишет *Féré*,—являются самыми важными с точки зрения патогенеза невропатической семьи: известно, в самом деле, какую роль играет нервное влияние в расстройствах питания, при инфекциях и интоксикациях. Нервная система господствует над явлениями обмена веществ (*vie de nutrition*) в той же мере, в какой она господствует в соотносительной жизни. Этим влиянием и объясняется частая комбинация невропатии с так наз. диатэзическими явлениями, неоплазиями и т. д.

необходимо, фатально и произвольно обнаруживаться во вне симптомами, которые появляются и затем исчезают в одном месте, чтобы вновь появиться в том же или в другом месте в различные периоды, отделенные друг от друга более или менее продолжительными интервалами, которые имеют повсюду идентичную форму или же принимают различные формы, но всегда вытекающие из одного и того же принципа и, следовательно, имеющие одну и ту же природу". Это определение *Beaumès'a* находит себе дополнение в трудах Монпельевских профессоров—*Anglada* и *Jaumès'a*. Первый определяет диатез, как „болезненное состояние устойчивое, специфическое, общее, всегда хроническое, более или менее латентное, характеризующееся специальными симптомами“. Для второго—диатез—есть „хроническое страдание, конституциональное, дающее место родственным болезненным актам, неспособное разрешить страдания „*ni en fait, ni en tendance*“ (ни в его существе, ни в его тенденциях)“. Таким образом в понимании старых авторов—*диатез есть конституциональное болезненное состояние организма, большую часть наследственного происхождения, специфическое, хроническое, с самого начала (chronique d'emblée), устойчивое, неспособное радикально разрешиться, характеризующееся протеиформными—по проявлениям, месту и времени—симптомами, часто латентное, в основе которого лежит глубокая пертурбация всего организма*“. В это определение диатеза французские невропатологи и психиатры: *Morel, Charcot, Féré, Raymond, Magnan* вносят, однако, еще одно существенное дополнение; диатезу, по их мнению, присуща особая способность—реагировать особенным образом на те влияния окружающей среды, которые для нормальных конституций являются безразличными. Тип реагирования—по *Magnan'у*—является „формулой предрасположения“. Между „вызывающими“, „провоцирующими“, „случайными“ причинами и предрасположением существует обратная пропорциональность. Это—„аксиома“, „закон повседневных клинических наблюдений“, сформулированный *Magnan'ом* задолго до *Gottstein'a* и *Martius'a*.

Таким образом ко второй половине девятнадцатого столетия, по крайней мере, в области психоневрологии, понятие диатеза оформилось в том смысле, что *диатез есть хроническое болезненное состояние, даже, как мы увидим ниже, хронический болезненный процесс, развивающийся на протяжении ряда поколений, проявления которого в одной части остаются латентными, скрытыми, в другой—активно и спонтанно проявляются во вне, и в третьей, наконец, обнаруживаются в связи с воздействием окружающей среды*.

Если сравнить такое понимание диатеза со взглядами современных авторов, то по форме определение сущности диатеза является почти тождественным, по существу же в старых формулировках главный акцент ставится на латентных и активных свойствах диатеза, в новых же преобладает учение о ненормальных реакциях.

*His*, напр. (1911 г.), определял диатез, как „индивидуальное врожденное, часто унаследованное состояние, характеризующееся тем, что физиологические раздражения вызывают ненормальную реакцию, и что жизненные условия, которые для большинства людей проходят без всякого вредного влияния, у таких индивидуумов вызывают болезнь“. На том же 28-м конгрессе по внутренней медицине, на котором выступал и *His*, аналогичные же взгляды высказали *Pfaundler* и *Bloch*. В недавно вышедшей книге „Аллергический диатез и аллергические заболевания“ *Hugo Kämmerer* продолжает держаться точки зрения

*His'a*, предпочитая заменить понятие конституции понятием диатеза, более пригодным для обозначения длительного отклонения конституции организма от нормального состояния и для указания на специфические болезненные свойства. Для него тоже характерной особенностью диатеза является тенденция к ненормальному реагированию. Эта же тенденция является решающим признаком невропатической конституции для целого ряда современных психиатров и невропатологов—*Schilder'a*, *Bumke*, *Schwartz'a*, *Jones'a*, *Jaspers'a*, *Redlich'a*, *Бруханского*, *Kretschmer'a*, *Юдина*, *Pascal* и *Davesne'a* и др. Нам, однако, кажется, что современное увлечение реактивной стороной патологических конституций является слишком односторонним. Нет сомнения, роль патологических реакций велика, их значение—неоспоримо, но готовность к реакциям далеко не исчерпывает содержания невропатической конституции, и старые клиницисты не ошибались, когда они подчеркивали значение латентных и активных свойств диатеза. Еще более глубокое различие во взглядах между старой и новой школой выступает при оценке болезненной природы невропатической конституции. Для старых авторов диатез есть порочное состояние организма с самого начала. Дегенерация *Morel'a* есть „патологическое отклонение от нормального человеческого типа“; „между интеллектуальным состоянием самого дикого бушмена и таковым самого цивилизованного европейца гораздо меньшая разница, чем между интеллектуальным состоянием того же европейца и таковым дегенеративного существа“. *Magnan* называет дегенератов людьми „новыми, ненормальными, с испорченным мозговым механизмом“\*). Для *Ziehen'a* (1905 г.) психопатические конституции, хотя и стоят на границе здоровья и болезни, все же являются „болезненными состояниями, которые представляют только более легкие, хотя очень часто и чрезвычайно разнообразные, болезненные симптомы“. Это „большей частью, хотя и не всегда... хронические состояния, глубоко заложенные в совокупности психического организма индивидуума“.

Иная тенденция наблюдается в настоящее время в связи с психологическим и наследственно биологическим направлением в психоневрологии. Для современных авторов в области невропатических и психопатических явлений не существует определенных границ между здоровьем и болезнью. „Все конституции и реакции в конечном счете возникают из общей нормальной почвы... Здесь наблюдается фактически то, что в области органических заболеваний, теоретически по крайней мере, не может существовать: текучие переходы в здоровье“ (*Bumke*). В понимании *Kretschmer'a* „психозы являются только отдельными узловыми пунктами, выветренными в сильно разветвленную сеть нормальных телесно-характерологических конституциональных отношений“. Эндогенный психоз, по его мнению „надо рассматривать в широко биологических рамках, как обострение нормального типа темперамента“. *Jaspers* говорит о болезненной „гипертрофии характера“. По мнению целого ряда авторов, „каждый человек имеет свои границы, за пределами которых он реактивно заболевает“ (*Jaspers, Gaupp, Hoche*). *Freud* и его школа говорят о „бегстве в невроз или психоз“, *Schilder, Poenitz* и др.—о „неврозе, как продукте волевой установки“. Было бы трудно перечислить в настоящее время всех сторонников теории психогенеза невротических состояний.

\*) „Дегенерация,—пишет он,—есть патологическое состояние существа, которое по сравнению со своими непосредственными производителями является конституционально ослабленным в своем психо-физическом сопротивлении и только очень несовершенно реализует биологические условия герединтарной борьбы за жизнь“.

Все эти воззрения частью делают излишним, клинически ненужным или второстепенным понятие невропатической конституции, частью же делают патологическую конституцию вариантом конституций нормальных. Мы еще вернемся к этой проблеме при обсуждении вопроса о связи невропатической конституции с невротами и психозами.

Нет согласия также во взглядах старых и новых авторов на один из самых капитальных вопросов учения о конституциях—именно на роль наследственности в генезе невропатической конституции. Самый факт доминирующего значения наследственности не оспаривается никем. Если спор и ведется, то только в плоскости удельного веса других, не наследственных факторов. Но расхождение начинается там, где нужно определить, что следует понимать под наследственностью, какое содержание вложить в это понятие. Дело в том, что современное учение о патологической наследственности основывается на двух совершенно различных принципах, весьма ценных, каждый в отдельности, но в настоящее время не уживающихся пока в рамках одного и того же понятия. Один из этих принципов можно было бы назвать принципом *Morel'*я, другой принципом *Mendel'*я. С именем *Morel'*я связано учение о патологической наследственности, с именем *Mendel'*я—учение о наследственности биологической. *Morel* придал своему учению вполне определенный этиологический, клинический и патофизиологический смысл; он дал наследственности клиническую форму и клиническое содержание в понятии вырождения, обнаружил ее скрытые, дремлющие или явные тенденции в ряде поколений и ее широкий, выходящий за пределы нервной системы в собственном смысле, полиморфизм. Сифилис, туберкулез, алкоголь, свинец, равным образом как и другие инфекции и яды, приобрели в связи с учением *Morel'*я совершенно новое клиническое и этиологическое значение *геродотропных патогенных агентов*; вместе с тем раздвинулись границы и расширился горизонт для всевозможных профилактических и терапевтических мероприятий. Самое понятие болезни изменило свой смысл. Оно вышло за пределы человеческой жизни, связало ряд различных заболеваний и болезненных проявлений в одно целое, в одну семью заболеваний, объединенных родством этиологического момента на протяжении ряда поколений. Та анархия невропатических болезненных явлений, которая так смущала различных авторов, стройно уложилась в границы болезненного процесса, проходящего через ряд поколений и разветвляющегося по разному в различных семьях одного и того же поколения, у различных членов одной и той же семьи в зависимости от поражения геродотропным вирусом той или иной системы, того или иного органа или даже того или иного зародышевого листка. В частности в отношении нервной системы и сам *Morel* и его ученики и его последователи указывали на чувствительность и восприимчивость нервной системы к этим геродотропным вирусам. Отсюда патофизиологическое значение учения *Morel'*я о патологической наследственности. Сам *Morel* неоднократно указывал на поражение центральной нервной системы, в частности мозга, у дегенератов. *Féré, Magnan, Raymond* развили *тератологическую теорию* патологической наследственности, согласно которой дегенерации являются в результате расстройств *эмбриогенеза*. „Патологическая наследственность,—писал *Raymond*,—создает со стороны нервной системы, как и со стороны прочих органических аппаратов аномалии (*malformations*) различных систем, образующих спинно-мозговую ось, такие же тератологические ненормальности, как и все прочие“. Эти ненормальности могут выявиться

сразу же при рождении, могут обнаружиться и спустя много лет, самостоятельно, или под влиянием различных провоцирующих моментов. Этой же патологической организацией нервно-мозговых центров (*Magnan*) и систем, различным образом пораженных у потомков, объясняется и основная особенность патологической нервной наследственности—„замечательное несходство“ нервных проявлений, семиотический полиморфизм. Пражский профессор *Hascovec* еще более смело развил эту мысль, предположив локализацию центра наследственных передач в стволовой части мозга. „Этот центр,—пишет он,—является носителем наследственных качеств. Потомки нервных людей, подагриков, туберкулезных, становятся в свою очередь больными и вырождаются вследствие порочной организации этого центра“.

Неудивительно, что со времени появления в свет работ *Lucas, Moreau* (de Tours) и, главным образом, капитальных трудов *Morel'*а—на наследственность стали смотреть в психоневрологии как на „причину всех причин“ (*Trelat*), как на „современную форму фатума“ (*Charcot*). По выражению *Magnan'*а, она „излучает свет на всю патологию духа... на самые неразрешимые вопросы психиатрии... Принцип наследственного предрасположения в психопатологии является абсолютным“. В самом непродолжительном времени взгляды *Morel'*а завоевали себе твердую почву не только во Франции, но также и в Германии и Италии, где наиболее знаменитыми их пропагандистами были *Schüle, Möbius, Krafft-Ebing, Lombroso* и др., и еще 15 лет тому назад итальянский психиатр *Del Greco*, говоря о возрождении учения о конституциях и темпераментах в психоневрологии, назвал это возрожденное учение „триумфом идей *Morel'*а“.

На совершенно иных основаниях построено биологическое учение о наследственности. Согласно этому учению все особенности и свойства человеческого организма—морфологические, функциональные, характерологические, психические и т. д.—имеют свое представительство в гипотетических наследственных частицах, которые носят название *ген, задатков, факторов*. Совокупность этих задатков образуют так называемый генотип или идиотип. В случае полового размножения задатки одного пола сочетаются с задатками другого пола и передаются потомству по законам, которые впервые были открыты и изучены *Mendel'*ем. Сами по себе гены неделимы, „бессмертны“ (*Bauer*), неизменны. Влияния окружающей среды не могут изменить их качества. Но не все гены, заложенные в данном индивидууме, обладают способностью реализоваться во внешние свойства или признаки (*фены*) и не все реализующиеся гены—реализуются одинаково. „Не существует задатков, которые бы для своей реализации не нуждались бы в раздражениях“ (*Kahn*). В отношении этих раздражений различные задатки ведут себя не одинаково: одни задатки с большой силой прорыва (*Durchschlagskraft*)—обнаруживаются при всяких условиях среды, другие—только при особенно благоприятных условиях. Таким образом, если влияния среды не могут повлиять на качество гена, то они во всяком случае могут обусловить состав выявленных ген. Такое же влияние могут оказать друг на друга задатки и сами по себе. Вот почему одно и то же растение, с одним и тем же составом ген может в различных условиях существования обнаруживать различные свойства.

Вся совокупность выявленных ген индивидуума получила название *фенотипа*. Под именем *paratypa Siemens* предложил обозначить „совокупность обусловленных внешними влияниями признаков“, т. е. сумму

приобретенных свойств (внутриутробные и внеутробные поражения или изменения). Для него фенотип = идиотипу (генотипу) + паратип, другими словами внешние свойства личности обусловлены частью наследственными факторами, частью не наследственными, приобретенными.

Сопоставляя теорию биологической наследственности с теорией патологической наследственности,—Морелизм и Менделизм,—не трудно обнаружить ту пропасть, которая их разделяет. Основная задача биологического направления заключается в том, чтобы свести все фенотипические свойства и особенности к зародышевой плазме представляющего их гена, „выяснить,—как говорит *Bauer*,—объем фенотипического проявления гена“, выяснить, что во внешних проявлениях относится к одному определенному гену. Эта часть биологического анализа представляет наибольшие трудности. Один и тот же ген может реализоваться в целом ряде внешних признаков (*полифения*); он может выявляться различно у различных членов одной и той же семьи (*гетерофения*); один внешний признак может быть обусловлен группой различных генов (*полиидия*). К тому же человек является „необозримым полигибридом“, а понятие наследственного задатка „по существу является фикцией, ориентировочным понятием, приобретающим свое жизненное значение в фенотипе и через фенотип“ (*Kahn*). Вот почему „перебросить мост от законченного человеческого индивидуума к зародышевой плазме оплодотворенной яйцевой клетки в ближайшее время желанная, но трудно достижимая цель... своего рода *pium desiderium*“ (*Bauer*).

Другой задачей биологического анализа наследственности является проследить ход процесса наследственности у гена в связи с теми законами, которые составляют основу динамики Менделизма, понять взаимоотношения ген в течение этого процесса и их влияние друг на друга и на самый процесс наследственности. Здесь также возникает целый ряд серьезных препятствий, обусловленных „невероятно большой изменчивостью (*Variabilität*), небольшим числом детей в супружествах и невозможностью производить экспериментальное скрещивание у людей“ (*Johannsen*). Не меньшие затруднения возникают вследствие несовершенства нашего „фенного анализа“, структурного анализа физиологических и патофизиологических процессов у человека, что особенно ярко сказывается в психопатологии, где еще совсем недавно такие сложные в структурном смысле образования, как маниакально - депрессивный психоз, напр., или схиждофрения принимались за простую фенную единицу.

Сравнивая эти задачи с задачами Морелевской наследственности мы сразу улавливаем существенное расхождение, заключающееся в том, что при Менделеевской наследственности может речь идти только о передаче по наследству в разных вариантах и комбинациях по существу всегда одних и тех же, хотя быть может и бесконечно многочисленных, неизменных биологических наследственных единиц, в то время, как при Морелевской наследственности мы имеем дело с патологическими новообразованиями, возникающими в процессе наследственности. Гены Мореля, если так можно выразиться, являются патологическими, большими, в то время как гены Менделя являются нормальными.

В виду того, что вопрос о природе наследственности является решающим для понимания структуры патологической конституции, вообще, и невропатической—в частности, мы остановимся несколько подробнее на генезе патологической наследственности в смысле тех взаимоотношений, которые существуют по данному вопросу между Менделизмом и Морелизмом.

В самом деле при знакомстве с учением о биологической наследственности естественно напрашивается вопрос, как быть с анализом патологической наследственности, принимая во внимание постоянство, бессмертие и качественную независимость генов от влияний окружающей среды. Сторонники чистого генетического направления пытаются выйти из этого затруднения различными путями: 1) они допускают возможность „мутаций“ задатков, т.-е. самопроизвольно возникающих качественных изменений структуры гена (*идиовариации*), обусловленных специальными идиокинетическими процессами; 2) допускают возможность возникновения новых признаков или свойств у потомков при сочетании зародышевых клеток родителей идиоплазматически различных друг от друга (*миксовариация* или *амфимутация*); 3) полагают, что те свойства, которые считаются патологическими, в действительности присущи нормальному организму, но в обычных условиях или совсем не реализуются или слабо реализуются. Так, например, схизоидная реакция по *Bleuler*'у, *Kahn*'у, *Hoffmann*'у имеется у каждого человека в той или иной степени. „Надо спрашивать относительно каждого человека не о том, схизоиден он или нет, а насколько он схизоиден“ (*Bleuler*). Подобных же взглядов в отношении схизоидности и циклоидности держится и *Kretschmer*; 4) совершенно отрицая патологическую наследственность в той форме, как ее понимал *Morel*, т.-е. не считая возможным говорить о „наследственном сифилисе“, „наследственном туберкулезе“, „наследственном алкоголизме“, они относят все подобные формы *Morel*'евской наследственности за счет поражения зародышевой плазмы или клеток зародышевой плазмы (*Keimzellenschädigung*). Такие „приобретенные“ свойства являются „только временными“ (*Baur*) и образуют паратип личности. Временная же передача подобных приобретенных свойств получила название *парафории* (*Siemens*) или *бластофории* (*Forel*) в отличие от *идиофории* или настоящей наследственности.

Все описанные вариации: идиовариации, миксовариации, паравариации—лежат в основе того, что *Kahn* называет *неустойчивыми фенотипами* (*ungefestigte Phänotypen*), в то время как свойства, передающиеся по наследству в неизменном виде, относятся им к „прочным фенотипам“ (*feste Phänotipen*).

Однако теория биологической наследственности в применении к фактам человеческой патологии кажется далеко не убедительной большинству клиницистов, даже в значительной мере стоящих на платформе генетической наследственности. Возникает тенденция сочетать идеи биологической и патологической наследственности. Так, например, *Бумке* пишет: „Есть ли связь между этими двумя формами, или даже переходы между ними, это остается открытым; вполне возможно, что после повреждения зародыша иногда развиваются и наследственные болезненные задатки (мутации) и что таким образом могут возникать стойкие видоизменения типа“. Не совсем уверенно стоит на генетической точке зрения также и *Bauer*. Ссылаясь на опыты *Manfred-Fränkell*'я, *Guyer*'а и *Smith*'а и *R. Otto*, он не считает невозможным допустить мысль, что внешние влияния на организм,—непосредственно ли— в смысле параллельной индукции или посредством — в смысле соматической индукции,—могут вызвать специфические или элективные изменения в зародышевой плазме такого рода, что можно было бы говорить об унаследовании приобретенных свойств. Вообще же, он присоединяется к мнению *Demoll*'я, что „вопрос о наследовании приобретенных сомой свойств не может быть решен ни в положительном,

ни в отрицательном смысле. На него можно ответить двояко—и „да“ и „нет“, т.-е. следует произвести исследование, какие свойства, какие реакции соматической плазмы могут воздействовать на наследственную массу зародышевых клеток и какие нет“. Что касается повреждения зародышевой плазмы хроническими или острыми инфекциями, то их „идиокINETическое“ действие, их способность вызывать передаваемые по наследству аномалии—стоит для *Bauer'a* „вне сомнения“ (*nicht zu Zweifeln*), и он не видит основания отграничивать обусловленные подобными повреждениями родительских зародышевых клеток изменения телесной конституции от других конституциональных изменений. Так как не всегда возможно выяснить, произошло ли повреждение до соединения зародышевых клеток или после, т.-е. *in utero*, во внутриутробной жизни или во внеутробной, то нельзя, по его мнению, провести строгого разграничения между конституциональным и кондициональным, между тем, что унаследовано, и тем, что передается по наследству, тем, что обусловлено наследственными факторами или повреждением зародышевой плазмы или тем и другим вместе. Еще более решительно в пользу воздействия патогенных факторов на комплекс врожденных задатков высказываются *Kehrer*, *Borchardt*, *Богомолец* и др. Для *Borchardt'a* „поражения зародышевой плазмы ведут к расстройствам конституции, которые являются одновременно и приобретенными и способными к унаследованию“. *Kehrer* указывает на то, что „некоторые из этих задатков могут вследствие необычных раздражений, которые непосредственно воздействуют на соматическую структуру зародышевых клеток развивающегося плода или послеродовой личности—быть настолько измененными, что образуется новый стойкий фенотип (приобретенное изменение конституции, приобретенная диспозиция, которая идентична с диатезом некоторых авторов), и даже тем раньше, чем скорее воздействует эта вредность во время утробного или внеутробного периода развития. Поступающие извне раздражения воздействуют на клетки зародышевой плазмы и могут создать новые вариации, которые передаются по наследству“. *Богомолец* пишет: „Влияния среды жизни... не только способствуют проявлению скрытых генотипических свойств организма, как это пытаются доказывать генетики. Они могут вносить чрезвычайно резкие изменения в те физиологические системы (эндокринная, вегетативная, нервная и ретикуло-эндотелиальная системы), которыми в первую очередь определяют конституциональные вариации организма. Больше того: эти паратипического происхождения вариации могут наследственно закрепляться в ряде поколений. Такова, напр., роль сифилиса в патогенезе так называемой лимфатико-гипопластической конституции, роль туберкулеза в возникновении ряда астенических поколений“. „В пользу того, что не существует наследования приобретенных свойств,—говорит *Bleuler*,—не имеется и тени доказательства“.

Другие авторы, собственно не затрагивая вопроса о наследовании приобретенных свойств, все же считают пущим оттенить значение поражения зародышевой плазмы в генезе нервных и душевных заболеваний. Так напр., полемизируя с *Kahn'ом*, *Berze* пишет: „Разумеется непозволительно совершенно гипотетические процессы повреждения зародышевой плазмы привлекать к генеологическим исследованиям (*Kahn*); но также недопустимо при подобного рода исследованиях пренебрегать этими процессами, как бы они „гипотетичны“ ни были, прежде чем не будет доказано, что они в действительности не имеют значения“. Профессор *Kleist*, указывая на то, что наследственно биоло-



гическое направление „явно зашло в тупик“ (ist offensichtlich auf einen toten Punkt gekommen) предлагает в большей мере, чем до сих пор, учитывать внешние поражения зародыша.

В конце концов и сами убежденные генетики не так уже безоговорочно признают идиотипическую чистоту наследственности. Даже такие крайние сторонники ненаследования приобретенных признаков, как *Т. Морган* и *Ю. Филиппченко* допускают возможность параллельной индукции, т.-е. возможность передачи потомству результатов тех более сильных воздействий, которые влияют и на тело и на половые клетки. Правда, *Ю. Филиппченко* склонен толковать параллельную индукцию в духе „длительных модификаций“ *Иоллоса*, „при которых новых наследственных свойств, передающихся из поколения в поколение, отнюдь не образуется и все дело идет о более продолжительных, чем всегда раздражениях — не в течение одного, а в течение двух-трех поколений подряд“. Однако, по существу, с точки зрения возникновения патологических конституций, эта оговорка существа дела не меняет, так как *Филиппченко* к длительным модификациям *Иоллоса* в области человеческих отношений относит влияние на потомство алкоголизма родителей, перенесенного ими сифилиса или туберкулеза и т. д.

Точно также и *Kahn* вынужден признать влияние внешних факторов на идиовариацию. „Таким образом, — пишет он в примечании (23 стр.) — существует заслуживающая внимания связь между двумя — в теории существенно различными — крайностями: паратипом и идиотипом, отчетливо выражающаяся в том, что ни один признак сам по себе не бывает абсолютно наследственным; на каждый признак оказывают влияние и идиотипические и паратипические факторы: фенотип = идиотипу + паратип; имеем же мы дело всегда только с фенотипом“.

Если таким образом в отношении этиологического момента наследственности мы возвращаемся к идеям *Morel'*я, конечно в той современной научной форме, которая вытекает из законов биологической наследственности, то то же самое, повидимому, можно сказать и о патофизиологических моментах. С одной стороны, биологический анализ наследственности душевных заболеваний приводит к тому заключению, что генный радикал душевных болезней является более или менее сложным, заключающим в себе известное число более простых ген, которые отделившись при расщеплении могут входить как составная часть в другие душевные болезни и внести в их клиническую картину те или иные патологические моменты (*Юдин*). Так, напр., циклоидный радикал маниакально-депрессивного психоза может присоединиться к схицзофрении или психастении и придать им циклическое течение; или наоборот схицзоидный радикал может присоединиться к м.-д. психозу и придать ему соответствующую окраску, как это предполагает *Юдин*. Вообще, как говорит *Berze*, „мы имеем готовыми и нерушимыми факторы не определенных клинических единиц, а более примитивные факторы, которые могут соединяться вместе, образуя самые разнообразные группы, и только некоторые из этих групп особенно типичны, особенно часто встречаются, а потому в клинике оцениваются как нозологические единицы. Но те же факторы могут образовать и другие различные комбинации... Эти комбинации очень разнообразны, почему отграничение отдельных форм и является очень трудным“. С другой стороны, намечается тенденция разбить невропатические и психопатические заболевания на ряд патофизиологических и анатомо-клинических радикалов, стоящих

в отношении к различным клиническим формам в таком же положении, как и вышеописанные наследственно-биологические радикалы.

Исходным пунктом всякой группировки болезней, по мнению *Kleist*'а, в среде конституциональных заболеваний, должны быть самые малые, клинически изолируемые конституциональные элементы или радикалы. Чем меньше будут эти конституциональные составные частицы, тем ближе можно будет подойти к содержащимся в них наследственным элементам, генотипам, которые должны содержаться в фенотипах болезненных проявлений. Такими *патологическими радикалами* для круга припадочных заболеваний были бы: пикнолепсия, нарколепсия, мигрень, аффективно-эпилептические припадки, сумеречные состояния; для круга маниакально-депрессивных заболеваний—спутанность, ипохондрия, психозы страха, двигательные психозы („автохтонные психозы вырождения“); для круга схизофренических заболеваний—психомоторно окрашенные кататонии, гебефрениии с преобладающим аффективным отупением, схизофазии, спутанный бред с распадом понятий, систематизированный бред; для истерического предрасположения—эмотивные, безвольные личности, наркоманы, фантасты, люди со склонностью к расщеплению сознания. То же относится к неврологическим системным заболеваниям, как, напр., к группе наследственных дегенераций. Здесь также наблюдаются отдельные особые болезни и комбинированные формы, напр., спастический спинальный паралич, спинальная мышечная атрофия, амиотрофический боковой склероз и т. д.

Конституциональные типы, складывающиеся из связи нескольких таких радикалов, могут быть нормальными личностями, уклоняющимися от нормы, психопатическими личностями или болезнями. Одни типы болезней состоят из немногих конституциональных элементов, другие из многих. Независимо от числа составляющих элементов различные типы болезней и типы личностей могут иметь общие радикалы. Болезни со сходственными или идентичными элементами *Kleist*, в свою очередь, объединяет в более широкие группы, которые он называет *кругами*, напр., круг припадочных заболеваний. *Ядром* каждого конституционального круга можно считать достигнутую полного развития болезнь, как, напр., эпилепсию, истерию, схизофрению и т. д. На периферии круга располагаются *краевые психозы*, в которых болезнь ограничивается по преимуществу симптомами одного рода. Как это следует из предыдущего, круги могут пересекаться друг с другом своими периферическими частями и те или иные радикалы могут входить в два и более различных круга. Со специальной, интересующей нас точки зрения в схеме *Kleist*'а особенный интерес представляет теория патологических радикалов. Идеальный патологический радикал должен удовлетворять следующим требованиям: он должен представлять собою возможно более простое психическое явление; клинический фенотип радикала должен быть по мере возможности наследственно-биологической единицей и, наконец, он должен быть закономерным органическим симптомом или синдромом, имеющим отношение к определенной мозговой системе.

В этой концепции патологического радикала идеи *Morel*'а—*Féré*—*Raymond*'а вплотную соприкасаются с задачами наследственно-биологического анализа. Как говорит *Kleist*: „Здесь встречаются церебро-патологический анализ симптомов и конституционально-наследственно-биологическое направление. Им следовало бы теснее, чем до сих пор, сотрудничать друг с другом“.

Резюмируя все сказанное нами о наследственности, мы приходим к выводу, что сама по себе биологическая наследственность патологической наследственности объяснить не может. Только в соединении с теми этиологическими, клиническими и патофизиологическими моментами, которые лежат в основе учения о наследственности *Morel*'я, можно говорить о роли биологической наследственности в генезе патологических состояний. Морелизм и Менделизм не являются исключительными друг друга концепциями: и тот и другой имеют значение в происхождении патологической наследственности.

Переходя теперь к вопросу о роли патологической наследственности в генезе невропатической конституции, мы опять встречаемся с двумя различными тенденциями в толковании невропатической конституции в зависимости от того, стоят ли авторы на точке зрения патологической или биологической наследственности. Для одних невропатическая конституция есть определенно болезненное состояние или болезненный процесс, имеющий свое начало в патологической наследственности. Для других—невропатическая конституция есть лишь один из конституциональных вариантов, одна из возможных комбинаций наследственных задатков, существующая как разновидность нормального варианта и обусловленная „генотипической основой, внешними влияниями и вызывающим моментом“ (*Юдин*).

Заслуга впервые обосновать учение о невропатической конституции на основе патологической наследственности принадлежит опять-таки *Morel*'ю. „Специальный вопрос о темпераментах,—писал он,—относительно которого можно было бы развить столько соображений, является составной частью большого вопроса о наследственности“. При этом не следует забывать, что во Франции под словом темперамент понималась индивидуальная биохимическая активность, под конституцией же—морфологическая структура индивидуума. Сам *Morel* в своих трудах невропатическому диатезу, как таковому, специального внимания, правда, не уделил. Как писал *Magnan* и *Legrain*: „Творение *Morel*'я было неполно, и если у него была гениальная концепция дегенераций, то он гораздо хуже клинически видел дегенератов“. И, действительно, просматривая сочинения *Morel*'я, мы не видим чтобы он долго останавливался на клинике невропатических конституций, но отдельные мысли, замечания, наблюдения, рассеянные там и здесь в его капитальных трудах показывают, что он прекрасно был знаком с нервным темпераментом, с его особенностями и тенденциями. Для *Morel*'я невропатическая конституция была первым этапом дегенерации. Согласно его закона прогрессивного вырождения—наследственное отягощение в первом поколении выражалось в нервном темпераменте, нравственной несостоятельности и излишествах. Он первый указал на отличительные признаки невропатической семьи, выражающиеся в несходстве и трансформации наследственности. „В семьях вырождающихся,—писал он,—царит несходство... О членах таких семей невозможно даже подумать, что они произошли от одних и тех же родителей. Если сравнить их между собой, то нельзя назвать их братьями и сестрами: физиономия, темперамент, привычки, душевные свойства—все у них разное“.

Насколько *Morel* проницательно отметил эти характерные особенности невропатической конституции видно хотя бы из того, что и в наши дни *Бумке* именно этот полиморфизм считает чрезвычайно естественным и характерным для невропатических конституций, возникающих как следствие отравления зародыша. „С этой точки зрения,—

пишет он,—вполне понятны и широкая распространенность невропатической конституции и ее чрезвычайно протеоподобное многообразие: бесчисленные формы повреждения зародыша создают большое разнообразие причин для ее возникновения“. Вырождение *Morel*'я—это и есть невропатическая конституция будущих авторов \*), это есть „некое аномальное или вернее болезненное состояние, которое, правда, очень легко может повести и к настоящему заболеванию“ (*Naeke*). „В психиатрии,—пишет *Бумке*,—понятие вырождения совпадает с понятием психопатической конституции. ...Психопатическая конституция, наследственное отягощение и вырождение—эти три слова означают одно и то же понятие“. Если не сам *Morel*, то его идеи породили мощные школы во Франции, Италии и Германии, сделали изучение невропатической конституции очередным вопросом психоневрологии и криминологии, превратились в учение о нейро-артритическом диатезе, невропатической семье, высших дегенератах, гении-неврозе, врожденном преступнике, болезнях с замедленным обменом веществ. Со взглядами и именем *Morel*'я тесно связаны идейным родством имена: *Charcot*, *Moreau (de Tours)*, *Féré*, *Bouchard'a*, *Magnan'a*, *Lombroso*, *Krafft-Ebing'a*, *Griesinger'a*, *Möbius'a*, *Schüle* и др., создавших первую эру *Sturm und Drang'a* конституциональных идей в психоневрологии.

Для сторонников биологического направления невропатическая конституция далеко не является синонимом патологического состояния. „Между болезненным и неболезненным нельзя провести пограничной линии“ (*Kahn*). В клиническую концепцию патологических конституций внедряется спекулятивное понятие „нормы“ (*Johanssen*, *Bauer*, *Rautmann*), и степень дегенерации расценивается по данным биологической вариационной статистики, которые *Lenz* не без иронии называет „Прокрустовой нормой“ в отношении к человеку. С другой стороны, характерные черты невропатической конституции рассматриваются как результат расщепления сложного комплекса психоза в процессе наследственной эволюции (*Rüdin*, *Hofmann*). Невропатическая конституция является в этом смысле частичным выражением генной формулы психозов и неврозов; она включает в себя часть тех же генов, что и болезнь. Психопатическая конституция, по мнению *Юдина*, характеризуется лишь „теми психическими реакциями, которые входят как генетические компоненты в резко выраженные психозы, ведущие к несомненной и полной непригодности к жизни в обществе, к полной потере трудоспособности“.

В зависимости от доминантности или рецессивности этих генных элементов, в зависимости от комбинации их с теми или иными условными—проявляющими или тормозящими—факторами, в связи со временем их проявления (*Manifestationszeit*)—невропатическая конституция принимает явные или латентные формы, остается предрасположением или делается неврозом или психозом. Отсюда возникает тенденция, нашедшая себе особенно яркое отражение у *Kretschmer'a*, классифицировать клинические формы невропатических конституций по соответствующим болезням: параноидная, схизоидная, циклоидная и т. д. конституции. В таком понимании патологическая конституция является посредствующим звеном между здоровьем и болезнью или, вернее, ря-

\*) „Будет ли принята теория вырождения или ее станут критиковать, она тем не менее существует, по крайней мере, если рассматривать это слово как синоним предрасположения“ (*H. Potet: Hygiène Mentale. 1926*).

дом посредствующих звеньев, причем первое звено—это люди с характером того или иного болезненного склада, по не уклоняющиеся от нормы здоровья (шизотимики, циклотимики); второе звено—люди с ясно выраженными особенностями патологического характера без прогрессивности течения (схизоиды, циклоиды), и третье звено—люди, с ясно выраженным прогрессивным процессом (схизофреники, циклофреники). Больше того, „психиатрия,—оказывается,—дает возможность биологического изучения сложных психических реакций“ (Юдин), позволяет понять биологическую структуру личности. „Изучивши проявления личности душевно-больного,—говорит Юдин,—и проследивши в его семье на основании Менделевских законов наследственности, на какие части, какие характеры расщепляется эта личность, мы постепенно обнаружим большую серию биологически обоснованных типов характера, типов сложных психических реакций всей личности“. Эта точка зрения является оригинальной только постольку, поскольку к ней приложимы Менделевские законы. В действительности же еще в до-Морелевский период этот путь от психопатологии к психобиологии был намечен некоторыми выдающимися психиатрами. Так, бельгийский психиатр *Guillain* дал ряд кратких, но тонких анализов начальных периодов душевных заболеваний, в которых пытался связать начинающиеся заболевания с характерными индивидуальными тенденциями (*Del Greco*). Подобную же попытку сделал и *Moreau (de Tours)*. Он также полагал, что изучая патологические преувеличения можно осветить то, что наименее заметно, наименее отличимо в обычных человеческих типах. Исходя из психопатических синдромов, он переходит к изучению психологических типов людей, действовавших в истории. Подобно *Hoffmann*'у и *Kretschmer*'у, полагающих, что невропатические черты являются только заострениями характера, но задолго до них, он полагал, что невроз является состоянием, вызванным усилением и мозговой раздражительности (*augmentation de l'irritabilité vitale et cérébrale*). „Главная заслуга *Moreau*,—говорит *Del Greco*,—заключается в том, что он применил патологический метод к конкретной психологии“. Но и *Moreau* имел своих предшественников—*Lélut*, *Leuret*, *Calmeil*'я, которые развивали подобные же идеи в применении к истории и праву.

Переходя к оценке двух вышеизложенных концепций невропатической конституции, мы и здесь должны высказаться в пользу приемлемости для нас, как патологов, взглядов *Morel*'я и его школы. Мы также полагаем, что патологическая конституция (в данном случае невропатическая) является состоянием, в корне отличным от нормального. Конечно, герeditарный невропат со стороны своего внешнего облика и со стороны отправления различных функций часто на первый взгляд малочем отличается от нормального человека. Но нам кажется, что центр тяжести вопроса о норме заключается вовсе не в различных теоретических и умозрительных толкованиях этого понятия, также и не в статистических выкладках, а в том, чтобы определенно выяснить вопрос, имеются ли у данного лица или у данной конституции этиологические и патогенетические предпосылки к заболеванию. Всякая конституция, которая таких предпосылок не имеет, может считаться нормальной, и наоборот. В этом смысле вопрос о норме является не теоретическим вопросом философии, логики, биологии или статистики, а практическим вопросом патологии и в конце-концов сводится, как правильно отмечает проф. *Халатов*, к тонкости и чувствительности методики исследо-

вания. „Очевидно,—пишет он,—что при помощи наших методов суждения мы не всегда можем охватить и учесть те незаметные отклонения состояний организма, которые обозначают болезненное предрасположение, сказывающееся в каком-либо внезапном осложнении, или же при наличии соответствующих условий превращающиеся в длительное патологическое состояние. С усовершенствованием методов исследования возможно приближение к более точному учету своеобразных особенностей или предрасположений организма, которые, как мы увидим ниже, намечают вполне определенные типы отклонений от норм“.

Задачей патолога является не затухевка состояний пограничных между здоровьем и болезнью, а, наоборот, заострение тех патологических особенностей, которые маскируются как будто бы нормальной внешностью.

Вот тут-то генетическое направление, выводящее биологию из патологии и заостряющее биологию в патологию, и делает, полагаем мы, капитальную ошибку, вытекающую из того, что оно в своем биологическом анализе не различает ген биологических от ген патологических и не учитывает того важного обстоятельства, что патологическая наследственность не есть наследственность нормальных качеств. Можно говорить, как это предлагает проф. *Богомолец*, о том, что „каждая нормальная конституция, каждый нормальный физиологический тип таит уже в себе ряд отклонений от нормы в ту или иную сторону, проявляющихся ранее или позже под влиянием патологических факторов эндо- или экзогенного происхождения“, но нельзя смешивать, как говорит тот же автор, „в одном типе черт нормальных и патологических“. Патологическая конституция не есть, как полагают *Kretschmer*, *Кронтовский* и др., „индивидуальное сочетание наследственных задатков“, она есть „совокупность особенностей морфологического и физико-химического состояния организма, обуславливающая определенные типы патологических предрасположений“ (*Халатов*). Это то, что говорил *Morel*—„дегенерация есть болезненное отклонение от нормального человеческого типа“. Возможность применить к этим болезненным отклонениям принципы биологического анализа наследственности было бы большим завоеванием для учения о патологических конституциях.

Существенное разногласие в оценке различных сторон вопроса невропатической конституции распространяется также и на вопрос о связи невропатической конституции с явными клиническими формами невропатии и психопатии. В то время, как для биологического направления выраженные формы болезней являются только иной формой комбинации задатков или их реализации (часто под влиянием паратипических факторов), для сторонников идей *Morel*'я невропатическая конституция играет роль *инкубационного периода*. В этом смысле к ней вполне применимо определение *Féré* „La prédisposition—c'est la maladie qui sommeille“—„предрасположение—это болезнь, которая дремлет“. Опять-таки *Morel* одним из первых указал на этот нозотропный характер невропатического диатеза. „Невропатическое состояние,—писал он,—в большом числе случаев может быть рассматриваемо, как *инкубационный период* безумия“. Еще категоричнее высказывается *Charcot*. „Предрасположение унаследованное или прирожденное, или приобретенное есть первоначальная причина нервных заболеваний“. *Raymond* считал предрасположение капитальным фактором, доминирующим в этиологии нервных болезней. Итальянский психиатр *Todi* писал, что „невропатическая конституция является первой ступенью последующих

психических пертурбаций, которые могут быть или интеллектуальными или моральными... Врожденные аномалии только продолжают развиваться в дальнейшем течении жизни вплоть до того времени, когда на этой подготовленной почве в один прекрасный день не привьются общие или частичные бредовые состояния". Для *Moreau de Tours* душевная болезнь есть только высшая степень развития невропатической конституции, для *Berthier*—ее последнее звено. *Krafft-Ebing*, *Magnan*, *Arnaud* различают простую и активную форму невропатической конституции. Простое наследственное предрасположение по *Krafft-Ebing*'у характеризуется более сильной ранимостью организма и меньшей сопротивляемостью болезнетворным влияниям; активная форма— конституциональное предрасположение *ab ovo*—отзывается на церебральной организации и определяет постепенную патологическую эволюцию конституции, последним звеном которой является душевная болезнь. *Magnan* говорит о *простом предрасположении* и о *предрасположении с вырождением*. Существенной, неизменной и патогномической чертой простого предрасположения является то обстоятельство, что страдающие этой формой предрасположения считаются нервно и психически нормальными вплоть до того дня, когда они вдруг заболевают душевной болезнью. Вне этих приступов сумасшествия они ничем не отличаются от нормальных людей. У них нормальная база, хотя и хрупкая вследствие наследственного или приобретенного предрасположения. У них нельзя обнаружить никаких стигматов, и они обнаруживают лишь слабую склонность к бреду под влиянием банальных причин. Формы душевных болезней, наблюдаемые у них, характеризуются своей элементарностью: это психоневрозы, мания и меланхолия, хронический систематично и прогрессивно развивающийся бред, интермиттирующие формы душевных болезней. Наследственность при простом предрасположении носит характер гомологичной, т.-е. у детей наблюдаются те же формы душевных заболеваний, что и у родителей.

В случаях предрасположения с вырождением мы имеем дело с „больными с самого начала, *ab ovo*; они представляются конституционально запятанными и это клеймо будет их сопровождать от колыбели до могилы; оно будет тяготеть над всей личностью и давать чувствовать свое влияние во все эпохи жизни". Носители этого предрасположения являются *максимально предрасположенными* (*prédisposés taxitip*), *дегенератами*. Предрасположение их характеризуется глубокой пертурбацией психических функций. С самого рождения они отличаются аномалиями в различных сферах: эмоциональной, интеллектуальной, в сфере инстинктов и склонностей. Физические и психические стигматы у них характеризуются своим постоянством: они рождаются с ними и угасают с ними же. Ни в каком случае эти невропатические личности не способны чувствовать, мыслить и действовать, как нормальные люди. Это „новые существа, аномальные, с испорченным церебральным механизмом, психическая ситуация которых определяется одним фактом: равновесие всех мозговых функций у них нарушено и не может восстановиться". Бредовые вспышки у них возникают по всякому малейшему поводу—признак крайней неустойчивости нервной системы. Влияние моральных, психических факторов у них является преобладающим в силу их чрезвычайной особенной эмотивности; также и физиологические моменты: половое созревание, климактериум, менструации, беременность, кормление грудью, послеродовой период—являются источниками глубоких психических пертурбаций. Общие и лихорадочные забо-

левания у них часто сопровождаются бредом, так как их мозг является *locus minimaе resistantiae*. Бредовые вспышки характеризуются полиморфностью, бредовые системы—слабостью систематизации и связности и отсутствием тенденции к прогрессивному развитию. Психические расстройства развивающиеся на почве этой дегенеративной конституции бывают обыкновенно 3-х родов: 1) светлое помешательство на основе навязчивых идей, импульсивности или торможения, 2) резонирующее помешательство, сутяжническое помешательство, *persecutés-persécuteurs*, нравственное помешательство 3) бредовые состояния, характеризующиеся бредовыми вспышками, протейформными, полиморфными, с острым течением на основе идей религиозных, эротических, амбициозных, гипохондрических, мелапхолических, преследования или систематизированными формами бреда дегенератов без тенденции к прогрессированию и с склонностью к хроническому длительному течению. Все эти типы психической дегенерации могут или существовать или сменять друг друга в течение жизни одного и того же субъекта, но у каждого больного они носят специальный, индивидуальный отпечаток. И все они, какого бы характера и какой бы формы ни были, носят своего рода „фабричный штамп“ дегенерации, выражающийся в том, что *всем везаническим состояниям предшествует особенная нервно-психическая дегенеративная конституция.*

Наконец, *Arnaud* под именем конституциональных психозов описывает душевные расстройства, характерной особенностью которых является то обстоятельство, что они находятся в сильной и тесной зависимости от нервно- и психопатического предрасположения, которое prepares почву, на которой „рано или поздно разовьется болезнь“. Это предрасположение возникает или на почве наследственности (чаще всего) или на почве заболеваний плода или ребенка, когда по выражению *Lasègue*'а „человек наследует самого себя“. Проявляется оно в двойной форме: или в виде *латентного* предрасположения, при котором патологическое отягощение выражено в минимальной степени, или в виде *явного* и *перманентного* предрасположения, где это отягощение выражено в более сильной и более тяжелой форме.

Психозы, возникающие на почве латентного предрасположения, носят случайный характер и зависят от случайных и оказывающих сильное воздействие на организм причин. Носители этого предрасположения и до развития психоза и в промежутке между отдельными приступами психозов ни в чем не обнаруживают своей ненормальности. Душевные же расстройства возникающие на почве явных предрасположений должны рассматриваться, как естественное завершение последних.

Французская школа психиатров и до настоящего времени в работах *Colin*'а, *Sérieux* и *Capgras*, *Juquelier* и целого ряда др. продолжает держаться той же точки зрения, т.-е. рассматривает явные формы душевных заболеваний, психоневрозов и неврозов, как естественное завершение того самого процесса, незрелые формы которого образуют то, что мы называем болезненным предрасположением, невропатической или психопатической конституцией. В этом взгляде на невропатическую конституцию, как на *болезненный процесс*, начало которого большею частью коренится в патологической наследственности—морелевская концепция существенным образом и отличается от генетической концепции, базирующейся на принципах чисто биологической наследственности.



## II.

Невропатическая конституция, как и всякая патологическая конституция, не является устойчивым и раз на всегда данным состоянием. Как уже видно из предыдущего, она живет, имеет свои тенденции, которые в зависимости от ряда внутренних или внешних условий то остаются в скрытом состоянии, то проявляются во вне в виде различных конституциональных аномалий морфологического или функционального характера, то, наконец, обнаруживаются в виде тех или иных форм реагирования.

Другими словами, патологическую конституцию следует рассматривать не как статическое состояние, а как активный, более или менее длительно и своеобразно развивающийся процесс.

Подходя к изучению невропатической конституции под этим углом зрения, мы имеем возможность уловить в этом процессе целый ряд особенностей или закономерностей, позволяющих нам нащупать движущие пружины этого еще в значительной мере загадочного состояния. Все эти особенности отчасти свойственны и другим патологическим конституциям отчасти же присущи только изучаемой нами конституции.

1. Прежде всего бросается в глаза отсутствие определенных точно очерченных границ между одной какой-нибудь патологической конституцией, и рядом других. На ряду с теми или иными яркими индивидуальными чертами, которые дают конституции ее название и ее клинический паспорт—существует еще и целый ряд других общих ей с другими конституциями черт. Все конституции, как бы являются членами одной семьи, связанными друг с другом то более, то менее тесными родственными узами. Некоторые из этих связей настолько тесны, что их можно рассматривать, как настоящие конституциональные симбиозы. Классическим примером такого симбиоза может служить нейроартритический диатез. „С одной стороны,—как писал *Charcot*,—имеется артритизм, образующий дерево, главные ветви которого называются: подагра, сочленовный ревматизм, некоторые формы мигрени, кожные поражения и т. д. С другой стороны имеется нервное дерево, дающее начало неврастении, истерии, эпилепсии, всяческому везанию наследственного или иного происхождения, прогрессивному параличу мозга, спинной сухотке. Эти два дерева сообщаются своими корнями и имеют друг с другом настолько тесные связи, что невольно иногда задаешь себе вопрос, не одно ли и то же это дерево“. Такими же конституциональными симбиозами являются описанный *Borhardt* ом *status irritabilis* и выделенный *Лихачевой* гипопластико-раздражительный тип, характеризующийся комбинацией гипопластических явлений со стороны сосудистой системы и любильностью вегетативной нервной системы. Но и другие патологические конституции обнаруживают ту же тенденцию переплетать свои ветви с ветвями соседних конституций. Так напр. экссудативно катаральный диатез нередко сочетается с лимфатическо-гипопластической конституцией, со спазмофильной конституцией, с нервно-артритическим диатезом, с ваготонией, с дистрофиями; астеническая конституция тесно связана с невропатической и спазмофилической. По мнению *Müller'a* и *Tönissen'a* существуют три больших круга патологических конституций: экссудативный или катаральный, лимфатический или гипопластический и невроартритический. Эти круги без резких границ переходят один в другой.

*Pfaundler* полагает вообще, что всякая патологическая конституция образуется из всевозможных комбинаций конституционально патологических радикалов: лимфатического, экссудативного, вазомоторно-ваготонического, невропатического и дистрофического, так что всякие границы между патологическими конституциями являются условными.

Вообще „для конституционной аномалии свойственны комбинации с другими конституционными аномалиями“ (*Маслов*), причем эта комбинация может осуществляться не только в одном индивидууме, не только в одной семье или у ближайших родственников, но и по линии наследственных передач. И это вполне понятно, принимая во внимание ряд общих черт, свойственных всем диатезам. Так напр. всем диатезам свойственно более или менее резкое уклонение в обмене веществ, более или менее резкое нарушение длительности эндокринных желез, более или менее ненормальное и неустойчивое состояние анимальной и вегетативной нервных систем. Всякая патологическая конституция есть одно из клинических оформлений дегенерации, одна из возможных и вероятных комбинаций в конце концов определенного числа патологических радикалов, пользуясь фигуральной схемой *Kleist'a*, и если патологические конституции не имеют оформленных границ, то в этом сказывается общий закон дегенеративных состояний и дегенеративных явлений, выражающийся в гибкости, текучести, переходности, незавершенности, изменчивости и вместе с тем родственности всех дегенеративных форм. Если это положение относится ко всем патологическим конституциям, то особенно оно характерно для конституции невропатической.

Если в свое время *Alzheimer* считал отличительной чертой экзогенных заболеваний нервной системы то обстоятельство, что для них „без сомнения переходов (*Uebergänge*) не существует“, то затушеванность и текучесть границ, как самих невропатических конституций, так и их симптоматических проявлений и реакций никогда и никем не оспаривалось. „Эндогенные формы,—писал *Möbius*,—связаны друг с другом многообразными переходами, ни один случай не похож вполне на другой, каждый несет на себе индивидуальный отпечаток. Он очень образно сравнивает эндогенные формы нервно-психических заболеваний с „лестницей форм, сущность которых одна и та же, и только степень которых различна“. Ту же мысль только несколько иными словами высказал и *Magnan*: „Патологические формы дегенераций не следует рассматривать,—писал он,—как отдельные болезни, а как различные одежды, в которые передевается все тот же самый больной—дегенерат“. И *Möbius* в трактовке эндогенных психозов исходил из того положения, что „господствующим здесь понятием является понятие вырождения“.

Отсутствие оформленных границ *Morel* считал отличительной особенностью состояний вырождения. „Я полагаю себя в праве,—писал он,—объединить под именем дегенераций клинические разновидности болезней, между которыми не должно существовать *непереходимых границ*“ (*limites infranchissables*)

В книге *Féré* „Невропатическая семья“ эта мысль получает свое дальнейшее развитие. „Болезни нервной системы,—говорит *Féré*,—как бы они ни проявлялись, психическими ли расстройствами, сенсорными или двигательными, обнаруживают между собой многочисленные виды сродства и многообразные точки соприкосновения. Можно сказать, что они образуют одну семью, неразрывно связанную законами наследственности. Эта большая патологическая семья не вполне изолирована

от других патологических групп, но ее связи с дегенерациями и болезнями обмена веществ только усугубляют фатальность ее развития. Именно, принимая во внимание важное значение нервных болезней для наследственности мы сочли необходимым рассматривать их в их совокупности и собрать воедино рассеянные члены этой семьи, так как *каждый из них, если он только плодотворен, может воспроизвести их всех, и поэтому необходимо быть на-стороже*“.

В любом учебнике конституциональной патологии можно найти многочисленные и яркие иллюстрации для этих соображений, и, идя дальше в этом направлении, можно смело сказать, что все патологические конституции являются в большей или меньшей степени конституциями невропатическими, как это в свое время и утверждали *Berthier, Jaumes* и др. Особенно это становится очевидным, если изучать каждый диатез в отдельности. Так напр. для лимфатико-гипопластической конституции характерно „предрасположение к психо- и невропатиям и к заболеваниям центральной нервной системы“ (*Маслов*), к симпатикотонии, склонность к самоубийствам, ненормально повышенная возбудимость сердца. При экссудативно-катарральном диатезе—„комбинации со спазмофилией, ваготонией, дистрофиями—не менее редки, и далеко не всегда возможно разделение от нейро-артритического диатеза“ (*Маслов*). Астеническая конституция характеризуется целым рядом нервных симптомов во всех этапах своего существования и, „несмотря на хорошие задатки, многие астеники остаются или делают с нервной и психической стороны ненормальными“ (*Маслов*). Связь астенической конституции с шизофреническими расстройствами, с ранним слабоумием в достаточной мере твердо установлена работами *Kretschmer'a, Hoffmann'a, Haenkel'я, Olivier, Sioli, Kloth'a* и *Meyer'a, Шуберта, Сухаревой* и др. Круг реактивных конституциональных заболеваний, которому *Borchardt* дал название „Раздражительной конституции“ (*status irritabilis*) включает в себя по описанию *Borchardt'a* невропатическую и психопатическую конституцию, конституциональную нейрастению, вегетативный диатез, спастическую конституцию *Kaufmann'a*. Описанный *Лихачевой* гипопластически раздражительный тип конституции подростков отличается, в числе других признаков, также и симптомами повышенной раздражительности вегетативной и нервно-мышечной систем.

То что относится ко всем патологическим конституциям, вообще, наблюдается и в рамках каждой патологической конституции в частности. Ту же нестойкость и тенденцию к самым различным связям и сочетаниям обнаруживают различные клинические типы и такую же текучесть и шаткость представляют отдельные симптомы, дающие значительные индивидуальные варианты у различных лиц, и у одного и того же лица в различные периоды жизни, в различные этапы развития конституции и просто от одного до другого раза. „Чем больше научаемся мы знать более редкие и более необычные формы дегенеративных психозов,—пишет *Kleist*,—тем более делаются очевидными случаи сочетания симптомов и переступания границ (*Grenzüberschreitung*), и можно признать многообразие нарушения прочно установленных границ одним из самых существенных признаков конституционального заболевания“.

Гибкость, лабильность и растяжимость конституциональных схем являются, по мнению *K. Birnbaum'a*, одним из существенных препятствий на пути структурного анализа нервно-психических заболеваний

с выраженными конститутивными детерминантами. Так нередко можно наблюдать в одном заболевании смешение различных конституциональных форм, из которых одни действуют патогенетически, другие патопластически (атипические психозы *Kahn'a* при схицзоидно-циклическом конституциональном наследовании; дегенеративные модификации мании, меланхолии, параной—*Ziehen'a*), нередко также смешение болезненных элементов различного конституционального патогенеза в одной болезненной картине (смешение истерических и маниакальных синдромов). На полиморфность патологической реактивности, на готовность к реакциям в очень различных болезненных направлениях—указывает *Homburger*, как на существенную черту психопатической конституции. Многообразии направлений болезненных симптомов и болезненных реакций он относит к числу симптомов, указывающих на высокую степень лабильности психопатов.

Также и с наследственно-биологической точки зрения не представляется возможным рассматривать невропатическую конституцию, как замкнутый процесс. Шаткость клинических группировок, приведшая к замене учения о болезнях учением о синдромах, наличие всевозможных форм „смешений“ и переходных форм, заставляют и сторонников генетического направления предполагать, что в основе различных заболеваний лежит не простой, а сложный генный радикал, состоящий из нескольких простых ген, что эти гены могут входить составной частью и в другие нервно-психические заболевания (*Юдин*), что эти примитивные факторы могут, соединяясь вместе, создавать самые различные группировки (*Berze*). „Эти комбинации очень разнообразны,—пишет *Berze*,—почему отграничение отдельных форм и является очень трудным“.

Если мы сопоставим теорию генных радикалов с теорией клинических радикалов *Banhoeffer'a* и с теорией нервных радикалов *Kleist'a*, то смешение различных конституциональных форм, отсутствие резко очерченных границ между ними сделается вполне понятным и естественным.

2. Невропатическая конституция, рассматриваемая с точки зрения процесса, представляет целый ряд особенностей в самом характере своего течения и развития. В этом смысле можно вместе с *Morel'ем* говорить об особенностях „эволюции порождающего дегенерацию принципа“. Наиболее типичными чертами этой эволюции являются принципы: *периодичности, чередования и превращения*.

Периодический характер нервных проявлений *Morel* считал одним из наиболее типичных свойств состояния вырождения. Он указывал, что в результате наследственного отягощения нервной системы „свойство воспроизводить болезненные явления периодически становится по необходимости *новой способностью мозга*“. В другом месте он говорит, что „этот закон периодического возврата болезненных явлений господствует над всей патологией нервных болезней“ или еще „периодичность, впрочем, является замечательным явлением в эволюции нервных болезней“. Отмеченный *Morel'ем* принцип периодичности впоследствии неоднократно отмечался авторами, изучавшими вырождение и невропатическую конституцию; о нем писали *Féré, Déjérine, Magnan*, на него указывает *Bunke, Kehrer* считает его характерным для всех форм и проявлений психопатических наклонностей, из чего, по его мнению, не следует делать вывода о связи этих форм и проявлений с маниакально-депрессивным психозом. „Почти все психопатические душевные ненормальности,—говорит *Jaspers*,—имеют тенденцию протекать периодически

навязчивые состояния, *pseudologia phantastica*, расстройства разного рода и т. д. *Birnbaum* считает периодичность патопластическим свойством патологической конституции, предрасполагающей к схизофреническим расстройствам.

Говоря о нейро-артритической конституции у детей, проф. *Маслов* также указывает на то, что признаки нейро-артритического диатеза: ночные испуги, хореоподобные приступы, тики, лицевой феномен, привычные головные боли со рвотой, типичные и атипичные приступы мигрени, настоящие и ложные невралгии, судороги и мастурбации, характерные идиосинক্রазии к запахам и склонность к анафилактическим шокам „могут встречаться у детей в самых разнообразных группировках и появляться через определенные промежутки времени“.

То же относится и к другим проявлениям дегенерации: фобиям, навязчивым идеям, импульсивным актам, сумеречным состояниям (*Kleist*), фугам, различным состояниям автоматизма и т. д.

Все эти многообразные проявления невропатической конституции не только обладают свойством периодически повторяться, они имеют также тенденцию сменять друг друга в различной последовательности и различном порядке в процессе конституциональной эволюции. Это и есть *принцип чередования*, который *Маслов* считает „одной из характерных особенностей нервно-артритического диатеза“. Своеобразие процесса чередования зависит от типа конституции, от наблюдающихся патологических симптомов, от ряда эндогенных или экзогенных моментов. Приступы мигрени могут чередоваться с приступами астмы или с приступами крапивной сыпи; приступы возбуждения или угнетения с теми или иными невротическими или соматическими расстройствами. Под именем *эктодермальной наследственной мейопазии Lortat-Jacob* описал напр. ряд болезненных эквивалентов в дерматологии у дегенератов. Автор приводит целый ряд наблюдений с несомненно установленными чередованиями и сосуществованиями в ряде болезненных проявлений со стороны кожи (экзема, пруриго, паракератоз), первой системы, желез внутренней секреции и органов чувств. При этом со стороны нервной системы наблюдались преимущественно навязчивые идеи, страхи, тревожные и эпилептоидные состояния, которые исчезали или улучшались с появлением той или иной формы дерматита и появлялись вновь с исчезновением последнего.

Дальнейшей особенностью процесса, лежащего в основе невропатической конституции, является тенденция патологических выявлений конституции—к превращениям. *Morel* говорил по этому поводу, что патологические симптомы дегенерации имеют видимость „обуславливать и порождать друг друга“ („se commander et s'engendrer“) и называл это явление „*феноменом патологических трансформаций*“. Эта трансформация не всегда носит характер беспорядочного и хаотического чередования симптомов. Иногда удается подметить довольно строгую закономерность в смене одних болезненных явлений другими. Во многих случаях можно говорить о настоящих *эволютивных синдромах*, о конституциональных цепочках. Впервые, мне кажется, на подобную связь симптомов обратил внимание проф. *Déjérine*. „Дети, у которых бывает судорога горганной щели,—пишет он,—это дети нервные, и судорога эта составляет лишь первое проявление их наследственной нервноности. Испытав *spasmus glottidis* на первом году, эти же самые дети будут подвержены судорогам на втором году, в случае *dentitio difficilis*, а на пятом году у них будут судороги с бредом при лихорадочных,

сыпных болезнях; у них проявится бред и по поводу воспаления легких (pneumonia cerebrialis—Roger); эти же дети достигши зрелого возраста окажутся опять-таки нервными; ни лихорадка при суставном ревматизме ни лихорадка при тифе не пройдет у них без черепно-спинномозговых осложнений. Spasmus glottidis представляет у этих наследственных больных, так сказать, *первое звено цепи нервных явлений*“.

Аналогичные же эволютивные синдромы описали и другие авторы. *H. Peiser*, набрасывая клиническую характеристику астматической личности, дает следующую схему физического и психического состояния подрастающего ребенка до появления первого приступа астмы. „Если грудные дети, помимо, быть может желудочно-кишечных расстройств в общем не представляют никаких отклонений, то в дальнейшем у детей постарше появляются иногда уже первые показательные черты, и ребенок часто не ладит со своими братьями и сестрами, часто хмурится и скучен, из-за пустяков впадает в сильнейший гнев, иной раз появляются легкие потери сознания, иногда бывают слуховые галлюцинации. Дети склонны к простудам и насморкам со слезотечениями. Эти дети мало склонны к инфекционным болезням протекающим у них легко. Позднее, в школьном возрасте у них часто наблюдаются повторные рвоты, как юношеское проявление мигрени. Иногда будущие астматики страдают „желудочными судорогами“ или запорами, чередующимися с внезапно-наступающими поносами. Тем временем психическая чувствительность продолжает нарастать, при засыпании наступает равог postignus, появляется какая-то повышенная боязливость, усиливаемая видениями в темноте.

*Lortat-Jacob*, описывая синдромы наследственной мейопрэгии (неполноценности) эктодермы, выражающиеся в расстройствах со стороны кожи, нервной системы и органов чувств, возникающие на почве тяжелого наследственного отягощения нервной системы, также дает краткую характеристику такого эволютивного синдрома. Он обнаруживается с самого раннего детства в форме экземы лица грудного ребенка, конвульсивных реакций, ночных страхов; позже наблюдается недержание мочи, вспышки гнева, чередующиеся с почесухой, strophulus'ом или другими кожными заболеваниями. Еще позже наблюдаются различные депрессивные идеи, припадки тревоги, состояния неустойчивости нервной системы, конвульсивные припадки, навязчивые идеи—все это чередуясь с различными кожными проявлениями.

Еще более выраженный эволютивный синдром описан мною у детей страдающих ночным снохождением. В своем сообщении О-ву Психиатров об этом синдроме я основывался более чем на 70 случаях, касающихся отчасти детей, страдавших ночным снохождением, отчасти—невротиков и душевно-больных взрослых, у которых этот симптом наблюдался в анамнезе. На основании собранного мной материала обнаружилась довольно строгая закономерность в последовательном чередовании различных симптомов. Дети, страдающие ночным снохождением, обычно, почти как правило, страдали или продолжают страдать вместе с тем и довольно упорным ночным недержанием мочи; годам к 10—12, иногда несколько раньше, иногда несколько позже они начинают заниматься онанизмом; лет в 16—17 страдают частыми поллюциями; еще позже они делаются временными или постоянными импотентами или представляют явления гипер- или гипосексуализма и, наконец, завершают цикл своих ненормальностей—душевным или нервным заболеванием,

порочностью или преступностью. Гередитарный и семейный анамнез обычно в этих случаях бывает очень отягчен.

Приведу несколько ярких случаев.

*Бодр. Екатерина*, 15 л. Ходила со сна и разговаривала со сна. Обе двоюродные сестры-лунатички. Мочилась до 6 л. Старшая сестра до 16 л.; двоюродный брат лет до 10; шестилетний братишка плачет со сна и кричит „как бешеный“. Один брат заикается. Мать умерла от душевной болезни.

*Див. . . Ариадна* 16 л. Часто ходила со сна и уходила на улицу. Мочилась лет до 8—9; с 7 л. онанирует она и ее брат. С ней это бывает и теперь, но она старается себя сдерживать. Отец был нервный, страдал отеками лица; мать артиска, нервно-больная; истерические припадки наблюдаются и у дочери и у матери.

*Влад. Иван*, 20 л. Студент. Сын алкоголика и сам алкоголик с детства. Арестован за убийство жены брата и ее ребенка топором. Страдал лунатизмом. Мочился в кровати до 13—14 лет. С этого времени стал заниматься онанизмом. Сношения с женщинами имел всего один раз, и с тех пор питает к половому акту отвращение. Убийство совершено в состоянии сновидного помутнения сознания.

*Неф. . . Александр*, 22 л. Травматический невроз. Мочился в кровати в детстве и еще в настоящее время, время от времени. Лунатические блуждания наблюдались в клинике проф. В. П. Осипова и в Морском Госпитале. Лет с 10—11 занимается онанизмом. Поллюция—в возрасте 16—17 л. Был импотентен. К женщинам питает отвращение.

*Поп. . . Алексей*, 30 л. Психостения. Фобии. Больной не страдал еписис'ом и не был лунатиком; брат его, 24 лет в детстве был лунатиком и сейчас лунатик; мочился ли он по ночам, не знает; сестра страдает ночным недержанием мочи и теперь, будучи взрослой. Больной онанировал с 18 лет. Поллюции бывали часто. *Impotentia coeundi psychica*. *Libido* повышено, но сношений с женщинами не имеет.

Интересные случаи подобного же рода приведены также в статье *Г. М. Лопатина*, посвященной вопросу патогенеза и лечения ночного недержания мочи.

Все эти наблюдения в достаточной мере ярко иллюстрируют эволютивный синдром у дегенератов. Следует только всегда учитывать то обстоятельство, что конституциональной единицей является не индивидуум, а все его братья и сестры в совокупности (*Geschwister*—немецких авторов). Правильная оценка конституциональных синдромов возможна только при таком понимании вещей. Отдельные звенья диатезической цепочки распределяются в том или ином порядке: нередко случается, что данный ребенок страдает ночным недержанием мочи, его брат или сестра ночным снохождением, а сексуальные, психически или нервные расстройства наблюдаются у третьего.

К числу эволютивных конституциональных синдромов следует отнести также и тот процесс, который *Hoffmann* и *Kretschmer*, исходя из наследственно-биологической точки зрения, назвали „Сменой доминант“ (*Dominanzwechsel*).

Сущность этого явления заключается в том, что у данного лица сначала выявляются свойства одного родителя, а затем аллеломорфные свойства другого родителя „там, где на протяжении жизни, — пишет *Kretschmer*,—ясно замечается не одновременное, а последовательное фенотипическое выявление признаков смешанных наследственных задатков, мы говорили о „смене“ доминант.“ Многочисленные примеры подобной смены доминант мы находим у *Bleuler*'а, *Hoffmann*'а и др. Так напр. *Bleuler* пишет о самом себе: „После достижения мною возраста

половой зрелости мои родные и мои товарищи часто говорили о замечательной перемене в моем характере, изменившем синтонные черты моей матери на схицозидные черты моего отца". Он сообщает также об одном мальчике, который на втором году жизни так схицозидно реагировал в аффективном отношении, что возникло опасение за его будущее; в возрасте полового созревания он сделался более синтонным. Брат его обнаружил совершенно обратную перемену на 5 году жизни. Мать обоих—до возраста полового созревания была преимущественно аутична, после—слегка маниакальна; отец до возраста полового созревания был синтонным, после схицозидным. Аналогичные же примеры приводит и *Hoffmann*.

Повидимому, возраст полового созревания является чувствительным оселком для подобного рода характерологических и психопатологических переключений. „Никогда нельзя с точностью знать, — пишет *Hoffmann*, — что из организма делает пробуждение инстинкта половой жизни, гормоны половых желез“. Подобное же влияние оказывает и климактерический возраст. Не следует также недооценивать влияния психогенных факторов („Функциональное переключение“ *Hoffmann'a*). Впоследствии *Hoffmann* предложил заменить понятие „смены доминант“ менее претенциозным понятием—*Erscheinungswechsel*—*смена проявлений*, основываясь на том соображении, что вряд-ли исходя из Менделеевской концепции, можно говорить об антагонизме задатковой нары, как это предполагал *Bleuler* в отношении схицозидии и синтонии. Смена проявлений может быть длительной или кратковременной. Возможна также и известная периодичность. Простоты ради *Hoffmann* предлагает переход из синтонии в схицозидию назвать схицозидной сменой проявлений и наоборот. Если, как это нередко бывает, свойства одного родителя сменяются свойствами другого родителя, им же предложено говорить о *parentальной смене явлений* (*Parentale Erscheinungswechsel*).

В отношении, собственно, к психической эволюции невропатической личности, *Jaspers* описывает различные формы временных связей. Он различает *приступы, фазы, периоды, процесс и развитие* (*Entwicklung*). *Приступы* характеризуются своей кратковременностью и внезапностью. Они часто являются единственным патологическим симптомом психопатической конституции, и приступы всякого рода бывают частым проявлением различных болезненных процессов. При психопатических конституциях можно наблюдать наступление внезапных изменений настроения, изменения в мире ощущений и восприятий, навязчивых мыслей. Нередко все эти приступы сопровождаются чувством сильной тревоги („*crises de psycholepsie*“, „*chute mentale*“—*Janet*). Иногда эти приступы носят характер больших и малых эпилептических припадков, нарколепсии.

Более длительные колебания общего психического предрасположения—*Jaspers*—называет *фазами*. Фазовые изменения могут наступать спонтенно или под влиянием переживаний или телесных процессов. Поскольку речь идет о патологическом явлении—исход фазовых заболеваний обычно бывает благоприятным. Не все фазы следует приписывать циклотической природе. Можно наблюдать фазовые колебания, в основе которых лежат навязчивые явления всякого рода, или просто явления торможения или соматические изменения без выраженных душевных расстройств или психостенически-неврастенические состояния или эмоциональные состояния не уместающиеся в рамки—удовольствие—неудовольствие.



Фазы, протекающие регулярно, через равные интервалы времени и к тому же отличающиеся феноменологическим сходством или тождественностью—*Jaspers*—называет *периодами*. Такое математическое определение периодичности в сфере психопатологических явлений—является конечно, весьма относительным. Отдельные фазы никогда абсолютно одна на другую не походят и интервалы никогда не бывают математически равной продолжительности. Почти при всех ненормальных психических явлениях имеет место феномен периодичности.

Приступ, фаза и период по существу являются эндогенными явлениями, так как их причина не известна.

Если чередующиеся фазы отличаются своим несходством—они носят название *эквивалентов*.

*Процессом Jaspers* называется фазу, которая отличается своей продолжительностью, ведет к стойкой перемене и сдвигу личности и характеризуется прогрессивным течением. Процессы охватывают довольно большую группу разнородных душевных заболеваний, стоящих в зависимости от самых различных причин. На ряду с органическими процессами, которые, собственно говоря, прямого отношения к невропатической конституции не имеют, *Jaspers* описывает еще и *психические процессы*, которым свойственна одна общая черта—изменение душевной жизни не сопровождающееся разрушением. Если органические процессы с психологической точки зрения протекают случайно и беспорядочно, то при психических процессах наблюдается своеобразная логическая связь, которая принимает типичные формы, психические процессы обуславливают длительное изменение личности, которое иногда напоминает *Bleuler*овскую схицзофрению, иногда же внешне ни в чем не проявляются и только при более близком знакомстве с человеком можно обнаружить в нем следы бредового отношения к миру, недостаточное критическое отношение и т. д. Изменение личности при них совершается быть может с такой же необходимостью и тем же образом, как „в возрастной эволюции старик уже не может сделаться молодым“.

*Развитие* (*Entwicklung*) отличается от процесса тем, что его причина лежит в задатке, который совершает свой жизненный путь без необычных эндогенных фаз и без непонятных, вносящих нечто новое, отклонений—через ряд возрастных ступеней.

Задаток растет, развивается, приобретает изменения в связи с возрастными эпохами в непрерывной последовательности, независимо от среды, с присущей ему необходимостью и различно от индивидуума к индивидууму.

Вместе с тем этот задаток в каждую минуту стоит во *взаимодействии со средой* и приобретает свой особенный отпечаток через свою *судьбу* (*Schicksal*) с помощью самых разнообразных механизмов (упражнение, привычка и т. д.) и естественным для нас образом. Особенно *реагирует* этот задаток сообразно своей неизменной природе на переживания. Он перерабатывает их свойственным ему образом. Возникающие этим путем воззрения, мнения, образ чувства (огорчение, гордость, ревность и т. д.) для нас понятны. То, что называют „*развитием личности*“—и является продуктом этих трех моментов (параноидное развитие кверулянтов, ревнивцев).

Между процессом и развитием далеко не всегда однако можно провести резкую грань.

## III.

Подобно другим патологическим конституциям, невропатическая конституция может быть латентной или явной (активной), компенсированной или декомпенсированной, устойчивой или нестойкой. Латентность, как один из существеннейших признаков невропатической конституции, уже издавна отмечалась в работах различных авторов. Латентная конституция может не давать никаких клинически ощутимых признаков при благоприятных условиях в течение всей жизни индивидуума и ее распознавание возможно только или путем соматического исследования или же, в случае наличия тех или иных травмирующих влияний,—по реактивным вспышкам. Симптомы невропатической конституции не обязательно обнаруживаются с самого рождения; может пройти довольно значительный период времени, пока обнаружится та или иная неполноценность; каждый признак, каждое свойство может иметь свой срок—*Manifestationszeit*—когда он из скрытого состояния переходит в явное. Этот переход из латентного состояния в явное может быть связан с законами биологической наследственности. В этом смысле наследственные признаки определены уже в генах, причем этим геном определяется и срок возникновения этого признака. Но возможно и другое объяснение, а именно, что неполноценность выявляется тогда, когда к той или иной функции и к тому или иному органу предъявляются повышенные требования, эндогенного или экзогенного характера. Как бы то ни было, но распознавание латентной невропатической конституции имеет чрезвычайно существенное значение и лежит в основе профилактики и терапии неврозов и психозов.

Явные или активные конституции, как сами по себе, так и в связи с другими патологическими конституциями—представляют самую пеструю и полиморфную клиническую картину. В основе ее лежит, по мнению *Bauer'a*, на ряду с возможными качественными особенностями психических функций—в первую очередь особая перевозбудимость и особая раздражительность всего нервного аппарата в целом, которые в зависимости от индивидуальных свойств в одном случае более связаны с анимальной системой, в другом—с вегетативной, то с симпатическим отделом последней, то с парасимпатическим, то с одной, то с другой частью обоих отделов и, наконец, в одном случае больше с эфферентным двигательным-секреторным аппаратом в центре или на периферии, в другом случае с афферентной, реценторной или, наконец, трофической частью нервной системы. Никакая строгая дифференцировка здесь в большинстве случаев невозможна и, как мы видели выше, о клиническом отграничении резко обособленных форм не может быть и речи.

Неудивительно, что вся психо-невропатическая конституция в целом, в особенности, если принять во внимание беспредельную вероятность всевозможных комбинаций, как отдельных видов невропатических конституций между собой, так и с другими патологическими конституциями—отличается пестротой и обилием соматических, неврологических, вегетативных, эндокринных и психопатических симптомов. Невропатическая конституция *многосимптомна, полиморфна, протейформна, индивидуальна* в своих проявлениях. „Малоценные свойства всякого рода,—пишет *Kleist*,—очень часто связываются друг с другом; больше того, изолированная малоценность в одной какой-нибудь психической области или в каком-нибудь одном мозговом аппарате, строго говоря,

вряд ли когда наблюдается“. О „протейформности“ выявлений патологических конституций или „болезненных темпераментов“ любили говорить все классики французской школы, положившие начало учению о дегенерации и позаимствовавшие этот термин у *Sydenham*'а, назвавшего истерию—Протеем Медицины. Мы встречаем этот термин у *Morel*'я, *Berthier*, *Bouchut*, *Cérise*'а, *Charcot*, *Féré*, *Magnan*'а и др. авторов, которых не могло не поразить замечательное свойство диатезов давать пеструю картину разнообразных симптомов „чередующихся, ремиттирующих и интермиттирующих“ (*Morel*), нестойких, появляющихся то в одно и то же время, то отделенных друг от друга более или менее длительным промежутком времени, локализирующихся то в одном месте, в одной системе органов или ткаей, то в другом месте или в других системах, имеющих то повсюду идентичную форму, то принимающих различные формы, то многообразно сосуществующих друг с другом, то многообразно исключаящих друг друга. Для последней возможности *Féré*, между прочим, предложил очень образное название „*невропатических метастазов*“ \*).

В цитированной выше работе *Lortat-Jacob*'а приведен целый ряд таких наблюдений строгого чередования кожных, нервных, сенсорных и психических расстройств. *Бумке* считает полиморфизм вполне понятным и естественным явлением при допущении отравления зародыша. „С этой точки зрения—пишет он—вполне понятны и широкая распространенность невропатической конституции и ее чрезвычайное протейоподобное многообразие: бесчисленные формы повреждения зародыша создают большое разнообразие причин для ее возникновения“. *Birnbaum* приписывает наряду с другими причинами преимущественно психопластическому моменту то обстоятельство, что „специально при конститутивных и психогенных расстройствах наблюдается особенная способность к вариациям и широта вариаций и вследствие этого особенное обилие различных разновидностей“. В этом смысле он говорит о „преимущественно психопластически обусловленном полиморфизме“. Вследствие этого свойства невропатической конституции принимать различные формы и проявляться в многообразных и по различному комбинирующихся симптомах—учение об „индивидуальности“, о „персональности конституциональных проявлений“ впервые и задолго до настоящего времени выросло и обосновалось на почве невропатических конституций. „Ни один дегенерат не походит абсолютно на другого“ писал *Magnan*; *Möbius* подчеркивает индивидуальность черт эндогенных заболеваний. „Невропатическое предрасположение,—писал *Raymond*,—не у всех жертв нервной наследственности вызывается к жизни одним и тем же раздражителем, каждая из них реагирует на свой манер и у каждой из них свой особый *locus minoris resistentiae*“. Самое понятие болезни в применении к конституциональным заболеваниям нервной системы в силу этого, как наследственного, так и симптоматического полиморфизма и изменчивости было взято под сомнение. В свое время *Grasset* и *Landouzy* пришли, вообще, к выводу, что болезнью нервной системы не существует. На невропатию, говорил *Charcot*, нужно смотреть как на эпизод, „который является только случайностью в истории болезни, подобно тому, как каждый из нас является только случайностью в истории человечества“. Чаще всего страдания нервной системы бывают только „синдромами, ассоциациями симптомов, клиническим выражением не-

\*). Ср. выражение *Lorry* „errumpente podagra—solvitur melancholia“

коего общего состояния, острых или хронических инфекционных заболеваний, экзогенных или эндогенных интоксикаций, функциональных или органических отклонений нервной системы, приобретенного или наследственного характера“ (*Raymond*). Болезнь в нозологическом смысле является сама невропатическая конституция, а не ее текучее и случайное клиническое оформление. Все эти идеи нашли себе в настоящее время полнейшее признание и вышли далеко за пределы невропатической конституции, как таковой. Основным принципом конституциональной патологии признается большинством авторов теперь принцип индивидуализации. Конституциональная патология является патологией личности (*Grote*). Задачей и целью учения о конституциях является научно биологическое изучение, анализ и оценка подобных индивидуальных отклонений (*Bauer*). Для каждой личности существует „индивидуальная конституциональная формула“ (*Borchardt*). На первом плане конституционального исследования *Brugsch* ставит „единство, цельность и разовость (*Einheit, Ganzheit und Einmaligkeit*) личности“. Общее и частное учение о конституции „выросло из детской обуви познания болезней на основе предрасположения“ — в „учение о личности“, и в дальнейшем естественным путем — в „биологию личности“ (*Brugsch, Levy*). Получило подтверждение и дальнейшее развитие также и высказанное выше предположение французских авторов о симптоматическом характере конституциональных заболеваний нервной системы. В 1906 г. *Hoche* предложил заменить учение о болезненных единицах — учением о синдромах (*Syndromenlehre*) и указал на внутреннюю связь некоторых симптомокомплексов, коренящихся в элементарных душевных процессах преобразованных и заложенных уже в готовом виде в нервной системе и могущих выявиться во вне по различным поводам. В 1909 г. *Banhoefer* на основании долготлетних наблюдений, выступил с теорией „экзогенных симптомокомплексов“, в которой он проводил ту мысль, что грубые экзогенные вредности самого различного характера могут вызвать существенно сходные острые психические симптоматические картины и что было бы в этих случаях приемнее говорить скорее о психических реакционных формах, об экзогенных травматических типах (*Schädigungstypen*), нежели о психозах в собственном смысле слова. В том же году *Bunke* распространил это воззрение и на все функциональные психозы, указывая на их наследственный характер, тесную связь друг с другом, переплетающиеся симптомы, а также постепенные переходы к норме. В дальнейшем *Berze, Kleist, Birnbaum, Kretschmer* и, наконец, сам *Kraepelin*, вождь клинического направления в психиатрии, по различному развивают и расширяют эту конституциональную концепцию в сфере душевных заболеваний и неврозов.

Невропатическая конституция, независимо от своего типа, может быть более или менее стойкой или неустойчивой. Она может активироваться под влиянием различных вредящих моментов: интоксикаций, инфекций, механических и психических травм. В этом смысле французские авторы говорят, что вредящие моменты „стелют постель неврозу“ (*font le lit à la nevrose* \*). Она может также, как мы видели выше, эволюционировать в своих соматических нервных и психических симптомах, может переплетаться и чередоваться с симптомами смежных патологических конституций, может обостряться и успокаиваться. *Birn-*

\*) *Féré* считал ревматизм особенно активным возбудителем невропатической конституции. *Roussy* и *Lhermitte* из опыта войны вынесли впечатление, что наиболее могущественным активирующим фактором невропатической конституции является алкоголь.

*baum* говорит о „патологических развитиях“ (Entwicklungen), как о специальных конститутивно-психических формах, представляющих естественное, хотя и ненормальное развитие, заложенных в конституции акционных и реакционных тенденций. Наряду с патогенной конституцией, существенной детерминантой построения здесь является психопластический момент: переживания, влияния среды, ситуации и т. д. Они находят свое характерное выражение, наиболее отчетливое воплощение в бредовых образованиях, которые в своих основных формах заложены в конституции, различно оформляются под влиянием психопластических моментов, комбинируются и связываются в одно целое естественными психологическими потребностями и тенденциями, познавательного, логического и эмоционального характера и, наконец, выливаются в болезненную единицу паранойного типа.

Наконец, невропатическая конституция может быть компенсированной или некомпенсированной. В этом смысле мировая война сыграла решающую роль. „После 1914 г.,—говорит *Brugsch*,—сделалось очевидным, что к индивидууму следует прилагать существенно иной масштаб, нежели до войны“. Многие сердечные больные, астеники, неврастеники и целый ряд других, считавшихся больными оказались прекрасно приспособленными к трудностям военной жизни, в то время как ряд лиц, носивших штамп „нормы“—оказались несостоятельными. И действительно, понятие нормы встречает большие затруднения в толковании независимо от того, исходит ли оно от гипотетического „среднего человека“ или „идеального человека“. „Нормальный человек,—говорил *Charcot*,—что это такое? Если бы он существовал, он, вероятно, был бы чудовищем“. Вместо понятия—нормальный и ненормальный, *Grote* вводит гораздо более приемлемый с конституциональной точки зрения термин „респонсивность“ (Responsivität), понимая под этим словом „относительное здоровье“, „сочетание действительно имеющихся налицо и необходимых для данного индивидуума физиологических функций“; дело идет таким образом о „персональной нормальности личности“, меритом которой является каждый человек в отдельности. По мнению *Borchardt*'а, респонсивность каждой конституции стоит в тесной зависимости от влияний окружающей среды. Она не является имманентным свойством индивидуума, но определяет отношение последнего к внешнему миру. Понятие респонсивности не замещает понятия нормы и не совпадает с понятием здоровья; оно существует наряду с ними. *Brugsch* рассматривает конституцию, как живую динамическую систему, внутренние силы которой все время выравнивают непрерывные воздействия внешней среды. Это выравнивание возможно только в известных рамках и до известных пределов, определение которых и даст возможность судить о степени приспособляемости данного организма к воздействиям внешней среды (напр., к климатическим условиям, возвышенным местностям, к пище и пищевым продуктам, к работе). В отношении к химическим и биологическим ядам следует говорить не о приспособляемости, а о стойкости данного организма или конституции. Происходящие в организме колебания и выравнивания, под влиянием воздействия внешней среды и внутренних сил, могут либо всеми своими фазами протекать в физиологических рамках, либо выходить за эти рамки и приводить к явным изменениям конструктивного или динамического свойства. Вероятно, по мнению *Brugsch*'а, и третья возможность, выражающаяся в установлении равновесия на новой основе, которую нельзя квалифицировать как патологическую и которая вместе с тем может

и невыгодно отличаться от прежней. В результате отсутствия или недостатка стойкости возникает то состояние организма, которое *Brugsch* называет *предрасположением*; в предрасположении нет ничего конституционального, оно является состоянием временным (напр., утомление) и представляет собой определенную форму колебания конституции, при которой норма реагирования организма благоприятна для проявления вредоносного фактора.

Предрасположенне, по мнению *Brugsch*'а следует отличать от *готовности заболеть*, которая может возникнуть на почве 1), *конституциональных аномалий*, т. е. врожденных состояний, заранее ставящих индивидуума за пределы нормы; 2) *конституциональных вариаций*, т. е. таких состояний равновесия, которые возникают на новой основе под влиянием внешних воздействий и 3) количественного или качественного конституционального дефекта.

Определение конституциональной „респонсивности“ или „компенсированности“, „моментов предрасположения“ или „готовности заболеть“ является столь же существенным моментом в распознавательном или прогностическом диагнозе невропатического диатеза, в оценке всех тех моментов окружающей среды, с которыми ему приходится вступать в столкновение (профессиональная работа, школа, спорт, военная служба, ответственная работа, травмы всякого рода), как и определение состояния компенсированности в случае других хронических заболеваний, имеющих высокое жизненное значение, напр. при пороках сердца, при туберкулезе и т. д.

Выше мы уже неоднократно указывали на то обстоятельство, что в учении о патологических конституциях, вообще, и о невропатической конституции, в частности, следует отчетливо разграничивать два исторических момента: современный и второй половины XIX столетия, связанный преимущественно с идеями французских авторов.

Этого обстоятельства нельзя упускать из виду и при рассмотрении различных моментов, выдвигавшихся для функциональной оценки невропатической конституции. Две различные хозяйственные эпохи наложили свой определенный и вполне характерный штамп в этом отношении. Слабо развитая в хозяйственном отношении, преимущественно земледельческая страна—Франция заимствовала свои идеи и образы из мира господствовавшей в то время хозяйственной действительности. Она создала свое знаменитое учение о „почве“ и зерне“ (*terrain и grain*), в котором различались хорошая, здоровая почва и плохая, больная. Зародыши болезни рассматривались, как семена, кидаемые сеятелем (*Boinet*). Если семя попадало на подготовленную, удобренную почву, оно пускало обильные ростки; в противном случае погибало, отбрасывалось, сносились ветром. Первоначальная органическая почва могла существенно изменять свои свойства под влиянием социальной среды, переутомления, питания, интоксикации, инфекции. Если учение о почве имело свои глубокие исторические корни в аналогичных хозяйственных условиях более отдаленных исторических эпох вплоть до *Гиппократа*, если *Broussais* и большинство французских авторов в начале XIX столетия совершенно пренебрегают вспомогательными причинами и подчиняют почти всю клинику „*медицинским конституциям*“, то учение о зерне начинает развиваться главным образом в Пастеровскую эпоху. Не даром *Trousseau* посвятил одну из своих последних клинических лекций новой доктрине, говоря: „Вот перед вами великая теория ферментов, перенесенная на органическую функцию; всякий фермент

является зародышем, жизнь которого проявляется специальной секрецией. Быть может, так же обстоит дело и с болезненными вирусами, быть может, они также являются ферментами, которые, будучи отложены в организме в известный период и при известных обстоятельствах, прояснит свое существование в многочисленных продуктах“.

Неудивительно, что французские авторы выдвинули в качестве критерия невропатической конституции степень и характер болезненного предрасположения, чувствительность к травмирующим моментам, готовность к болезни, диатезические тенденции, одним словом, различные почвенные моменты.

Совершенно иначе обстоит дело в учениях немецких авторов, страна которых достигла высокой степени индустриального развития. Их образы и их идеи несут явный и яркий отпечаток этого индустриализма. Конституция человека уподобляется уже не почве, а машине (*Tönnissen, F. Kraus, Mamec, Kugler* и др.), ее уподобляют паровозу, автомобилю и фабричной машине. Для оценки конституции выдвигаются различные технические понятия, заимствованные из технического лексикона, в роде изнашиваемости, работоспособности (*Leistungsfähigkeit*), силовой установки (*Kraftleistung*), испытания работоспособности (*Leistungsprüfung*), практической пригодности, запаса энергии „строительных материалов“ и т. д.

Так, напр., *Mamec* пишет: „Новейшее учение о конституциях, как и старое, исходило из наблюдения, что различные люди по разному реагируют на внешние влияния. В виду этого мы должны сравнивать друг с другом лишь две различные машины в их внешнем выявлении и действии при одних и тех же условиях, как, напр., автомобили, и проводить параллель между ними и различными конституциональными типами человека.“

В таком случае различной конституции людей в автомобиле соответствовало бы все то из духовной и физической энергии, что реализовал, проявил его строитель. Этим самым фенотип каждой машины в форме и действии своем зависит в первую очередь от потенциальной энергии ее строителя (генотип) и лишь во вторую очередь от свойств строительного материала, от бензина, смазочного масла, опытности шофера и т. д. Так, бывают автомобили с быстрым и медленным ходом, которыми легко и трудно управлять, прочные и скоро изнашивающиеся, крепкие и слабые, рабочие и увеселительные—точно так же, как и люди“.

*Kugler*, сравнивая конституцию человека с конституцией машины, говорит, что для ее оценки пригодны только „эксперимент, испытание пригодности, испытание сопротивляемости“. Всякая конституция включает в себя понятие „меры силы сопротивления изнашиванию и вредностям жизни“. Сравнение с машиной позволяет, по его мнению, еще больше уточнить меру конституции. „Когда мы употребляем вульгарное выражение: „слабая машина“, —говорит он,—мы этим самым можем обозначить два совершенно различных свойства: и плохо построенную машину, которая оказывает малое сопротивление изнашиванию, и машину малой мощности, с малым *HP*, и в первом случае мы употребим выражение слабой или мощной машины для обозначения меры пассивного сопротивления, во втором—для меры возможной силовой мощности (*Kraftleistung*)“. Таким образом в понятие человеческой конституции следует включить не только силу сопротивляемости изнашиванию и вредящим моментам, но также и меру работоспособности.

является зародышем, жизнь которого проявляется специальной секрецией. Быть может, так же обстоит дело и с болезненными вирусами, быть может, они также являются ферментами, которые, будучи отложены в организме в известный период и при известных обстоятельствах, проявят свое существование в многочисленных продуктах“.

Неудивительно, что французские авторы выдвинули в качестве критерия невропатической конституции степень и характер болезненного предрасположения, чувствительность к травмирующим моментам, готовность к болезни, диатезические тенденции, одним словом, различные почвенные моменты.

Совершенно иначе обстоит дело в учениях немецких авторов, страна которых достигла высокой степени индустриального развития. Их образы и их идеи несут явный и яркий отпечаток этого индустриализма. Конституция человека уподобляется уже не почве, а машине (*Tönissen, F. Kraus, Mamec, Kugler* и др.), ее уподобляют паровозу, автомобилю и фабричной машине. Для оценки конституции выдвигаются различные технические понятия, заимствованные из технического лексикона, в роде изнашиваемости, работоспособности (*Leistungsfähigkeit*), силовой установки (*Kraftleistung*), испытания работоспособности (*Leistungsprüfung*), практической пригодности, запаса энергии „строительных материалов“ и т. д.

Так, напр., *Mamec* пишет: „Новейшее учение о конституциях, как и старое, исходило из наблюдения, что различные люди по разному реагируют на внешние влияния. В виду этого мы должны сравнивать друг с другом лишь две различные машины в их внешнем выявлении и действии при одних и тех же условиях, как, напр., автомобили, и проводить параллель между ними и различными конституциональными типами человека.“

В таком случае различной конституции людей в автомобиле соответствовало бы все то из духовной и физической энергии, что реализовал, проявил его строитель. Этим самым фенотип каждой машины в форме и действии своем зависит в первую очередь от потенциальной энергии ее строителя (генотип) и лишь во вторую очередь от свойств строительного материала, от бензина, смазочного масла, опытности шофера и т. д. Так, бывают автомобили с быстрым и медленным ходом, которыми легко и трудно управлять, прочные и скоро изнашивающиеся, крепкие и слабые, рабочие и увеселительные—точно так же, как и люди“.

*Kugler*, сравнивая конституцию человека с конституцией машины, говорит, что для ее оценки пригодны только „эксперимент, испытание пригодности, испытание сопротивляемости“. Всякая конституция включает в себя понятие „меры силы сопротивления изнашиванию и вредностям жизни“. Сравнение с машиной позволяет, по его мнению, еще больше уточнить меру конституции. „Когда мы употребляем вульгарное выражение: „слабая машина“, —говорит он,—мы этим самым можем обозначить два совершенно различных свойства: и плохо построенную машину, которая оказывает малое сопротивление изнашиванию, и машину малой мощности, с малым *HP*, и в первом случае мы употребим выражение слабой или мощной машины для обозначения меры пассивного сопротивления, во втором—для меры возможной силовой мощности (*Kraftleistung*)“. Таким образом в понятие человеческой конституции следует включить не только силу сопротивляемости изнашиванию и вредным моментам, но также и меру работоспособности.



## IV.

Понятие невропатической конституции тесно связано с учением о „патологических реакциях“, являющихся наиболее тонким, чувствительным и характерным показателем той патологической почвы, которая составляет основу ненормального конституционального состояния организма.

Учение о патологических реакциях имеет за собой уже довольно долгую историю. Основные соображения об особенностях конституционального реагирования невропатиков и психопатов впервые, повидимому были высказаны в трудах французских клиницистов.

Уже у *Morel*'я находим мы изложение основ реактивных тенденций невропатической конституции. Для реализации структуры психоза он считает необходимым наличие трех элементов-предрасположения, случайной причины (*cause occasionelle*) и функционального расстройства или поражения. „Для меня—пишет он—причина неотделима ни от предрасположения личности, ни от того функционального расстройства или повреждения, которое эта причина вызывает в организме“. В отношении возникновения душевного заболевания он разделяет все причины на 2 основные группы: 1) *Специфические* или *реальные* причины, которые действительно сами по себе обладают свойством при известных обстоятельствах с необходимостью вызывать длительные расстройства интеллектуальных способностей (напр. причина прогрессивного паралича) и 2) *определяющие* (*déterminantes*), *случайные* (*occasionelles*), *временные* (*intercurrentes*) или *последние* (*finales*) причины, которые не обязательно вызывают душевные расстройства. Учитывая действия этих последних причин всегда следует считаться „с предсущствующими первыми предрасположениями, с природой индивидуального темперамента, равным образом, как и с некоторыми физиологическими состояниями“. Всякая причина должна рассматриваться в связи с *полом, возрастом, темпераментом и профессией индивидуума*. Психологическое изучение причин только тогда приводит к прочным результатам, если учесть „темпераменты личности, их профессии, их образ жизни и особенно наследственные условия, в которых они находятся“. „Прежде чем говорить о моральных причинах, связанных обычно с нашей социальной организацией, нашими нравами и нашим воспитанием, следовало бы выяснить сначала роль инстинктивных предрасположений к дурному, которые у человека являются часто доказательством наследственного отягощения дурного свойства“. Оценка моральных причин может быть произведена только в связи с оценкой физических предрасположений. К числу этих случайных, определяющих причин *Morel* относит длительные и внезапные эмоции, истощающие моменты, биологические факторы: *meneses*, беременность, лактацию, климактерий, физиологические моменты: расстройства деятельности аппаратов кровообращения и пищеварения, эксцессы *in Baccho et Venere* и т. д. Особенное внимание уделяет он переживаниям раннего детства. „Влияние впечатлений, полученных в раннем детстве,—пишет он—быть может не достаточно изучено, в смысле влияния их на организм в дальнейшем. Между тем известна утомляющая навязчивость, преследующая нас в отношении воспоминаний некоторых фактов, невольными свидетелями которых мы были, некоторых слов, которые мы слышали помимо нашей воли и которые мы бы желали вытравить из нашей памяти... С точки зрения

патогенеза душевных заболеваний, их профилактики и их терапии— этот вопрос имеет настолько большое значение, что я надеюсь мне охотно простят, если я на нем остановлюсь подробнее“. И здесь автор настаивает и специально оговаривает значение „предсуществующих органических предрасположений“, „предрасположений прирожденного характера“ (d. natives). *Morel* останавливается на медицинском и судебно-медицинском значении *подражания* и *психической заразы*. „Я хотел бы только пишет он, чтобы причине не приписывалось большего значения, чем то, которое она имеет. Если бы, как это обычно имеет место в большинстве случаев, достаточно было бы сказать чтобы оправдать совершение человекоубийства, изнасилования, пожара, что преступники не могли устоять против влияния подражания, тогда не могло бы быть никакой мыслимой судебной медицины душевных больных и нельзя было бы без ужаса предвидеть, на какой базе покоплась бы моральность человеческих актов. Если, напротив мы постараемся проникнуть в глубинную причину явлений, мы увидим, что в большинстве случаев их возможно объяснить патологическими условиями организма и той совокупностью элементов, которую обозначают под именем предрасположений“. „Абсолютное объяснение влияния подражания, примера— требует вмешательства предрасполагающих причин“. *Morel* останавливается также на влиянии пенитенциарных систем и в частности тюремного заключения на развитие психоза, при чем он приходит к заключению, разделяемому и некоторыми другими авторами (*Ferrus, Lelut, Sauze*), что тюремное заключение само по себе не может вызвать психического расстройства у заключенных. „Наиболее многочисленные причины тюремного психоза присущи заключенным, а не месту заключения. Они заключаются главным образом в индивидуальных предрасположениях, как то наследственность, имбецильность, идиотия, эпилепсия, предшествующие приступы болезни или жизнь, исполненная лишений или дебошей“ (*Sauze* \*).

Те же самые соображения *Morel* выдвигает и в отношении большой группы „симпатических“ рефлекторных душевных заболеваний вызванных поражениями, имеющими первичную локализацию не в мозгу. Здесь также первичную роль играет не местная причина (глисты, раздражение плевры, яичников, матки и т. д.), а общее болезненное предрасположение.

В общем все эти причины, имеющие вид реальных причин в действительности в большом числе случаев „только *активируют скрытое предрасположение*, усложняют ситуацию, ускоряют эволюцию бредовых предрасположений“, но эти самые причины „не отнимают у наследственных душевно-больных печальной привилегии развивать свой бред в направлении специальных предрасположений, не разрушают характера действия предрасположения. Поэтому и форма их безумия, его развитие, его окончание имеет беспрекословный характер, который указывает на происхождение болезни и во всех отношениях подтверждает теорию

\*) Здесь *Morel*, вполне присоединяясь к положениям д-ра *Sauze*'а делает примечание которое в настоящее время не менее актуально, чем семьдесят лет тому назад. «В преступной среде—пишет он—имеются личности настолько наклонные к дурному вследствие наследственных предрасположений и с другой стороны настолько извращенные в своих тенденциях, что они образуют специальный патологический вариант, и их совместное пребывание с душевно-больными может только повредить последним и отнять у наших убежищ для душевно-больных их больничный характер. Уже не один раз вентилировался вопрос о помещении дегенеративных личностей этой категории в специально приспособленную для них обстановку“.

предполагающую специальный вид помешательства, а именно *наследственное помешательство*“. То, что относится к наследственному помешательству в узком смысле слова—относится и к истерическому, эпилептическому, гипохондрическому помешательству. И здесь психоз возникает на почве соответствующего предрасположения. Вместе с тем *Morel* выдвигает чрезвычайно любопытную с точки зрения современных идей мысль, а именно, что наследственное предрасположение в сочетании со случайными травмирующими причинами морального или физического характера способствует образованию „нового болезненного типа, особенной формы помешательства, которое придает всем душевнобольным этой группы *общие, характерные черты*.“

Мы видим таким образом, что *Morel* был очень близок к тенденциям современной психиатрии в оценке роли наследственности, конституции и травмирующих моментов в генезе реактивных неврозов и психозов. Вслед за *Morel*'ем с изложением подобных же идей выступил *Charcot*. В своих *Leçons de mardi* он указал на то обстоятельство, что невропаты реагируют на экзогенные, эндогенные и психогенные травмы иначе, нежели здоровые люди. Для них эмоции, травмы, инфекции, интоксикации и т. д. являются лишь поводом „случайными причинами“ для того, чтобы тем или иным путем выявить сущность болезненного предрасположения, настоящая причина которого кроется в специальном изменении нервных центров“. Случайная причина—говорит он—только выявляет лежащий в основе диатез; она вызывает различные результаты в зависимости от различных предрасположений субъекта. Эти случайные причины могут быть морального происхождения: печаль, эмоции, переутомление, или физического: травматизм, инфекция, интоксикация, болезнь, нищета“.

Мысли *Morel*'я и *Charcot* получили свое дальнейшее развитие и углубление в работах *Féré*, *Laségue*'а, *Magnan*'а, *Raymond*'а. Мнимые причины, по мнению *Féré*, которые прежде всего бросаются в глаза, в сущности говоря маскируют роль предрасположения в этиологии душевных расстройств; в действительности же эти причины являются только определяющими моментами (*déterminantes*). Те порочные привычки, которые мы склонны рассматривать как причины, „являются в действительности только первыми симптомами невропатического состояния“. *Laségue* неоднократно настаивал на том, что жажда к алкоголю является указанием на патологическое состояние мозга. То же самое можно сказать,—полагает *Féré*,—и об эксцессах *in Venere*, об эксцессах умственного труда, о сильных страстях, о длительных эмоциях. Хорошо уравновешенные личности не доходят до эксцессов, если же эти эксцессы предшествуют нервному или душевному заболеванию, то это не потому, что они являются причинами последних, а потому, что они являются их первыми проявлениями. „Сильные нравственные эмоции,—пишет он,—как, напр., страх, радость, которые играют такую выдающуюся роль в качестве причин, определяющих душевное заболевание или некоторые неврозы—являются также проявлениями крайней нервозности; только предрасположенные лица подвержены из-за них столь разрушительному действию. Моральные причины действуют только стимулируя предрасположение“. То же относится и к бредовым состояниям на почве инфекции и интоксикации, то же можно сказать и о травматизмах. „Все эти причины являются побочными, и если им приписывают такое значение, то это объясняется только трудностью распознавать предрасположение“.

Попутно *Féré* воплощает свои мысли в ряд ярких, эффектных афоризмов, настоящие агит-лозунги конституционализма. Они заслуживают того, чтобы их запомнить.

„Нет безумной любви,—говорит он,—есть любовь безумцев“.

„Причины так называемого тюремного психоза—присущи заключенному, а не месту заключения“ \*).

„Чтобы сделаться алкоголиком, надо быть алкоголизуемым, и не всякий, кто хочет, томится жаждой к бродящим напиткам“.

„Алкоголь является оселком равновесия мозговых функций“.

„Не следует ли допустить, что те, кто страдает от эксцессов,—являются лицами предрасположенными. Не всякий, кто хочет, злоупотребляет половыми излишествами“.

„Порок, преступление и безумие отграничиваются друг от друга только в силу социальных предрассудков; они объединены признаком общим для всех них—фатальностью“.

„Преступление и безумие неразрывно связаны друг с другом, их нельзя ни раз'единить, ни изучать одно без другого“.

„Одна и та же женщина нередко привлекает к себе многих предрасположенных, которые смеяют друг друга именно вследствие общего везанического характера (болезненный отбор)“.

„Следует заметить, что психопаты как будто тянутся друг к другу; и этот патологический отбор способствует активации вырождения. Это замечание справедливо не только для возбужденных эксцентричных, истериков и чистых психопатов, но также и для другой категории ненормальных—преступников, у которых порок является основой специального отбора“.

Сюда же нужно отнести и афоризм *Moreau (de Tours)*—„гений есть невроз“.

*Féré* знает, что не всякое предрасположение реагирует на один и тот же раздражитель невропатическим состоянием. Каждый имеет свой более слабый и более возбудимый орган, „раздражение которого вызывает вспышку невропатии, существовавшую в состоянии скрытого напряжения“. В этом смысле он и толкует генез *симпатических* и *симптоматических* душевных расстройств, а также симпатических и рефлекторных расстройств другого порядка.

Вполне отчетливо учение о патологических реакциях дегенератов обосновывает *Magnan*. Для него дегенерация есть патологическое состояние личности „конституционально-ослабленной в своем психо-физическом сопротивлении и осуществляющей только несовершенно-биологические условия наследственной борьбы за жизнь“. В этой борьбе за жизнь, в схватке (*aux prises*) с условиями окружающей среды (*les milieux extérieurs*) яснее всего сказывается конституциональная неполноценность, выражающаяся в „индивидуальных реакциях“, типы которых составляют *формулу предрасположения*. Если банальные причины, как, напр., печаль, эмоциональные потрясения, болезнь, нормальные физиологические процессы, как, напр., половое созревание, *meneses*, беременность, климактерий, старость и т. д. вызывают нервные и душевные расстройства, то это объясняется наличием конституционального невропатического предрасположения и свойственными этому предрасположению реакциями. Действие этих банальных, детерминирующих болезнь,

\* Эта мысль почти дословно в тех же словах была высказана д-ром *Sauze'*ом за 30 л. до *Féré*.

причин находится в обратно пропорциональной зависимости от фактора предрасположения. Чем более выражено невропатическое предрасположение, тем слабее и мало значительнее может быть провоцирующий момент для того, чтобы вызвать патологическое реагирование. Травматизирующий момент и предрасположение связаны законом обратной пропорциональности. Это „аксиома, находящая в клинике свое повседневное подтверждение“. В основу механизма патологической реакции *Magnan* кладет патофизиологическую теорию дегенерации. Дегенерат есть существо с хрупкой нервной системой, с слабым сопротивлением, с неустойчивым равновесием, и это от начала и до конца своей жизни. Расстройство равновесия составляет характерную особенность невропатической конституции дегенератов. Оно заключается в отсутствии гармонии между различными функциями, в отсутствии, синергии между различными центрами, сотрудничество которых в нормальном состоянии приспособляется к определенным объектам и положениям. У дегенератов нет синергии, нет правильных адаптаций или если они есть, то они не полны, не действительны и не отвечают цели. Центры находятся в состоянии автоматизма, они функционируют без задержек и без контроля в течение неопределенного времени. Одни центры разрушены или недоразвиты, другие находятся в состоянии кратковременной или длительной повышенной активности и, наконец, третьи— в состоянии кратковременной или длительной пониженной активности. Непосредственными результатами такого беспорядочного состояния являются: 1) выпадение некоторых функций, 2) автоматизм перевозбужденных центров и 3) повышенное торможение (*inhibition*), оказываемое на центры менее устойчивые.

„Все эти ряды явлений вступают в различные комбинации, следуют друг за другом и замещают друг друга на тысячу различных способов, так что у настоящего дегенерата, у тихого неуравновешенного врач встречается с подлинной *спинно-мозговой атаксией* (в самом широком смысле слова): с атаксией мысли, с атаксией чувства, с атаксией воли, с атаксией психомоторных функций, спинно-мозговым автоматизмом и т. д. Наряду с неуравновешенностью мысли, существует неуравновешенность чувств. Эти невропаты—настоящие *сенситивы* (*sensitives*)—*реагируют* с максимальной энергией на все моменты, задевающие эмоциональную сторону их индивидуальности: как моменты физического порядка, так и моменты морального порядка, при чем у них отмечается два типа реакций: *тип угнетения* и *тип возбуждения*. Как уже раньше писал *Féré*—патологическая конституция является почвой „для патологических иммунитетов и патологических восприимчивостей“ (*immunités et receptivités morbides*).

В дальнейшем *Magnan* изучает действие на эту патологическую почву различных факторов: социальных, физических и физиологических. К социальным факторам он относит: семью, профессию, политику, религию, гражданские и человеческие обязанности. Социальная жизнь действует своей интеллектуальной стороной и своей чувственной стороной. Эта последняя „является для дегенератов помпунной губительной угрозой“ чувственные переживания являются обычным и необходимым стимулом большинства дегенератов.

„Социальные яды—алкоголь, морфин, кокаин набирают свои жертвы в среде неуравновешенных, которые по своей сущности являются сластолюбцами (*voluptueux*) и для которых изыскание наслаждений во всяком виде бывает инстинктивной и постоянно преследуемой целью“

В отношении физических факторов дегенераты проявляют особенно глубокую чувствительность к *атмосферическим и теллурическим влияниям* (перемена погоды, электричество), к болезням. Несомненно также влияние *профессиональных* болезней на органы. Среди физиологических факторов—наибольшее значение имеют те, которые в большей или меньшей степени связаны с сексуальной функцией. „Вокруг сексуального полюса вращаются действия многих дегенератов“. Огромное значение сексуальной функции для дегенератов является источником самых тяжелых расстройств, особенно у женщин, где беременность, роды, лактация являются частыми вспомогательными причинами мозговых расстройств.

*Magnan* изучает также реактивные тенденции невропатического предрасположения в эволютивном аспекте. Он указывает на травмирующее для дегенерата значение *школьного воспитания*, представляющего целый ряд новых требований к интеллекту и к различным способностям; на период полового созревания—„один из самых важных периодов в жизни дегенерата“, ибо „половая функция призвана играть преобладающую роль в жизни дегенерата, и она обнаружит у большинства из них любопытные аномалии“. Юношеский и зрелый возраст—наиболее активный период жизни—не менее предшествующего богат инцидентами. Это возраст „когда дегенерат должен сделать выбор карьеры, когда освободившись от различных опеки, которые могли защищать его и поддерживать его до этих пор в пределах разумного равновесия, он должен войти в свободную жизнь, которая не один раз будет источником опасности для него самого или для другого. Имея отныне право и обязанность управлять самим собой, он как никогда проявит свою неполноценность. Как никогда—ему придется столкнуться с внешними обстоятельствами, с тысячью *побочных причин неуравновешивания*, с теми многочисленными инцидентами борьбы за жизнь, которые уже для нормального человека являются источником ослабления и которые для этих малоприспособленных к житейской борьбе существ в каждую минуту явятся источником патологических событий.. Вспомогательные причины являются здесь настоящим оселком мозгового сопротивления. С другой стороны, если дегенерат реагирует иначе, чем нормальный человек в присутствии этих добавочных причин—последние в свою очередь воздействуют на его психическую ситуацию, отягчая ее, стимулируя распад—фатальный конец всякого вырождения“.

Инволюционный период и старость являются в свою очередь источниками новых травм. У женщин климактерий—„последний акт половой жизни“—действует в том же направлении, что и половое созревание, менструация, беременность.

В общем мы видим, что учение о реактивных тенденциях невропатической конституции нашло у *Magnan*'а свое наиболее завершенное изложение. Позднейшие исследования немецкой школы, как мы увидим ниже, только уточнили, терминологически оформили и привели к уровню идей новейшей психоневрологии идеи французских авторов. Французской школе психиатров и невропатологов принадлежит определенно заслуга обосновать учение о патологической реакции, как об отличительной особенности невропатической конституции. „Заметьте хорошо—писал *Raymond*—что все является предлогом для состояния вырождения, чтобы проявиться во вне. Вы наблюдаете эту реакцию индивидуума и в ответ на физическое и моральное страдание и пред лицом болезни, интоксикации, нормальных физиологических изменений; вот—*истинный*

*критерий* (курсив мой), по которому вы сумели распознать дегенеративное состояние, и он вас уже не обманет“.

Новые идеи и новые течения в психоневрологии задерживают на этом этапе конституциональное течение во Франции, и следующий этап в учении о патологических реакциях мы уже находим через несколько десятков лет преимущественно в странах немецкого наречия почти в современный нам период возрождения конституциональных идей. Немецкие авторы имеют тенденцию, повышенную „способность к реакциям“ (*Reaktionsfähigkeit*) положить в основу большинства конституциональных расстройств, как самый существенный функциональный момент, играющий роль в их возникновении.

Возрождение учения о реакциях в немецкой литературе следует отнести к 1909 г., когда *Bonhoeffer* на основании долголетних наблюдений выступил с теорией „экзогенных симптомокомплексов“, в которой он проводил ту мысль, что грубые экзогенные вредности самого различного характера могут вызвать существенно сходные острые психические симптоматические картины и что было бы приемлемее в этих случаях говорить скорее о психических реакционных формах, об экзогенных травматических типах (*Schädigungstypen*), нежели о психозах в собственном смысле слова. Идеи, высказанные *Bonhoeffer*’ом встречают уже подготовленную почву, подхватываются целым рядом авторов, литература вопроса быстро начинает разрастаться. Вместе с тем и самое понятие реакций начинает перерабатываться в самых различных направлениях и теряет до известной степени свою клиническую физиономию и свой психопатологический смысл. Говорят о реакции физического организма на влияния и условия внешней среды, о „генотипических реакционных нормах“, о реакциях органов на процессы в организме, о реакции индивидуальной души на психотический процесс и т. д.

Вполне естественным поэтому явилось стремление некоторых авторов ввести это понятие в определенные рамки.

*Kurt Schneider* указывает, что с точки зрения психопатологии понятие реакции имеет два различных смысла: биологический и чисто психологический. Если *Bumke* считает возможным расслоить *Dementia Praecox* на ряд шизофренических реакционных форм (1924), то эти реакционные формы следует мыслить в биологическом смысле, как реакции мозга на различные процессы в организме, обусловленные эндогенными или экзогенными раздражениями в форме психотической картины. Таковой же характер имеют экзогенные реакционные типы *Bonhoeffer*’а („острые психические типы экзогенного происхождения“, „экзогенные психические реактивные типы“, „психические формы реакций“) с той разницей, что шизофренические реакции в понимании *Bumke* предполагают в совершенно определенном смысле устроенные мозги, организации, предрасположения, реагирующие шизофреническими картинами на экзогенные вредности всякого рода, в то время как экзогенные реакционные типы *Bonhoeffer*’а относительно независимы от индивидуального типа организма, во всяком случае универсальны в своих клинических картинах, сверхиндивидуальны и не специфичны для определения предрасположений.

Другой смысл имеет понятие психологической реакции, как ответ на сильное переживание. Здесь *K. Schneider* различает 3 подвида (*Unterformen*): 1) *контрастную реакцию* в смысле „реактивной аномалии аффекта“ *Ziehen*’а, характеризующуюся переходом в противоположное настроение (напр., реактивный переход маниакального состояния в де-

прессивное). Эта контрастная реакция для психологии сохраняет еще и поныне свое значение. 2) *Психическую причинную реакцию*, для которой в 1909 г. *Hellpach* ввел понятие „реактивной ненормальности“ (*reaktive Abnormität*). Под этой „реактивной ненормальностью“ *Hellpach* понимал реакции, которые этиологически и клинически, а также прогностически и терапевтически стоят в связи с душевными переживаниями, но которые вместе с тем не стоят с ними ни в какой логической, понятной связи в смысле родства содержания, клинической картины и переживания.

В этой реактивности *Hellpach* различал различные степени: от *абсолютной реактивности*, при которой все течение болезни в существенных чертах стоит в зависимости от действия переживания, до *эпизодической реактивности*, при которой только определенные моменты психического заболевания стоят в связи с мгновенными переживаниями. Эпизодическая реактивность незаметно переходит в *реактивность симптоматическую*.

3. *Психологически понятную реакцию*, с которой мы ближе познакомимся при изложении взглядов *Jaspers'a*. Характерными чертами этого типа реагирования являются: временная и генетическая связь реакции и переживания, родственность их содержания и угасание реакции вместе с изживанием переживания. Реакции этого типа могут быть адекватными и неадекватными. Последние или просто количественно неадекватны (реактивная депрессия) или же качественно неадекватны. В последнем случае, несмотря на то, что имеется родственная связь между содержанием реакции и переживания—форма реакции не объясняется переживанием. К числу этих качественно неадекватных реакций, при которых огромную роль играет структура личности, предрасположение—следует отнести психогенные психозы, характерогенные психозы в смысле сенситивного бреда отношения и часть психогенных соматических функциональных расстройств. В этом же смысле и истерия является для *Gaupp'a*—*Reaktionsweise*. К этому же типу реакций *K. Schneider* относит описываемую им „интермиттирующую реакцию“ на почве какого-нибудь мучительного переживания, которое остается глубоко заложенным в жизни человека и время от времени обостряется под влиянием казалось бы незначительных поводов.

*Jaspers* понимает патологическую реакцию исключительно в психологическом смысле, как „реакцию души на переживание“. С чисто принципиальной точки зрения он различает два типа патологических реакций: 1) такие реакции, которые не стоят ни в какой связи с содержанием переживания и для которых переживание является только провоцирующим моментом, и 2) настоящие патологические реакции, содержание которых стоит в психологически понятной связи с содержанием переживания и которые в своем дальнейшем развитии продолжают находиться в зависимости от переживания и судьбы больного.

Возникают патологические реакции или непосредственно вслед за поражающим переживанием или по истечении известного скрытого периода („*temps de méditation*“ французских авторов, „*temps de rumination*“ *Charcot*).

По прошествии реактивной вспышки наблюдается восстановление душевных механизмов к *status quo ante*. Однако очень часто отмечается тенденция психопатического содержания оказывать влияние (*Nachwirkung*) на дальнейшую жизнь больного.

В общем понятие патологической реакции имеет логическую сторону (переживание и содержание), каузальную сторону (изменения во



внесознательном) и прогностическую сторону (переходящий характер изменений).

Логическая, смысловая сторона реактивных неврозов и психозов заключается в том, что ненормальное первопсихическое состояние больного служит как бы определенной цели. Возникающая из конфликта с реальностью патологическая реакция прорабатывает этот конфликт в направлении обезопаснения, защиты, бегства, исполнения желаний (рентные неврозы и психозы, целевые неврозы и психозы, бегство в психоз).

Далее *Jaspers* различает патологические реакции по следующим трем основаниям: 1) по поводам (Anlassen), провоцирующим моментам реакций; 2) по своеобразной душевной структуре реактивных состояний и 3) по роду душевных конституций, обуславливающих реактивность. С точки зрения вызывающих моментов различают: особенно тщательно изученные тюремные психозы, рентные неврозы после несчастных случаев, катастрофальные психозы и неврозы, неврозы и психозы войны, психозы изоляции (пребывание на чужбине, тугоухость).

Особенно глубокое различие можно установить между сильнейшими душевными потрясениями, возникающими вслед за внезапными переживаниями (испуг, ужас, гнев, комплекс переживаний при покушении на изнасилование, при землетрясении, смерти близких людей и т. д.) и теми глубокими душевными изменениями, которые возникают из длительных житейских переживаний и постепенно накапливаются и нарастают в своей силе (недостаток положительных переживаний, утрата надежд, длительная нужда, длительное тюремное заключение).

Чаще всего в этом отношении имеет значение эротика, страх за жизнь и здоровье, забота о деньгах и материальном благосостоянии и т. д.

По роду душевной структуры реактивных состояний можно выделить целый ряд типов реакций, как напр.: психастеническую реакцию, ступорозную реакцию, навязчивые реакции, реакции с сумеречным помутнением сознания, истерические реакции, псевдодементные, пугильные, ганзеровские реакции, истерические делирии, паралоидно галлюцинаторные реакции, сенситивный бред отношения и т. д.

Что касается душевных конституций, обуславливающих реакции, то, хотя теоретически можно допустить, что каждый человек имеет свои „границы“, за пределами которых он реактивно заболевает, все-таки в большинстве случаев — реакции развиваются на конституциональной почве\*). Эти конституции бывают или прирожденными и длительными (психопаты), или колеблющимися (фазы), или приобретенными и переходящими (истощение) или, наконец, прогредиантными (схидзофрения). Реактивные психозы, возникающие на почве схидзофренического прогрессирующего болезненного процесса, отличаются от патологических вспышек, возникающих на той же почве в том отношении, что больной

\*) Из многих тысяч некогда находившихся в плену, — пишет *O. Schwarz*, — и из многих тысяч страдавших ранее онанизмом, только незначительное число оказались импотентными; они были предрасположены. Можно предположить, что чем выраженнее душевное отвращение к сексуальности, тем более отступает на задний план инкриминируемый травмирующий момент за счет эндогенного фактора, тем более меняет он свой характер, превращаясь из причины в простой повод.

Подобные индивидуумы в борьбе с проблемами сексуальности, да и жизни вообще, с трудом сохраняют свое внутреннее равновесие и теряют его при малейшем благоприятном предлоге. Такое предрасположение называют невропатическим.

по миновании реактивного приступа возвращается к прежнему состоянию и в том, что реактивные состояния находятся в тесной психически понятной и временной связи с переживанием \*)).

В противовес изложенным выше воззрениям *K. Schneider'a* и *Jaspers'a*, *Tandeloo* подчеркивает значение констелляционных моментов в происхождении патологических реакций. По законам констелляционной патологии, полагает он, не существует одного патогномического симптома или одного симптомокомплекса, равным образом, как и „специфической реакции“. Реакции имеют относительное значение, п. ч. „они под влиянием различных констелляций могут выступать и отсутствовать, несмотря на наличие „специфического фактора“, если констелляция не благоприятствует их выступлению“.

*Бруханский* также настаивает на значении „всей совокупности констелляционных моментов“, которые в связи с „эндогенным состоянием мозга“ (*Kretschmer*) и с „физической готовностью“ *Freud'a* (контузии, артериосклероз, истощение, наследственное отягощение), некоторой недостаточностью личности в смысле остановки развития, повышенной реактивности (с характерными для нее лабильностью пульса, колебанием величины зрачков, а иногда и их реакции и непостоянством рефлексов со слизистых) и психической перестановки, связанной с душевными потрясениями, — определяет действие первобытных, примитивных механизмов и тем самым данный симптомокомплекс, причем каждый из моментов в данной констелляции может быть преобладающим“.

Изложенные выше воззрения *K. Schneider'a* и *Jaspers'a* дают общий анализ патологической реакции преимущественно с точки зрения психологии и психопатологии и под углом зрения главным образом психиатрии.

Значение конституционального момента отмечается довольно глухо, клиническая характеристика процесса реагирования дана преимущественно в отношении крайних психопатических форм, соматические и характерологические моменты обойдены молчанием, недостаточно внимания уделено индивидуализации и структурному анализу реакций, патогенезу и генетическим воззрениям.

Поэтому для полноты освещения вопроса о современном положении учения о реакциях нам придется остановиться на изложении работ ряда других авторов, не придерживаясь, впрочем, строго хронологической последовательности этих работ.

В 1912 году *A. Homburger* дал определение и классификацию патологических реакций конституциональных невропатозов. Эти патологические реакции являются реакциями ненормального направления, ненормальной продолжительности и ненормальной силы, они находятся в несоответствии с вызывающей причиной и являются выражением ненормального предрасположения. Реакция может быть направлена во вне в качестве действия или во внутрь — в качестве переживания, может быть активной и может быть пассивной. Она может проявиться или как соматическое или как психическое расстройство и ее ненормальный характер может обнаружиться в колебаниях аффекта необычной силы или продол-

\*) Актуальная ценность переживания, по *Schilder'y*, обуславливается: а) самим переживанием, б) прошлым, имеющим отношение к данному переживанию, в) конституцией и д) факторами предрасположения и экзогенными факторами. Выражается актуальная ценность переживания: а) во влиянии на психический ряд переживаний, поскольку он отражается в картинах, мыслях, чувствах и решениях, б) в соматических проявлениях будь то волевые поступки и выразительные движения или телесные признаки, сопровождающие чувства или правильное сказать инстинктивные установки.

жительности, в нервных расстройствах или патологических установках, не зависящих от воли носителя патологической конституции. По роду отношений *Homburger* различает „реакцию среды“ (*Milieureaktionen*) возникающие в связи с раздражениями исходящими из окружающей сферы, „реакции ситуации“ (*Situationsreaktionen*)—при некоторых исключительных обстоятельствах особенно активно действующих на психику и „реакции потрясения“ (*Erschütterungsreaktionen*) на сильно действующие, неожиданные переживания, раздражения или травматизмы типа испугов, шоков или катастроф. На примере тюремных психозов автор показал, что очень большое число носителей психопатической конституции обнаруживают полиморфную патологическую реактивность, способность к реакциям в самых различных болезненных направлениях и самые разнообразные типы отдельных болезненных направлений. Самое разнообразие направлений причисляет он к числу признаков высокой степени лабильности психопатов. Однако основным обстоятельством является тот факт, что существует доминирующее реактивное направление, которое отвечает главной ориентировочной линии личности в отношении аффективных и волевых процессов и которое отчасти может быть положено в основу классификации патологических типов.

Аналогичным же образом трактует патологические реакции и *Kehrer*. Подходя к изучению наследственных задатков с точки зрения онтогенеза, он разделяет их на такие, которые обнаруживаются только вследствие воздействия определенных внешних раздражений и на такие, которые выступают в полной независимости от условий окружающей среды. Жизненные аутохтонные и экспансивные силы индивидуума, стремящиеся найти выход и развернуться изнутри—во вне, и действующие извне во внутрь раздражающие влияния окружающей среды—в каждый данный момент эволюции индивидуума пребывают в неустойчивом равновесии и в обратно пропорциональном отношении друг к другу. Все предрасположение в своей совокупности в отношении какого-нибудь определенного раздражения координируется таким образом между двумя идеальными полюсами: аутохтонии и экзогении. Одни личности не имеют никакой тенденции реагировать на те или иные внешние раздражения, другие, наоборот, реагируют и даже очень сильно; одни имеют тенденцию реагировать только на соматические раздражения, другие—на сенсорно-психические. Одни лица реагируют монотонно всегда одной и той же формой болезненного проявления, другие—с выраженной реактивно-лабильной конституцией—каждый раз новой формой заболевания. Исходя из этих соображений *Kehrer* разделяет все конституции, лежащие в основе психоневротических заболеваний на три основных типа: преимущественно аутохтонный, преимущественно психореактивный и преимущественно сомато-токсический. Все эти конституции могут быть унаследованы в самых различных мыслимых степенях. С другой стороны, независимо от характера раздражения и независимо от силы и продолжительности ответа, характер реакции обуславливается специфическим, присущим индивидууму предрасположением. „Конституция всегда является патогенетическим фактором“. Истерики всегда будут давать истерические реакции, шизофреники—шизофреническую, циклотимики—циклотимическую и т. д. Но каждая конституция в отдельности может отличаться своей чувствительностью к раздражениям, устойчивостью реакции, протейформностью реактивных проявлений (величиной реактивного регистра) и, наконец, различной степенью чувствительности различных отделов этого регистра.

Пные моменты в оценку и описание патологических реакций вносит *Kretschmer*.

*Kretschmer* различает *примитивные реакции* и *реакции личности*. Первые являются реакциями короткого замыкания, не переработанными предварительно психическими процессами; они проявляются в виде импульсивных поступков и вскрывают глубокие филогенетические механизмы. Появляются они при сильных переживаниях, парализующих высшую личность (паника, реакции страха) и при задержках развития душевной жизни (слабовольные психопаты, шизофрения, интоксикация алкоголем). К примитивным реакциям относят реакции эксилозивные и истерические. Под эксилозивными реакциями *Kretschmer* понимает бурно разряжающиеся аффекты, как, напр., слепой гнев, патологическое опьянение, *Affektepilepsie*, fuga под влиянием аффекта, *raptus melancholicus*. Историческими же реакциями называет он „преимущественно такие психогенные формы реакций, где известная тенденция представления использует инстинктивные, рефлекторные или иные биологически предуготованные механизмы“. Примитивные реакции, по мнению *Homburger'a*, вообще являются единственным типом реакции, свойственным раннему детскому возрасту; впоследствии по мере развития нормального ребенка они теряют свое господствующее положение, но они сохраняют свое преобладание у раздражительных, гневных, вспыльчивых и слабовольных детей. К примитивным реакциям *Kretschmer* склонен относить и притворство под влиянием сильных аффективных переживаний, что проявляется в синдроме *Ganser'a* и в псевдодеменции.

Что касается *персональных реакций* или *реакций личности*, то они являются сознательными реакциями на внешние разрушения и стоят в тесной связи с характером данной личности. Чтобы вызвать персональную реакцию переживание должно быть в таком же отношении к характеру, как ключ относится к замку. Персональные реакции могут быть *экспансивными*, *сенситивными*, *стеническими* и *астеническими*. Экспансивные реакции характеризуются тем, что они возникают не сразу, задерживаются и подвергаются глубокой душевной переработке. На первый взгляд они вспыхивают внезапно, поражают своей неожиданностью. В действительности же они подготовляются исподволь, настроение омрачается постепенно, и также постепенно возрастает напряжение до тех пор, пока предрасположенный этому типу реакций индивидуум не дает выхода своему нервному напряжению в сильном аффективном разряде. В противоположность предыдущему, сенситивный тип реакции ведёт не к разряду накапливаемых переживаний, а к внутриспсихическому осложнению. В то же время воспринятое не уходит в подсознательное, как у истерика. Оно продолжает оставаться в сознании, легко образует навязчивые представления и дает мучительное чувство „несвободы“. Сенситивный характер неспособен к быстрому и мощному отреагированию, он от природы астеничен и не тверд, в нем нет сильно выраженных тенденций к самосохранению или к сопротивлению, поэтому он постоянно терзает себя различными внутренними толкованиями, вечно недоволен своей малоценностью и несостоятельностью в борьбе и, несмотря на всю свою мягкость находится в состоянии постоянно напряженного настроения с затаенной тенденцией возмездия. В нем сочетаются, с одной стороны, душевная мягкость, слабость и нежная ранимость, с другой—честолюбие с самосознанием и своеправием. Все эти типы реакций, по *Kretschmer'у*, имеют в своей основе врожденную психопатическую конституцию, вытекающую из тяжелого наследственного отяго-

щения. Через аффективное переживание скрытое и предрасположение переходит в движение, реакция личности усиливается и переходит в соответствующий бред. Психическая болезнь—есть психическая реакция.

*Birnbauм* называет патологическими реакциями—психотические образования конституционального патогенеза. Существенным моментом— „доминантой построения“ (Aufbaudeeterminante) является на ряду с патологической конституцией, также и психопроводящий момент. С структурно-аналитической точки зрения они выявляются провоцированными или мобилизованными (mobilisierete) главным образом психическими симптомами со стороны определенных патологических конституций, основной характеристикой которых является выраженная *тенденция к реагированию*, вызванная эволютивной недостаточностью построения личности, а также недостаточным развитием внутриспсихического саморегулирования и саморегулирования. На ряду с этими патологическими реакциями эндогенного происхождения, где невропатическая конституция играет роль патогенного момента, существуют также, по мнению *Birnbauм*'а, патологические реакции и психогенного происхождения, при которых патологическая конституция очень часто играет роль предрасполагающего момента. Эти болезненные типы в их основной клинической форме и их специфическом основном характере замечательны своеобразным воздействием психических и специально эмоциональных травмирующих воздействий на психическую жизнь. В результате воздействия психо-динамических механизмов они в общих чертах представляют ряд функциональных расстройств, протекающих преимущественно в аффективной сфере и характеризующихся сдвигами психического равновесия, торможениями, расщеплениями, фиксированными аффективно-окрашенными комплексами и целым рядом других механизмов, лежащих в основе многообразия разнообразных единичных проявлений. По своей природе психогенные расстройства в высокой мере подчинены влиянию психопластических факторов, и поэтому дают необычайное множество психопластических дифференцированных форм симптоматического или эволютивного характера.

Это разграничение конститутивных и психогенных реактивных расстройств *Birnbauм* считает однако чисто теоретическим, на практике же далеко не всегда возможно провести между ними резко очерченную границу.

Стронники генетического метода в психоневрологии выдвинули ряд новых моментов в понимании, трактовке и оценке реакций.

С точки зрения *Baur*'а, *Kehrer*'а и др.—индивидуум в своей конституции наследует не готовую структуру, но только известное предрасположение: „строительные камни психофизической организации личности“, „индивидуальные способы реакций“ (*Baur*) на условия окружающей жизни, „реакционные нормы“ *Schallmayer*'а. Все унаследованные задатки каждого индивидуума в отдельности обладают различной „конституциональной валентностью“ (*Hoffmann*), различной „силой прорыва“ (*Durchschlagskraft*) в отношении суммы разнообразных гетерогенных условий внешней среды, как то: климат, питание, химические влияния, образ жизни, социальные условия воспитания, профессия и т. д. В этом смысле *Kahn* говорит о „стойких фенотипах“ (feste Phänotypen) и „неустойчивых фенотипах“ (ungefestigte Phänotypen). Стойкие фенотипы обладают способностью в течение своего развития оказывать упорное сопротивление внешним влияниям и развѳртывать характерные особенности своей конституции без всякой зависимости от среды; неустойчивые

же фенотипы реализуются только при известных внешних воздействиях. В последнем случае, по мнению *Hoffmann'a*, вероятны две возможности: или имеются такие наследственные задатки, которые вызываются к жизни только чрезмерно сильными и постоянными раздражениями, действующими при том в определенном направлении; здесь можно говорить о „перенапряжении“ (*Ueberspannen*) самого по себе относительно слабого задатка, который только в силу ненормального переживания развивается в отчетливо выраженное качество. Другая возможность предполагает такие наследственные задатки с некавалифицированным предрасположением, которые при различных внешних раздражениях развиваются один раз в одном, другой раз в другом направлении. Подобные же взгляды высказывает и *Stern*. Он также говорит о слабой и сильной наследственной валентности, при чем „наследственная сила человеческого предрасположения представляет из себя многообразный ступенчатый ряд, который ведет от части внешних признаков, меняющихся в каждом поколении в зависимости от среды—к самым упорным свойствам, сохраняющим свои особенности при самых различных условиях“.

Характер реакции в большинстве случаев обусловлен теми задатками, которые заложены в наследственной структуре данной личности; поэтому различают шизофренический и шизоидный реакционный тип (*Popper, Kahn, Lange, Юдин, Ганнушкин*), циркулярный реакционный тип (*Stransky, Kahn, Hoffmann*), психастенический реакционный тип (*Юдин*), параноидный реакционный тип (*Hoffmann, Юдин*) и т. д. Каждый из этих типов реагирования в свою очередь может состоять из двух и более элементарных типов реагирования, которые выявляются в результате более или менее сложного анализа наследственности. Однако этот анализ, как говорит *Berze*, во многих отношениях еще является спекулятивным. Далеко еще не выяснена роль качественных и количественных вариаций задатков, их динамическая роль в отношении друг друга (тормозящие, способствующие гены), активирующая и провоцирующая роль раздражений, исходящих из окружающей среды, паратипических моментов, психических раздражений, этнологических моментов и т. д.

Во всяком случае многие клинические картины, по мнению *Kahn'a*, могут быть поняты как психические реакционные формы, вызванные к жизни различными раздражениями. *Kahn* между прочим различает следующие возможности: 1) психопатологический синдром и определенное основное (соматическое) расстройство могут принадлежать одному и тому же наследственно биологическому целому; 2) психопатологический синдром является общечеловеческой преобразованной формой реакции, которая может быть выявлена различными раздражениями, идущими из окружающей среды; 3) психопатологический синдром является формой реакции, связанной с определенным характером наследования, которая выявляется различными раздражениями, идущими из окружающей среды; 4) психопатологический синдром является общечеловеческой преобразованной формой реакции, выявляемой наличием особых наследственных задатков; 5) психопатологический синдром является формой реакции, связанной с определенным характером наследования и выявляемой наличием особых наследственных задатков.

Эти положения *Kahn* поясняет на конкретном примере навязчивых идей.

Навязчивые идеи „в рамках здоровья“ под влиянием разнообразных причин (усталость, лихорадочное состояние, опьянение) встречаются

в таком диапазоне, что, пожалуй, об образовании навязчивых идей можно говорить, как об общечеловеческой способности; это означает, что навязчивые явления представляют собой общечеловеческую, преобразованную форму реакции, которая может быть выявлена различными раздражениями, идущими из окружающей среды (случай 2). Мы наблюдаем навязчивые идеи в течение самых различных форм душевных заболеваний (маньякально-депрессивный психоз, схиждофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, *Lues cerebri* и т. д.), и можем принять, что в известной части этих случаев навязчивые идеи и здесь являются общечеловеческой преобразованной формой реакции, вызванной к жизни раздражением, обусловленным этими заболеваниями; это раздражение в зависимости от паратипического или идиотипического происхождения указанных болезней может быть раздражением, исходящим или из окружающей среды или обусловленным особыми наследственными зачатками (случай 2 и 4). Навязчивые идеи, однако, которые наблюдаются при различных заболеваниях, необязательно должны быть отнесены за счет общечеловеческой преобразованной формы реакции, они могут быть сами по себе специфическими идиотипическими готовностями, отвечающими тем или иным пара-или идиотипическим раздражениям (случай 3 и 5). Наконец, существуют навязчивые явления, которые в качестве невроза или психоза навязчивых идей представляют собой идиопатические расстройства с характерным ходом наследования (случай 1).

Если вначале „патологическая реакция“ считалась одним из характерных признаков патологической и в частности невропатической конституции, то в настоящее время объем этого понятия настолько расширился, что он стремится поглотить не только отдельные психологические единицы, но и само породившее его понятие патологической конституции. Если для *Gaupp* истерия есть только *Reaktionsweise*, если для *Kretschmer*'а психическая болезнь есть психическая реакция, то уже *Юдин* относит к психопатическим конституциям „всю область патологических реакций, а *Borchardt*, *Pascal* и *Davesne* самую невропатическую конституцию ставят в зависимость от „повышенной реактивности нервной системы“. Таким образом создано понятие реактивной конституции, одним из проявлений которой и является невро- и психопатическая конституция.

Взгляды *Borchardt*'а, *m-elle Pascal* и *Davesne*'а представляют однако большой интерес, и мы остановимся на них ниже несколько подробнее.

## V.

Патофизиологические и патобиологические особенности той генетической почвы, которая служит основой патологических конституций, обуславливают своеобразный механизм конституциональных расстройств, позволяющий говорить о специальной патофизиологии невропатических явлений у конституциональных невропатозов.

Патологическая наследственность в зависимости от различных этиологических моментов (сифилис, алкоголь, туберкулез) накладывает определенный, длительный и глубокий отпечаток на всю совокупность организма конституционального невропата, на его биологические свойства, на его отдельные органы и системы. О патологической структуре биологической почвы мы будем иметь возможность упомянуть ниже, говоря о коллоидокластическом диатезе и аллергическом диатезе. Мы увидим, что и тот и другой создают в организме специальные условия,

существенно изменяющие характер его био-химической восприимчивости в отношении различных раздражений, равным образом, как и характер его реакции—биологических, нервных и психических. Некоторые системы проявляют особо повышенную чувствительность к гередотропным ядам и инфекциям. В первую очередь это относится к эндокринной и вегетативной системам, являющимся вместе с тем „важнейшими факторами конституции организма“ (*Богомолец*). Так, напр., в отношении эндокринной системы целым рядом работ устанавливается несомненная зависимость эндокринных расстройств от наследственного сифилиса (*Buschke* и *Gumpert*, *Nobécourt*, *Zondek*, *Hutinel*, *Lereboullet et Boulanger-Pillet* и др.). Что касается вегетативной нервной системы, то ее возбудимость, неуравновешенность, раздражительная слабость, ее необычно высокий удельный вес в общем режиме функции организма заставляют многих авторов признать все эти явления выражением особого конституционального состояния индивидуума, которое, напр., *Bauer* обозначает именем „невропатической конституции“, *Borchardt* „раздражительной конституции“ и т. д. В большинстве описанных патологических конституций и диатезов, расстройствам в сфере вегетативной нервной системы принадлежит выдающееся место.

К тем отделам нервной системы, которые являются особенно чувствительными к гередитарным травмам, следует отнести отделы, служащие местом локализации различных инстинктов и автоматизмов. „Неустойчивость инстинктов роднит всех дегенератов“ говорит *Gaupp*. Дегенерат, по выражению *Magnan*'а, является „настоящей игрушкой автоматизма своих нервных центров“. В связи с работами *L. R. Müller*'а о локализации инстинктов и в связи с многочисленными исследованиями о локализации двигательных и психических автоматизмов—эти положения приобретают особый смысл и особую ценность. Самым ранним инстинктом является половой инстинкт—„продукт сложного причинного кольца из головного и спинного мозга и кровяных желез“ (*Kretschmer* \*) , самым ранним автоматизмом—автоматизм сна.

Вопрос о повышенной чувствительности и ранимости отдельных органов и систем, в сущности говоря, образует составную часть более обширного вопроса—о конституциональной малоценности органов, систем и тканей, установленного работами *Martius*'а, *Adler*'а, *Bauer*'а. *Bauer* считает попятне о конституциональной малоценности—„необходимым логическим следствием явлений наследственно-биологического порядка“. Мы бы сочли более правильным говорить о наследственно-патологическом порядке, исходя из тех соображений, которые были развиты нами в первой главе. Характерной особенностью малоценных органов является то обстоятельство, что они являются местами наименьшего сопротивления и наибольшей чувствительности“ (*loci minoris resistentiae et majoris sensibilitatis*), как говорит *Heyer*, „персональными Ахиллесовыми пятнами“.

\*) „Конституциональное предрасположение к дегенеративной психосексуальности и к общему типу психопатологического реагирования—многократно и чрезвычайно тесно связаны между собой, даже частично совпадают“.

*Kronfeld.*

„Стигматы дегенеративной конституции характерны для всех сексуальных больных“.

*O. Schwartz.*

„Вопрос о половых расстройствах у мужчины и у женщины, по нашему мнению, не достаточно до сих пор обращал на себя внимание врачей. Слишком часто им не занимаются при опросе невропатов, слишком часто также трактуют этот вопрос, как *quantité négligeable*. И однако... повторяем мы, сколько бы ему не уделяли внимания—это все же будет еще недостаточно.“

*Déjérine.*



выми пятнами“ организма (*Bauer*), „конгенитально слабыми местами“ (*Katsch*), „стигматизированными органами“. „Принцип *Locus minoris resistentiae*, персональной Ахиллесовой пяты господствует над закономерностью невропатических явлений“ говорит *Bauer*. По мнению *Adler*'а, малоценность органов является органическим субстратом психоневрозов. Малоценные органы особенно чувствительны к раздражениям всякого рода, к нервным раздражениям в частности, они легко приходят в состояние эретизма и всегда „готовы к болезни“. В случае психических травм, они, по образному выражению *Adler*'а, создают „диалект органов“ (*Organ-dialekt*), с помощью которого больная душа находит себе выражение. Функциональная неполноценность различных органов и систем и создает ту патологическую почву, которая присуща невропатической конституции и определяет ее клиническую физиономию и ее патофизиологическую структуру. Преобладающее значение, однако, в этом отношении принадлежит эндокринной, вегетативной и анимальной нервным системам. Железы внутренней секреции занимают особенное место в отношении конституциональной патологии в том смысле, что их парциальная конституция „совершенно иначе влияет на всю совокупность конституции организма, включая *habitus* и темперамент, нежели парциальные конституции других органов“ (*Bauer*). Они связывают в одно целое различные части и функции организма, принимают важное участие в образовании его морфологической структуры, участвуют в процессах роста и дифференцировки, эволюции и инволюции, обмена веществ, кровообразования, деятельности аппаратов кровообращения и пищеварения и др., воздействуют на биохимические процессы в организме, усиливают и активизируют латентные свойства конституции организма. Между эндокринной системой и нервной системой в широком смысле слова существует вполне определенная и тесная связь, вполне оправдывающая название нервных или паранервных желез (*Nervendrüsen*), данное в свое время интуитивно *Leydig*'ом эндокринным органам, считавшим их вспомогательными органами нервной системы, составляющими вместе с ней анатомически и физиологически — одну функциональную единицу. Работы анатомов, физиологов и клиницистов, появившиеся в последнее время, вполне оправдывают это воззрение *Leydig*'а и с убедительностью показывают как трудно диссоциировать роль эндокринных желез и роль нервной системы в различных физиологических, биологических и патологических процессах. „Изучать функциональные эндокринные синдромы в патологии,—говорит *Lereboullet*.—не изучая одновременно расстройств симпатической системы или говоря более обще—всей нервной системы органической жизни—было бы делом произвольным и сознательно неполным“. На примере некоторых желез внутренней секреции, тесная связь их анимальной и вегетативной нервной системы является особенно убедительной. Так, напр., щитовидная железа играет чрезвычайно важную роль в психической жизни, на чем особенно настаивает *Laignel-Lavastine*. *Brissaud*, *Léopold Lévy* называют ее „железой эмоций“, и *Laignel-Lavastine* говорит о „нервно-тироидных“ и „психотироидных“ отношениях. Многие авторы указывают на тесную связь между болезненными состояниями щитовидной железы, неврозами (истерией), психозами (маниакальный депрессивный психоз, (*Laignel-Lavastine*, *Léopold Lévy* и *H. de Rothschild*, *Parhon*, *Marbé*, *Вельяминов*, *Régis* и др.). *Oswald* рассматривает щитовидную железу, как орган интерполированный между центральными и периферическими отделами нервной системы в качестве мультипликатора нервных раздражений. Этим

щитовидная железа отличается от других эндокринных желез, играющих роль непосредственных раздражителей нервных центров.

Не меньшую роль в общей регулировке обмена материи и энергии в синергичном контакте с нервной системой, по мнению *Pende*, играют и надпочечные железы, имеющие общее невро-эпителиальное происхождение в их хромаффиновой части с ганглиями солнечного сплетения. Вырабатываемые ими кортикальные липоиды „избирательным образом вступают в обмен нервных двигательных и психомоторных центров“. Продукт их секреции—адреналин действует возбуждающим образом на симпатический отдел высшей нервной системы и, по наблюдениям *Pende*, производит те соматические изменения, которые лежат в основе эмоционального состояния агрессивности („агрессивно-защитительный инстинкт“). Вероятно также влияние надпочечников на сексуальную сферу и связанную с ней аффективность, благодаря тесным отношениям к зачатковым железам (*Kretschmer*). Указывалось также на отношение надпочечников к эпилепсии и связанным с ней аффективным состояниям (*Fischer*).

Роль других желез внутренней секреции не так хорошо изучена, но, вероятно, имеет не меньшее значение. Инкреты половых желез, как мы знаем, эротизируют в значительной степени некоторые специальные центры головного и спинного мозга; некоторые железы стоят в тесной связи с важными вегетативными центрами стволовой части мозга и, в частности, в отношении гипофизиса, напр., недавние исследования *Collin'a* (Nancy) показали, что секрет межучной части гипофизиса направляется через заднюю долю его к центрам *tuber. cinerei*, на которые, повидимому, и оказывает непосредственное воздействие. Эндокринная система таким образом служит посредствующим звеном между средой и организмом; она, по выражению *Fischer'a*, является, одновременно „и фильтром и трансформатором для экзо- и эндогенных раздражений“. Наконец, эндокринная система дает начало своеобразному типу рефлексов, так называемых гуморальных рефлексов, которые, тесно вплетаясь в сеть соматических рефлексов вегетативного и анимального порядка, завершают рефлекторную структуру личности.

Неменьшее значение в настоящее время приписывается и вегетативной нервной системе, которую *Küppers* называет „системой господствующей над всем“ (*ein Alles beherrschendes System*). Это значение в. п. с. определяется, помимо той роли, которую она играет в обмене веществ, также и тем обстоятельством, что она в организме является универсальным аккумулятором и регулятором всевозможных протекающих к ней раздражений. По нервным путям к вегетативным центрам притекают лежащие ниже порога сознания рефлекторные возбуждения, происходящие из различных частей нервной системы или из самых различных отрезков периферии. Со стороны центральной нервной системы направляются импульсы из тех отделов, которые обслуживают различные психические функции, в особенности сферу аффективной жизни, которая, по выражению *Bauer'a*, является, „мощным генератором адекватных возбуждений вегетативных центров“. Наконец, гуморальные раздражения со своей стороны являются источником возбуждения вегетативных центров.

В свою очередь от центров в. п. с. исходят воздействия на железы внешней и внутренней секреции, а также бесчисленные ритмические, возбуждающие и тормозящие, формирующие и отстраивающие индивидуально различные импульсы. „С одной стороны.—говорит *Богомолец*,—

вегетативные функции организма находятся в непосредственной зависимости и от других отделов нервной системы. С другой, влияние вегетативной системы на различные отделы центральной н. с., не исключая и тех, которые являются субстратом психической жизни, не вызывают больше сомнений". Вместе с тем „если несомненно, что в. н. с., с одной стороны, под влиянием процессов, протекающих в центральной н. системе, оказывает влияние на внутрисекреторную деятельность эндокринных желез и на функцию других внутренних органов, то, с другой стороны, и путь влияния инкретов на высшие центры, согласно современным представлениям, идет через висцеральную нервную систему. По ее волокнам, непосредственно соприкасающимся своими окончаниями с гормонами крови, влияния инкретов как бы вливаются в резервуары — промежуточные ганглии, где они суммируются, распределяются и направляются по новым путям к высшим центрам, с которыми они находятся в непосредственной связи. Поток гормонов, устремляющийся в висцеральную нервную систему, создает тот или другой ее тонус, облегчает или тормозит вереницу рефлексов, исходящих из соматической и психической сфер. Так осуществляется связь физического с психическим, так ритм физиологической жизни создает психический ритм“ (*Богомолец*).

Таким образом в. н. с. является посредствующим звеном не только между висцеральной и анимальной жизнью, но также является и тем органом, при посредстве которого осуществляется связь физического с психическим. По выражению *Heyer*'а, она является „физическим субстратом того, что на другом полюсе носит название психического“. Она соединяет совокупность частей нашего тела „в одно органическое целое зуритмической персональности (*Braun*)“, составляя „вегетативную душу“ (*Monakow*) организма.

Являясь наряду с эндокринной и анимальной н. системой одной из трех центральных распределительных ступеней организма, вегетативная нервная система в свою очередь оплетает его сложной сетью разнообразных вегетативных рефлексов: — интравегетативных, сенситиво-вегетативных, вегетативно-сенситивных, вегетативно-моторных и психо-вегетативных (*Glaser*). К числу особенностей этих рефлексов относится то обстоятельство, что в то время, как в анимальной системе раздражение в конце-концов протекает по одному единственному нерву, вегетативные рефлексы идут по многим и различным путям, и к тому же индивидуально различным характером. На патологической почве невропатических конституций эта склонность вегетативных рефлексов к иррадиации и диффузии приобретает особенно отчетливый характер.

Третьей системой, неполноценностью которой обуславливает специфические особенности невропатической почвы, является анимальная система или система соотносительной жизни. Однако, только новейшие исследования позволили заподозрить истинные размеры той роли, которую она играет в нервно-психической жизни организма. До сих пор в понимании различных авторов это была главным образом кортикальная система, система интеллекта, органов чувств, двигательных и чувствительных путей. За последние годы наши воззрения на ее функции существенно изменились и пополнились, и на ряду с кортикальной физиологией и психофизиологией, приобрела выдающееся значение физиология и психология субкортикальных центров. Стволовая часть мозга с ее массивными серыми буграми и серым веществом оказалась носительницей многообразных двигательных автоматизмов, инстинктов

(L. R. Müller, F. Lotmar), аффективности, характера, инстинктивных двигательных импульсов, элементарной двигательной и психической активности, психорегуляции, гармонизации элементарных компонентов инстинктивной и аффективной жизни (Reichardt, Hascovec, Berze, Küppers, Camus, Claude et Robin, Müller, Kleist, Naville, Leyser, Lotmar и др.). Новые воззрения на функции нервной системы позволяют нам говорить, как с полным основанием замечают некоторые авторы (Schilder, Heyer, Schwarz), не только о неврологии сознательной и рефлекторной жизни, но также о неврологии бессознательного\*). Вместе с тем следует отметить, что с точки зрения Hascovec'a—этот столь важный в жизненном отношении отдел центральной нервной системы является в то же время чрезвычайно ранимым по отношению к гeredотропным вредностям.

Возвращаясь к вопросу о патофизиологической структуре невропатической конституции, мы имеем теперь возможность до известной степени составить себе представление о том патологическом уклоне, который вытекает из понятия о функциональной малоценности этих трех основных систем человеческого организма. В общих словах эти патофизиологические тенденции выражаются в неуравновешенности нервных процессов, отсутствии гармоничной их координации как между собой, так и в отношении других функций, функциональной расщепляемости сложных нервных функций самих по себе (сексуальная функция, гипническая функция), в тенденции к выявлению автоматизмов всякого рода, раскрепощению филогенетически поработанных аппаратов—двигательного, чувственного, висцерального, а также примитивных аппаратов инстинктивной, аффективной и сознательной жизни, в качественно и количественно несовершенной адаптации и сопротивляемости по отношению к внутренней и внешней среде и к различным травмирующим моментам.

Неудивительно, что в клиническом отношении „дегенерат есть существо *неуравновешенное*. Таково общее определение, которым можно квалифицировать его состояние“ (Magnan). Он—„игрушка автоматизма своих центров“. „Невропаты—люди крайности—писал Sandras—особенно в нравственном отношении“. Для Morel'я—это „чувствительные существа“ (*êtres sensitifs*), отличающиеся „невероятной восприимчивостью и крайней впечатлительностью“, крайней „пререгулярностью в функциях соотносительной и органической жизни“. Невропатическая конституция есть почва „патологических иммунностей и восприимчивостей“ (Féré), беспорядочных страстей, „жертвой которых падают бессознательно, фатально люди, имеющие несчастье быть конституционально или наследственно предрасположенными“ Moreau (*de Tours*). Многие из тех блестящих характеристик, которые Kretschmer дает своим схиздоидам и циклоидам, вполне применимы, как это, впрочем, он и сам оговаривает\*\*) к посетителям невропатической конституции. Это у них отмечается „холодность чувств и судорожная жажда возбуждений“, это они

\*) Обстоятельную, хотя и очень сжатую, сводку работ по вопросу об отношении субкортикальных центров к психическому см. в недавно вышедшей книге F. Lotmar'a: Die Stammganglien und die extrapyramidal-motorische Syndrome. J. Springer Berl. 1926 г.; об отношении субкортик. центров к бессознательному—в книге O. Schwarz'a: Psychogenese und Psychotherapie Körper. Symptome v. Springer. 1925 г.

\*\*) „Нет никакого сомнения, что многие истерики, невротики, психопаты и дегенераты являются биологически шизоидами“.

„люди с фасадом и глубиной“, „люди с чувствительностью мимоз“, „люди со стеклянными перегородками“, со склонностью к интрапсихическому накоплению и интрапсихической переработке, „с беспомощной робостью перед каждой новой непривычной ситуацией и упорной антипатией к таким переменам ситуации“; „по поводу печальных событий они грустят глубже и дольше других“ и „каждое настроение вызывает у них резонанс“.

Перейдем, однако, к более конкретному изучению свойств почвы невропатического диатеза и ее структурных и динамических особенностей.

В структурном отношении невропатическая конституция характеризуется нарушением нормальных корреляций. В здоровом организме *Bauer* различает четыре основных типа корреляций: 1) *генотипическую или идиоплазматическую корреляцию* (корреляцию наследственных задатков); 2) *морфогенетическую зависимость или*, так называемую, *зависимую дифференцировку*; 3) *гормональную или эндокринную корреляцию*, и 4) *нервную корреляцию*). *Генотипическая корреляция* наблюдается там, где части организма, морфологические признаки или функциональные свойства стоят во взаимной связи или потому, что они являются фенотипическим выражением одного и того же наследственного задатка (плейотропии) или же потому, что лежащие в их основе наследственные задатки, хотя и отличаются один от другого, однако, генетически находятся во взаимном сочетании (*Faktorenkoppelung*). „Знакомство с генотипической корреляцией,—пишет он—покоящейся на плейотропии наследственных задатков и на законе сочетания задатков, является совершенно необходимым для понимания разнообразнейших явлений в сфере патологии. Это во всех отношениях самый важный и самый фундаментальный модус корреляции в организме. Большинство эмпирически установленных фактов практического учения о конституциях—основываются на нем“. С точки зрения аномалии генотипической корреляции („рациональная хромозомальная патология“) объясняется по *Bauer*'у сущность той своеобразной конституциональной болезненной почвы, которая издавна получила название артрита—со всеми ее разнообразными проявлениями: диабетом, подагрой, ожирением, склонностью к экземам, к образованию конкрементов в мочевых и желчных путях, рядом невропатических явлений (нейро-артритизм)—появляющимися то одновременно, то последовательно у одного и того же индивидуума или у различных членов одной и той же семьи в самых разнообразных, причудливо-чередующихся комбинациях. В этой же корреляции получает свое клиническое значение *Status degenerativus*, понимаемый в смысле скопления самых разнообразных конституциональных отклонений от нормы. Ею же объясняются те изученные *Kretschmer*'ом отношения, которые существуют между строением тела и характером, психической конституцией и психической готовностью к болезни.

Под именем *морфогенетической зависимости* или т. н. *зависимой дифференцировки* (*abhängige Differenzierung*) следует понимать зависимость развития и дифференцировки одного какого-нибудь органа или известной его части от наличия или развития другого органа. Этот принцип играет большую роль в построении организма и имеет значение для понимания некоторых болезненных состояний. Так, например, характерные для каждого органа соединительно-тканые формации возникают по закону зависимой дифференцировки из первоначально индифферентной эмбриональной соединительной ткани благодаря влия-

нию, оказанному на эту ткань эпителиальными задатками органов. В то время, как сердце и большие сосуды развиваются согласно обусловленному наследственностью преформированному плану построения, периферические сосуды органов находятся в зависимости от эпигенетических моментов, т.-е. от моментов, приобретающих значение только в течение эмбриогенеза.

*Гормональная или эндокринная корреляция* обуславливает взаимную связь самых различных частей и функций организма через посредство желез внутренней секреции. Этот принцип имеет место, как при морфологическом построении организма, так и в течение различных жизненных процессов. Как последствие нарушения этой корреляции мы наблюдали различные изменения в соматической, нервной и психической жизни.

*Нервная корреляция* состоит в том, что „многие органы, системы органов и части органов стоят в связи через посредство более или менее однородной, общей иннервации“. От индивидуально различной аутохтонной раздражительности и возбудимости, чувствительности и реактивности отдельных органов зависит индивидуально различный эффект одинаковых раздражений, исходящих из центра и направляющихся к периферии по путям вегетативной нервной системы. *Baier* называет это явление *законом зависимости влияния нервных раздражений* от свойства исполнительных органов и полагает, что этот закон является более важным для понимания болезненных явлений, чем понятие о различной возбудимости или даже различном тоне обоих отделов вегетативной нервной системы. К числу исполнительных органов в. н. с. относятся также железы внутренней секреции, которые включены в цепь вегетативной нервной системы, „частью как мультипликаторы, частью как сопротивление“. В свою очередь они влияют на вегетативную нервную систему, чем создается определенный порочный круг.

К числу тех аномалий корреляций, которые не уместаются в рамки *Baуэровских* типов, следует отнести также те ненормальные корреляции, которые являются следствием наследственной недостаточности целых зародышевых листков, как, напр., эктодермальная гередео-мейопрэгия—*Lortat-Jacob'a*; конституциональные мезенхимозы—*Hirszfeld'a* и *Starling'a* и т. д. и при которых наблюдаются характерные сочетания невропатических симптомов с рядом других чисто соматических или висцеральных симптомов.

Особенно характерным для невропатической конституции в клиническом отношении является извращение нормальной зависимости, которая наблюдается в отношении нервной системы соотнормальной жизни к нервной системе вегетативной жизни. В то время, как при нормальной конституции вегетативной нервной системы играет лишь подчиненную роль, скромно оставаясь в тени автономных функций, при невропатической конституции она выходит из филогенетического подчинения анимальной нервной системе, анархически расшатывает и подрывает господство последней и в клиническом, по крайней мере отношении, занимает, если не господствующее, то во всяком случае первенствующее положение. Мы уже говорили выше, что ненормальная возбудимость, чувствительность и раздражимость в. н. с. играет в невропатической конституции такую выдающуюся роль, что *Bauer* считает возможным на основании одного только этого признака квалифицировать конституцию, при которой он встречается, невропатической.

Также при невропатической конституции нередко нарушается та иерархия отношений, которая существует между двумя отделами вегетативной нервной системы—симпатическим и парасимпатическим. В то время, как с точки зрения филогенеза симпатическая система является наиболее древним образованием, парасимпатическая развивается позднее и как выше стоящая тормозит собственно симпатические реакции—на почве невропатической конституции эта зависимость нарушается, и симпатикотропные реакции, как мы показали в одной из своих работ, берут верх над ваготропными.

Таким образом патология нарушает нормальную иерархическую корреляцию отношений между симпатической, парасимпатической системой и системой соотносительной жизни и дает начало первенству вегетотропных (протекающих по путям вегетативной нервной системы) и симпатикотропных реакций. На ряду с расстройством генетических, биологических и физиологических корреляций для невропатической конституции характерно также нарушение гармонии в эволюции различных функций и в их отношении друг к другу.

Здесь мы встречаемся с задержками развития различных органов или функций, которые носят название частичного инфантилизма или как выражался *Tandler*, морфологического или функционального анахронизма; в отношении к функциональной недостаточности отдельных органов и систем французские авторы в этом смысле употребляют термин „мейопрагия“ (*Potain*\*). Наиболее характерной формой функционального анахронизма является—психический инфантилизм (*Bauer*).

Особый интерес представляет частичный инфантилизм полового аппарата, выражающийся, с одной стороны, в евнухидизме (развитии организма без участия половых желез), с другой стороны, в *pubertas praecox*, где особенно поражает отсутствие параллелизма между соматическим и духовным развитием. С точки зрения *Freud*'а, развитие сексуальности проходит 3 ступени организации, прежде чем окончательно сформируется в пубертатном возрасте. Первая ступень характеризуется господством сексуального значения всех отверстий тела: рта, заднего прохода, мочеиспускательного канала, и *Libido* построено аутоэротично; вторая стадия, так наз. „фаллическая“; здесь сексуальность концентрируется на гениталиях, особенно, мужских, и *Libido* направлено на самого индивидуума, как объект. Это нарцисстическая ступень. В возрасте половой зрелости все эти частичные выражения инстинкта сочетаются вместе в примат пола, и *Libido* направляется на его последний объект—лицо другого пола.

Это нормальное развитие может быть во всякое время нарушено или задержано; частичные выявления влечений больше не сливаются в одно гармоническое целое и то один, то другой момент приобретают сравнительную самостоятельную ценность в сексуальности данного индивидуума.

Таким образом сексуальный инфантилизм может характеризоваться неполным сочетанием частичных влечений (*Partialtriebe*), ненормаль-

\*) Под именем мейопрагии (*myopragnie*) *Potain* обозначил состояние органа активность которого стоит ниже нормального уровня и функциональная готовность которого—ограничена. В пределах средней активности он справляется с предъявляемыми ему требованиями, но является дефицитным при повышенных требованиях. Понятие мейопрагии одновременно совмещает в себе и понятие малоценности и понятие частичного инфантилизма. „Как и уродство—говорит *Féré*—болезненное предрасположение является результатом нарушенной эволюции“.

ной задержкой (Überdauern) некоторых из них, недостаточным фиксированием сексуальных стремлений на гепиталиях, переоценкой замещающих актов (Ersatzhandlung).

Равным образом соматические, физиологические и психические компоненты полового влечения могут развиваться не в одинаковом темпе развития и не в одинаковой интенсивности его. Мы нередко встречаем невротиков с резко выявленной психической сексуальностью, с тем что *Schwarz* называет *сексуальным аффектом* без, соответствующей физиологической готовности и, наоборот, людей с ненормально развитой физиологической готовностью без адекватной психосексуальности.

Изучение „индивидуальной кривой развития“ (individuelle Entwicklungskurve) (*Hoffmann*) также дает возможность познакомиться с целым рядом ненормальностей гармонического развития различных функций. В то время, например, как у большинства людей некоторые особенности возраста полового созревания довольно скоро выравниваются, у некоторых они прочно закрепляются, и тогда мы наблюдаем у зрелых уже людей склонность „к мечтательной дружбе, к замкнутой мечтательности, к пламенному одушевлению неземными идеалами“. Побуждения и стремления быстро увядающие у одних после непродолжительного периода расцвета—у других становятся оством и содержанием сформированного характера. Во всех этих случаях по мнению *Hoffmann*'а, можно говорить о *дефективном психическом созревании*, не всегда идущем рука об руку с соответствующим соматическим инфантилизмом. С другой стороны, возможны и случаи запаздывания периода созревания, при чем и здесь соматическая и психическая пубертатность далеко не связаны абсолютной корреляцией, „психическая пубертатность может идти своим путем“. В качестве иллюстрации *Hoffmann* приводит пример *Достоевского*, который, по словам его дочери, только к 40 годам проделал те юношеские безумства, которые переживают почти все молодые люди. Аналогичные же расстройства гармонической корреляции можно наблюдать и в связи с возрастом инволюции, хотя они и гораздо менее изучены.

Отсутствие гармонии в эволюции и инволюции желез внутренней секреции, которые, как мы знаем, развиваются в известной последовательности, также способно наложить на невропатическую конституцию своеобразный дизэндокрипный отпечаток, примером чему может служить status thymico-lymphaticus с его многочисленными невропатическими чертами.

То же относится и к нервной системе, различные отделы которой могут представлять у дегенератов значительные отклонения в темпе развития.

Все эти гететические, анатомические, патологические и физиологические структурные ненормальности невропатической конституции создают совершенно особую и своеобразную диатэзическую почву, характеризующуюся причудливостью реакций, процессов и тенденций и позволяющую говорить о патофизиологических особенностях невропатической личности. На некоторых из этих особенностей, играющих наиболее заметную роль в клинике невропатических конституций, мы и остановимся более подробно.

Как общее правило, конституциональные невропаты не выносят состояний высокого напряжения, связанных с конденсированными переживаниями длительного или преходящего характера, независимо от того являются ли эти переживания—состояниями эмоционального харак-



тера, длительным умственным напряжением, физической усталостью, состоянием ожидания, непривычной ситуацией, сильными болевыми или неприятными ощущениями и т. д., независимо также от того, откуда исходят эти раздражения, из центра ли или с периферии. Особенно обращает на себя внимание чувствительность невропатом к психогенным травмам.

*Pototzky* даже считает наклонность к органическим расстройствам психогенного происхождения одним из существенных признаков психопатических конституциональных и реактивных типов. „Мы в первую очередь—пишет он—ставим себе вопрос о характере нервного конституционального типа, как только мы встречаем психогенные органические симптомы“.

В том же смысле высказывается и *Reichhardt*: „Неизмеримо чаще,—говорит он.—встречаются невропатические реакции, возникающие в результате психических поводов или влияний. Именно по этим психически обусловленным реакциям особенно часто можно распознать невропатическую конституциональную аномалию. Психо-реактивные явления принадлежат к числу известнейших невропатических стигм невропатического задатка“.

Роль психогенных факторов, при таких конституционально-дегенеративных заболеваниях, как истерия, психастения, эмотивный психоневроз, неврастения и т. д. ни для кого не составляет сомнения (*Dubois, Déjérine, Thomas, Freud, Блуменау, O. Schwarz, Schilder, Braun, Walthard, Mayer, Allers, Maurice de Fleury, Claude, Hesnard* и мн др.). Весь вопрос в том, что следует понимать под психогенными факторами. Хотя, как говорит *Dubois* „психогенными представляются все те явления, при возникновении которых этиологическую роль играют представления и аффекты“, однако, большинство авторов держатся той точки зрения, что большинство расстройств, наблюдаемых у невропатом, следует рассматривать, как эмоциональные. „Аффект непосредственно действует нарушающим образом на большинство функций организма“ (*Dubois*).

Можно ли однако аффекты или эмоции рассматривать, как чисто психогенные факторы? Не является ли подобный взгляд определенным пережитком старых психологических воззрений? Мы думаем, что это именно так. Роль психического момента в психогенном действии аффектов в действительности сравнительно не так велика. Уже старые авторы рассматривали эмоциональный шок, только как провоцирующий момент. Выше мы уже говорили об этом. Современные же авторы, поскольку они не отравлены ядом психологизма и кортикализма, переносят центр тяжести вопроса об эмотивном психогеннозе с самых эмоций на эмотивность \*) (*Thomas, Janet, Dupré, Maurice de Fleury*) или как говорит *Déjérine*, на внутреннюю эмоцию (*émotion interne*). Эмотивность же есть, по определению *Janet*, „тенденция заместить высшие операции духа усилением некоторых низших операций, в особенности же грубыми висцеральными волнениями“. По мнению *Laignel-Lavastine*'а, она является выражением темперамента, характеризующегося сенситивомоторной гиперценестезией с атактическими вазомоторными и секреторными реакциями“ или, как говорит *Maurice de Fleury*, „не чем иным,

\*) „Существует фактор, который господствует над всей этиологией психоневрозов и известного числа душевных болезней—это эмоция. Существует конституциональное состояние, которое предрасполагает более чем всякое другое к их развитию—это эмотивность. (*Thomas*).

как более высокой степенью реактивности нашего организма на стимулы внешнего мира". Другими словами эмотивность—есть патологическая конституция организма в целом (*Duprè*) и в первую очередь патологическая конституция вегетативной нервной системы и тех субкортикальных центров, которые являются физиологической базой эмотивных, аффективных и инстинктивных процессов. Эта точка зрения является господствующей в недавно вышедшем сборном труде немецких авторов— „*Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*“; она же принимается целым рядом французских авторов (*Mairet et Piéron, Euzière et Margarot, Tinel, Laignel-Lavastine, Maurice de Fleury, Thomas* и др.), опирающийся в своих заключениях на богатый опыт минувшей войны. Удельный вес психического момента эмоции, как такового далеко не так велик, как показали уже в свое время наблюдения *Babinski*'ого и *Dagnan-Bouveret*. Он еще более умалется механизмом условного рефлекса, сочетающим эмотивную конституцию с различными условными психическими раздражителями.

Но и, помимо эмотивности, центр тяжести эмоции вовсе не лежит в моменте психического или, вернее говоря, интеллектуального. Эмоция возникает постолько, поскольку она мобилизует какой-нибудь инстинкт или какую-нибудь перво-биологическую установку личности. Будет или нет какой-нибудь субъект переживать эмоцию любви и как он ее будет переживать—это зависит от целостности и гармонического развития его сексуального аппарата. В практике сексуальной психопатологии мы встречаем сплошь и рядом людей, у которых аффект любви носит или характер чисто платонический, или чисто физиологический или у которых совсем нет никакого аффекта любви. Равным образом и эмоция страха, как показал опыт войны, может варьировать самым причудливым образом в зависимости от человека или, вернее говоря, от строения тех центральных механизмов, которые являются субстратом инстинктивной и аффективной жизни и от тех систем (эндокринной и вегетативной), которые обслуживают, сенсibiliзируют, усиливают или тормозят длительность этих центров (*Aschaffenburg, M. de Fleury*). Поэтому, говоря об эмоции\*), мы будем понимать совокупность тех психофизиологических явлений, которые вызываются более или менее быстрой и интенсивной мобилизацией примитивного психизма (стремлений или инстинктов) безусловными или чаще условными раздражителями, не забывая при этом того основного положения, что в основе этого примитивного психизма лежит определенный анатомо-физиологический субстрат.

Неудивительно, что некоторые из современных авторов имеют тенденцию рассматривать аффективную жизнь не с психологической, а с физиологической точки зрения. В частности в последнее время этот взгляд поддерживается *Palagyi* и разделяющим его воззрения *E. Leyser*'ом.

*Palagyi* различает в жизни 3 ряда явлений, которые не сводимы друг к другу: акты сознания, витальные процессы и механические явления. К числу витальных вегетативных процессов, помимо питания, обмена веществ, размножения, заживления и т. д., он причисляет также и все то, что непосредственно не может войти в соприкосновение с сознанием, но вступает с ним в связь через посредствующее звено—чувства. Такие высшие анимальные жизненные процессы, как ощущения, чувства, фантазмы, вовсе не являются деятельностью сознания, как это до сих пор ложно

\*) Более точное определение того, что следует понимать под эмоцией и аффектом, см. в следующей главе.

принималось, но только связаны с ней и в действительности представляют собой *нервные процессы, процессы в нервной паренхиме*.

По *Leysery*: «понятие чувств, охватывающих обширную область психических явлений, начиная с общих чувств, душевных движений, настроений, волнений и кончая локализуемыми болевыми ощущениями, являются жизненными нервными процессами, различной продолжительности, которые сами по себе совершенно бессознательны, подчиняются ритмическим и периодическим колебаниям и отвечают жизненным тенденциям организма или его различных частей. Они образуют богато разветвляющуюся жизнь чувств, которая является выражением витальных вегетативных явлений и вместе с тем пробуждается вегетативным жизненным процессом; сюда же впадают такие душевные движения, которые возникают из воздействия психических моментов... на вегетативный жизненный процесс и связанные с последним системы произвольных движений и секретий. Физиологическая структура этого витального процесса, лежащего в основе жизни чувств, будет еще в течение долгого времени предметом исканий, особенно, если принять во внимание сложные взаимоотношения и связи различных аппаратов; тем не менее с эвристической точки зрения следует твердо установить то обстоятельство, что *учение о чувствах является главой физиологии и что к нему следует подходить с методами биологического анализа*. Теперь речь идет о том, чтобы наряду с физиологией органов чувств и физиологией движений построить физиологию чувств». Строительные же камни для построения физиологии аффектов *Leysery* предлагает искать в физиологии нервной системы.

Этими соображениями, однако, не исчерпывается вопрос о психогенной травматизации. Мобилизация примитивных механизмов человеческой психики не связана для нормальной конституции с понятием травматизма. Это есть нормальный биологический или физиологический акт.

Говоря о травмирующем действии психогенных факторов, мы именно паталкиваемся на новый момент, особенно отчетливо рисующийся на фоне патофизиологических особенностей невропатической конституции, именно на момент *индивидуальной емкости к определенному количеству раздражения*. Здесь речь идет о „чрезмерно сильном нервном раздражении периферического (чувствительного) или центрального психического происхождения“ (*Coenen*). Действие эмоций можно в этом смысле уподобить действию шока, „когда совокупность центростремительных нервов подвергается чрезмерным раздражениям, следовательно, когда все поперечное сечение нервов, подвергшееся насилию имеет большую поверхность, и центральный орган воспринимает необычно мощный периферический импульс на широкой спинно-мозговой проекции“ (*Coenen*). Для разного рода раздражений имеются определенные границы *психической емкости*, за пределами которой начинается в зависимости от массы нервного заряда—„деривация“, „взрыв“ (*A. Delmas*), „нервное кровотечение“ (*Maurice de Fleury*), „срывная реакция“, „аффективное переполнение“ (*Шевалев*) и т. д. Можно выпосить боль, щекотку, зуд, страх, тревогу только до известной определенной для каждого индивидуума степени, и если эмоция является травмирующим фактором, то не столько в силу ее качественных свойств, сколько в силу ее количественной нервной стороны \*).

\*) Вопрос о „психической емкости“ был уже в свое время намечен *Spencer*’ом, который в своем опыте „о физиологии смеха“ указывает на „общий закон, что чувства, переходящие известную степень напряженности, обыкновенно обнаруживаются телесными движениями“, и что „избыток нервных сил, лишенный направления, возьмет, очевидно,

Невыносливость невропатов к подобным состояниям, связанным с чувством напряжения, обусловлено целым рядом моментов. Во-первых, индивидуальный коэффициент выносливости у невропатов, вообще, понижен. Во-вторых, эмоциональный, болевой и вообще чувствительный резонанс невропатов значительно выше, чем у нормальных людей. Всем нам известна повышенная болевая восприимчивость невропатов, их чувствительность к различным сенсорным раздражениям, их ненормальная щекотливость (*M. de Fleury*), их повышенная аффективность, впечатлительность и раздражительность. В-третьих, невропатам присущ особый механизм накапливания раздражений и переживаний. В этом смысле *Kretschmer* говорит об „интрапсихической задержке и интрапсихическом накоплении переживаний“ у схиизоидов, *Katsch* о чем-то „в роде психической аллергии, которая бывает иной после удачно превзойденного конфликта и иной после неразрешенного, вытесненного“, *Scheller* — „о накоплении психического динамита“. *Dupré* указал на сенсбилизацию психизма „зарядом первых эмоциональных потрясений“, *Pascal* и *Davesne* рассматривают психическую сенсбилизацию, „как явление эмоциональной гипермнезии, как совокупность бесчисленного количества элементарных аффективных воспоминаний, сумма потенциальной энергии которых образует психическую анафилаксию“, специфичную в том смысле, что „каждая мнемоническая группировка способна давать в качестве разряда только свою специфичность“. *L. Braun* вводит понятие об „ассоциирующей силе аффективности“ (*assoziiierende Kraft der Affektivität*), выражающейся в том, что новые аффекты могут разбудить подобные старые и усилить их запечатлевшиеся следы. „Таким образом действие выходит далеко за пределы вызывающего момента и не находится в соответствии с причиной“. Также и *Schilder* уделяет внимание этому механизму. „В каждом психическом переживании,—пишет он,— где-то лежит прошлое и эти психические моменты определяют актуальную ценность вновь наступающего переживания или другими словами— факторы психической энергии обладают способностью переноситься на вновь возникающее переживание... Таким образом, актуальная ценность переживания зависит отчасти от имеющейся налицо психической энергии, с другой стороны, от психических энергий, которые переносятся на настоящее переживание со стороны подобных связанных или равноценных переживаний в прошлом. ...Понятие актуальной ценности переживания облегчает понимание соматических процессов, указывает на соматический энергетический фактор, но отражается также и на психическом“. Также и учение *Freud'a* о вытеснении связано с представлением об интрапсихическом накоплении. Вытесненное переживание перемещается в бессознательное, оттесняется в залустевшие каналы детской сексуальности и частичных инстинктов и там в бессознательном играет роль „собирателя и распределителя энергий“.

Как бы там ни было и как бы мы ни квалифицировали этот процесс *sui generis* („интрапсихическое накопление“, „психическая аллер-

вичале самые обычные пути, а если они для него недостаточны, он перейдет на более непривычные“ (цит. по *Дарвину*: о выражении ощущений и т. д.).

Вопросу о „психической вместимости“ посвящена также недавно появившаяся статья проф. *Е. А. Швалева*, в которой он указывает на то, что „размер аффективной вместимости у отдельных лиц весьма значительно колеблется в зависимости от их индивидуальности. Эти колебания в степени аффективной вместимости являются, пожалуй, наиболее характерными особенностями нашей психики, наиболее резко и отчетливо оттеняющими индивидуальную психическую структуру того или иного лица и при том более резко, нежели какой-нибудь иной психический признак“.

гия“, „психическая анафилаксия“, „ассоциирующая сила эффективности“, „сенсбилизация психизма“ и т. д.)—мы несомненно имеем дело с патофизиологическим новообразованием, наличие которого позволяет говорить о своеобразной *аффективной конституции* невропатозов, столь же примечательной для невропатической конституции, как и конституция эмотивная, характеризующаяся анархией и атаксией вазомоторных и лиссомоторных реакций, в особенности, если мы включим в это понятие вышеуказанную повышенную сенсорную и аффективную восприимчивость и впечатлительность.

Понимаемая в таком смысле аффективная конституция позволяет нам составить себе представление о тех мощных зарядах нервно-психической энергии, с которыми приходится иметь дело невропату, в особенности, если еще принять во внимание, что характер тех эмоций, с которыми, вообще, соединяется представление о травматизме—эмоции угнетения, тревоги и страха,—уже сам по себе отмечается моментом психического напряжения или перенапряжения.

Аффективная конституция является однако только одним из моментов патофизиологии психогеноза на почве невропатической конституции. Последующими моментами являются мобилизация аффекта и его реализация.

С мобилизацией аффектов тесно связан вопрос о характере и режиме условных рефлексов на почве невропатической конституции. Если этот вопрос теоретически почти совершенно не разработан, то в клиническом отношении он имеет под собой уже определенную эмпирическую почву. Уже у *Павлова* имеются указания на особенности воспитания условных рефлексов у „нервных собак“. Более определенные указания мы находим у *Красногорского* в связи с условным рвотным рефлексом у невропатических детей. Вот что он пишет по этому поводу: „Условный рвотный рефлекс образуется у невропатических детей, иногда с беспословной быстротой. В некоторых случаях одной рвоты бывает достаточно, чтобы все раздражения, действующие на ребенка в данный момент, как, например, вид и запах пищи, окружающие предметы, наконец, слова вошли в связь с рвотным центром. При этом не только вся окружающая обстановка, но и весь комплекс автономных возбуждений, обуславливающих то или иное психическое состояние ребенка, связываются условной временной связью с рвотным центром и затем могут самостоятельно вызвать рвоту. Но насколько быстро образуется условный рвотный рефлекс, настолько медленно в большинстве случаев он идет на угашение. Это *быстрое образование и необычайно медленное угашение рефлекса*, составляющее, повидимому, характерную черту для известного типа невропатических детей, неоднократно наблюдалось нами также и на других условных рефлексах“. Еще дальше идет в этом направлении *Бехтерев*, который почти всю область сексуальной психопатологии сводит к механизму сочетательного рефлекса. Независимо от того, насколько можно принять цельностью все положения *Бехтерева*, ему можно поставить только в упрек то обстоятельство, что он не оговаривает патологического характера этих сочетательных рефлексов. Аналогичное воззрение на механизм сексуальных аномалий и некоторых импульсивных актов (клептомания, пиромания) у гиперэмотивных лиц высказывает также французский психолог *Achille Delmas*. Он их также объясняет механизмом условных рефлексов, и это толкование встречает полную поддержку со стороны психиатра *Maurice de Fleury*. Указания на роль условных рефлексов у невропатозов мы еще

раньше находили у *Dubois*. „У некоторых больных,—говорит он,—головные боли наступают внезапно на основании представления (напр. цветов, запаха которых не выносит пациентка), что эту кефалалгию следует рассматривать, как мимическое выражение страха“. Особенно много внимания, однако, вопросу о характере условных рефлексов у невропатов уделяют немецкие авторы—*Schilder, Heyer, Braun, Katsch, Walthard, Pototzky, Mayer* и др. Психические процессы, по мнению *Schilder*'а, нельзя свести к условным рефлексам, но в механизме неврозов, в мобилизации ненормальных установок частичными проявлениями прежних ситуаций—условные рефлексы играют капитальную роль. Если когда-нибудь вследствие сильного переживания вызывается сильная реакция (нормального или ненормального характера), то следствием этого явится то обстоятельство, что малейшее раздражение в направлении указанного переживания, которые только частично напоминают его, а также аффективно окрашенные процессы, связь которых с исходным переживанием можно лишь с трудом понять или совсем даже нельзя понять—все эти раздражения обладают способностью вновь вызывать ту же реакцию и в той же силе. „Истерики получают впервые свои болезненные симптомы вслед за сильными душевными потрясениями. Впоследствии те же симптомы возникают вновь при малейших случайностях, стоящих в какой-либо, даже отдаленной связи с первоначальным переживанием. Таким образом возникают сделавшиеся привычными ненормальные типы реакций. Склонность к непреодолимым привыканиям свойственна всем, но гораздо резче выражена у психопатов. Все первые переживания имеют решающее значение“. „Переживание, которое в первый раз вызывает определенный аффект, создает вместе с тем данное аффектное качество на всю жизнь (*Beuler*)“. *G. Katsch* указывает на тот факт, что стремление образовывать и фиксировать условные рефлексы неодинаково, как это видно уже из опытов *Павлова* у разных собак. У людей индивидуальные различия еще резче выражены. „Особенно важно своеобразное поведение в этом отношении невротических и психопатических личностей. Приходится обращать внимание с какой готовностью и какие рефлексы образуются, на скорость их образования, специфичность, а также торозимность вследствие корреляции опыта... Поразительную склонность некоторых взрослых образовывать условные рефлексы такого рода, что они не стоят в гармоническом сочетании с их сознательной личностью, можно рассматривать, как известную разновидность психического инфантилизма“.

На значении условных рефлексов в мобилизации „невропатических реакционных механизмов“ настаивает и *Reichhardt*. Он говорит, что эти механизмы могут быть приведены в движение с помощью живо воспроизведенного аффекта. Напр., непосредственно произвольно („durch den Willen“) нельзя ускорить деятельности сердца, но это возможно сделать, если живо мысленно воспроизвести какую-нибудь связанную с аффективным переживанием ситуацию. Другой пример: „нередко наблюдается склонность к рефлекторному опорожнению прямой кишки в связи с событиями, которые сопровождаются сильными аффективными переживаниями, т.е., другими словами, к независимому от воли, вызванному аффектом особого качества психовегетативному рефлексу. И здесь нередко удастся—если даны вегетативные предпосылки рефлекса, т.е. если нисходящая толстая кишка или прямая кишка наполнены калом,—вызвать акт дефекации путем живого произвольного вос-

произведения подобной захватывающей ситуации (*механизмом условных рефлексов*)“.

Таким же путем у невропатов нередко вызывается возбуждение *Arrectores pilorum*, „гусиная кожа“, напр., при мысленном воспроизведении царапанья стекла, проведения пальцем по бархатной ткани и т. д. (*Reichhardt, Thomas*).

На значение Павловских условных рефлексов при желудочных заболеваниях у невропатов указали на последнем с'езде Общества для изучения болезней пищеварения и обмена веществ (13—16 окт. 1926 г. Berlin) также *F. H. Léwy, Weizsäcker, Curschmann*.

Много внимания уделяет механизму условных рефлексов в происхождении различных нервных расстройств у детей невропатов проф. *Pototzky*. „Всякого рода раздражения,—пишет он,—(страх, отвращение и т. д.) могут вызвать обморочное состояние. Тогда вступают в права условные рефлексy. Если ребенок в комнате, наполненной людьми, плохо себя почувствовал и упал в обморок, он впоследствии сможет реагировать обмороками всякий раз как попадет в эту комнату. Бывают самые различные поводы: вид крови, мучения животных, неприятности в школе... Некоторые дети имеют обыкновение долго задерживать пищу во рту. Здесь часто действуют неприятно окрашенные воспоминания о горячей или холодной пище, прошедшей ангине или каком-нибудь временном расстройстве глотания, которые и обуславливают это условное торможение. То же относится и к рвоте. Состояние страха всякого рода играют при этом особенно выдающуюся роль... Если у нервного ребенка прерывается когда-нибудь сон—то бессонница может сделаться привычной“. Считаясь со значением условных рефлексов в механизме первых расстройств восприимчивых детей *Pototzky* предлагает обращать большое внимание, „чтобы не нарушать установившихся условных рефлексов и, наоборот, устранять мешающие“.

Также и *F. Hamburger* обращает внимание на значение „воспоминаний“ у детей невропатов. „Особенно резко выражено предрасположение,—пишет он,—у тех детей, которые обнаруживают сильную склонность к воспоминаниям. Достаточно, чтобы появилось воспоминание о переживании, чтобы вместе с тем возник и болезненный симптом. Воспоминание вызывается с большой легкостью, а вслед за ним и болезненное явление. Таким образом, развивается привычная болезнь или болезненная привычка. Отсюда вполне правильное издавна установившееся обозначение привычной головной боли, привычного запора, привычной рвоты и т. д. Подобные привычные заболевания в детском возрасте встречаются очень часто“.

Также и в механизме некоторых гинекологических симптомов на невропатической почве *Waltherd* приписывает большую роль „приобретшим самостоятельность условным рефлексам“. Так, например, вагинизм трактуется *Waltherd*’ом и *Steckel*’ем, как выражение душевных процессов—боязни или отклонения сексуальных сношений. „Эта психическая установка женщины,—пишет *Mayer*,—ведет в качестве *Angstneurose*, путем сделавшегося самостоятельным условного рефлекса—к повышению тонуса и судорожному сокращению тазовых мышц и аддукторов бедра. Поэтому психические причины вагинизма могут быть самыми разнообразными: неловкость или грубость мужчины, слабая мужественность, недружелюбное отношение к матери жены, духовная привязанность к другому, религиозный фанатизм, неясное представление о браке, самообвинение в добрачных сношениях, ошибки при врачебном исследовании“.

довании "... Механизмом условных рефлексов объясняет также *Maue* возникновение различных психогенных болей у женщин, „связанных с вновь ожившим под влиянием воспоминания, старом беспокойстве или старом переживании“. Также галакторрея кормящих грудью женщин нередко обязана своим происхождением условному рефлексу. Роль условных рефлексов в генезе неврогических симптомов желудочно-кишечного тракта подчеркивают *Fleiner, Heyer, Langheinrich, Katsch*. В качестве иллюстрации можно привести случай *Fleiner'a*: старая пациентка регулярно имеет стул после визита врача; когда врач уехал—длительный запор. Тогда врач присылает пациентке свою карточку, и пациентка имеет стул, как только в привычное время смотрит на эту карточку.

Любопытные примеры патологических условных рефлексов на почве аллергического диатеза приводит *Kämmerer*. Так *Stieker* рассказывает, что сын энтомолога *Bischoffa* принес домой сосновую ветку с гнездом гусениц. Часом позже он получил болезненное воспаление кожи, от которого он медленно поправился. Год спустя он приблизительно в это же время страдал сильным зудом с крапивоподобной сыпью всякий раз, как только шла речь об этом виде гусениц. Два другие случая приводит *E. V. Düring*. Один пациент страдал крапивницей всякий раз после употребления яиц. Долгое время спустя после того, как яйца были изъяты из питания, однажды незаметно в пищу было прибавлено яйцо. На этот раз крапивной сыпи не наблюдалось, но когда неделю спустя *Düring* сказал больному, что он уже несколько дней, как употребляет в пищу яйца и хорошо их переносит—крапивные волдыри высыпали через несколько часов. В другом случае *Düring* встретился с одной дамой на Востоке, которая ему заявила, что она страдает идиосинкразией к оливковому маслу. Всякое употребление масла вызывало у ней незамедлительно рвоту. Однажды при одной из встреч им пришлось вместе есть блюдо, которое, как ему было известно, было приготовлено на оливковом масле. На утро он спросил даму, как она себя чувствует после вчерашней еды. „Прекрасно“. Однако, как только он сказал, что вчерашнее блюдо было приготовлено на оливковом масле—у нее с молниеносной быстротой наступила рвота. „Впрочем.—добавляет *Kämmerer*—тот факт, что эмоционально окрашенные представления и воспоминания интенсивно действуют на вегетативную нервную систему—это является общим местом“.

К числу патологических условных рефлексов следует отнести без сомнения и большинство психовегетативных рефлексов *Glaser'a*, под которыми он понимает рефлекторное воздействие представлений, воспоминаний и построений на внутренние органы через посредство вегетативной нервной системы. Подобные психовегетативные рефлекссы могут действовать, напр., на грудную железу („одной мысли о кормлении достаточно, чтобы вызвать приток молока“), на сердце (сердцебиение при радостных воспоминаниях), на половые органы (эрекция при сладострастных мыслях), на *libido* (набухание кавернозных тел и секреция желез слизистых оболочек промежности у женщин под влиянием чувственных образов и чувственных воспоминаний) и т. д. Все эти рефлекссы являются патологическими как в смысле быстроты их образования, так и в смысле прочности и распространенности рефлекторных связей на путях вегетативной системы.

В свою очередь мы систематически наблюдали у детей невротиков необычайно быстрое образование условных рефлекссов на болевые раз-



дражения, вызванные искровой фразклиннизацией в областях вызывания кожных рефлексов. После одно- или двукратного раздражения при одном приближении ручного аппарата к соответствующей области получался адекватный кожный рефлекс. Так, при приближении аппарата к внутренне-верхней области бедра получался моментально яичковый рефлекс, при приближении аппарата к подошвенной стороне стопы — тонический тыльно-супинационный рефлекс стопы, при приближении к мышцам живота — брюшной рефлекс. У нормальных детей даже многократные болевые раздражения — условных кожных рефлексов не вызывали. У взрослых невропатов также необычайно легко вырабатывается условный кремастеровый рефлекс на укол булавкой в области рефлексогенной зоны этого рефлекса. Подводя итоги всему сказанному, мы видим, что существенная роль условных рефлексов в патофизиологии невропатической конституции заключается в том, что они с необычайной легкостью включают в сферу интеллекта (образы, представления, воспоминания) целую сеть инстинктивных и рефлекторных движений анимального и вегетативного порядка. В отношении к мобилизации аффективных движений они в полной мере заслуживают названия *эмоциональных условных рефлексов*. Эта мобилизация совершается тем легче, чем в более напряженном или возбужденном состоянии находится тот или иной аффективный аппарат, чем более он сенсбилизирован. Благодаря условным рефлексам мир прошлого и мир будущего, воспоминания и ожидания, принимают у невропатов — необычайно сильную аффективную и актуальную окраску и накладывают тот или иной аффективный отпечаток на его актуальную деятельность в смысле ее возбуждения или торможения. Предчувствия и аффективные воспоминания всегда опережают его поступки и связывают его активность. Вот почему невропаты относятся к числу тех людей, „которые видят розы среди шипов“ и еще чаще к числу тех, „которые видят шипы среди роз“ (А. Karr), которые живут прежде всего будущим или прошлым.

С другой стороны, патологические условные рефлексы, благодаря своей способности мобилизовать аффективный аппарат, — являются конденсаторами и катализаторами аффективной жизни. Они реализуют аффективное прошлое с такой неожиданностью, быстротой и широтой, главным образом в его двигательной части, что производят на нервную систему настоящее шоковое действие, тем более сильное, что, как мы видели выше, аффективная конституция невропата и без того находится в перенапряженном состоянии.

В следующей главе анализ действия аффектов даст нам возможность познакомиться с другими патофизиологическими особенностями конституции невропатов.

## VI.

„Знание роли эмоции в патогенезе психических и функциональных заболеваний — говорит Thomas — чрезвычайно важно по многим основаниям. Одно из главных заключается в том, чтобы уметь отделить действительную эмоцию, вызванную психическим шоком, от патологической конституциональной эмотивности“.

Этот совет, конечно, чрезвычайно хорош, но его не так легко привести в исполнение, п. ч. самое понятие эмоции является одним из наименее определенных и наиболее неясных терминов психологии.

Не вдаваясь в историю и теорию вопроса, которая в своих существенных чертах недавно изложена в статье пр. *Гаккебуша*, мы в интересах дальнейшего попытаемся вкратце высказать свое понимание его. То, что принято называть эмоцией, в действительности сочетает в себе два различных процесса, которые по существу можно охарактеризовать как процесс аффективного заряда и процесс эмоционального разряда \*). Между этими двумя процессами не существует обязательного параллелизма. Как мы видели выше, существуют лица, способные к накоплению высоких зарядов аффективности при очень пониженной способности к эмоциональным разрядам и наоборот, существуют и такие, которые при самом слабом напряжении аффекта готовы дать эмоциональную реакцию.

Случаи подобной диссоциации между физиологическим синдромом эмоции и аффективными явлениями наблюдаются, как говорит *Laignel-Lavastine*, далеко не редко. *Maranon* во Франции и *Kieley* в Америке констатировали, что у гипертиреоидных лиц вырыскивание 1—2 mgr адреналина вызывает физиологический комплекс эмоции с дрожанием, тахикардией, блеском глаз, вазомоторными расстройствами. Однако экспериментируемые лица отвечают: я себя веду, как если бы я был взволнован, но я вместе с тем совершенно не чувствую никакого волнения. И в нашей повседневной практике нередко мы также встречаемся со сходными случаями. Так, напр., один из наших больных Э., 23 лет, жалуется на полное отсутствие эротических желаний; он не имеет и не чувствует никакой потребности иметь половые сношения с женщинами и вместе с тем случайная близость женщины вызывает у него сильнейшие эякуляции, не сопровождаемые, между прочим, никакими либидинозными ощущениями. Многочисленные случаи подобного расщепления психологических и физиологических компонентов полового чувства описали недавно *R. Dupouy* и *G. Naudascher* (La Pr. Méd. № 90, 1926) под именем „сексуальной индифферентности и сексуального апрагматизма у схиэзоманов“.

У артериосклеротиков сплошь да рядом можно наблюдать эмоциональные реакции, не обоснованные никакими аффективными переживаниями. Так, напр., больной К., 66 л., поступивший во 2-ую Псих. больницу вследствие острых кратковременных галлюцинаторных вспышек рассказывает, что он уже около 4-х лет стал плакать без всякой видимой причины и без всякого желания плакать. „Сидишь как дурак и плачешь“, говорит он.

Наблюдаются нередко и случаи эссенциальной эмотивности как таковой. *Дарвин* указывает на более или менее выраженную унаследованную тенденцию некоторых лиц к покраснению лица. *R. Porak* таким же эмоциональным симптомом считает припухание щитовидной железы. Один из наших больных, молодой человек 20 л., жалуется на то, что когда ему приходится идти в учреждение или к врачу, он не испытывает никакого определенного чувства и не имеет обычно никаких оснований волноваться и вместе с тем у него каждый раз при подобных обстоятельствах появляется сильнейшее сердцебиение. Действительно, пульс у него был около 130 и волноваться тоже не было особых оснований, потому что он явился в Центральную Поликлинику на

\*) „Было бы большим заблуждением, — пишет *Thomas*, — смешивать аффективность и эмотивность, и однако, эта ошибка допускается очень многими“. Очень многими, однако, и теперь понятия аффект и эмоция смешиваются вместе (см. также *Grot, Pibou, I. Zeehandelaar* в лит. указ.).

предмет освидетельствования, имея в виду поступить в одну из военных школ. Исследование показало у него ряд выраженных невропатических симптомов. Другой больной в аналогичных обстоятельствах обнаруживал повышенную потливость.

Самое понятие аффективности в значительной мере утратило свое прежнее почти исключительно психологическое значение и приобрело неврологический характер в том смысле, что многие из современных авторов (*Müller, Higier, Гринштейн, Glaser* и др.) имеют тенденцию подвести неврологический фундамент под субъективные переживания. Так, чувство голода, жажды, щекотливости, боли, удовольствия, *libido*, страха рассматриваются как связанные с определенными системами (чувство щекотливости, напр., или болевое—с вегетативной нервной системой—*Müller, Higier, Piéron*) или соответствующими центрами (центры чувства голода, жажды, *libido*, удовольствия и т. д.—*Müller, Glaser, Гринштейн, Schüller, Laignel-Lavastine*). Все эти субъективные аффективные переживания имеют, вероятно, такую же строгую топографическую первичную локализацию, как и сенсорные переживания. Таким образом, качественность аффекта имеет под собой неврологическую, тонически разграниченную почву. Помимо качественного тона все аффекты связаны с определенным более или менее сильным чувством возбуждения или напряжения. Такова структура афферентной части дуги аффективно-эмотивного рефлекса, который может быть приведен в действие, как безусловными раздражителями (физическими, химическими, биологическими), так и условными. При известной степени аффективного напряжения, различного в зависимости от качества и характера аффекта и от индивидуальных особенностей личности, происходит переключение первого заряда на двигательные пути (вегетативные, экстрапирамидные), и эта соматическая реализация аффекта получает название эмоции, являющейся эфферентной частью дуги аффективно-эмоционального рефлекса \*).

В тех случаях когда аффективный заряд непосредственно не реализуется в соматических двигательных реакциях, рефлекторная природа чувств выявляется в своеобразных психомоторных состояниях („субъективная деятельность“—*Гротта*), которым мы в зависимости от характера аффекта даем название психических установок (*attitudes—Binet*), стремлений, желаний или влечений. И на этот момент аффек-

\*) *Ribot* говорит, что „эмоции являются организованными проявлениями аффективной жизни“ („manifestations organisées de la vie affective“). *Sherrington* также определяет эмоцию движением („Emotion moves us, hence the name“).

Что касается переключения аффективного напряжения на двигательные пути, то это обстоятельство неоднократно отмечалось многими авторами. Так, *Бэн* писал в 1864 г. следующее: „Я смотрю на так называемое выражение, как на нераздельную часть чувствования. Я принимаю за один из общих законов разума, что вместе с фактом внутреннего чувствования или сознания происходит общее рассеянное возбуждение наружных органов тела“. *Спенсер* также полагает, что всякое чувство сопровождается диффузным двигательным разрядом, пропорциональным его интенсивности и независимым от приятного или неприятного характера чувства. „Имеется,—говорит он,—определенное отношение между количеством чувства и суммой порожденных движений... Всем чувствам присущ общий характер—вызывать соматическое действие, интенсивность которого пропорциональна силе чувства“. *Дарвин* также считает это явление „в высшей степени важным законом“. (*Ч. Дарвин*—о выражении ощущений у человека и животных. Т. II. 1899 г.). *Féré* говорит о динамогенном свойстве удовольствия, выражающемся преимущественно усилением движений. *Dumas* в своей теории улыбки также становится на точку зрения *Спенсера* и вводит понятие двигательных рефлексов разряда чувств. Как будет видно из дальнейшего, эта теория нашла себе дальнейшее развитие в ряде современных работ.

тивного рефлекса невропатическая конституция налагает специальный, часто весьма многообразный патологический отпечаток.

Патофизиологию аффективности мы рассмотрели в предыдущей главе. Изучение механизма аффективного переключения и эмотивности дает нам возможность вскрыть ряд других особенностей патофизиологии невропатической конституции.

В отношении к аффективным переживаниям невропаты обнаруживают два основных типа реакций: или они слишком легко и часто не правильно переключают свои переживания на пути, которые в норме не являются обычными (вегетотропный, паллидотропный типы реакции) или же они дают на те же пути реакции мощного разряда (реакции срыва). В основе как переключательных так и срывных реакций лежит, хотя еще и до известной степени гипотетический, но, во всяком случае, весьма вероятный патофизиологический механизм, основывающийся на способности некоторых мозговых центров играть роль аккумуляторов нервно-психической энергии, берущей начало в чувствительных и аффективных раздражениях.

Существуют различные взгляды на мозговую локализацию этого центра. Уже *Briquet* высказал предположение, что в мозгу должно существовать определенное место, „которое предназначено воспринимать аффективные впечатления и ощущения“. „Степень восприимчивости аффективной части мозга, обусловленная наследственностью или организацией, и действие предрасполагающих причин определяют ту степень активности, которую должны будут иметь детерминирующие причины, чтобы дать место истерическим явлениям“. *Todd, Carpenter, Jackson* помещали *sensorium commune* в областей бугровых тел. *Luys* выдвинул гипотезу, что все впечатления, поступающие по восходящим проводникам общей чувствительности, совершаются и как бы очисщаются в зрительном бугре. По мнению *Monaco*, *thalamus* в отношении чувствительности, зрительного акта и движения занимает подобное же место, что и кора. Некоторые авторы приписывали способность накапливать периферические раздражения мозжечку. В настоящее время вопрос о локализации аффективности в связи с анатомо-клиническими данными летаргического энцефалита, с одной стороны, с психотравматизирующими моментами империалистической и гражданских войн с другой—является одним из наиболее актуальных в психоневрологии. Подобно тому, как в свое время это сделал *Briquet—Sahli*, а затем и *Engelen* высказали предположение о существовании в мозгу особой интерцентральной системы, состоящей из гнездовых скоплений ганглиозных клеток и проводников. Эти ганглиозные клетки являются системой переключательных механизмов (*Umschaltvorrichtungen*). Интерцентральная система служит в анатомическом смысле местом смыкания чувствительных и двигательных путей с содержанием сознания. Здесь следует искать очаговых расстройств функционального характера при истерических расстройствах. Более определенно высказываются другие авторы.

*А. И. Ющенко*, опираясь на данные летаргического энцефалита, пришел к заключению, что область эмоций и стремлений должна быть связана с некоторыми частями подкорковых узлов и среднего мозга, т.е. по преимуществу с местом безусловных рефлексов.

*Н. Head*, который особенно внимательно уделял изучению функций *thalamus'a*, пришел к заключению, что он является „центром сознания некоторых элементов ощущения“, главным образом, элементов аффективных. Всякое ощущение при известной степени интенсивности,

благодаря ему окрашивается аффективной тональностью, приятной или неприятной, стеснительной, тягостной или болезненной. Освобождение зрительного бугра от кортикального контроля вызовет, по мнению *Head'a*, усиление его основной функции, т.-е. усиление аффективной тональности. *Müller* и *Grewing* также рассматривают зрительный бугор, как то место головного мозга, где разнообразнейшие ощущения со всех частей тела и органов чувств получают свою чувственную окраску и оттенки. Здесь возникают физическая боль, ощущения приятного, а также неприятные ощущения, как, напр., при шумах, при ослеплении светом, при известных вкусовых ощущениях, здесь также, повидному, локализуется и ощущение щекотливости. *Glaser* держится той же точки зрения и полагает, что в сером веществе третьего желудочка заложены жизненные центры не только для тела и его органов, но также и центры для душевных переживаний, как то для аффектов страха, печали, гнева, радости, стыда, полового чувства, тревоги и т. д. Табак, алкоголь, морфий, естественный сон, сопровождаются ощущением жизненного наслаждения вследствие раздражения этих центров.

*Leyser*, изучая аффективно-двигательные расстройства у дефективных постэнцефалитиков, относит аффективные расстройства, в частности расстройства чувства страха и стыда, за счет повреждений *thalamus'a*.

*Hascovec*—в сером веществе 3-го желудочка и в *thalamus opticus* локализует центр сознания и всю психическую сенситивно-сенсорную активность.

*Redlich* полагает, что не впадая в противоречие, можно без труда сделать обобщение, что сильные аффекты, по крайней мере в отношении сопровождающих их двигательных вазомоторных и вегетативных явлений, рождаются в субкортикальных центрах, и специально в *thalamus opticus*, и здесь в известном смысле обуславливают усиление функций. *Economo*, *Jacob*, *Lewy*—связывают аффекты с субкортикальными центрами („аффекты не только бессознательны, но и субкортикальны в анатомическом смысле“—*Lewy*). Истерические реакции, по мнению *Lewy*, обуславливаются расщеплением между аффективно-вегетативными и чисто моторными отделами двигательного акта. *Kleist* представляет себе конструкцию сознания „я“ в виде трехэтажного наслоения: „прежде всего *телесная психика* (*Somatopsuche*, вегетативное „я“) в сером веществе стенки 3-го желудочка, над нею *аффективная психика* (*Thymopsuche*) и, наконец, *характер* (*Autopsuche*), при чем обе последние ступени должны быть приведены в связь зрительным бугром и полосатым телом“. Во всех трех ступенях он различает сенсорные и двигательные функции: первичные чувства и импульсы, аффекты и экспрессивные движения, настроения мыслей и поступки. Все три ступени сознания „я“ находятся под сильным влиянием гормонов и в свою очередь, влияют на внутреннюю секрецию. Истерики—это сомато-психически слабые, реактивно-неустойчивые люди. „Отсюда постоянная иррадиация их душевных движений и их нравственных конфликтов в область телесного вегетативно-нервного“. К сомато-психически дефективным типам, следует, по его мнению, также отнести и импульсивных и сексуально-ненормальных психопатов. У эмотивных, неустойчивых в настроениях типов—дефект лежит в области аффективной психики.

Для *Ewald'a*—впечатлительность, чувственная реактивная способность, инстинктивная жизнь, аффективность, чувствования, влечения—стоят в связи с филогенетически старым мозговым стволом.

Также и *Bleuler* локализует *Psychoide*, обнимающую „мир эргий“— инстинкты, аффективность и волю— в низших центрах, преимущественно в центральных ганглиях. К подобным же выводам приходит и *Lotmar* в заключение своего сжатого, но обстоятельного обзора литературы по вопросу об отношении экстрапирамидной системы к психике. Он также придерживается того взгляда, что область зрительного бугра, а также специально область в стенках 3-го желудочка и Сильвиева водопровода являются местами элементарной двигательной и психической активности. Поражение этих областей (гиперфункция и дисфункция) ведет к расстройствам нормальной гармонии элементарных компонентов влечений, инстинктов и аффективности. „Следует предположить,— пишет он,— что в области серого вещества *thalamus*'а и стенок 3-го желудочка на ряду с центрами инстинктивных импульсов к движению, расположены центры элементарной аффективности, инстинктивной психической ориентировки, элементарных процессов восприятия, мышления, стремления и т. д.

Все сказанное можно образно резюмировать словом *Matthes*'а, автора талантливой книги „Конституциональные типы женщины“. „Это не простая игра мыслей,— пишет он,— если мы допустим, что вся аффективность в целом, душа, я— имеют свое пребывание в вегет. н. с. в то время, как кора головного мозга является только бездушным регистрирующим аппаратом большей или меньшей сложности, по которому палеэнцефалон отбивает свой такт“.

Физиологическая роль *thalamus*'а не ограничивается аффективным окрашиванием получаемых сенситивно-сенсорных ощущений. Зрительный бугор является вместе с тем для них же фильтром и переключательной станцией. Как предполагает *Lhermitte*— *thalamus* аккумулирует все экстерорецептивные нервные токи, направляющиеся к нему, перерабатывает их на уровне своих синаптических аппаратов, *фильтрует их*, задерживает одни, пропускает в мозговой коре другие. Если этот аппарат повреждается, тогда к чувствительной коре мозга текут необычные, грубые возбуждения, в нормальных условиях физиологически задерживаемые *thalamus*'ом и создает таким образом для ощущений аффективный, болезненный резонанс. К таким задерживаемым ощущениям принадлежат главным образом болевые ощущения и частично термические и тактильные (*Levy-Valeusi*).

Переключательная роль *thalamus*'а заключается в том, что он является тем местом перехода, где возбуждения поступающие в *thalamus* перескакивают с чувствительных нейронов непосредственно на двигательные и на стоящие в связи с *thalamus*'ом вегетативные и экстрапирамидные центры. „Если при болевом ощущении,— пишут *Müller* и *Greving*— вызванном раздражением тела каждый раз расширяются зрачки, или если при болевом ощущении каждый раз усиливается отделение слюны или пота, то следует предположить, что место переключения (*Umschlagstelle*) центрипетальных раздражений на вегетативные центры и их периферические пути находятся в промежуточном мозгу. Поступающие в *thalamus* болевые раздражения иррадируют на прилегающие к нему вегетативные центры в промежуточном мозгу и вместе с тем, следовательно, на все вегетативно иннервируемые органы. Таким образом получается, что болевое или щекотливое раздражение влияет на деятельность сердца и на движения желудка и кишек. На половую функцию боль может при известных условиях оказывать возбуждающее действие (мазохизм). Приятное обонятельное ощущение может вызвать отделение слюны или желудочного сока. Тошнотворные запахи вызывают

антиперистальтические вратные движения желудка“. Также и *Braun* допускает, что *thalamus*, *hypothalamus* и серое вещество 3-го желудочка являются теми местами, где сильные раздражения и влияние настроений переходят на *vasomotorium* и обуславливают разнообразные перемещения крови между отдельными иннервационными областями... В сером веществе 3-го желудочка лежит господствующая верхушка всей вегетативной системы. Аналогичные же взгляды мы находим у *Kleist'a*, *Coenen'a*, *Lichtwitz'a* и ряда других авторов.

Зрительный бугор служит, однако, не только местом переключения на вегетативные центры и их исполнительные органы, он является также местом перехода ощущений с чувственным оттенком (сильная боль, сильный холод или тепло, ощущение щекотания) на двигательные экстрапирамидные пути и экстрапирамидные центры. Вопрос этот был тщательно разработан экспериментально и клинически *В. М. Бехтеревым* и его сотрудниками. „Данные эксперимента и клинки.—говорит он,—не оставляют сомнения в том, что бугры являются не только местом прерывания чувствительных проводников, но вместе с тем они служат местом произвольных движений, служащих частью для локомоции, главным же образом для выражения аффектов, вследствие чего при посредстве бугров происходит ряд сложных психорефлексов, возбуждаемых либо с периферии при посредстве внешних влияний со стороны органов чувств и слабых кожных раздражений, либо с коры мозга психическими, проявляющимися импульсами при аффектах“. Эти произвольные проводники не имеют „ничего общего с теми проводниками, при посредстве которых передаются произвольные импульсы к мышцам“. Раздражения задних отделов бугров при удалении мозговых полушарий всегда вызывало у животных резкое, разнообразное и продолжительное обнаружение голоса (визг, крики), сокращение мышц лица, движение ушей, явления сильного беспокойства, разнообразные движения туловища и конечностей. Все эти явления у децеребрированных животных возбуждаются и рефлекторным путем „раздражениями со стороны органов чувств и слабыми кожными раздражениями, тогда как более сильные кожные раздражения на ряду с явлениями общего беспокойства вызывают рефлекторные крики более или менее однообразного характера при посредстве центров, заложенных в ниже-лежащих частях мозга“.

В настоящее время в связи с данными анатомо-патологического и патофизиологического характера, преимущественно на опыте летаргического энцефалита, точнее изучены пути и связи распространения таламических импульсов.

Четырьмя ножками, образующими *corona radiata thalami*—зрительный бугор связан с корой головного мозга, со всеми его долями; по этим путям проходят как импульсы от коры к *thalamus'u*, так и импульсы от *thalamus'a* к коре. Из области *thalamus'a* ведут пути к *striatum* и *pallidum*, которые непосредственных связей с корой не имеют. По этим путям текут импульсы главным образом из медно-вентральной группы ядер, из *Tuber cinereum* и *Nucleus Campi Foreli*. Как говорит *Jacob*, стриопаллидарные центры получают по этим путям свою „сенсбилизацию“ (*Sensibilisierung*). Через посредство паллидо-фугальных путей зрительный бугор вступает в связь с *corpus subthalamicum*, *tuber cinereum*, красным ядром, ядром *Даркшевича*, *substantia nigra* и вегетативным ядром продолговатого мозга и т. д. В общем между *thalamus'ом* и стрио-паллидарной системой существует самая тесная связь, и так как связывающие их пути содержат таламо-фугальные и таламо-петальные волокна, то нервные токи устанавливаются в обоих направлениях и таламические возбуждения могут так же воздействовать на *corpus striatum*.

как стриарные возбуждения могут стимулировать зрительный бугор. Тесная связь стрио-паллидарной системы со зрительными буграми дала повод *Dezwarte*'у объединить их в одну систему „мезенцефалического автономного мозга“. Только кортико-таламические пути соединяют его с полушариями. В случае, если эти волокна прерываются или функционально тормозятся, „мезенцефалический мозг“ ускользает от кортикального контроля и функционирует, так сказать, автоматически, вызывая целый ряд расстройств, которые в зависимости от характера повреждения будут рассматриваться, то как органические, то как функциональные, но по существу с точки зрения патофизиологии являются расстройствами одного и того же порядка. С этой точки зрения *Dezwarte* рассматривает истерические расстройства (истерическую нарколепсию, сомнамбулизм, дрожания, анестезию, истерические боли), как физиологические расстройства мезенцефалического автоматизма в связи со слабой сопротивляемостью коры.

Помимо своих связей с стрио-паллидарной системой—*thalamus opticus* вступает в тесные отношения и с другими жизненно-важными системами и центрами. В его центральной массе серого вещества и в *regio subthalamica* к нему непосредственно прилегают ряд вегетативных центров, регулирующих обмен веществ, водный обмен, вазомоторную функцию, температуру, иннервацию гладкой мускулатуры глаз, сокращение мочевого пузыря и матки, выделение пота, слез, слюны, кожного сала, трофику кожи и ее жировой подкладки. Кроме того в самом зрительном бугре заложены центры половой функции (*Bechmeper, Schüller, Erdheim, Müller, E. J. Kraus*), сна (*Economo, Hirsh, Adler, Patte, Lhermitte, Lotmar*) и быть может центры регуляции психической жизни (*Foix* и *Hillemand, Hascovec, Lotmar*), а также наследственных передач (*Hascovec*).

С точки зрения понимания аффективно-эмотивного процесса на почве невропатической конституции все эти данные имеют чрезвычайно существенное значение, и физиологическая роль зрительных бугров или смежных с ним нервных образований в качестве центральной переключательной станции для всех сенситиво-сенсорно-аффективных раздражений на находящиеся с ними в связи вегетативные и экстрапирамидные пути позволяет понять целый ряд неврологических симптомов психогенного происхождения. Представляется возможным говорить об „особом шлюзовом аппарате организма“, благодаря которому модифицируются реакции организма и тканей (*Cenn*), о блокировке, „стрелочной системе мозга, и т. д. Становится понятным направление и характер соматических и психических шоковых явлений. „Заложенные здесь большие вегетативные центры,—говорит *Coenen*,—подвергаются психорефлекторному раздражению, при чем все эти психические аффекты в преможуточном мозгу переходят на вегетативные пути и здесь возбуждают церебральные центры—сосудодвигательный, центры потоотделения и расширения зрачков. Одновременно это возбуждение передается с мозгового ствола по вегетативному медуллярному пути висцеральному ядру *vagi* на дне 4-го желудочка, дыхательному центру, быть может также медуллярному (*centr. cilio-spinalis superior*) и, наконец, через шейный *sympathicus*—сосудодвигателям лица“. Переключенные на вегетативные и экстрапирамидные пути раздражения устремляются на важнейшие органы и системы органов, в которых гладкие мышечные клетки, иннервируемые вегетативной системой, являются источником целого ряда расстройств, трактуемых нами обычно, как расстройства эмоционального порядка. И в действительности мы имеем дело с переключением аффектов на пути эмоциональных рефлексов, как это впрочем, наглядно видно из схемы эмоционального процесса, представленной проф. *Осиповым*.



Но если в нормальном организме подобное переключение является теоретически возможным, то оно совершается во всяком случае в определенных рамках и то, главным образом, как это показал *В. М. Бехтерева*, на животных с сохраненными мозговыми полушариями, под влиянием очень сильных раздражений. Конечно, и степень онтогенетического развития организма здесь также играет важную роль. Во всяком случае нормальный аккумулирующий аппарат обладает известной и при том довольно значительной гибкостью, способностью адаптации к силе и количеству притекающих раздражений. Можно предположить, как говорит *Leyser*, что у нормальных организмов существует „актуально-волицзионный фактор в биологической жизни мозга“, который можно трактовать, как „количество психической энергии“ (*Schilder, Gerstmann*), как некий активно движущий элемент, могущий установить приток „двигательной совокупности мозга“ на определенные уровни.

Нормальным свойством здорового организма является не столько способность к переключению, сколько сопротивление этому переключению и умение приспособлять эту сопротивляемость к различным уровням интенсивности и объема притекающих раздражений сенсорного, сенситивного или аффективного характера. Совершенно обратное наблюдаем мы в патологических условиях. Здесь переключательные шлюзы широко открыты. Самые легкие раздражения центрального или периферического характера стремятся переключиться на более примитивные и филогенетически старейшие пути, подобно тому, как в опытах *Бехтерева* мы это наблюдаем на децеребрированных животных при раздражении *thalamus'a* или ведущих к нему путей.

Изложенные выше соображения *Müller'a*, *Greving'a*, *Coenen'a* о механизме переключения чувственных раздражений находит себе интересное и оригинальное дополнение в теории «шлюзовой системы мозга» *Cenn'a* и в новой «теории физиологического субстрата эмоций» *Lapique'a*.

Профессор *Е. К. Cenn* высказывает предположение, что в п. н. с. должна существовать особо устроенная система, регулирующая динамику нервного процесса, наподобие системы шлюзов. Шлюзовой аппарат в каждый данный момент определяет, какое количество из возбужденной внешней воздействием нервной энергии должно быть направлено в центр; в области данного нейрона он может затруднить или облегчить, или прекратить совершенно прохождение нервного тока. Другими словами, шлюзовой аппарат регулирует количественную сторону явлений нервных процессов. Таким шлюзовым аппаратом, по мнению *Cenn'a*, является вегетативная нервная система, которая разветвлениями своих симпатических волокон охватывает нервные клетки на периферии и в центре. В частности, влияние эмоциональной сферы на деятельность мозговой коры объясняется по мнению *Cenn'a* шлюзовыми импульсами, идущими из органов эмоциональной деятельности — подкорковых узлов, которые в то же время являются и высшими центрами автономной нервной системы. «Если бы даже, — пишет он, — локализация органа эмоциональной деятельности в подкорковых узлах оказалась несостоятельной, то это не меняет существа рассуждений, так как, где бы ни находился орган эмоциональной деятельности, теснейшая функциональная связь его в одно целое с высшим центром автономной системы не подлежит сомнению». Теория шлюзовой системы мозга позволяет также понять происхождение функциональных заболеваний нервной системы.

Теория физиологического субстрата эмоций была предложена *Lapique'ом* в 1912 г. в связи с его учением о *хронаксии*. Как известно, под хронаксией (*ἀνάκσις* — мера; *χρόνος* — времени) понимается мера времени, необходимого для получения порога раздражения мышцы или нерва при известной постоянной интенсивности тока, принимаемой равной удвоенной интенсивности тока, вызывающего порог раз-

дражения мышцы или нерва в обычных условиях исследования их электрической возбудимости (*реобаза*). Учение о хронаксии, начинающее занимать в неврологии в настоящее время, благодаря работам *Bourguignon'a*, выдающееся место и открывающее самые широкие перспективы, по замыслу творца этого учения *Lapique'a* способно также объяснить нам природу эмоционального разряда. *Lapique* определяет эмоцию, как генерализованную иррадиацию нервного импульса (*irradiation généralisée de l'influx nerveux*). Все характерные для эмоции периферические реакции (*вазомоторные, лиссомоторные*) относятся к органам, снабженным гладкими мышцами, т.-е. к таким органам, хронаксия которых принадлежит к числу очень больших, вероятно, порядка  $\frac{1}{10}$  секунды. Напротив того, нервы соотносительной жизни обладают малой хронаксией, порядка  $\frac{1}{1000}$  секунды и ниже. Следует допустить, что в нормальной жизни передача импульсов из одной системы в другую, несмотря на близкое соседство и перекрещивание путей, совершается по определенным предварительно намеченным направлениям и реализуется, вероятно, в цепях нейронов с градуированной хронаксией. Но если в каком-нибудь месте нервный заряд приобретает необычную интенсивность, «стрелочная система» нервных токов (*l'aiguillage*), определяемая гомохронизмами, будет, вероятно, нарушена, и нервный импульс передается самым гетерохронным нейронам; самые разнородные аппараты организма вовлекаются таким образом в сеть эмоциональных реакций. Сама по себе эмоция является только психологическим отражением этой ненормальной иррадиации. Таким образом всякое раздражение в силу только того факта, что оно становится сильным, может сделаться причиной эмоции. Боль, по мнению *Lapique'a*, может служить типичным примером этого простого механизма.

Клинические особенности переключательных реакций находят себе особенно яркое выражение в *реакциях срывного типа*. Последние качественно ничем не отличаются от переключательных реакций, по они дают мощные разряды на те же пути, по которым происходит и процесс переключения. Они возникают под влиянием сильных или внезапных аффектов, под влиянием психических шоков или в результате длительного аффективного перенапряжения нервной системы. Их интерес с точки зрения патофизиологии заключается в тех эффектах, которые вызывает выброшенная с силой и под большим давлением волна первично-психической энергии на неполноценные от природы органы или механизмы, так как эти органы и механизмы представляют особую чувствительность по отношению к подобного рода эмоциональным шокам. „Если в теле—еще в свое время говорил *Descuret* — находится больной орган, то действие страстей преимущественно направляется на него“. То же говорит и *Bauer*. „Подобные малоценные органы являются, как показывает опыт, в высшей степени чувствительными к первым раздражениям“. Если принять еще во внимание, что они в то же время отличаются перевозбудимостью, то становится вполне понятным и приемлемым название „выразительных органов“ (*Ausdrucksorgane*), которое дал им *Adler*. Особенную чувствительность проявляют, как указал *Lichtwitz*, органы снабженные гладкой мускулатурой: артериолы, артерии, капилляры, быть может вены, бронхи, желудочно-кишечный канал, мочевыводящие пути и т. д. В этом смысле можно говорить о гладкой мускулатуре то же, что говорит о гладкой мускулатуре *Kammerer* по отношению к биологическим шокам: „шоковая ткань повсюду одна и та же—это гладкая мускулатура всего тела; различные эффекты происходят от особой локализации гладких мышечных волокон“. В такой же мере—вегетативная нервная система является первичной шоковой системой и различные отдельные органы—„шоковыми органами“. О том, что такие индивидуально различные „шоковые органы“ существуют у различных видов животных мы знаем из практики

биологических шоков. Шоковым органом морской свинки—является гладкая мускулатура бронхов; у кроликов—гладкая мускулатура легочных артерий. В противоположность морской свинке и кролику—шоковым органом собак является печень, а шоковой тканью печени—эндотелий печеночных капилляров (*Doerr*). „Можно предполагать, вообще,—пишет *Kämmerer*,—что у плотоядных существует печеночный регуляторный механизм, а у травоядных—легочный“. На роль печени в патогенезе коллоидоклазических и психокolloидоклазических шоков у человека указывает также *Widal* и его школа, а также цитированные выше *Pascal* и *Davesne*. И действительно, между шоковыми биологическими реакциями и шоковыми эмоциональными реакциями существует, по-видимому, тесная родственная связь, как в диатезическом смысле (нейроартритический диатез), так и в патофизиологическом смысле. И в том и в другом случае вегетативная нервная система („значение вегетативной системы для аллергической готовности не может вызывать никаких сомнений“—*Kämmerer*), эндокринная система, система гладких мышц, система сосудов и капилляров являются местами избирательного действия. Следует только отметить, что у человека, по крайней мере, шоковая обусловленность органа или ткани определяется не только видовыми признаками и не только анатомическими, но также, и в еще большей мере,—конституциональными. В этом смысле и можно говорить о малоценных органах, как об органах шоковых. Так, напр., восприимчивость кожи к различным сенсibiliзирующим влияниям, к различным аллергическим заболеваниям, *Doerr* объясняет тем, что кожа белой человеческой расы является по существу органом дегенеративным и наследственно ослабленным.

От этих предварительных теоретических соображений перейдем теперь к клинической характеристике срывных реакций. Сначала рассмотрим их действие на отдельные органы, затем на сложно координированные функции. Наиболее типическим шоковым и выразительным органом для всех нервных и душевных состояний является сердце. „Психология неврозов является психологией человеческого сердца вообще,“—говорит *Kretschmer*. И действительно, у невро- и психопатов, согласно особенностям их нервно-психической конституции деятельность сердца характеризуется ненормальной возбудимостью, чрезмерно повышенной чувствительностью, либильным ритмом, изменением частоты ударов в очень широких границах ненормальными субъективными ощущениями и т. д.

*Braun* говорит, что, „сердце в высшей мере подчинено влиянию психогенных факторов и при острых и хронических аффектах является зеркалом души“.

То же относится и ко всей вазомоторной системе в целом. Чувствительность сосудистой системы сказывается в легком побледнении или покраснении, в эритематозных реакциях (*erythema ruidicum*), в колебании тонуса сосудов, в изменении кровяного давления, в резких колебаниях „спланхно-периферического равновесия“ (*Müller*), в своеобразных приливах и отливах крови. Либильность сердечно-сосудистой системы является одним из наиболее характерных моментов эмоционального диатеза (*Dupré, Maurice de Fleury, Laignel-Lavastine, Thomas* и др.). Распространение эмоциональных импульсов на пищеварительный канал также сопровождается рядом существенных расстройств. Психогенные поносы, эптероптозы, рвоты, запоры, кардиоспазмы—являются почти банальным явлением у невротиков. Психогенная желтуха была

описана неоднократно. *Heyer* на нее обращает снова особенное внимание. „Я уже давно спрашиваю моих пациентов,—пишет он,—не предшествовал ли появлению желтухи аффект особенно угнетающего характера, и мы были поражены тем, как часто получался положительный ответ“. Психогенные расстройства тонких кишек были описаны *Brünzel*'ем, *Treeves*'ом, *Schloffer*'ом у истеричек со спастическим ileus'ом тонких кишек. Со стороны толстых кишек наблюдались спазмы и атония (*Noorden, Heyer*). „Достаточно сказать,—пишет *Heyer*,—что существуют люди с желудочно-кишечной лабильностью. При всяком потрясении или тягостном переживании они говорят на свойственном им органдialeкте. Независимо от того, в чем дело, все ударяет их по желудку или по кишечнику“ \*). Некоторые жизненные ситуации легко ведут к расстройствам органов пищеварения. Они случаются нередко в пубертатном возрасте, но особенно часто у женщин в начале и конце половой жизни. Нередко у невропатов под влиянием душевных переживаний наступают кровоизлияния в области желудочно-кишечного тракта, как это например доказал *Schindler* с помощью гастроскопических исследований. *V. Bergmann* и его школа также допускают, что при нервных возбуждениях могут наступить спазмы muscularis mucosae с последующим сжатием проходящих через нее в косом направлении мельчайших сосудов, ишемией слизистой желудка и, наконец, заключительным самоперевариванием.

Со стороны респираторного аппарата наблюдается спазмодическое сокращение воздухоносных путей, афония, хриплость, заикание, спазмодический кашель, чувство сжатия грудной клетки, конвульсивные всхлипывания.

Со стороны glandулярных аппаратов под влиянием эмоций отмечается, сухость рта, слюнотечение, влажность рук, подлякиурия и полиурия с обильным выделением прозрачной мочи\*\*), легкое слезоотделение.

Очень чувствительна к эмоциональному шоку кожа и ее придатки. Неоднократно в литературе описаны случаи alopecia areata и поседения эмоционального происхождения, отделение кожного сала, профузные транспирации, холодный пот. Уже *Тарханов* с помощью своих гальванометрических исследований дал доказательство тому, что при всяком нервном акте—от простых впечатлений и вплоть до высшего духовного напряжения—наблюдается усиленная деятельность кожных желез и появляется измеримый ток секреции. *Moog* и *Buchheister* изучали с помощью методики *Jürgensen*'а спонтанную и постолнную секрецию пота. Обычно эта незаметная секреция наблюдается только на руках и ногах, но в совершенно исключительных случаях, у сильно возбужденных и нервных людей—капли пота можно было обнаружить на лбу. Авторы склонны рассматривать это как следствие ненормального психического состояния. Так же легко было наблюдать под микроскопом усиление отделения капель секрета в зависимости от нервного напряжения. „Много раз было видно,—пишут авторы,—что боязливые или нервные лица, несмотря на то, что они были хорошими счетчиками, давали сильную реакцию, и, наоборот, флегматические лица, даже если они были плохими счетчиками, давали только незначительный прирост выделения. В общем следует учесть общую возбудимость и темперамент“.

\*) *Heyer*'у удалось показать на рентгеновских снимках непосредственную зависимость деятельности желудочно-кишечного тракта от аффектов.

\*\*) *Rembrandt* рисует страх мечущегося между землей и небом Ганимеда в виде реального образа: отходящей струи мочи.

В общем выразительная функция кожи, как говорил на последнем с'езде психотерапевтов в *Baden-Baden'e W. Sack* имеет особенно важное значение, так как она является пограничной поверхностью между средой и сомой и с одной стороны подает сигнал тревоги сознанию по поводу явлений, происходящих на глубине бессознательного, с другой стороны, обращает внимание общественной среды на своего носителя.

Очень чувствителен к различным сенситивным, сенсорным и психическим раздражениям зрачок, который *Schiff* называет „наиболее чувствительным эстезиометром в психиатрически-неврологической диагностике“. „Если возбуждение в сознании или в мозговых извилинах достигает особой силы или ведет к аффективным состояниям,— пишет *Behr*,— тогда импульс к расширению зрачка в состоянии ослабить, затормозить или совершенно уничтожить импульс к сужению. Зрачок расширяется до максимальной степени и при обычном исследовании кажется совершенно не реагирующим ни на освещение, ни на конвергенцию (спастическая неподвижность зрачка)“. У некоторых лиц с особенно повышенной чувствительностью, которых *Kehrer* называет „пупиллотониками“ или „психогенными“ мидриатическая неподвижность зрачка является наиболее чувствительным выражением, состояний психического или физического напряжения. Некоторые авторы описывают понижение зрачковой реакции при страхе.

*Нервно-мышечный аппарат* также у невропатов чрезвычайно чувствителен к эмоциональному напряжению. Сплошь да рядом наблюдается общий или частичный *tremor*, повышение кожных и сухожильных рефлексов, двигательная агитация, эмотивные нервные припадки, тики, импульсивные движения, судорожные состояния клонического и тонического типа, падение тонуса и т. д. *Pototzky* описывает отдельные психогенные, вазомоторно-реактивные судороги у детей невропатов. К этой группе принадлежат все припадки на вазоневротической и реактивной основе, как-то—психастенические припадки (*Oppenheim*), абсансы (аффективные судороги *Ibrahim'a* и *Sachs'a*), истерические судороги, респираторные аффективные судороги (*Ibrahim*).

*Половой аппарат.* Сексуальная возбудимость может быть крайне повышена, но нередко у эмотивных невропатов под влиянием душевного волнения, особенно при аффекте тревоги или страха, наступает „сексуальное угнетение“ (*Maurice de Fleury*). Под влиянием острых аффектов могут наблюдаться также различные расстройства менструаций, длительная аменоррея, аборт, рвоты, прерывание беременности (*Mayer, Walthard*). На психогенный характер некоторых болей указывает то обстоятельство, что они бывают сильнее выражены при возбуждении и исчезают при отвлечении и при работе (*Mayer*).

Также под влиянием аффектов могут возникать различные психогенные болезненные явления общего или местного характера (*Bunemann, Mayer, Walthard* и др.).

*Железы внутренней секреции и обмен веществ.* Известны классические опыты *Cannon'a*, который показал, что некоторые эмоции (страха, гнева) вызывают усиление секреции надпочечников и адреналинэмию. С этой адреналинэмией связаны гипергликемия, эмотивная гликозурия, гипертония глазной мускулатуры, общее сужение сосудов, при вазодилатации легких, сердца и мозга. *Derrien* и *Piéron* обнаружили, что у человека эмоциональная гипергликемическая реакция с коррелятивной гипергликокоррахией является функцией и интенсивности эмоции и угнетения двигательных естественных реакций, как если бы

эмоция являлась следствием внезапного разряда нервной энергии, переключающейся на симпатические пути при блокировке двигательных путей. „Аффективная“ гипергликемия была затем описана и изучена целым рядом авторов—*Jacobsen*'ом, *Hirsch* и *Reinbach*'ом, *Scoff* ом, *Bang*'ом и др.—у животных и *Cannon*'ом, *Folin*'ом, *Maranon*'ом—у людей. Роль конституционального момента при аффективной гипергликемии у людей видна из результатов исследований *Folin*'а, который нашел гликозурию после экзамена у 6 из 34 медиков и у 6 из 36 экзаменующихся медичек.

Есть основание также предполагать, что сильные аффекты действуют на щитовидную железу и вызывают появление Базедовского симптомокомплекса (*Cepeйский*, *Trousseau*, *Maranon*, *Langdon Brown*, *R. Porak*, *P. Lereboullet* и др.) \*).

Со стороны обмена веществ под влиянием аффектов некоторые авторы отмечают усиленный распад белков (*Knauer* и *Billigheimer*), распад жиров (*Marro*), повышение газообмена (*Grafe*). Но и исследования *Grafe* (внушение в гипнозе аффекта страха) также указывает на конституциональный момент, так как из двух лиц только у одного было обнаружено значительное повышение газообмена. Интересно также в этом отношении ссылка *Cepeйского* на то обстоятельство, что „в Германии, где жизнь сейчас вполне налажена, но внутренне чрезвычайно напряжена, находят часто гликозурию у вполне здоровых людей“.

Нам еще остается упомянуть о последнем, чрезвычайно важном моменте эмоционального шока, именно о влиянии его на мозговой аппарат. Здесь шоковая волна может обусловить то, что *Walter Freeman* называет „физиологической децеребрацией“. Центры, активность которых дает наиболее выраженные явления, это 1) бульбо-медулярные, 2) понто-бульбарные, 3) мезенцефалические и 4) кортикальные. В качестве примеров временной или физиологической децеребрации *Freeman* приводит следующие состояния: 1) нормальная эпилептоидная реакция, которая обнаруживается при удивлении („нормальная эпилептоидная реакция“ *Rosett*'а); 2) состояния с утратой сознания, сопровождаемые двигательными явлениями: сон, обморок, анестезия, синдром *Stockes-Adams*'а, фуги, состояния гнева; 3) повышение внутричерепного давления. Все эти состояния физиологической децеребрации наблюдаются главным образом у невропатов. Аналогичным же образом понимает истерические механизмы *Dezwartes*. Интересные соображения о влиянии физиологической децеребрации на ритмические функции высказывает *Braun*. Орган сознания, спокойного мышления не обладает никаким ритмом; напротив, все филогинейтические более старые механизмы, в частности вегетативные функции характеризуются ритмической деятельностью. Центры ритмических функций мало-по-малу и все больше и больше на протяжении ряда генераций биологически отеснялись деятельностью мозговых полушарий. Но в глубине бессознательного

\* ) Очень существенное замечание по этому поводу делает *R. Porak*.

„По моему мнению,—пишет он,—ни *Roussy* и *Cornil*, ни *Maranon* недостаточно настаивали на значении невропатической почвы, хотя мимоходом они и отмечают этот момент в своих наблюдениях. Только невропатическим предрасположением можно объяснить наследственность этой болезни в некоторых семьях. На этой невропатической почве, гипертирозидизм будет иметь тенденцию развиваться, если к тому в жизни представятся благоприятные обстоятельства: эмоции, рефлекторные раздражения, артериальные поражения. Невропатия и раздражительность шейного симпатического нерва объясняют вазо-дилатацию щитовидной железы и восприимчивость симпатического нерва к дистиреоидной интоксикации“. (*R. Porak*. Les Syndromes endocriniens. Paris. 1924).

они живут собственной латентной жизнью. Вегетативные ритмы (сосудистый ритм, сердечный ритм, дыхательный ритм, ритм сна и т. д.), повсеместно соприкасаются с анатомическими, так сказать, границами сознания, окружают его, господствуют над ним, вздымаются и опускаются там, следуя своим немым законам и в нормальных условиях никогда не поднимаются на поверхность и никогда не делаются сознательными. Но в тех случаях, „когда высшие психические регуляции ослаблены вследствие болезненных влияний“, ритмические тенденции поднимаются со дна низших слоев нашего психомоториума и выплывают на поверхность.

„Автоматическая речь, которую не слышат мозговые извилины, качания и наклонность к монотонным звуковым формам, ночные движения головы у детей, склонность к ритмическим особенностям поведения у схизотимиков и после некоторых острых заболеваний (*Russetzky*), итеративные явления после летаргического энцефалита (*Steiner, Leyser*), персеверация и стереотипии после сильной усталости, при рассеянном и ослабленном внимании—все это может служить примером пробуждения ритмических тенденций“ (*Braun*).

Сердечный удар — типичный представитель ритмической формы движения—является только одним из представителей большой группы филогенетически древних примитивных самостоятельных движений высших организмов, которые *Braun* вместе с *E. Kretschmer* обозначает, как „вегетативную форму движений“. Даже в нормальных условиях влияние децеребрирующих аффектов на ритмическое выявление функций чрезвычайно велико; радость и горе в равной мере находят себе выражение в ритмических движениях, ритмической речи, пляске и пении. Действием на неполноценные органы и системы не исчерпывается патологическое и психогенное значение эмоционального шока. Еще более сложные расстройства вызываются в том случае, когда под его влияние подпадают сложно-координированные функции.

Выше мы говорили о том, что у конституциональных невропатов неполноценность нервной системы, между прочим, сказывается и в недостатке гармоничности, связанности и устойчивости сложно координированных функций. Вместе с тем опыт летаргического энцефалита показал нам, что те функции, которые мы склонны были рассматривать, как сравнительно простые, напр. двигательная функция, в действительности являются чрезвычайно сложными координированными системами, захватывающими многочисленные центры и пути различной филогенетической и функциональной ценности, заложенные в различных этажах мозга и находящиеся в сложных отношениях господства и подчинения друг к другу\*). Нарушение равновесия в той же двигательной системе вызывает, как показал опыт того же летаргического энцефалита, целый ряд самых неожиданных, сложных и разнотипных расстройств. Двигательная функция не является, конечно, единичной в этом отношении. Она может только служить примером того, как сложно координирована нервная система и как осторожно нужно подходить к обманчивой внешности кажущихся нам простыми нервных явлений.

Возьмем другой пример — сексуальную функцию, многочисленные aberrации которой также с несомненностью указывают на ее чрезвычайную сложность. Вот, что говорил о ней *Magnan*: „Сексуальная функция регулируется синергией многочисленных центров, действие кото-

\*) „Самые простые на вид функции,—пишет *Trömner*,—требуют в действительности синергии различных часто далеко отстоящих друг от друга элементарных центров и с другой стороны ограниченные пространственно ядра часто ведают многими функциями“.

рых в итоге способствует правильному и нормальному продолжению рода. Центры эти тройного рода: *психические, чувствительные и спинальные*. В чувствительных центрах локализуется инстинкт сексуальности; психическим центрам, по крайней мере в высших расах, принадлежит роль выбора лица другого пола, которое должно будет содействовать в акте размножения; спинальные центры, наконец, заведуют правильным выполнением акта сокоупления. Вот сложная функция регулируемая хорошо известными физиологическими законами. Если половой инстинкт пробуждается в нормальных условиях, т.-е. в тех условиях, которые требует природа, для того, чтобы продукт зачатия был возможно более совершенен, если отбор типа содействующего размножению правилен, т.-е. применяется к существу способному обеспечить нормальное размножение; наконец, если акт зачатия совершается в нормальное время и в нормальных условиях — тогда можно сказать, что функция размножения совершается нормально<sup>4</sup>.

Наши представления о сложности половой функции в настоящее время несравненно глубже и обширнее, нежели это представлялось *Magnan*'у \*). Но дело не в этом, а в том, что *Magnan* с замечательной проникательностью отметил выдающееся значение этой сложности и ее расстройств в механизме невропатической конституции. „Характерная черта психического состояния дегенерата, — писал он, — заключается в исчезновении этого равновесия, этой гармонии в функционировании различных центров. Нормальное осуществление функции заместилось аномалиями функционирования. Дегенерат — это существо выведенное из состояния равновесия... В той или иной степени неуравновешенность можно найти у всякого дегенерата. Она составляет базу его психического состояния. Ее сущность заключается в отсутствии гармонии между различными функциями, в отсутствии синергии между различными центрами, сотрудничество которых приспособляется в нормальное время к определенным объектам. И вот нет синергии, нет правильных адаптаций или имеются адаптации неполные, недействительные и бесцельные. Это полный беспорядок во всей нервной оси“.

Нормальному организму присущи крайняя сложность координированных связей и вместе с тем их крайняя согласованность и прочность. У лиц конституционально пораженных при той же сложности отмечается более или менее резко выраженная разрыхленность связей и их неустойчивость.

Это обстоятельство необходимо иметь в виду при изучении срывных реакций у невропатов: сильный напор прорвавшейся через плотину нервной энергии в первую очередь устремляется к этому слабому месту физиологической организации невропатов, разрушает и без того непрочные координационные связи и вызывает к жизни целый ряд анархических автоматизмов в двигательной, вегетативной и психической

<sup>2</sup>) *L. R. Müller*, напр., разлагает инстинкт размножения (*Fortpflanzungstrieb*) на целый ряд вторичных половых инстинктов: 1) инстинкт *детумесценции* (*Detumeszenztrieb*), характеризующийся инстинктивной потребностью опорожнения наполненных половыми продуктами гонад; 2) *контректакционный* инстинкт, выражающийся в стремлении к прикосновениям, прижиманиям друг к другу, к поцелуям, к трению, даже к ударам и укусам; 3) *амплектационный инстинкт*, характеризующийся стремлением охватить самку верхними конечностями, прижать ее, и крепко держать; 4) *иммиссионный* инстинкт, т.-е. стремление проникнуть в половые органы самки и таким образом осуществить слияние двух тел, т.-е. акт копуляции; 5) *инстинкт материнства*. Отдельными компонентами полового акта являются эрекция, эякуляция, оргазм, чувство удовольствия от полового акта (*libido*) и т. д. .



сферах. И так как этот прорыв идет по пути вегетативных и экстрапирамидных переключений, где расположены станции наиболее жизненных и вместе с тем наиболее примитивных функций, инстинктов и тенденций, то мы в первую очередь встречаемся с автоматизмами именно в этой сфере.

Если опыт детаргического энцефалита показал нам необычайную сложность координационных механизмов нервных функций, то опыт минувшей войны с неменьшей убедительностью обнаружил травмирующее влияние психогенных факторов именно на эти координационные механизмы с целым рядом чрезвычайно характерных диссоциаций нервно-психических функций. Особенно много работ появилось в связи с „расщеплением соматических симптомов“ при истерии (*Kretschmer, Kehrer, Bonhöffer, Fischer, Leyser* и др.). Под этим расщеплением понимается довольно широкая группа симптомов: судороги, ступорозные формы, сумеречные состояния, дрожания и тикоподобные подергивания, параличи и мышечные контрактуры, чувствительные расстройства в виде анестезии и гиперестезии, известные явления раздражения и паралича в рефлекторном и вегетативном аппарате (*Kretschmer*). По *Kretschmer*'у, все эти реакции свойственны несложным, примитивным или недозревшим людям; „анормальное конституциональное состояние есть главная причина, далеко превосходящая психические внешние раздражения“. Под истерическими реакциями понимает он такие психогенные формы реакций, где используются инстинктивные, рефлекторные или иные биологические предуготованные механизмы или как он говорит в другом месте „филогенетически предсуществующей импульсивной душевной основы“. Эта слишком неопределенная в своей общей формулировке концепция находит свое конкретное неврофизиологическое обоснование в работах *Fischer*'а, *Leyser*'а, *Pienkowski*'ого, *Hascovec*'а, и др. *Fischer* говорит о лабильности кортико-вегетативной сферы, как о сущности патофизиологической основы истерических механизмов. *Leyser* видит эту основу в распространении кортикальных импульсов на стриарные аппараты, на субкортикальные аппараты, „обслуживающие автоматические, мимические и вегетативные функции“, о разряде на преформированные биологические механизмы, о расторможении глупо боко залеженных аппаратов тонуса на фоне специфической лабильности определенных мозговых аппаратов. Еще определеннее, приближаясь к идеям *Magnan*'а выражается *Pienkowski*: „вероятно,—говорит он,—мы имеем здесь дело с процессом *расслабления, диссоциации* или *дизинтеграции* между двумя большими областями движений: областью автоматизированных движений и волевых движений“. Если, однако, двигательные и вегетативные расстройства, наблюдаемые при срывных реакциях, находят себе объяснение в диссоциации экстрапирамидных и вегетативных систем, то для того, чтобы понять диссоциации в психической сфере мы должны себе составить представление о другом чрезвычайно сложном координационном психо-соматическом механизме — о функции сна. Не зная психофизиологической структуры функции сна, нельзя себе составить достаточно полного представления о патофизиологии невропатической конституции, ибо целый ряд невротических симптомокомплексов является не чем иным, как рядом патологических радикалов обширного круга сонных заболеваний, и, так как функция сна является одной из наиболее ранимых у дегенератов, то и последствия травматического шока на нее в смысле диссоциации координационных механизмов сказываются особенно резко.

## VII.

С точки зрения патофизиологии невропатических конституций интерес гипнической функции лежит главным образом в установлении двух основных моментов: во-первых в анатомо-физиологической локализации центрального аппарата этой функции и, во-вторых, в обнаружении сложной структуры ее координационного психо-физиологического механизма. II в том и в другом отношении мы имеем дело с одной из наиболее актуальных, оригинальных и богатых идеями и фактами проблем современной психофизиологии.

Прежде всего следует отметить, что в настоящее время не вызывает сомнения, что функция сна есть *функция активная* и существенно иная нежели функция бодрствования. Как говорит *W. Hess*, состояние сна нельзя рассматривать, как недостаточность бодрственной функции, или как дефицитный феномен. Это есть положительная и новая установка. *Economo* определяет сон, как „своеобразное, сложное биологическое состояние, в котором в большей или меньшей мере принимают участие все органы“. Сон, как и бодрствование, представляет из себя такое состояние, при котором все органические функции не просто понижены, но в некоей типичной для сна форме изменены по сравнению с состоянием бодрствования. Здесь имеется не только количественная, но и качественная разница. „Другими словами сон есть иное состояние“ (*Economo*). На той же точке зрения стоит и целый ряд других современных авторов—*Wiechmann, Haenel, Claparède, Lhermitte, Nicati, Lechner, Lotmar, Trömner*. и др. Но если, говорит *Lhermitte*, сон есть активная функция, „то какое из этого можно сделать иное заключение, если не то, что она, подобно всем прочим функциям, должна иметь свой отдельный репрезентативный нервный аппарат“. До самого последнего времени имелась тенденция помещать этот нервный аппарат в коре головного мозга.

В настоящее время мы почти с уверенностью можем утверждать, что этот аппарат локализован не в коре, но глубже, в более старых формациях мозга, в субкортикальных ганглиях. В пользу такого предположения говорит целый ряд физиологических экспериментов и клинических наблюдений, как на материале летаргического энцефалита, так и других заболеваний центральной нервной системы. Из опытов на животных мы знаем, что у собак в условиях супраталамической децеребрации (собаки *Goltz'a, Rothmann'a, Dresel'a, Зеленого*) периоды сна и бодрствования регулярно сменялись, хотя, повидимому, были значительно короче, чем в норме. Равным образом и из клинического материала видно, что распространение болезненных процессов на область базальных ганглий (летаргический энцефалит, кровоизлияния, *hydrocephalus internus*, опухоли мозга), область 3-го желудочка, *regio subthalamica* и ножки мозга сопровождается появлением сонливости и рядом других гипнопатических симптомов. *Lhermitte, Claude* и *Lhermitte, Jean Camus, de Cuel, van Bogaert, Souques, Ivan Bertrand* и *Baruk* сообщили целый ряд наблюдений психосенсорных расстройств, напоминающих сновидения и связанных так или иначе с расстройствами гипнической функции, вообще, при которых анатомической основой являлось поражение среднего мозга („синдром покрывки мозговой ножки“, „синдром опухолей среднего желудочка“, „инфундибулярный синдром“, „нижний синдром красного ядра“). Тщательно разработанное с клинической

и анатомопатологической точки зрения сообщение цитированных выше трех последних авторов, сделанное на Мартовском заседании О-ва Невропатологов в Париже, дало повод *Lhermitte*'у высказать в прениях следующее положение: „отныне при наличии явлений патологического сна, мы обязаны отыскивать все те симптомы, совокупность которых позволяет поставить диагноз инфундибуло-туберальной локализации“.

Самая структура центра сна и его точная анатомическая локализация еще в полной мере не установлены. Есть однако основания предполагать, что этот „центр регуляции сна“ расположен в области перехода среднего мозга в промежуточный, т.-е. в задней части стенки 3-го желудочка, в инфундибулярной области (*Economo*), в медиальной части левого зрительного бугра (*Adler, Luksch, Pette, Hirsch*) в tuber supercum (*Гринштейн*), в вентральной части среднего желудочка и в области aqu. Sylvii (*Lhermitte*). Что касается физиологической структуры центра, регулирующего сон, то здесь еще нет полного однообразия взглядов. *Lhermitte*, исходя из того соображения, что патологические процессы только в исключительных случаях вызывают явления возбуждения (excitation), считает, что употребляемое многими клиницистами выражение „центр сна“ по существу неправильно, так как раздражение гипногенного центра должно вызывать не гиперсомнию, как это обычно наблюдается, а бессонницу. Поэтому он предпочитает название „центр бодрствования“. *Kohnstamm* (1916) основываясь на том, что все ритмические функции организма обладают двойными центрами регуляции, действующими в противоположном направлении, предполагает, что гипнический центр распадается на два вторичных центра: один бодрственный, другой гипногенный. Эти центры связаны с одной стороны с поверхностью тела афферентными путями, по которым проходят стимулирующие импульсы для бодрственного центра и тормозящие для гипногенного, с другой—с центром личности (Ichzentrum). От них идут импульсы к глазодвигательным нервам, центрам тонуса и „центру личности“. Исходя из опыта летаргического энцефалита, который вызывает не только патологическую сонливость, но и патологическую бессонницу, при чем в последнем случае обычно не наблюдается расстройство со стороны глазных мышц, но за то имеется хореатическое беспокойство. *Economo* предполагает, что центр регуляции сна имеет в сером веществе 3-го желудочка свое продолжение кпереди и что заболевание передней части территории центра сна обуславливает патологическое бодрствование, а заболевание задней—патологический сон.

*Lotmar* также полагает, что следует говорить о центре бодрствования, а не о центре сна, „так как мы обозначаем мозговые центры не по явлениям выпадения, но по присутим им нормальным функциям (центр глотания, центр зрения)“.

В этом смысле „задний центр“ *Economo* является центром не сна, а бодрствования, в пользу чего по мнению *Lotmar*'а говорит и случай *Wilckens*'а в том смысле, что при нем был именно поражен задний отрезок регулирующий сон зоны *Economo* (при абсолютной бессоннице больного), в то время как передний отдел остался незатронутым.

Какова бы ни была, однако, структура центра сна, его физиологическая роль заключается в воздействии с одной стороны на большие полушария мозга (угашение сознания) и на промежуточный мозг (блокировка путей, проводящих возбуждение), с другой стороны—на многочисленные симпатические, парасимпатические и вегетативные центры, непосредственно примыкающие к основанию промежуточного мозга

(*Econoto*). Он обладает также способностью активно включать и выключать раздражения, идущие от органов чувств (*Hirsch*). *Redlich* указывает на тесную анатомическую и физиологическую связь центров сна с субкортикальными центрами торможения тонуса, *Lotmar* — на связь с описанным им „центром инстинктивного влечения к движению“, а также центрами элементарной психической активности и аффективности.

С точки зрения психоневрологии все эти данные имеют чрезвычайно важное значение. Они указывают прежде всего на то, что расстройства сна, которые являются такими частыми предвестниками и спутниками различных нервных состояний и почти как правило наблюдаются в начале и на протяжении душевных заболеваний, следует рассматривать, как *очаговое явление*, как *локальный симптом*. С другой стороны — в функции сна мы имеем дело с децеребрационным механизмом чрезвычайной мощности и сложности, который в нормальных физиологических условиях и у нормальных людей с устойчивой нервной системой проявляет свою активность только в рамках строго урегулированной биологической потребности, но который у лиц предрасположенных, у конституциональных невропатов, может также автоматически и анархически действовать, как и все прочие неполноценные механизмы.

Патогенная роль сна в возникновении различных психических и соматических расстройств выступает с особенной наглядностью при ознакомлении с физиологическим механизмом наступления состояния сна и с сложной психофизиологической структурой лежащих в его основе координационных связей.

Уже *Brown-Sequard* указал на то обстоятельство, что переход из состояния бодрствования в состояние сна имеет в себе нечто рефлексоподобное и предположил, что сон есть рефлекторный феномен торможения. На рефлекторную природу сна указывали также *Mosso*, *Brodmann*, *Claparède*. Полнее всего, однако, эта точка зрения развита у *Karl Lechner*: „Вся активность живого организма, — пишет он, — может быть в конце концов сведена к рефлекторным процессам“.

Если, однако, все жизненные явления могут быть рассматриваемы как реакции на воздействующие раздражения, возможно, что и сон нужно толковать, как результат воздействия частью неизвестных рефлексов. Очевидным доказательством этому служит наличие раздражений вызывающих сон и раздражений вызывающих пробуждение. Раз сон может вызываться и снова прекращаться под влиянием раздражений, его следует понимать, как реакцию на раздражение. В такой же мере доказательно и то обстоятельство, что существуют рефлекторные воздействия, усиливающие сон и нарушающие сон, следовательно пролагающие путь и тормозящие. Дальнейшее доказательство можно найти в вазомоторных изменениях кровяных сосудов мозга, волнообразные рефлекторные движения которых стоят в прямом отношении к сновидным явлениям и в обратном отношении к глубине сна. Кривая глубины сна и кривая отдыха во сне также указывает на участие рефлекторных процессов. Еще больше говорят за это изменения дыхания, пищеварения, сердечной деятельности, тургора различных органов и тканей, секретий и экскреций, атония произвольной мускулатуры, сокращение замыкательных мышц. Все это указывает на возникновение значительной суммы рефлекторных воздействий, различное протекание которых определяет меру и время не только засыпания и пробуждения, но также сонливости и бодрственной живости.

Сон по мнению *Lechner*'а дает 2 положительных эффекта: бессознательность и отдых. Отсюда два типа рефлексов сна. Один тип—это тот, который вызывает бессознательное состояние путем исключения функции мозговой коры из круга рефлекторных процессов—это *рефлекс сна* (*Schlafreflex*) в собственном смысле слова. Следует предположить, что этот „рефлекс сна“ в действительности составляется из бесконечного числа более элементарных актов, так как существуют такие состояния сна при которых частично остаются неугашенными те или иные психические, чувственные или двигательные функции. Другой тип рефлекса сна, в широком смысле слова—это *рефлексы отдыха* (*Erholungsreflex*). Рефлексы сна активно выключают центральные процессы сознания из круга жизненных явлений. В это время беспрепятственно работают вегетативные рефлексы и автоматические функции субкортикального происхождения. Сновидения *Lechner* также рассматривает, как рефлекторно протекающие процессы сознания, как внутренние рефлексы в мозговой коре и поэтому обычно не вызывающие никаких двигательных эффектов и никаких реакций.

Эту замечательно выдержанную в рефлексологическом духе концепцию *Lechner*'а можно дополнить и некоторыми другими соображениями. Так *W. R. Hosse* показал, что сужение зрачка во время сна и его расширение при пробуждении, понижение чувствительности сетчатки во время сна, понижение чувствительности слухового аппарата—также являются рефлекторными процессами. Целый ряд авторов указывает, что во время сна смыкание глаз является в результате активного, рефлекторного замыкания круговой мышцы глаза (*Pieron, Lhermitte, Hirsch, Economo, Haenle*). Также во время сна рефлекторно сокращается малая косая мышца глаза (*Lhermitte*), замыкательные мышцы сфинктеров, мышца суживающая зрачек и т. д.

Все эти рефлекторные процессы становятся понятными и естественными при современных воззрениях на сон, как на строго анатомически локализованную функцию мозга. Если *Lhermitte* говорил, что функция должна иметь свой центр, то центр должен иметь свои рефлексы.

На основе этих безусловных рефлексов могут и должны организоваться условные рефлексы *Павлова*, на что уже в 1896 г. обратил внимание д-р *Nicati*. Он перечисляет те моменты, которые могут рефлекторно вызвать „усыпляющее возбуждение“: горизонтальное положение, фиксация взгляда, замыкание век и т. д. (см. также *Пэрна*). Могут иметь также место и психовегетативные рефлексы *Glaser*'а, так как сон есть одна из важнейших вегетативных функций. Следует, однако, иметь в виду ту оговорку, которую мы сделали выше относительно психовегетативных рефлексов *Glaser*'а, а именно, что они в большинстве случаев являются рефлексами невропатического характера.

Установление рефлекторной природы процессов сна еще не исчерпывает вопроса о механизме сна и о его роли в невропатической конституции. Перед нами теперь возникает вопрос, что вызывает эти рефлексы. Мы не будем останавливаться на роли выделенных *Legendr*'ом и *Piéron*'ом гипнотоксинов, на воздействие инкретов эндокринных желез, в частности *hypophysis*'а, на центры сна (*Salmon, Redlich*) С интересующей нас точки зрения важно отметить, что центры сна, особенно у конституционально предрасположенных лиц, чрезвычайно сенсibilизированы по отношению к сильным аффектам. (*Redlich, Hilpert*). *Hilpert* указывает, что во время последней войны необычайно участились случаи нарколепсии, при чем она появлялась у солдат, которые находились в опас-

ной ситуации. Она характеризовалась припадками более или менее глубокого сна, наступавшими во всевозможных положениях, и своеобразной реакцией больных на аффективные возбуждения всякого рода. Иногда вместо сна наступало внезапное резкое расслабление тонуса (Tonusschlag). Под именем *Lachschlag* (смеховой удар) *Binswanger* и *Oppenheim* описали явление общего расслабления тонуса, сопровождающееся часто падением и отделением мочи при сильном смехе. Действие аффектов на функцию сна и на тонус *Redlich* объясняет тем, что сильные аффекты, по крайней мере в отношении двигательных, вазомоторных и вегетативных явлений разыгрываются в субкортикальных центрах специально в области *Thalamus opticus*. В этих же областях заложены важные центры тонуса и центры сна. „Мы можем себе представить,— пишет он,— что под влиянием сильных аффектов может наступить внезапное усиление угнетения тонуса, внезапная, хотя и проходящая общая или частичная „утрата тонуса“ (Tonusverlust), „блокада тонуса по Stern'у“, и это именно есть тот механизм, который мы считаем ответственным за необычное поведение нарколептиков при сильных аффективных переживаниях. С другой стороны близость предполагаемого центра сна к той части центральной нервной системы, в которой мы локализуем аффективное угнетение тонуса, объясняет нам как передачу раздражения, так и переходы между двумя рядами явлений, так как сон и тонус имеют друг к другу тесное отношение“. По мнению *Hilpert'a* тенденция к нарколептическим и нарколептоидным припадкам объясняется конституциональной перевозбудимостью центров сна и угнетения тонуса и их невыносимостью к внезапным аффективным возбуждениям; мы имеем здесь дело с конституциональным страданием. Впрочем, и из обыденной жизни мы знаем, что нервные субъекты, особенно дети, предрасположены на все сильные эмоции, особенно угнетающего или тревожного характера, реагировать падением тонуса („подгибаются колени“, „опускаются руки“) и сном. С другой стороны опыт войны дал богатый материал не только в отношении нарколептических реакций. Описан целый ряд и других снопоподобных синдромов в роде *синдромов спутанности*, про которые *Roussy* и *Lhermitte* говорят, что „это тот же сон, но менее глубокий и ограниченный собственно интеллектуальными функциями“, *оглушенности* („апрозективная форма“ *Chavigny*), характеризующейся рефлекторной подвижностью внимания и неспособностью апперцептировать ощущения, *онирического бреда*, *конфузиональных фуг*, *утраты контакта с реальностью* (*Renaut, Baret*) *истерического сомнамбулизма*, *расщепления личности*, *двойственности сознания*, *сумеречных состояний*, *Ganser'овского синдрома* (гипноидические механизмы *Kretschmer'a*) и т. д.

Итак у предрасположенных лиц аффективный разряд может в числе прочих путей переключиться также и на пути сна и вызвать к жизни или один общий гармонический рефлекс сна или же расщепить его на один из тех многочисленных рефлексов, о которых говорил *Lechner* и которые в клиническом отношении можно квалифицировать, пользуясь терминологией *Kleist'a*, как отдельные радикалы большого круга сонных явлений. Здесь важно еще раз подчеркнуть, что в физиологической функции сна мы имеем единственный *физиологический аппарат выключения высших психических функций*, что эта способность осуществляется сложной гармонической игрой рефлексов и что этот аппарат у предрасположенных лиц может быть конституционально сенсифицирован и чувствителен по отношению к различным состояниям перенапряжения

(аффекты, ожидание, физическое утомление). Так же как и прочие субкортикальные и вегетативные аппараты, он может принять на себя волну срыва и в виду своей конституциональной слабости, неуравновешенности и нестойкости координационных связей дать целый ряд явлений расщепления.

Чтобы составить себе ясное представление об этих явлениях расщепления, мы должны несколько подробнее остановиться на структуре координационных связей или, другими словами, на тех соматических и психических процессах, которые присущи сну, как „состоянию особого рода“. *Esopoto* в спящем организме различает два состояния сна: *соматический сон*, под которым он подразумевает функциональное состояние всех органов, за исключением нервных и психических функций, а также все те изменения, которые во время сна наблюдаются в обмене веществ, крове- и лимфообращении, равным образом как и все те мозговые процессы, которые непосредственно не выражаются в нервных и психических эффектах, и *мозговой сон* в собственном смысле слова, т.-е. специфическое состояние нервных и психических функций мозга в состоянии сна.

Анализ соматического сна показывает целый ряд существенных изменений в организме: изменяется характер и тип дыхания, кровообращения, сердечной деятельности, электролитный состав крови и спинно-мозговой жидкости; понижается количество сосудов-суживающих веществ в крови (*Heilig* и *Hoff*), усиливается тургор различных органов, тканей, лица и конечностей (*Devaux*); понижается также общий обмен веществ, окислительные процессы, температура, вес (*Mayer-Bisch*). Еще более резкие изменения обуславливаются мозговым сном: зрачки суживаются, чувствительность сетчатки понижается (*Hess*), чувствительность слуха также, вероятно, резко понижается (*Hess*). Повышается тонус круговой мышцы глаза (*Lhermitte, Haenel, Hirsch, Pieron, Lechner*), малой косой мышцы глаза (*Lhermitte*), верхней прямой мышцы глаза (*Haenel*), зрачкового сфинктера (*Lhermitte, Hess, Haenel*), везико-ректальных сфинктеров и, вообще, всех замыкательных мышц, равным образом, как и всей гладкой мускулатуры (*Weichmann*). Наоборот, тонус всей поперечно-полосатой мускулатуры падает. Образуется специальная сонная установка глаз, головы, рук и ног (*Pötzl*), тенденция к положению покоя (*Ruhelage*). Костные, сухожильные и кожные рефлексы понижаются (*Ley Mary* и *Nathaniel Kleitman*), кожная чувствительность также. Вегетативная нервная система получает преобладающее значение и оказывает угнетающее влияние на функции анимальной системы (*Hess*). В самой вегетативной системе парасимпатический отдел получает резкое преобладание над симпатическим (*Hess, Laignel-Lavastine, Guillaume, Müller* и др.).

Самые существенные изменения, однако, как мы пытались показать в целом ряде работ и сообщений, происходят в психических функциях. Для засыпающего человека характерна специальная типичная установка по отношению к окружающему его миру явлений, выражающаяся прежде всего в утрате активности и спонтанности; психический тонус падает так же, как и стато-тонус; утрачивается свойственная бодрствующему сознанию персонализация окружающего, синтетическое усвоение его и целевая установка. С психической точки зрения все эти явления квалифицируются, как утрата „внимания к жизни“ (*attention à la vie—Bergson'a*), как ослабление „жизненного порыва“ (*élan vital—Bergson, Minkowski*), как реакцию „утраты интереса“ (*réaction de désintéret—Claparède*), как „понижение психического тонуса“ (*Kaploun*). С патофизиологической

они находят себе объяснение в функциональных расстройствах—*центра инстинктивного влечения к движениям*, который предположительно лежит в сером веществе 3-го желудочка и сильвиева водопровода и находится в тесной топографической и физиологической связи с центром бодрствования (*Lotmar*). Этот же центр, как говорит в другом месте *Lotmar*, является также и центром *инстинктивной психической активности*, с присущими ей психическими свойствами: *вигильностью* (*Vigilantät*) внимания, направленностью на внешний мир (*Zuwendung zur Außenwelt*), на сенсорные раздражения (*Sinnliche Aufmerksamkeit*). „Основными явлениями наступления сна следует считать,—пишет *Lotmar*,—выключение почти всех двигательных автоматизмов, всех произвольных движений, психической направленности на внешний мир, почти всех восприятий, подлинных мыслительных процессов, почти всякой аффективности“.

На основе подобной физиологической установки *внимание* спящего и засыпающего человека приобретает ряд особенностей, в корне отличающих его от нормального бодрственного внимания. Оно перестает привлекаться явлениями внешнего мира, делается по отношению к ним пассивным и безучастным, „незаинтересованным“ и вместе с тем с особой силой притягивается к интрапсихическим образам дремотного и сновидного состояния. Другими словами, оно изменяет свой нормальный *экстравертированный* тип на тип *интравертированный*. В то время как для привлечения бодрственного внимания требуется известная высота порога раздражения, чувствительность сонного внимания к интрапсихическим раздражениям резко повышена; как показывает изучение дремотной и сновидной психики—оно с чрезвычайной легкостью и императивностью привлекается ко всем возникающим в сонном сознании образам. В этом смысле можно говорить о рефлекторном характере внимания во сне, на что впервые обратила внимание *Манасеина* \*), или о децебрированном типе внимания. Другою особенностью сонного внимания является то обстоятельство, что оно теряет присущее бодрственному вниманию свойство расщепляемости (часть внимания направляется на предмет восприятия, часть на самый акт восприятия, часть держит связь с запасом прежних впечатлений, часть существует, как боковое зрение, как общая ориентировка в окружающем, наконец, некоторая часть остается в резерве). Мы склонны квалифицировать это свойство расщепляемости бодрственного внимания, как его пучковое строение. Во время сна от этого пучкового строения не остается и следа, внимание делается сплошным, недифференцированным и поглощается соответствующими раздражениями целиком или почти целиком. Мне снится напр., что я читаю библию, в библии говорится о цветах, и вот уже нет библии, а есть цветы и т. д. Очень демонстративный пример такой рефлекторной подвижности внимания и его поглощаемости, представляет наблюдение *Gruithuisen'a*. Ему снилось, что он ехал верхом на лошади, которая превратилась в жюла, козел—в теленка, затем в кошку и молодую девушку и, наконец, в старую женщину; дерево на которое карабкалась кошка сделалось церковью, церковь превратилась в сад; церковный орган превратился в гармонию, на которой играла кошка, затем в песню молодой

\*) „Одна из замечательных особенностей психической жизни во сне заключается в том, что внимание перестает быть волевым и делается чисто рефлекторным, т.-е. оно останавливается на тех образах или ощущениях, которые являются более сильными, чем другие. В этом смысле спящий человек похож на малых детей, дикарей и идиотов“ (стр. 292).



девушки. Благодаря своей рефлексорности и поглощаемости сонное внимание никогда не бывает активным, оно всегда пассивно. Наконец, сонное внимание качественно совершенно иначе поляризовано, нежели бодрственное; оно не замечает и не заинтересовано в сенсорных ощущениях и, наоборот, направлено на различные ценностетические ощущения висцерального или психического порядка, которые в свою очередь ускользают от внимания бодрственного.

Таким же качественным изменениям подчиняется и процесс восприятия, которое приобретает характер *сумеречности*: как показывает изучение сновидений, мы способны воспринимать в состоянии сна различные внешние и внутренние раздражения, но мы не воспринимаем самого акта восприятия. Поэтому образы сновидения кажутся нам возникшими спонтанно. Напр., нам снится звон колоколов, но мы не связываем его с его настоящей причиной—звоном будильника, и образ кажется возникшим самостоятельно из материала сна. С другой стороны, вступающие в сонное состояние раздражения психически переломляются совершенно иначе, чем в сознании бодрственном. Прежде всего психика имеет тенденцию интегрировать все впечатления, независимо от их происхождения в зрительных образах. Это—„зрительный галлюцинаторный рефлекс сна“—*Mourly Vold'a*; сновидение „визуализирует все“ (*Hesnard*)—ощущение, эмоцию, идею. „Вся опирческая жизнь проектируется в образах, и спящий в силу своеобразной кажущейся регрессии идеи к сенсорной жизни—мыслит только событиями“ (*Hesnard*). *Bergson* говорит об имманентном свойстве тактильных ощущений визуализироваться во сне. *Brunet* называет „транспозицию идей в образы“ „драматизацией“, „настоящим архитектурическим процессом сновидения“, признаваемым почти всеми психологами. Также и *Freud* настаивает на этой характерной особенности сонного сознания\*). В силу этого зрительного рефлекса сновидение превращается в *поток зрительных образов*. Что касается самих зрительных опирических образов, то им во всех отношениях присущ характер псевдогаллюцинаций—зрение при них свободно, образы существуют внутри нас, „в голове“, они не сопровождаются ориентировочной реакцией органов чувств и всего тела, не зависят от положения органа зрения, слиты с личностью спящего и, наконец, имеют тенденцию сочетаться или развернуться в картину.

Также своеобразен и специфичен процесс переломления в сонном сознании различных раздражений и в других отношениях. Так напр. болезненные или тягостные ощущения переживаются спящим как процесс воздействия на него со стороны других лиц, существ, или предметов „Иногда, когда мы спим,—пишет *Descartes*,—и чувствуем укус мухи, мы грезим, что нам нанесли удар шпагой“. „Ощущение, вызываемое в желудке сгущенным испарением, отражается в сновидении в виде тяжести, которая нажимает на эту часть тела“ (*Bacon*). Обыкновенные раздражения, не сопровождающиеся тягостным ощущением—переживаются как произвольные действия или самого спящего лица или других лиц. *Foucault*, напр., снится, что он на охоте и сделал уже несколько выстрелов. В действительности же раздалось несколько ударов грома. Одному человеку снится, что он собирает вишни. Источником этого видения были красные отблески занавеси, освещенной лучами восходящего солнца (*Brunet*). Общая усталость мышечной системы воспри-

\*) По данным *Манасеиной* % зрительных образов в сновидениях—85.

нимаются спящим, как одно или несколько лиц в движении, между тем как некоторые кожно-двигательные ощущения соответствуют скорее опирическим образам животных в движении (*Mourly Vold*). Желания, возникающие во сне (голод, жажда), реализуются в сонном сознании в виде удовлетворяющих это желание действий. Автоматически возникающие во сне движения иллюзорно кажутся произвольно обусловленными [„восходящая психомоторность“, „оправдывающее сознание“ (*conscience justificatrice*)—*Hesnard*'а, „переодевание в платье сновидения“ *Lechner*'а]. Напр.,—снится, что серый кот прыгнул мне в лицо—я отдергиваю голову и просыпаюсь с ощущением тихообразного отдергивания головы. Снится, что высоко закидываю мяч. Просыпаюсь от судорожного сокращения тех мышц, которыми мы обычно бросаем что-либо вверх.

Очень часто воспринимаемые раздражения и психические процессы приписываются во сне активности другого лица. Приведу следующий пример. Мне снится, что я даю урок французского языка какому-то господину. Надо перевести фразу с русского на французский: „каломель есть прекрасная крахмальная мука“. Я забываю, как по французски „мука“. Мне стыдно; незаметно, чтобы мой ученик не увидел, я перелистываю словарь, но искомого слова найти не могу. Вдруг сзади меня кто-то, кажется, мой брат, поднесши руку ко рту шепчет: „*farine, farine, farine*“. Перевожу дальше, но испытываю большое затруднение при переводе слова—„прекрасная“; перевожу словом *jolie*, „крахмальная“—словом „*de blé*“. В итоге почему-то получилась фраза „*Le beau Calomel est une jolie farine de blé*“. Справа от меня какая-то дама не то укоризненно смотрит, не то упрекает меня за то, что я употребил слово „*jolie*“. Тогда я перевожу „*beau farine*“, и опять она говорит—„разве *farine* мужского рода“. Другое сновидение. Сидело несколько девушек... Затем я полупросыпаюсь с одним из тех эфемерных бесформенных суждений, на которых я часто ловлю себя в момент пробуждения: „конечно,—говорю я,—все кончается, но что же делать“. На половине этой фразы я опять засыпаю, и мне снится, что эту фразу произносит одна из виденных мною девушек. Подобных наблюдений можно было бы привести очень много. *Maury, Hervey de Saint-Denis, Tissie* и др. приводят целые большие диалоги, которые воплощают мысли спящего человека. Здесь мы имеем дело с чрезвычайно своеобразным процессом, в силу которого „психические акты (идеи, движения чувства) отделяются от нормального „я“ и систематизируются в другую личность“ (*Dwelschauvers*). Таким образом сонная психика дает нам пример *физиологического раздвоения личности*. Очень часто эта активность другого лица направляется на спящую личность и сновидение принимает характер бреда преследования и бреда воздействия. Особенно часто такие сновидения возникают в случае тяжелых переживаний во сне, болезненных ценестопатических ощущений. В этих случаях нам снится, что нас заставляют делать что-то неприятное, что нас преследуют, гонятся за нами, следят за нами. Большой материал в этом отношении собран нами за время эпидемии сыпного тифа, а также в физиологическом состоянии—у детей одной из профилактических амбулаторий. Таким образом в сновидениях мы имеем возможность наблюдать *физиологическое параноидное состояние*.

Своеобразные законы преломления внешних и внутренних раздражений в среде сонного сознания дают возможность также познакомиться и с физиологическим *Ganser*'овским симптомокомплексом, ибо раздра-

жения часто воспринимаются не такими, какие они есть на самом деле, а деформированными архитектурной сновидения. Приведем несколько примеров. Однажды вечером *Mauru* задремал в то время, как сидящее возле него лицо вслух читало ему какую-то книгу. Чтение прерывается и читавший ему задает вопрос, касающийся сущности прочитанного. *Mauru* отвечает: „в этой книге нет табаку“. Ответ вызвал смех, так как не имел никакого отношения к прочитанному. *Mauru* просыпается и начинает искать причину такого на первый взгляд нелепого ответа. В это время он чихнул. Оказалось, что в носу осталось несколько крупинок табаку, от взятой перед тем понюшки. Таким образом, импульс к ответу был дан вопросом, а содержимое ответа было обусловлено другим раздражением. Совершенно аналогичный пример я могу привести из своих наблюдений. Однажды жена моя утром будила сына, который заснул и рисковал опоздать в школу. Через некоторое время она спрашивает продолжающего лежать в кровати мальчика: „ты спишь, Ленья?“, на что тот отвечает: „конечно, не сплю, раз прошу поставить вторую горелку к телефону“. Оказалось, что в это время ему спилось, что он в химическом кабинете и разводит горелку на треножнике. По его словам, он прекрасно слышал, что говорила мать, отвечал ей, но то что он отвечал не казалось ему абсурдом. Одной знакомой фельдшернице снится, что по комнате проходит кот.—Она говорит ему:— „Петя, Петя, а где же твоя кошечка?“. Просыпается и слышит в коридоре шаги больного Петрова. Здесь также нелепая на первый взгляд фраза обусловлена интрапсихическим переломлением в сонном сознании шагов и фамилии больного. Доктору *Tissié* снятся под утро микробы, кокки, бактерии, бациллы и т. д. Он просыпается со следующей фразой на устах: „Tot carita, tot Sensus“ и т. д.

Все приведенные нами возможности с убедительностью говорят за то, что психическая среда спящего человека в корне качественно отличается от психической среды бодрствующего человека и стоит в связи с изменившимися условиями в функционировании центральной нервной системы под влиянием деятельности центров сна или бодрствования.

Состояние сна изменяет психизм человека не только как среду, переломляющую или отражающую различные притекающие к ней раздражения. Оно деформирует и всю совокупность психо-физиологических предпосылок сознания. Условные рефлексы во сне угасают (*Ро-жанский*). Поэтому в сновидении нет тех оценочных отношений, которые вырабатываются жизненным опытом спящего: во сне все возможно и все вероятно. Поток событий сновидения не стесняется рамками причинности и рамками опыта. „Nihil tam praepostere, tam incondite, tam monstruose cogitari potest, quod non possimus somniare (*Цицерон*). Именно эта бессвязность сновидений и позволила некоторым психологам—*Mauru*, *Tissié*, *Radestock*'у выдвинуть гипотезу о родстве онирических явлений и душевных расстройств. Также характерно для онирической психики совершенно своеобразное психическое новообразование—*онирическое творчество*, символизация и драматизация событий, настоящая физиологическая *pseudologia phantastica* или, по терминологии *Dupré*, *митомания*.

Имеются еще две особенности, которые присущи состоянию мозгового сна и которые заслуживают внимания—это влияние сна на функцию реальности и децеребрационные явления. В отношении функции реальности современными исследованиями (*Koffka*, *Lindworski*,

*Berliner, Петровский*) установлено довольно твердо, что сознание и ощущение реальности не связано с восприятием окружающего мира; что это есть особая, присущая человеческому организму, психофизиологическая функция. Некоторые физиологические процессы, связанные преимущественно с деятельностью субкортикальных центров, обладают способностью усиливать или ослаблять чувство реальности. Аффекты угнетающего характера ослабляют это чувство, создавая впечатленные отчужденности от внешнего мира, монотонности и уплощенности его; не связанности с ним (деперсонализация); другие аффекты стенического характера, как, напр., любовь, резко усиливают его, создавая то гиперболическое восприятие мира и людей, о котором мы получаем представление в лирической поэзии. Однако, только гипнической функции *par excellence* присуще свойство уничтожать, извращать и создавать реальность.

Паступление сна связано с тем, что *Hesnard* называет „*suppression du réel externe*“ (см. также *Lhermitte, Haenle, Lechner* и др.). Окружающий мир теряет свои краски, свою тональность, свой интерес по мере засыпания и, наконец, перестает существовать для спящего совсем со всеми своими причинными, временными и условными связями \*). Но на смену ему возникает мир новой реальности, реальности онирической. Физиология реальности во сне есть патология реальности в бодрственном состоянии.

Что касается децеребрационных явлений во сне, то помимо явлений двигательного порядка (*Аронович*) в процессе засыпания особый интерес представляет повышение возбудимости и активности ниже лежащих, освобожденных от кортикального господства центров: оборонительного тонуса (фобии сна), половых (повышение сексуальной возбудимости во сне), центра *detrusor'a vesicae* и, особенно, речевых. Мы не имеем возможности подробно остановиться на состоянии речевой функции во время сна, но в одном из своих сообщений мы привели целый ряд веских соображений в пользу того, что *речевое возбуждение* является тем двигательным механизмом, который приводит в движение кинематографическую ленту зрительных образов. В основе потока зрительных образов,—говорили мы,—лежит речевой поток.

Такова в общих чертах психофизиологическая структура сонной психики.

Из предыдущего изложения видно, что если координация бодрственных функций является весьма сложным механизмом, то не менее сложным, хотя и качественно совершенно иным является механизм координации сонных функций. Однако, быть может, самое любопытное явление сна, дающее указание на его рефлекторную природу, заключается в том, что в момент пробуждения у нормальных людей все физиологические, соматические и психические процессы сонной координации *моментально*, как бы по мановению волшебного жезла, *замещаются процессами* координации бодрственной. Далеко не так просто, как мы увидим ниже, обстоит дело у невропатов. Под влиянием ли эмоционального шока или вследствие конституциональной слабости гармонии координационных механизмов, или под влиянием инфекции или интоксикации, как самая смена координаций, так и синергия функций в пределах одной и той же координационной системы осуществляется с боль-

\*) Как говорил один больной, цитируемый *Trömmner*ом, „ничто больше не интересует, ничто не возбуждает, в мире может происходить все, что угодно“.

шими дефектами. В подобных случаях мы говорим о *расщеплении функции сна*. „Только в натуральном сне,—пишет Müller,—можно установить тесную связь всех существенных вегетативных факторов в соответствии с глубиной сна и представить ее в виде характерной „кривой сна.“ Только в натуральном сне соматический сон и мозговой сон—покрывают друг друга. Все виды расстройств сна или патологических форм расстройства сознания—обнаруживают диссоциацию „компонентов сна“.

Мы сочли необходимым остановиться так долго на функции сна и ее сложной соматической и психологической структуре потому, что только будучи знакомым с психо-физиологическими радикалами этой функции, можно себе составить представление о патологических компонентах, могущих возникнуть под влиянием расщепления гипнической функции у лиц с невропатической конституцией.

На примере нарколепсии мы видели выше пример расщепления гипнической функции в плоскости тонус—сон, т.-е. патологическим радикалом, выпадающим из сложного комплекса сна—являлось падение тонуса (Tonusschlag). Другим примером может служить катаплетическое состояние при кошмарных сновидениях, сопровождающихся пробуждением сознания при более или менее полной мышечной оцепенелости. В недавно опубликованной работе доктора Немлихера эта форма патологической диссоциации сна была подвергнута тщательному патофизиологическому анализу. Еще раньше она была описана доктором Tissié под именем „каптивации при кошмарах“ (Captivation dans le cauchemar).

Случаи Tissié представляют еще более сложную диссоциацию. Здесь, спящие просыпаются, но не могут отделаться от сновидения и не могут пошевелиться. Так, напр., один врач так описывает свое состояние: „я прекрасно сознаю самого себя в моем сне, но я чувствую, что я не могу изменить течения моих идей. Я знаю, что пробуждение их прогонит и, так как я не имею возможности проснуться сам, я бужу свою жену, с тем чтобы, в свою очередь, она разбудила меня“. М-ше Н., чтобы проснуться и получить возможность движения, должна себя ущипнуть. В... должен сообщить своему телу ряд толчков, что совершается при большом нервном напряжении: дама, цитируемая Mascarió, должна сообщить своему телу массивный толчок. Tissié в этих случаях говорит о диссоциации между спланхническим и соматическим я („moi“ splanchnique et „moi“ somatique).

С одной из форм гипнической диссоциации мы несомненно имеем дело при некоторых формах неврастении. „В большинстве случаев,—пишет Déjérine,—неврастеник апатичен, ноги кажутся ему тяжелыми, как будто у него был парез, за малейшим усилием следует истощение, после непродолжительной ходьбы он чувствует усталость, ноги его подгибаются и подкашиваются; всякое движение мучительно для него и он старается не шелохнуться. *Истощение это особенно резко по утрам при пробуждении*; в самом деле весьма часто при таком состоянии бывает сонливость и больные эти спят иногда даже днем; напротив, в других случаях сон неправилен, прерывается сновидениями“. Здесь сущность диссоциации заключается в том, что нервно-мышечный аппарат продолжает дремать, в то время как психический сон уже прошел\*).

\*) Мы неоднократно наблюдали, у некоторых нервных детей резкое понижение мышечной силы в первые часы после пробуждения, на что, впрочем, и сами дети обращали наше внимание.

Всем известно то тягостное ощущение в мышцах, когда человек не выспался или когда его внезапно разбудят среди глубокого сна. В пользу такого понимания говорят и наблюдения *Regelsberg'a*, который констатировал при нервной бессоннице, несмотря на отсутствие мозгового сна, все же повышение количества углекислоты в альвеолярном воздухе и понижение прочих вегетативных функций, т.-е. соматический сон. Совершенно обратного типа диссоциацию наблюдаем мы в состоянии сомнамбулизма у истериков, невротиков и эпилептоидов. Сомнамбулики продолжают спать полным или частичным психическим сном, но их нервно-мышечный аппарат бодрствует, и в то время как в нормальном сне онирические образы неспособны вызывать движений, в сомнамбулическом сне они становятся кинетогенными. У истериков же мы наблюдаем и иные формы частичного сна, как то сумеречный тип восприятия, *Ganser'овский* тип реакций и ответов; иногда у них от всей функции сна сохраняется в бодрственном состоянии онирическая продукция или онирическое творчество, и тогда мы имеем перед собой клиническую картину *pseudologiae phantasticae* или митоманию; в других случаях, в их бодрственном сознании фиксируется не онирическая функция, а сформированное пережитое сновидение (многочисленные примеры у *Ball'a*, *Vaschide* и *Piéron'a*, *Tissié*, *Janet* и др.). Иногда, наконец, у них же фиксируется в виде бессознательных стремлений или импульсов не самое сновидение, а известные директивы, онирические внушения, действующие аналогично постгипнотическому внушению. Следует также отметить, что истерикам и дегенератам свойственна своеобразная форма патологического восприятия реальности, выражающаяся в том, что они не всегда способны отличить реальное от вымышленного и реальное или вымышленное от виденного во сне. Многие формы истерического паралича носят также характер частичного двигательного сна (*Sollier*) подобно тому как истерическая анестезия весьма напоминает по своей капризности анестезию гипнотическую.

В общем проявления истерии настолько тесно соприкасаются с явлениями сна, что некоторые авторы — *Sollier*, *Claparède*, отчасти *Janet* склонны считать истерию патологической формой сна. Ближе к этой точке зрения стоят и те сторонники Павловской точки зрения (*Блуменау*, *Бирман*), которые и сон и истерические явления приписывают разлитому торможению коры. Да и с чисто клинической точки зрения *Блуменау*, напр., фактически склонен рассматривать целый ряд истерических симптомов, как возникающих на почве сумеречного или сновидного сознания. „Расстройство сознания, вызванное аффектом,— пишет он,— при истерии имеет характер сумеречного или сновидного сознания, во время которого возникают патогенные идеи, действующие подобно внушению. Этими самовнушениями отчасти усиливаются и фиксируются непосредственные проявления аффекта—дрожание, спазмы, судороги и проч.—отчасти создаются чисто психогенные (идеогенные), своеобразно локализованные анестезии, параличи, контрактуры и другие симптомы и симптомокомплексы“.

Очень характерную диссоциацию соматического и мозгового сна при летаргическом энцефалите описал *Econoto*. „В нормальном состоянии,— пишет он,— эти обе части сна протекают одновременно и параллельно. Существуют, однако, пациенты, которые или во время летаргического энцефалита или после него обнаруживают удивительное поведение. Утром в особенности, а также и в остальное время дня, хотя и

слабые, они совершенно неподвижны (акинетичны), неспособны ни к какому действию, не могут приняться за еду; большей частью остаются они со своими медленными движениями, в самых неудобных положениях; получается такое впечатление, как если бы они были психически повреждены или спали бы с открытыми глазами. В действительности этого нет, они при полном сознании, и если возможно побудить их высказаться, то можно заметить, что они все прекрасно понимают и наблюдают. Им недостает только спонтанности. К вечеру многие из них становятся подвижнее, скованность ослабевает. Они делаются совершенно бодрыми и веселыми, разговаривают, ходят взад и вперед и даже танцуют так, как нормальные люди. Если они после этого ложатся спать и даже действительно на время засыпают, их подвижность не успокаивается. Первые часы сна—очень беспокойны, устанавливаются делириозные состояния и явления ночного блуждания и только к утру сон становится спокойным; этот, наконец, обретенный телесный покой соматического сна сменяется после пробуждения опять бедностью движений и вялостью энергии (акинезия и недостаток спонтанности) в течение дня, пока, наконец, вечером скованность опять не ослабевает. Таким образом, получается впечатление, как если бы мозговой сон и соматический сон были диссоциированы во времени и не вполне покрывали бы друг друга, так что при бодрствующем мозгу скованность соматического сна держится еще в течение дня, пока вечером тело совершенно не проснется и тогда больной не станет производить впечатление нормального человека; но вот ночью мозговой сон наступает раньше, чем соматический и в свою очередь нарушается телесным возбуждением и т. д. \*)

Иные формы частичного сна мы как будто наблюдаем при схицдофрении, для которой характерны—отсутствие спонтанности, отчуждение от внешнего мира, тенденция к *Ruhelage*, интравертированный тип внимания, эгоцентризм, онирическая спутанность, часто *Ganser*'овский тип ответов, символизация, речевой поток и речевая спутанность (на сходство последней с речью сна указали уже *Kraepelin* и *Schneider*).

У параноиков—интерпретаторов—основным симптомом является патология чувства реальности, особенно в сфере отношений, компенсируемая интерпретацией и усилением логической функции, повышенная ценестопатическая восприимчивость, повышенный оборонительный тонус, символизация, эгоцентризм. Нередко отмечается сильное влияние сновидений на бодрственную жизнь.

Типичный дремотно-сонный синдром представляют страдающие бредом влияния (*Les influencés—Cellier*, *paranoia delirio suggestu—Bextereva*). Их состояние характеризуется психомоторным речевым возбуждением, часто в форме диалога (типичное состояние для засыпающего человека), псевдо-галлюцинациями, интравертированным типом внимания, погруженностью в себя, из которой больного можно вывести громким окликом, внешним раздражением, при чем он дает впечатление реакции пробуждения, отнесением своих переживаний к другой личности, восходящей психомоторностью также воспринимаемой как воздействие со стороны, как влияние, гипноз, электризация; преобладанием ценестопатических возбуждений, картинностью, сложностью и драматизацией

\*) Подобные явления у детей после летаргического энцефалита были описаны P. Marie и m-lle G. Levy (R. W. Octobre 1922 г.).

галлюцинаторных образов, утратой оценочных отношений. Все эти больные в большей или меньшей степени дают реакцию пробуждения.

Элементы патологического сна можно найти в психастении (патология чувств реальности, деперсонализация) в паранойе, при прогрессивном параличе, *ametia* (характерный онерический бред) и т. д.

Все сказанное нами говорит убедительно за то, что функции сна принадлежат в патофизиологии невропатических конституций выдающееся место, особенно если принять во внимание, что центры сна являются у невропатов чрезвычайно ранимыми для инфекций, интоксикаций, продуктов желез внутренней секреции (*Lhermitte, Redlich*), эмоций (*Redlich, Hilpert*) и биологических шоков (*Pascal et Davesne*). С другой стороны необходимо принять во внимание, что анатомо-физиологический механизм сна является естественным, быть может единственным, аппаратом психической децеребрации в физиологическом состоянии организма.

Наконец, необходимо знать, что функция сна является чрезвычайно сложной функцией, состоящей из целого ряда соматических и психических радикалов, тесно сочетающихся друг с другом в одно гармоничное целое в условиях нормальной конституции. В патологических же условиях эта гармоничная, строго координированная функция, обладает способностью расщепления и отщепления. Составляющие ее радикалы начинают вести автономную жизнь, приобретают патологическую окраску и в той или иной форме или комбинации внедряются в бодрственную жизнь, окрашивая ее в цвет того или иного невроза или психоза. В свое время *Wernicke* утверждал что органическое повреждение при психозах есть повреждение „особого рода и особого места“ (*Besonderer Ort und besonderer Art*). Быть может анатомическому и физиологическому аппарату сна принадлежит не последнее место и в этом *Ort* и этом *Art*. Во всяком случае анализ психической и соматической структуры сна позволяет заместить натуральными психофизиологическими радикалами нежизненные и не отвечающие никакой действительности телеологические и мистические механизмы школы *Freud'a* и сомнительные психологические механизмы *Janet*.

### VIII.

Несмотря на видимую беспорядочность и хаотичность, полиморфность и протеиформность внешних проявлений невропатического диатеза, все же имеется тенденция уложить их в определенные клинические типы, число которых все более и более возрастает по мере того как в психоневрологии возникают новые био-физиологические проблемы или по мере того как обогащается клинический опыт. Уже со времени *Charcot* и *Féré* наметились два основных ответвления невропатической конституции: одно из них—невропатическое в собственном смысле или нервносоматическое—характеризуется нервными симптомами „особенно в сфере чувствительности и движения“ (*Féré*), тесно переплетающимися с болезненными явлениями со стороны других систем; другое—психопатическое, или нервно-психическое—характеризуется главным образом расстройствами в сфере психической жизни. Между обоими этими ответвлениями нет резких границ и они незаметно переходят одно в другое, как не имеется границ между невропатической конституцией и смежными патологическими конституциями соматического типа. Это представляется вполне понятным, если мы вспомним, что с одной сто-



роны с какой бы точки зрения ни подходили к изучению невропатической конституции: генетической, патофизиологической или чисто конституциональной, мы повсюду встречаемся только с случайным и индивидуальным сочетанием радикалов—будь эти радикалы наследственными задатками (*Kretschmer, Hoffmann*) или патофизиологическими радикалами в смысле *Kleist'a* или конституциональными радикалами клинического характера в смысле *Pfaundler'a*. С другой стороны той пропасти, которая еще так недавно отделяла невропатическое от психопатического в связи с современными воззрениями на примитивные психические, волевые и инстинктивные функции, как на функции тех отделов нервной системы, которым на ряду с этим свойственны и другие функции палеокинетического, висцерального и вегетативного характера—этой пропасти теперь уже не существует. Следует также принять во внимание, что все патологические конституции тесно связываются друг с другом многообразной общностью расстройств со стороны вегетативной нервной системы, эндокринных желез, обмена веществ.

Еще сравнительно недавно число описанных невропатических конституций было довольно ограничено и нервно-артритический диатез и нервно-психическая дегенерация в ее различных вариантах в сущности исчерпывали те клинические формы, в которые выливались болезненные предрасположения нервно-психического порядка. Не так обстоит дело теперь, и с развитием конституционального мышления и при необычайной сложности научного материала биологического и физиологического порядка наблюдается необычайный расцвет описываемых различными авторами конституциональных форм. Не совсем утеряли свое значение и старые классические конституциональные типы: дегенеративная конституция и нейро-артритический диатез. Первая, одно время почти забытая, в Германии по крайней мере, под влиянием господства биологического направления в учении о наследственности, в последнее время вновь начинает приобретать актуальность, благодаря работам *Bauer'a, Schröder'a, Kleist'a* и некоторых других\*). Правда, *Bauer* придал понятию дегенеративной конституции несколько специальный смысл „конституционального отклонения от родового типа, от нормальных, в среднем наиболее частых свойств организма“, „отстояния от среднего значения данной широты вариаций“. Понятие дегенерации, по замыслу *Bauer'a*, должно быть свободно от известной моральной оценки и должно быть строго отделено от понятия вырождения, употребляемого в психиатрии. Это есть не *Entartung*, а *Abartung*, девиация *Wallon'a, déspéciescence* (отклоняемости от вида) *Apert'a*. Этим *Bauer* хочет подчеркнуть, что дегенерация не есть болезненное уклонение, как учили *Morel* и *Magnan*, а есть уклонение биологического порядка, более редкая вариация, передаваемая по наследству. Но *Schröder* и *Kleist*, опираясь на клинические соображения, склонны относить к дегенеративным формам все те психопатические формы эндогенного происхождения, которые с одной стороны не умещаются в рамках шизофрении или маниакального депрессивного психоза, с другой—характеризуются повторяемостью, излечимостью и необычайностью симптомов, а также полиморфностью проявлений. Сюда упомянутые авторы относят истерично-психотические состояния, сумеречные состояния, *Motilitätspsychosen* с многочисленными кататоническими явлениями,

\*) Очень много внимания продолжает уделять дегенеративной конституции пр. *Th. Ziehen*. Французская же школа и по настоящее время в этом отношении прочно удерживает классические позиции.

разнообразные параноидные формы, атипичные случаи маниакально-депрессивного психоза. Также и многочисленные шизофренические и циркулярные формы, как высказался на Tübingen'ском съезде *Gaupp*, должны быть причислены к психозам, возникающим на почве дегенеративной конституции. *Vimke* предлагает сохранить название дегенеративной конституции для предрасположения возникающего на почве поражения зародышевой плазмы. Наконец, недавно *Ewald* сделал интересную попытку трактовать дегенеративную конституцию с генетической точки зрения, как обусловленную специальными „генами вырождения“, „геном процесса“. Существенные черты дегенеративной конституции обрисованы нами в главах, посвященных характеристике дегенеративного процесса.

Что касается нейро-артритической конституции (диатеза), то после многочисленных дополнений и изменений, внесенных в первоначальную схему *Charcot* и *Féré*, она рисуется в настоящее время в следующем виде (пользуюсь схемой *Müller'a* в изложении проф. *Богомольца*).

Перво-артритический диатез с нормальным, эрегическим, пастозно-торпидным или плеторически ожирелым *habitus'ом* и типическими сменами между кожными симптомами и внутренними кризами.

*I ряд.* Нарушение обмена веществ. В грудном возрасте: лабильность веса, неустойчивость температуры (так наз. зубная лихорадка), сильные колебания в содержании солей и воды.

В более позднем детском возрасте: ненормальная худоба, или ненормальная тучность, периодическая ацетонемическая рвота, *febris ex causa ignota*, высокого удельного веса моча с уратами и фосфатами, ацетонурия, гликозурия, камни пузыря и почек.

В периоде полового созревания: ненормальная худоба или ожирение, *febris ex causa ignota*, уратурия, фосфатурия, пузырьные и почечные камни, диабет.

У взрослых: ненормальная худоба, или ожирение, или подагра, диабет, уратурия, фосфатурия, цистинурия, алькаптонурия, оксалурия, пузырьные и почечные камни, желчные камни, артериосклероз, артериосклеротическая сморщенная почка, отосклероз, предстарческая катаракта, некоторые формы глаукомы.

В старости: диабет, подагра, артериосклероз, артериосклеротическая сморщенная почка, катаракта, глаукома.

*II ряд.* Артритические изменения.

У взрослых: хронический или рецидивирующий мышечный ревматизм (*lumbago, torticolis*), хронический деформирующий артрит не на инфекционной и не на подагрической, т.-е. без урикемии, почве (*Malum soxae, узлы Heberden'a*, артрит у женщин в климактерическом периоде и пр.).

В старости: хронический или рецидивирующий мышечный ревматизм, хронический деформирующий артрит не инфекционного и не подагрического происхождения.

*III ряд.* Кожные заболевания. В грудном возрасте: мокующие пмпетигинозные и папулезно-везикулезные экземы, *urticaria*.

В более позднем детском возрасте: *urticaria, eczema, prurigo hyperhidrosis, perniones*.

В периоде полового созревания: *urticaria, eczema, seborrhoea, acne, furunculosis, psoriasis, neurodermitis, lichen, simplex, отек Quinke, perniones*.

У взрослых: *urticaria, eczema, seborrhoea, acne, furunculosis, psoriasis, neurodermitis, lichen simplex, отек Quinke, perniones*.

В старости: *pruritus, eczema, neurodermitis*.

*IV ряд.* Психопатические расстройства, нервные расстройства, идиосинক্রазии, т.-е. химические или биологические аллергии.

В раннем возрасте: повышенная психическая возбудимость („Wunderkinder“), гередодистрофия *Pfaundler'a*.

В более позднем детском возрасте: преждевременно созревающие, непослушные, надоедливые дети, легко поддающиеся влиянию окружающей среды. Истерия, ночной испуг, привычная головная боль, мигрень, невралгия, онанизм (в сильной степени), идиосинক্রазии к пищевым веществам и запахам, наклонность к сильным проявлениям анафилактики (сывороточная болезнь).

В периоде полового созревания: раннее созревание, странности характера, предрасположение к истерии и неврастении, привычная головная боль, мигрень, сильная мастурбация, астма, идиосинক্রазии к пищевым веществам и запахам, сенная лихорадка.

У взрослых: блестящие задатки, неоправданная или односторонняя одаренность, ненормальные характеры в смысле *Kraepelin'a*, различные психоневрозы (в частности конституциональная и приобретенная неврастения, истерия), привычная головная боль, сексуальные нарушения, мигрень, невралгия, ишиас (функциональный). Астма, идиосинক্রазии к пищевым веществам и запахам, сенная лихорадка.

В старости: депрессивные состояния при психоневрозах, невралгии.

*V ряд.* Спазмофилия. В грудном возрасте: детская эклампсия, ларингоспазм, тетания.

В более позднем детском возрасте: эклампсия, тетания, эпилепсия?

В периоде полового созревания и у взрослых: эпилепсия?

В том виде, каким он рисуется по схеме *Müller'a*, нейро-артритический диатез вряд ли может претендовать на место в рамках классификации патологических диатезов. Скорее всего это величественный монумент исторического значения, в напластованиях которого целый ряд медицинских эпох оставили свои отложения. Самый этимологический смысл артрита утратил свое первоначальное значение „сочетания подагры и ревматизма“. „Очень часто, даже в большинстве случаев,—как говорит *Laignel-Lavastine*,—у артритиков нет ничего артикулярного“. Современное представление о нейро-артритическом диатезе включает в себя и брадитрофию *Bouchar'd'a* и „конгестивный диатез“ *Sénac'a* и *Cazalis'a*, и герпетизм *Lancéreaux*, и экссудативный диатез *Czerny*, и коллоидоклазический диатез *Widal'a*, и аллергический диатез *Kämmerer'a*. Неудивительно, что на этой удобренной клиническим опытом многих медицинских поколений почве выкристаллизовываются новые клинические конституциональные единицы, более соответствующие современному уровню научной мысли и более строго отвечающие понятию невропатического диатеза.

Одни из этих конституциональных единиц имеют в своей основе патологические изменения в самой биологической почве организма, ряд других связан с конституциональными аномалиями функционирования вегетативной нервной системы и тесно связанного с ней эндокринного аппарата.

К числу невропатических конституций патобиологического характера мы можем отнести *психоколлоидоклазический диатез*, описанный *M-Ile Pascal* и *Davesne'*ом и в значительной мере *аллергический диатез* *Kämmerer'a*; к числу эндокрино-вегетативных конституций: *ваготоническую конституцию* *Eppinger'a* и *Hess'a*, *status irritabilis* *Borchard't'a*, *гипопластическую вегетативную конституцию* *Лихачевой*, *эйдетиче-*

скую конституцию бр. *Jaensch* и в значительной степени эмотивный диатез *Dupré*.

Психокolloидоклазический диатез *C. Pascal* и *J. Davesne*'а. Под этим именем *C. Pascal* и *J. Davesne* описывают особое предрасположение, возникающее на почве коллоидоклазического диатеза *Widal*'я, который, как известно, характеризуется известной недостаточностью и лабильностью коллоидального равновесия соков организма и клеточной плазмы, а также повышенной чувствительностью к действию различных антигенов. Основными признаками психокolloидоклазического диатеза являются: неустойчивость психического, нейровегетативного и коллоидного равновесия, тенденция к реагированию шокowymi реакциями на самые различные патогенные воздействия и постоянная психическая анафилаксия в отношении не только к обычным антигенам, но также и к специальному, быть может наиболее могущественному „психическому антигену“—эмоциональному шоку. Изучая механизм действия патогенных эмоций, авторы установили, что эмоции обладают чрезвычайно сильным сенсibiliзирующим действием на психизм, что они способствуют выделению в кровяное русло продуктов внутренней секреции в излишке, что они угнетают функцию печени и сопровождаются гемоклазическим кризом и нейро-вегетативными расстройствами. В основе психической сенсibiliзации лежат два основных принципа, которые можно формулировать следующим образом:

1) психизм, подготовленный первым эмоциональным шоком, сохраняет такую чувствительность к специфической эмоции, что последующий моральный шок той же природы уже бывает достаточен, чтобы вызвать ряд явлений, которые без этой предварительной подготовки не могли бы произойти \*); 2) первая болезненная травма пролагает свои оvrеделенные пути, и последующие шоки только следуют по этим избирательным каналам.

Психической сенсibiliзации соответствует сенсibiliзация биологическая, и всякий эмоциональный шок в силу этого вызывает внезапный ассоциативный разряд эмоциональных, эндокринных, нервных, висцеральных и гуморальных волн. Этот разряд обуславливает „коллоидальное сотрясение“, которое в свою очередь пробуждает скрытую до того времени органическую и психическую восприимчивость. Вторично обусловленный психический синдром всегда бывает специфичным; он вскрывает пути, проложенные предшествующими аффективными запечатлениями (*imprégnations*) и предшествующими типами реагирования на них. „Аффективные психозы: циклотимия, психастения, истерия, схицозфрения, паранойя, бред домогательства и т. д.—являются как бы клиническими эквивалентами коллоидоклазии в том же смысле, как и крапивница, астма, мигрень, ригрига и т. д.“. Все эти клинические типы вовсе не являются болезнями, по мнению авторов,—это типы шокowych реакций, не имеющие в себе ничего специфического.

Понятие невропатической конституции для *Pascal* и *Davesne*'а является слишком статическим, слишком обреченным на фатальность; оно должно быть перемещено в биологическую плоскость, в плоскость гу-

\*) Аналогичная точка зрения была также высказана и *Dupré*, который писал: „Эмоция действительно сенсibiliзирует нервную систему в отношении последующих эмоций и в силу своеобразной эмотивной анафилаксии может создать конституциональную эмотивность. В противоположность этому—у хорошо уравновешенных субъектов можно наблюдать прогрессивное привыкание к целой серии эмоций, сообщающих таким образом в силу самого повторения аффективных шоков замечательную аффективную иммунность“.

морального и нейровегетативного страдания. Невропатическая конституция есть психокolloидоклазический диатез, и конституциональные психозы являются лишь видами анафилактических реакций.

Описанный *Kämmerer*'ом *аллергический диатез* имеет много общего с психокolloидоклазическим диатезом. Под именем аллергии *Kämmerer* понимает „частью врожденную, частью приобретенную специфическую реактивность в отношении определенных, впрочем весьма различных веществ (аллергенов), совершенно безвредных для нормального организма. Эта реактивность характеризуется целиком, частично или рудиментарно-выраженными аллергическими симптомокомплексами“, в основе которых, главным образом, лежат воздействия на перво-капиллярную систему и гладко-мышечные органы. Наиболее типичные аллергические симптомокомплексы можно резюмировать следующим образом.

*Общие симптомы:* колебания температуры (особенно в сторону понижения), понижение кровяного давления, коллапс, шок, церебральные судороги.

*Кожа:* зуд, волдыри, крапивница, отек *Quincke*, воспаление, геморрагии.

*Слизистые оболочки:* чиханье, насморк, воспаление, конъюнктивит, спазмы бронхов, расстройства желудка (напр. рвота), понос.

*Кровь:* падение числа лейкоцитов, эозинофилия, гемоклазический криз.

*Сосудистая система:* понижение кровяного давления, паралич вазомоторов, местные расширения сосудов и экссудации.

Конституциональный характер аллергии заключается в том, что существуют лица, у которых вся соматическая конституция длительно отклоняется от средней нормы, при чем склонность к аллергии является только частичной особенностью этого конституционального типа. Для того, чтобы указать на болезненную природу этого конституционального типа, *Kämmerer* предпочитает употребить термин *аллергический диатез*.

В основе аллергического диатеза в большинстве случаев лежит унаследованная склонность к повышенной реактивности в отношении чужеродных белков. Существует целый ряд теорий о взаимоотношениях между общей врожденной аллергией, характеризующейся предрасположением к аллергическим реакциям по отношению ко всем возможным аллергенам, врожденной специфической аллергией (по отношению только к определенным аллергенам) и анафилаксии, т.е. аллергией обусловленной предварительной сенсibilизацией. Мы не будем касаться всех связанных с этим вопросом интересных проблем и остановимся только на отношении аллергического диатеза к невропатической конституции. И вот оказывается, что в генезе аллергических состояний вегетативная нервная система и психические факторы играют выдающуюся роль. Так *Kämmerer* указывает на то, что идиосинкразии особенно часто наблюдаются у невропатических личностей, у которых есть основание предполагать наличие повышенной раздражительности вегетативной нервной системы и системы капилляров. Несомненна также тесная связь аллергического диатеза с экссудативным и нейроартритическим диатезом. Биопатологический механизм аллергического диатеза тесно связан с состоянием тонуса вегетативной нервной системы и с состоянием желез внутренней секреции. *Schittenhelm* и *Tonietti* экспериментально показали изменение реактивности в. н. с.

вероятно, в смысле нарушения равновесия между симпатической и парасимпатической системой и главным образом повышения возбудимости п. vagi под влиянием сенсibilизации. Французская школа также в основе шокового диатеза видит нарушение и неустойчивость равновесия в. н. с. (*Widal, Arloing, Garrelon, Tinel, Santenoise, Arloing et Langeron*). *Kämmerer* делает предположение, что повышение вагального тонуса сказывается главным образом на конечных разветвлениях п. vagi на уровне сосудистого эндотелия, где на основании клеточной теории в первую очередь следует ожидать антиген-антителовой реакции, обильно наступающей в результате анафилактики сужения и расширения сосудов. Также и *Holm* причисляет к числу ваготонических болезненных состояний—анафилаксию, сывороточную болезнь, крапивницу, бронхиальную астму, сенную лихорадку, слизистый колит и т. д. Аналогичные же болезненные проявления (сенный насморк, бронхиальная астма, гиперсекреция желудочного сока с пилороспазмом, некоторые формы спастического запора, *pulsus irregularis respiratorius* с брадикардией) *Kaufmann* относит к *спастической конституции* и ставит их в связь с повышением тонуса п. vagi. *Eskuchen* полагает, что в основе заболеваний, возникающих на почве повышенной восприимчивости—лежит особое предрасположение, которое можно обозначить, как ваготоническое, невропатическое, эозинофильное, артритическое, коллоидоклазическое. На роль *vagus'a* указывают также и недавно опубликованные экспериментальные работы *Garrelon'a* и *Santenoise'a*. Есть, впрочем, основание предполагать, что и симпатическая система может играть роль в генезе аллергических и анафилактических состояний (*Kämmerer; Arloing et Langeron*).

Особенно важное значение приписывают вегетативной системе в генезе аллергических состояний два автора—*Moro* и *Klinkert*. Первый говорит о „специфической нервной аллергии“ у туберкулезных лиц, второй—об „аллергии, как о первом компоненте приобретенного иммунитета“ при инфекционных заболеваниях. В свою очередь *Kämmerer* распространяет понятие специфической нервной аллергии на все приобретенные аллергические состояния.

Также и психика, по мнению *Kämmerer'a*, является тем фактором, который не следует недооценивать при аллергическом диатезе. „Даже при настоящих аллергических состояниях,—пишет он,—аффективно окрашенное воспоминание о предшествовавших аллергических реакционных состояниях может изменить интенсивность новых шоковых состояний. Также следует предположить, что при психическом возбуждении или психической слабости аллергические состояния могут быть усилены“.

Эти функциональные изменения в вегетативной нервной системе и психике не могут остаться без влияния на железы внутренней секреции, которые в свою очередь с помощью своих гормонов оказывают воздействие на нервную систему и непосредственно на клетки организма.

Значение секретов желез внутренней секреции с точки зрения аллергического диатеза *Kämmerer* резюмирует следующим образом.

*Секрет щитовидной железы* действует возбуждающим образом на хромаффинную систему, повышает тонус бронхиальной мускулатуры, первую возбудимость сосудистой мускулатуры, возбудимость вегетативной п. с. обмен веществ. Кожа гипертиреотиков обнаруживает живую игру вазомоторов и склонность к отекам набуханиям. *Эпителиаль-*

*ные тельца.*—При гиперфункции повышается механическая и электрическая возбудимость периферических нервов, возбудимость в. н. с., особенно вазомоторных нервов, выделение кальция. *Гипофиз.* Повышение деятельности часто обуславливает status thymico-lymphaticus, часто эозинофилию; щитовидная железа редко остается нормальной: то наблюдается гиперфункция, то гипофункция с соответствующим влиянием на в. н. с. *Надпочечники*—гиперфункция вызывает возбуждение sympathicus'a, сужение сосудов, расслабление бронхиальной мускулатуры.

Таким образом врожденная неполноценность вегетативной нервной системы, повышенная чувствительность к психическим (главным образом аффективным) влияниям, дисэндокринные расстройства первичного и вторичного характера, тесно сочетаясь между собой, образуют ту специфическую почву аллергического диатеза, которая дает основание считать его одной из разновидностей конституций невропатического характера.

Посредствующим звеном в серии описанных невропатических конституций между патобиологическими конституциями с характерными для них вегетативными расстройствами и вегетативными конституциями в собственном смысле слова, является конституциональное состояние, описанное Borchardt'ом под именем *раздражительной конституции* или *status irritabilis*. Под этим названием Borchardt объединяет группу конституциональных заболеваний, к числу которых относится им и „невропатический диатез“, характерной чертой которых является повышенная склонность к реагированию на раздражения всякого рода. Status irritabilis является, по замыслу Borchardt'a, протеом среди других конституциональных аномалий. „В качестве экссудативного диатеза, он обнаруживается в грудном возрасте, в качестве лимфатизма или status thymico-lymphaticus поражает все детство, в качестве ваготонии или эозинофилии обнаруживается в восходящие периоды жизни и в качестве арtritизма—в нисходящие. В самые различные периоды жизни раздражительная конституция дает изменчивую картину, характеризующуюся все новыми проявлениями. Status irritabilis может обнаруживаться на коже, на слизистых, серозных и синовиальных оболочках, на лимфатических железах и других частях кровяного аппарата, на всех отделах нервной системы и на всех железах внутренней секреции, может вызывать местные и общие явления. „Status irritabilis не исходит ни из какого определенного органа, и может вместе с тем находиться во всех“. Это есть „реактивный круг“ симптомов, противостоящий другому большому кругу—гипопластическому. Одной из главнейших особенностей раздражительной конституции является непостоянство ее проявлений. Повышенная способность к реакциям выражается отнюдь не обязательно и равномерно во всех органах.

Одной из форм раздражительной конституции и является невропатическая конституция. Симптомы ее уже обнаруживаются с самого раннего детства, и характеризуются тем, что, как соматические чувственные раздражения, так и эмоциональные, психические раздражения, задевающие нервную систему, вызывают реакцию, которая по своей интенсивности, продолжительности и воздействию на всю психическую жизнь резко отличается от реакции здорового ребенка. В зависимости от различных вызывающих моментов эти реакции могут обнаруживаться в самых разнообразных отделах нервной системы. В грудном возрасте первыми симптомами часто бывают ненормальная пугливость и незначительная глубина сна. С пробуждением психических способностей явления невропатии выражаются прежде всего в жизни аффек-

тов и стремлений. Одни дети отличаются большой возбудимостью, припадками крика и ярости, наступающими по малейшему поводу; другие дети — чрезмерной боязливостью, лабильностью настроений, ипохондрией, болезненной сентиментальностью, безграничной несдержанностью, необузданной фантазией и т. д. Во всех симптомах проявляется особая раздражительность и перевозбудимость всего нервного аппарата, которые в зависимости от обстоятельств затрагивают то анимальную систему, то вегетативную, и в последнем случае — то симпатический отдел, то парасимпатический.

Все эти особенности свойственны и взрослым, при чем *Borchardt* особенно настаивает на повышенной возбудимости вегетативных центров у невропатов.

*Вегетативная конституция.* Участие вегетативной нервной системы в организации болезненного предрасположения было известно еще тогда, когда сама в. н. с. не занимала того места в общей патофизиологии, какое она занимает в настоящее время. Уже в свое время *Sénac* и *Cazalis* описали конгестивный диатез. *Gilles de la Tourette* положил в основу истерии вазомоторный диатез. *Lancéreaux*, изучая невропатические расстройства при герпетизме, пришел к заключению, что последний является в результате расстройств чувствительной, двигательной, психической и вазомоторной иннервации и повсюду образует сложный вазомоторно-трофический невроз конституционально-наследственного происхождения.

Под именем психоплазматической невропатии *Grasset* описал сложный вегетативный невроз на основе унаследованного или приобретенного нервно-артритического предрасположения. Однако вопрос о вегетативной конституции возникает во всем своем объеме впервые со времени опубликования *Eppinger*'ом и *Hess*'ом своих работ о ваготонии, которую они рассматривают, как конституциональное состояние, иногда семейного характера, на почве которого могут возникать произвольно или под влиянием пилокарпина припадки ваготонического обострения: бронхиальная астма, профузные поты, дермографизм, *urticaria factitia*, брадикардия, гипотензивные кризы, тягостные ощущения в брюшной полости желудочного или кишечного происхождения и, наконец, иногда ларингоспазм. Кроме того они изучают роль ваготонической конституции в генезе целого ряда заболеваний, начиная с опухолей и кончая проявлениями *tabes dorsalis*.

В семиотическом отношении ваготоническая конституция по *Eppinger*'у и *Hess*'у характеризуется следующими чертами. Ваготоники производят впечатление „инвалидов первой системы“; движения их спешны, цвет лица часто меняется, конечности цианотичны и холодны наощупь, руки утолщены. Больные легко потеют, целиком или частично, под влиянием малейшего волнения. Глаза кажутся большими вследствие зияния глазной щели и блестят. Шейные лимфатические узлы гипертрофированы. На спине следы недавней или застарелой сыпи аспе. Часто отмечается симптом *Graefe* и почти никогда симптом *Moebius*'а. Усиленная саливация, частые глотания, гипертрофия всего лимфатического аппарата носоглоточной полости. Дыхание глубокое и замедленное с признаками экспираторной задержки. Ритм сердечной деятельности неправилен, пульс неустойчив. Нередко ощущение стеснения в области сердца. После сытной еды сердечная аритмия — очень важный симптом. Глотание сопровождается ощущением задержки пищи в пищеводе. Отрыжки, изжоги, ощущение полноты и растяжения



желудка; запоры, прерываемые время от времени необъяснимыми поносами. Частые позывы на мочеиспускание. В сексуальном отношении отмечается повышение libido, внезапные и частые эрекции, эякуляция совершается быстро, даже преждевременно. Рефлекторная возбудимость сухожильных рефлексов и подкожных мышц повышена. Дрожание век, языка, вытянутых пальцев рук. Дермографизм. Пилокарпин вызывает усиленную саливацию и отделение пота. Эозинофилия.

По поводу Базедовой болезни, попутно, подробно на ней не останавливаясь, *Eppinger* и *Hess* дают краткую характеристику симпатикотонического состояния, наиболее характерными признаками которого по их мнению являются: экзофтальмус, отсутствие симптома *Graefe*, симптом *Moebius'a*, феномен *Loewi*, сухость склер, тахикардия, отсутствие потов и поносов, падение волос, тенденция к повышению температуры, алиментарная гликозурия, полиурическая и гликозурическая реакция на адреналин, отсутствие реакции на пилокарпин, отсутствие эозинофилии и респираторных расстройств.

*A. C. Guillaume* вносит целый ряд существенных коррективов в это описание на основании современных исследований и вместе с тем дает его психическую характеристику. *Характер ваготоников* отличается подавленностью, нерешительностью, боязливостью, апатией и печалью с меланхолическим оттенком и гипохондрическими идеями; у них отмечается тенденция к пессимизму. Они часто и легко утомляются, любят рано ложиться спать, не торопятся вставать, избегают умственных и физических усилий. Их физическая и моральная чувствительность притуплена, близка к небрежности и фатализму и имеет тенденцию развиваться в направлении депрессии и фобий. Ваготоники в моральном отношении то же, что и в физическом: они „замедленные и сонливые“ (*des ralentis et des somnolents*) и по характеру приближаются к неврастеникам, психастеникам и гипохондрикам.

Тип *симпатикотонического характера* обратен предыдущему. Симпатикотоник—неистовая натура: он горяч и чрезмерен во всем— в своих поступках, чувствах, страстях, мнениях. Ложится поздно, встает рано, никогда не утомляется, никогда не нуждается в отдыхе, страстный работник с кипучей активностью, беспокойная личность. Он легко вспыскивает, гневлив по всякому поводу и без всякого повода, в общем плохой характер и тиранническая натура.

По наблюдениям *Guillaume'a*, да и ряда других авторов, чистые ваготонические и симпатикотонические синдромы наблюдаются далеко не так часто. Гораздо чаще встречаются случаи *невротонии*, т.-е. такие „случаи нарушения равновесия органо-вегетативного равновесия, характеристикой которых является взаимное сплетение симптомов того и другого вегетативного диатеза“. В состояниях невротионии следует отличать синдромы *смешанной невротионии*, характеризующиеся совместно существующими у одного и того же лица признаками симпатической и парасимпатической гипертонии, и синдромы *переменной невротионии*, характеризующиеся последовательностью во времени периодов ваго- и симпатико-тонических явлений. Состояние смешанной невротионии для полноты нужно разделять на невротионию с преобладанием ваготонии или *ваго-невротионию* (в сущности это синдром *Eppinger'a* и *Hess'a*) и невротионию с преобладанием симпатикотонии или *симпатико-невротионию*. Основными признаками смешанной невротионии являются прежде всего следующие: замечательная неустойчивость тонуса в органах и аппаратах, подчиненных контролю нервов органо-вегетативной системы

с совершенно особенной и на первый взгляд парадоксальной склонностью бурно и чрезмерно реагировать на всякого рода стимулы аффективного, термического, механического и в особенности фармакодинамического характера. Это люди, которые падают в обморок из-за всякого пустяка. Эта неустойчивость отражается на всех сторонах их жизни, в том числе и на характере; они легко впадают в уныние и также легко проникаются оптимизмом и беспричинным весельем; внимание их также неустойчиво, непостоянно и легко утомляется; то же и их активность—то бурно-лихорадочная, то, наоборот, через секунду подавленная. Их характер отличается крайней моральной чувствительностью; малейшая неприятность имеет чрезмерный психический резонанс и, наоборот, малейший знак дружеского внимания вызывает прилив благодарности и чрезмерной радости. В общем это сенситивные темпераменты и темпераменты с характером психической жвачки в области сознательной и бессознательной мысли. Их замечательной особенностью является то обстоятельство, что моральное и психическое состояние имеет значительное и важное влияние на соматическую сферу, причем это влияние отражается почти исключительно на органах и функциях органо-вегетативной жизни.

К числу вегетативных конституций следует также причислить недавно описанную *Лихачевой* „гипопластически-вегетативную конституцию подростков“, которая характеризуется с одной стороны симптомами, обусловленными гипопластическим состоянием сосудистого аппарата и, вообще, производных среднего зародышевого листка и мезенхимы (тонкость, нежность, растяжимость, неполноценность сосудистой стенки артерий, вен, капилляров; тахикардия; приподымающий толчок при малом пульсе; эпигастральная пульсация, ретростернальная пульсация; пульсация брюшной аорты; расширение вен, капилляров, неправильное расположение последних; смены в капиллярной сети стазов и быстрого течения крови; чередование спазм и расслаблений; иногда аневризмы капилляров; симптом *Rumpel-Leede*, энтероцитоз и стигмы *Glénard'a*—со стороны брюшной полости и, с другой, симптомами повышенной возбудимости вегетативной и нервной мышечной системы, и в частности усилением рефлексов на сердечный *vagus* (замедление при нажатии на глазные яблоки—на 20—40 ударов) и исчезанием пульса при *arythmia respiratoria*. Часто, но не всегда, морфологический тип гипопластически-вегетативного подростка совпадает с морфологическим типом астеника. В общем, по мнению автора эти гипопластики являются типичными инфантиликами.

В значительной мере также вегетативными конституциями являются описанный *Dupré* „Эмотивный диатез“ и описанная братьями *Jaensch* „Эйдетическая конституция“.

*Эмотивная конституция* описана впервые *Dupré* \*) (1909—1911 г.). На совместном заседании обществ невропатологов и психиатров в Па-

\*) В сущности эмотивная конституция уже была намечена в 1765 г. *Whytt* om. В 1777 г. в переведенной на французский язык его книге „*Traité des maladies nerveuses*“ он разделяет все нервные заболевания на 3 группы: ко 2-ой группе он относит истериков, к третьей—ипохондриков; к первой же—эмотивных. Вот как он характеризует эту группу: „к первому классу относятся лица, которые, несмотря на видимое хорошее здоровье, весьма подвержены все же, вследствие крайней деликатности их нервной системы, сильным дрожаниям, пальпитациям, обморокам и конвульсиям во всех тех случаях, когда их поражает ужас, печаль, удивление или какая-либо иная страсть, и всякий раз как какая-нибудь из наиболее чувствительных частей их тела поражается или раздражается неприятным образом какой бы то ни было причиной“.

риже (1910 г.), посвященном вопросу о сущности и признаках эмотивной конституции, Dupré дал такое определение ее: „Эмотивная конституция—это такая специальная психопатическая конституция, которая передается по наследству, может усиливаться в течение жизни и характеризуется известным числом объективных симптомов, а именно: 1) усилением сухожильных, зрачковых и кожных рефлексов, происходящим скорее за счет их мгновелности наступления и амплитуды, нежели за счет их быстроты; 2) диффузной и изменчивой сенсорной гиперэстезией; 3) неуравновешенностью двигательных и секреторных реакций; 4) тенденцией к спазмам; 5) дрожанием и 6) ненормальной интенсивностью и распространенностью физических и психических эффектов эмотии“.

К числу этих признаков следует также отнести и недостаточность двигательного, волевого и рефлекторного торможения, выражающуюся в ненормальных по силе, распространенности и продолжительности реакциях.

Подробное перечисление расстройств, наблюдаемых у конституциональных невропатов, мы находим у *Thomas, M. de Fleury, A. Delmas, Martinet*. Последний устанавливает следующую схему соматических и психических явлений, наблюдаемых при эмотивном диатезе.

В сфере двигательной неуравновешенности отмечается наклонность к разного рода висцеральным спазмам: спазмам глотки и пищевода, желудочно-кишечным спазмам к спазмам мочевого пузыря, сопровождающимся похлякиурией; сердцебиениям; к эмотивному дрожанию в его многочисленных формах: дрожанию конечностей, вздрагиваниям, подергиваниям, ознобу, щелканью зубами, заиканию, преходящим миоклониям, тикам и т. д.; к функциональным задержкам и преходящему двигательному бессилию (подкашивание ног, мутизм, расслабление сфинктеров). В сфере неуравновешенности аппарата кровообращения—случайная тахикардия, часто длительная и пароксизмальная; неустойчивость пульса; альтернативы сужения и расширения сосудов на периферии; дермографизм. Термическая неуравновешенность выражается в объективных колебаниях температуры (местная термометрия) и в субъективных ощущениях холода и жара, главным образом на конечностях. Секреторная неуравновешенность проявляется в колебаниях, естественных или обусловленных эмоциональными шоками, выделении пота, слюны, слез, желудочно-кишечного сока, мочи, желчи, полового секрета. Наконец, расстройства межвисцеральной рефлекторной деятельности выражаются в области больших аппаратов сочетаниями спазм, секреторных расстройств, функциональных возбуждений и задержек, обусловленных ненормальными рефлекторными реакциями, передающимися с одного органа на другой вдоль ваго-симпатических или церебро-спинальных путей. В психической сфере наблюдаются: повышенная восприимчивость, нервность, беспокойство, тревожность, раздражительность, импульсивность. Все эти состояния более или менее длительные или ремиттирующие, часто пароксизмальные—чередуются или соединяются между собой и образуют перманентный фонд, почву, на которой появляются и развиваются эмотивные синдромы.

Наиболее характерными и частыми проявлениями эмотивного темперамента *M. de Fleury* считает боязливость, чувствительность и сенситивность. „Девушка, которая легко краснеет, когда ей говорят комплимент, человек, который плачет, внимая звукам музыки или при декламации какого-нибудь прекрасного отрывка поэзии, студент, кото-

рый смущается и бормочет что-то невнятное на экзамене, некто на улице трепещущий и вибрирующий при виде проносимых знамен, нетерпеливый человек наклонный к поспешным реакциям, женщина охваченная безумным, неудержимым смехом, хозяйка дома нервно вздрагивающая, п. ч. прислуживающая у стола горничная уронила на пол вилку, человек падающий в обморок при виде нескольких капель пролитой крови и, наконец, в чисто соматической области лица с резко повышенной щекотливостью— вот различные примеры эмотивных типов, которые в сущности говоря еще не являются больными“ (*M. de Fleury*).

На эмотивной почве нередко возникают явления, которые *A. Delmas* называет гиперэмотивными реакциями (см. таблицу).

### Гиперэмотивные реакции.

Путем двигательной диффузии с местными преобладаниями.

Заикание.  
Стридулезный ларингит.  
Нервные афонии.  
Нервные компоненты астмы.  
Нервная диспепсия.  
Энтеро-невроз.  
Полиурия и полиакиурия.  
Дрожания.  
Гипергидроз.  
Изменчивая тахикардия.  
Ложный ангог.

Путем отведения двигательной перегрузки.

Двигательные ажитации.  
Тики.

Путем эксплозивного разряда двигательной перегрузки.

Нервные припадки.  
Импульсивные поступки.

Путем повышенной потребности уверенности в реальном.

Навязчивые идеи.  
Сомнения.  
Чрезмерная совестливость.  
Различные фобии.

Путем механизма условных рефлексов.

Сексуальные аномалии.  
Некоторые преступные акты эмотивного происхождения { клептомания  
пиромания.

Отличительными особенностями эмотивных и гиперэмотивных реакций возникающих на почве эмотивной конституции *Thomas* считает несоответствие интенсивности реакции в отношении к вызывающему моменту, чрезмерную длительность эмоциональной реакции, эмотивную чувствительность к таким раздражениям, которые для большинства нормальных людей являются безразличными, влияние воспоминаний, образов, представлений, пережитых эмоций и в некоторых случаях стереотипию эмоционального реагирования в связи даже с самыми, казалось бы, индифферентными раздражениями, как это наблюдается, например, у конституциональных невропатов с фобическим уклоном.

Болезненная эмотивность может явиться также следствием ненормальной чувствительности ценестезии—этого, как выражается *Laignel-Lavastine*, „вегетативного сознания“, „сознания большого симпатического нерва“, лежащего в подсознательном нашего физического и мо-

рального „я“, в основе потребностей и представляющего собой центрипетальную функцию симпатической системы.

*Claude* расширяет понятие эмотивного диатеза еще больше, вводя в него моменты аффективного порядка: накопление в подсознательной сфере эмоций, стремящихся реализоваться в примитивной или какой-нибудь иной форме. Для него существенным моментом эмотивной конституции является недостаточность равновесия в системе желез внутренней секреции и в вегетативных системах наследственного или приобретенного характера. Выражается она в тенденции к автоматизмам и в аномалиях рефлексорных процессов.

Широкое место отводят эмотивной конституции *M. de Fleury* и *Delmas*. *M. de Fleury* говорит о „*place immense*“, которое она занимает в жизни людей, благодаря широкой распространенности, наследственной передаче, раннему проявлению (начало относится обыкновенно к первым месяцам жизни), а также благодаря тому, что она является почвой, на которой развивается ряд неврозов, психоневрозов и психозов: интермиттирующий психоз, циклотимия, фобии, навязчивые идеи, тревожные состояния, невроз тревоги, конституциональная неврастения, психастения, тревожная меланхолия и т. д. (см. также *Delmas, Thomas*).

В связи с войной много внимания было уделено эмотивной конституции в связи с переживаниями тревоги, страха, ужаса. По мнению *Rénon'a*, страх войны является неврозом с преобладанием на вазомоторной системе, обусловленным неравномерностью симпатической нервной системы. *Mairé* и *Piéron* считают эмоциональных травматиков войны скорее симпатикотониками, чем ваготониками. Для *Euzière'a* и *Margarot* также склонность к тревожным состояниям является объективным выражением симпатикотонического состояния. *Laignel-Lavastine* различает 3 вида боязливости; 1) малую или белую боязливость, сопровождаемую часто тошнотным состоянием, запорами, саливацией, брадикардией; 2) большую ваготоническую боязливость, напр. морской болезни или шока, и 3) симпатическую или красную боязливость, при которой первичные вагальные реакции быстро уступают место диффузным реакциям всей симпатической системы (красная тахикардическая боязливость).

В связи с изложенными выше соображениями патофизиологического характера, оценка невропатической конституции под углом зрения аффективно-эмоционального процесса нам кажется чрезвычайно важным и эвристическим и клиническим принципом. Однако, эмотивная конституция *Dupré* в том виде, как она обрисована им самим или его последователями, мало приемлема и в теоретическом и практическом смысле по той причине, что исходное психологическое понятие эмоции покрывает своей упрощенной однородностью целый ряд качественно различных физиологических и биологических тенденций организма и потому или вносит путаницу в клиническую оценку конституционального типа или фактически сводит обширную группу аффективно-эмотивных конституций только к одной определенной разновидности..

В действительности дело обстоит гораздо сложнее, и практически приходится считаться с несколькими различными типами конституции *Dupré*.

1. *Аффективный тип*, характерной особенностью которого является склонность к глубоким переживаниям чувствительного и чувственного оттенка. Большинство из тех особенностей схизотимического характера, которые так блестяще описаны *Kretschmer'ом*, нахо-

дят здесь свое место. Именно невропаты этого типа отличаются интрапсихической задержкой и переработкой получаемых впечатлений, „холодностью (внешней) чувств и судорожной жадой возбуждений“, чрезмерной возбудимостью, болезненной сенсорной чувствительностью и восприимчивостью к „ярким краскам реальной жизни“, тенденцией к образованию комплексов, суммированию мелких повседневных раздражений, резко выраженной качественной окраской чувственных переживаний. Недаром *Kretschmer* говорит, что наиболее характерным типом схиذотимического темперамента является тип—„чувствительно-аффективно-вялого“. С другой стороны все двигательные реакции невропатов этого типа как произвольного, так и не произвольного характера затруднены. Они с трудом плачут и не легко смеются. Они неспособны давать выход своим глубоким переживаниям в эмоциональных проявлениях и с трудом приспособляются к новым ситуациям. Они, как говорит *Kretschmer*—„судорога и паралич в одном образе“. Их отличает преобладание аффективного заряда над эмотивным разрядом.

2. *Эмотивный тип* в собственном смысле характеризуется как раз обратными свойствами. Господствующей чертой клинической картины здесь являются именно многообразные разновидности эмотивного разряда, преимущественно вегетативно-висцерального и вегет.-сосудистого типа, и те многочисленные виды переключений, о которых мы говорили выше.

В существенных чертах эмотивная конституция в собственном смысле и является ядром конституции *Dupré*.

3. *Эпитимический тип* (*ἐπιθυμία* по *Аресу*, *Аристотелю*, *Плотину*—бессознательный желательный принцип души в отличие от *βούλησις*—разумное желание). Выше мы указывали уже, что в дуге аффективно-эмоционального рефлекса, помимо аффективного заряда и эмоционального разряда, следует различать еще своеобразный длительный психический разряд, особого рода активную психическую направленность, которая издавна носит название желания или влечения. Эпитимический тип и характеризуется ненормальным, болезненным развитием этого страстного желания. Эпитимички—это люди сильных страстей, навязчивых и мучительных желаний, болезненно гипертрофированных, необузданных влечений. Большею частью они вместе с тем являются и резко выраженными аффективными типами, но они могут быть совершенно лишены момента эмоциональности.

4. *Центропатический тип*. Носители этой конституции очень часто не имеют ничего общего ни с аффективным типом, ни с эмотивным. Все их внимание поглощено процессами висцеральной жизни: состоянием желудка, кишечника, сердца, половой функции, телесного здоровья. Это ипохондрики классического типа. Монотонно и нудно регистрируют они мельчайшие уклонения в отправлениях своих функций, бесконечно обивают пороги многочисленных врачебных консультаций, постоянно возятся с клизмами, слабительными, компрессами, лекарствами и лечебными процедурами, не столько боязливые, сколько постоянно озабоченные. Их внимание в силу своеобразно повышенной и качественно измененной вегетативной чувствительности постоянно приковано к собственному телу и постоянно вращается в круге мелких висцеральных и соматических интересов.

5. *Аффективно-эмоциональный тип децеребрационного характера* совмещает в себе черты аффективного и эмоционального типов, однако и те и другие представляют свои своеобразные и отличительные осо-

бенности. Невропаты этой группы очень чувствительны к аффектам, особенно к некоторым (угнетающего характера), но неспособны к их интрапсихическому накоплению. Скорее, наоборот, они отличаются невыносливостью к аффективному напряжению иногда даже очень незначительному. Однако, и эмоции их не походят на вегетативно-висцеральные разряды и переключения, о которых у нас была речь выше. То, что мы у них наблюдаем—это эмоции большого размаха с потерей сознания, судорожными припадками, конвульсиями, сумеречными состояниями сознания. Другими словами, характерной особенностью этих невропатов является необычайная легкость наступления реакций депрессивного типа, нестойкость и склонность к расщеплению сложнокоординированных функций палеопсихического и палеокинетического характера при повышенной чувствительности и невыносливости к аффектам. Очень часто мы в таких случаях говорим о реакциях истерического типа.

6. *Аффективно-эмоциональный тип на почве патологической доминанты инстинкта.* Особенностью этого конституционального типа является поляризация аффектов и эмоций в плоскости патологической гипертрофии, дистрофии или атрофии тех или иных жизненно важных инстинктов. Два инстинкта играют особенно выдающуюся роль—это инстинкт самосохранения и половой инстинкт. Многочисленные расстройства в сфере оборонительного тонуса и сексуальной функции создают тот огромный кадр лиц, аффективная и эмоциональная жизнь которых заполнена многочисленными клиническими вариантами фобического и сексуального характера.

С клинической точки зрения центр тяжести этого конституционального состояния лежит не в аффективной и не в эмоциональной структуре личности, а в болезненном состоянии той части центральной нервной системы, которая является анатомо-физиологической основой того или иного инстинкта.

7. *Аффективно эмоциональный тип на патобиологической почве.* Здесь особенность аффективных переживаний и эмоциональных разрядов обуславливается болезненным состоянием биологической структуры личности. Подробнее этот вопрос освещен нами при описании психоклоидоклазического диатеза и аллергического диатеза.

Как и все патологические конституции—и все эти разновидности диатеза *Dupré* не являются строго обособленными друг от друга, нередко представляют те или иные переходы или сочетания, но в практическом отношении они облегчают подход к конституциональной диагностике в сфере невропатической конституции и облегчают ориентировку в характере невропатической личности\*).

*Эйдетическая конституция* (εἶδος—образ, картина). Под эйдетическим типом предрасположения Марбургский психолог *E. R. Jaensch* понимает способность воспроизводить с подлинной живостью и чув-

\*) В недавно вышедших „Очерках психиатрии“ *Lévi-Valensi* классификация типов психопатических конституций до известной степени отвечает предлагаемому нами делению. *Lévi-Valensi* различает: 1) конституцию экспансивно-депрессивного типа (конституционально возбужденные, конституционально угнетенные и циклотимики); 2) конституцию инстинктивного типа (на почве аномалии инстинктов); 3) конституцию защитного типа (type défensif), отвечающую параноидной конституции других авторов; 4) конституцию аффективного типа (эмотивная конституция *Dupré* с акцентом на впечатлительности, чувствительности, совестливости и т. д.); 5) конституцию автоматические на почве психической дезагрегации (выдающаяся роль бессознательного) и 6) смешанные конституции (митоманиакальная конституция, главным образом).

ственной окраской образы, отвечающие реальным восприятиям картин непосредственно после акта восприятия, либо через более или менее длительный промежуток времени. Для исследования этой способности испытуемым предлагают смотреть на картинку, расположенную на черном фоне в течение 10—20", затем картину снимают и спрашивают у испытуемого, что он видит на черном фоне. При этом эйдетики действительно продолжают видеть с живостью реального восприятия лежавшую прежде картинку вплоть до самых незначительных деталей, в чем можно убедиться из вопроса испытуемого. Эйдетическая способность является нормальным свойством детского и пубертатного возраста и по мере дальнейшего возрастного развития исчезает у большинства людей. По своему характеру зрительные образы восприятия (*optische Anschauungsbilder*) приближаются или к физиологическим последовательным образом (*Nachbildern*, NB) или к зрительным образам представления (*Vorstellungsbildern* VB). И в том и в другом случае образы в полном смысле слова сохраняют чувствительную окраску. В зависимости от того ближе ли воспроизведенные образы к типу NB или к типу VB эйдестик обнаруживает сродство к одному из двух конституциональных типов, установленных доктором *W. Jaensch*'ем—к тетаноидному конституциональному типу (*T-Typus*) или к базедовоидному конституциональному типу (*B-Typus*), имеющим тесное отношение к соответствующим патологическим конституциям. Главной особенностью T типа является повышенная возбудимость периферических нервов к гальваническим и механическим раздражениям. Внешними признаками этого биотипа часто бывает известная серьезность черт лица, известная неподвижность или некоторая депрессивность, напоминающая выражение лица псевдотифозников. Глаза эйдетиков типа T часто имеют подобное же серьезное выражение, взвешивающей трезвости в отношении окружающего мира; они более или менее установлены без выраженных компонентов на раздражения, идущие из окружающего мира. Их зрачки в большинстве случаев мало подвижны и установлены на внешний мир. Это небольшие, холодные, трезвые глаза. В противоположность этому глаза B-типа велики, блестящи, постоянно оживлены колеблющимся душевным настроением. Игра большей частью расширенных зрачков легко отражает колебания тонуса в вегетативной автономной системе. Взор их преимущественно направлен на внутренние переживания. Живой игре их зрачков отвечает и большая психическая лабильность. В соматическом отношении B-тип характеризуется „стигматизацией в сфере вегетативной системы“ в смысле *G. V. Bergmann*'а. Это означает, что ему свойственна повышенная возбудимость всей в. н. с. в целом и крайняя отзывчивость на все виды психического раздражения. Если у T-типа имеются налицо вегетативные стигматы, то обычно наблюдается перевозбудимость только вагального отдела и отзывчивость не столько психическая, сколько соматическая. Основной психической особенностью B-типа является то обстоятельство, что обычно резко разграниченные функции мысленного представления и мысленного отчетливого видения—здесь тесно проникают друг в друга.

T-тип имеет тесное отношение к *subcortex*'у и таким образом онтогенетическое отношение к *vagus*'у и к просто рефлекторному психическому моменту. B-тип, напротив, имеет отношение к коре, *sympaticus*'у и аффектам.



С точки зрения психогении оба биотипа также обладают неодинаковыми свойствами. В-тип обнаруживает уже при самых незначительных воздействиях влияние психических процессов на соматические и обратно, в то время как у Т-типа на первый план выступают первичные соматические симптомы.

Подобно тому как тетаноидные и базедовоидные состояния являются болезненными формами нормальных Т- и В-типа, точно также и микседема или микседематозный кретинизм являются болезненными формами широко распространенного среди детей вспомогательных школ конституционального М-типа. Характерной особенностью этого типа по исследованиям *Scholl'a*, *W. Jansch'a* и *Th. Hoepfner'a* являются онтогенетически ранние стадии развития капилляров, так. наз. „архикапилляры“, которые можно изучать у живого человека на эктодермальных системах органов. Здесь можно говорить об „архикапиллярном слабоумии“ или об „архикапиллярной нейропатии“, которые при своевременной терапии в значительной мере могут быть излечены.

Исследования *E. R. Jaensch'a* об эйдетическом типе встречают подтверждение целого ряда авторов, что же касается связи его с Т- или В-типом или влияния на него кальциевой или тиреоидной терапии—то эта часть учения об эйдетической конституции является еще очень сомнительной (*Karger*).

Выше мы уже говорили, что трудно, и в клиническом и в патофизиологическом смысле, провести определенную грань, которая бы отделяла невропатическую конституцию в собственном смысле с одной стороны от соматических диатезов, с другой от психопатических конституций. Если мы выше рассмотрели ряд невропатических конституций, граничащих с соматическими диатезами, то теперь мы остановимся на двух невропатических конституциях, тесно соприкасающихся с конституциями психопатическими, а именно на истерической и митохондрической конституциях.

*Истерическая конституция.* С учением об истерии и истерической конституции или „истерическом диатезе“ французских авторов, связан целый ряд взглядов, принадлежащих крупнейшим именам психопатологии: *Charcot*, *Bernheim*, *Janet*, *Babinski*, *Déjérine*, *Claude*, *Dupré*, *Freud*, *Kretschmer*, *Блуменау* и др. Не все эти взгляды согласуются между собой, и поэтому довольно трудно составить себе цельное представление об истерическом предрасположении, как о чем-то едином. Начиная с *Bernheim'a* и *Charcot* почти единогласно основной особенностью истерического предрасположения считается чрезмерная внушаемость и податливость. Для *Babinski'ю* это даже единственная характерная особенность, которой он дал особое название „пятиатизма“. Но наряду с этим другие авторы выдвигают другой важный момент—особый эмотивный фон (*Bernheim*, *Déjérine*, *Claude*, *Janet*, *Dupré*), „эмотивный диатез“ (*Claude*) и особую чувствительность к эмоциональным шокам и аффектам (*Блуменау*). Следующим существенным моментом в истерической конституции является особенная автоматическая установка психики. Для *Janet* этот автоматизм выражается в особой тенденции к расщеплению сознания, к длительному и полному раздвоению личности, в слабоволии, в неспособности концентрироваться на собственных содержаниях сознания. *Freud* сводит этот автоматизм к влиянию сферы бессознательного, движимого вытесненными комплексами, преимущественно сексуального характера. *Sollier* видит сущность истерического автоматизма в тенденции к патологическому сну, к „вигильамбулизму“. *Блуменау*

также указывает на свойство аффекта вызывать у истериков расстройство сознания сумеречного или сновидного характера, „во время которых возникают патогенные идеи, действующие подобно внушениям“. Вместе с тем он отмечает „диссоциирующее“ действие аффектов, „ведущее к отпадению от личного сознания отдельных функций (психические акинезии, анестезии и пр.)“, и признает наличие особого предрасположения, которое можно обозначить, как „слабость личности“, „слабость психического синтеза“. *Kretschmer* центральным местом проблемы истерии считает—тесное сцепление гипобулики (низших волевых механизмов) с рефлекторным аппаратом или с совокупностью низших сенсомоторных и психических автоматизмов. Для истерического характера свойственны примитивные реакции и известный сексуальный, психический и соматический инфантилизм.

Ряд авторов: *Leysler, Schilder, Nathan, Deswartes* и др. более или менее определенно указывают на роль субкортикальных механизмов в генезе истерических автоматизмов, что тоже должно быть отнесено за счет специального конституционального предрасположения нервной системы.

Начиная с *Гиппократ* и *Галена* и кончая *Freud*'ом и его школой, многочисленные авторы полагают одной из капитальнейших черт истерического диатеза ненормальное состояние в сфере полового инстинкта.

В связи с оживлением интереса к вегетативной нервной системе, истерические расстройства в вегетативной сфере уже давно, впрочем, отмечаемые рядом авторов — *Briquet, Bernheim, Pitres, Janet, G. de la Tourette, Charcot* и др., заставляют предположить тесную связь истерического диатеза с диатезом вегетативным.

Наконец, *Dupré* и его ученик *Logre* в основу истерического диатеза положили на ряду с эмотивным предрасположением еще одно своеобразное предрасположение, которому они дали название митоманиакального и митопластического диатеза.

*Митоманиакальная конституция.* *Dupré* и *Logre* рассматривают истерию, как реакцию психически ненормального темперамента, возникающую на своеобразной болезненной почве, которую они называют митоманией или митоманиакальной конституцией, отличительной чертой которой является развитое воображение и стремление или вернее склонность к этой психической способности. Истерики, по словам *Logre*'а, обнаруживают свой синдром, „п. ч. он его изображает таким, каким он его воображает и в строгих рамках того, что воображение может реализовать“. *Dupré* определяет митоманию, как „конституциональную тенденцию к искажению истины, к фэбуляции, ко лжи и к симуляции“. *Hartenberg* полагает, что психической основой истерии является существенным образом непрерывно повышенная активность воображения. В зависимости от господствующих черт характера эта митомания, по описанию *Dupré*, может представляться в различных видах: митомании роскоши и игры (*de luxe et de jeu*), тщеславной митомании, заинтересованной и жадной митомании и злостной и извращенной митомании.

В симптоматическом отношении митомания характеризуется тесно переплетающимися между собой легковерием, лживостью, богатством интрапсихических реакций, чувствительностью воображения ко всему особенному и драматическому, склонностью к фэнтазированию и фэнтастическим измышлениям. У митоманов, как и у истериков отмечается повышенная внушаемость и склонность обогащать тему в зависимости от индивидуального темперамента, окружающей обстановки и обстоя-

тельств. Им также присущи известные чувства в различных степенях сознательности и интенсивности, как, напр., злобность, тщеславие, стремление к игре, стремление выдвинуться и привлечь внимание, желание удивлять или мистифицировать окружающих и, в частности, врача.

Но митоман является только кандидатом на истерию. „Митоман, как говорят *Duprè* и *Logre*, фабулирует главным образом своей головой; истерик фабулирует преимущественно телом“. Истерию следует рассматривать, как „фабуляцию в акте, на медицинскую тему и с помощью пластических и мимических способов экспрессии“. И если синдром истерии бывает психологического происхождения, то его „*mise en scène*“ — носит физиологический характер. Этот миметизм патологического, эта характерная тенденция образовывать симптомы, под влиянием психических моментов, но в физиологических формах вне всякого соответствующего анатомического повреждения, *Duprè* назвал *психопластией* или *митопластией*, и ее следует рассматривать как одно из свойств темперамента, как *конституциональное психо-соматическое предрасположение* (*Logre*). Митопластию следует рассматривать, „не как воображаемую болезнь, а как болезненное воображение“, и соматические стигматы истерии показывают экспериментальным образом существование истерического предрасположения и, в частности, возможность существования „неврологической истерии“.

С точки зрения *G. Dumas* существенным различием митопластов от митоманов является конституциональная тенденция к автоматизму.

## IX.

Изучение и определение невропатической конституции, как это видно из всего предшествующего изложения, ставит перед психоневрологом целый ряд сложных проблем, не уместяющихся в рамках отнесения той или иной конституции к типу невропатическому или психопатическому.

Прежде всего необходимо выяснить вопрос, с какой формой невропатической конституции мы имеем дело: с активной формой или латентной. В первом случае задача не представляется особенно затруднительной; гораздо сложнее обстоит дело в последнем случае. Установив основную форму мы должны остановиться на процессуальных чертах ее, выяснить, обладает ли она устойчивостью или подвижностью, какова степень ее лабильности, имеются ли эволютивные тенденции, их направление, их нозологический уклон; характер фазового типа, моменты процесса или развития. Капитальным вопросом является вопрос о степени реактивности конституции, о характере и направлении реакций\*), о доминирующих патофизиологических механизмах и в связи с этим о биологической или вернее патобиологической почве ее. В непосредственной связи со всеми этими вопросами стоит также вопрос о родственной связи данной конституции с другими патологическими конституциями, а также вопрос об индивидуальных ее особенностях, ее преимущественно психопатическом или невропатическом уклоне и в по-

\*) *Aschaffenburg* предлагает при оценке реакций учитывать следующие моменты: 1) „несоответствие между раздражением и реакцией; 2) характер реакции; 3) длительность реакции; 4) последующее поведение и установку, и 4) общий конституциональный тип реагирующего.

следнем наряду с характеристикой анимальной системы является необходимость дать также характеристику вегетативной и эндокринной систем с точки зрения их конституциональной неполноценности.

С профилактической и терапевтической точек зрения важным моментом изучения конституции является определение наследственного типа конституции, т. е. определение того, какой момент является преобладающим: идиотипический ли ход наследственных передач в семье или паратипический (вырождение, наследственный *lues*, наследственный алкоголизм и т. д.).

Наконец, выдвигается вопрос о степени компенсированности той или иной конституции, ее респонсивности, стойкости, изнашиваемости, работоспособности, готовности заболеть и т. д., а также ряд вопросов практического характера—о характере и степени пригодности в отношении различных социальных моментов: профессиональной работы, школы, военной службы, общественной и политической работы и т. д.

Все эти вопросы мы предполагаем осветить с методологической точки зрения в специальной части нашей работы, поскольку представляется возможность сделать это с помощью современной методики исследования. На нижеприводимой таблице приведена приблизительная схема основных направлений конституционального анализа невропатической конституции.

Форма.	П Л А Н И С С Л Е Д О В А Н И Я .
Латентная.	<p>1. <i>Процессуальный характер</i>: устойчивость, подвижность, лабильность, эволютивный характер и тип; фазовый характер.</p> <p>2. <i>Реактивность</i>: степень, характер, длительность, направление реакций; поводы.</p> <p>3. <i>Биологическая почва</i>. Основные патофизиологические механизмы.</p>
Активная.	<p>4. <i>Связь с другими патологическими конституциями</i>.</p> <p>5. <i>Индивидуальные особенности</i>.</p> <p>6. <i>Нозологический и характерологический уклон</i> (психопатический, невропатический, нозологический тип); <i>нервно-соматический уклон</i> (анимальная, вегетативная, эндокринная системы; патобиологическая характеристика).</p> <p>7. <i>Наследственный тип</i>: идиотипический, паратипический (наследственный <i>lues</i>, алкоголизм). Доминирующий тип патолог. наследственн. псих. и сомат. в семье.</p> <p>8. <i>Функциональная оценка</i> Степень компенсированности, стойкости, изнашиваемости, работоспособности и т. д. и характер пригодности.</p>

## ЛИТЕРАТУРА.

1. *A. Adler*. Индивидуально-психологическое лечение неврозов. Н. К. д. Ус. Вр., № 5, 1913.—2. *F. Arloing et Langeron*. Les chocs en pathologie etc. Journal Médical de Lyon, № 84, 1923.—3. *F. L. Arnaud*. Les psychoses constitutionnelles (in Ballet Traité de pathologie mentale). 1903.—4. *Ed. Adler* Zur Lokalisation des Schlafzentrums Med. Klinik., № 38, 1924.—5. *G. Aschaffenburg*. Die konstitutionelle Psychopathen in Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/18, von. O. v. Schjerning, 1922.—6. *André Barbé*. Dégénérescences (in Traité—Sergent. T. VIII) 1926.—7. *K. Banhoeffler*. Die symptomatischen Psychosen' Leipzig. 1910.—8. *J. Bauer*. Практические выводы из учения о наследственности. Изд. Практ. Медиц. 1926.—9. *J. Bauer*. Vorlesungen über allgemeine Konstitutions- und Vererbungslehre 2-e Aufl. 1923.—10. *J. Bauer*. Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten 3-e Auf. 1924.—11. *J. Bauer*. Die individuelle Konstitution als Grundlage nervöser Störungen (in. O. Schwarz—Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome). 1925.—12. *Baur, Fischer, Lenz*. Menschliche Erblichkeitslehre. München, 1923.—13. *P. Berthier*. Des nevroses diathésiques. Paris. 1875.—14. *C. Behr*. Die Lehre von den Pupillenbewegungen. Berlin. 1924.—15. *J. Berze*. Beiträge zur Psychiatrischer Erblichkeits und Konstitutionsforschung. Z. f. d. g. N. u. p. B. 87, 1923 и Bd. 96. 1925.—16. *B. M. Бехтеев*. Основы учения о функциях мозга, Вып. V, 1906. С.-Петербург.—17. *B. M. Бехтеев*. Половые уклонения и извращения в свете рефлексологии. Вопросы изучения и воспит. личности, № 4—5, 1922.—18. *K. Birnbaum*. Der. Aufbau der Psychose. Berlin. 1923.—19. *A. A. Богомолец*. Введение в учение о конституциях и диатезах. Москва, 1926.—20. *E. Boinet*. Les doctrines médicales. Leur évolution. Paris. 1907.—21. *L. Borchardt*. Klinische Konstitutionslehre. Berlin. 1924.—22. *L. Borchardt*. Die vegetativen und die somatischen Funktionsänderungen der Organe als Ursache von Konstitutionsanomalien. Med. Klin., № 36, 1925.—23. *E. Bouchut*. Du nervosisme aigu et chronique. Paris. 1877.—24. *P. Briquet*. Traité de l'hystérie. Paris. 1859.—25. *L. Braun*. Psychogene Störungen der Herztätigkeit (in. O. Schwarz—Psychogenese etc.). 1925.—26. *Th. Brugsch*. Общая прогностика. Практ. Мед., № 8, 1926.—27. *Th. Brugsch* und *F. H. Lewy*. Die Biologie der Person. В. I. L. 1, 1926.—28. *H. Бруханский*. Реактивный психотический синдром и его клиническая картина при подследственном заключении. Журн. Псих., Невр., Псих. Т. II. 1923.—29. *O. Bumke*. Культура и вырождение. Москва. 1926.—30. *O. Bumke*. Über die gegenwärtige Strömungen in der klinischen Psychiatrie. Münch. Med. Woch. № 46, 1924.—31. *O. Bumke*. Die Auflösung der Dementia Praecox. Kl. Woch., № 11, 1924.—32. *P. Brunet*. Le Rêve. Paris. 1924.—33. *Л. В. Блумену*. Истерия и ее патогенез. Ленинград. 1926.—34. *G. Bunnemann*. Über psychogene Schmerzen. Monat. f. Ps. und N. B. XXXIV, H. 2, 1913.—35. *J. M. Charcot*. Leçons du mardi à la Salpêtrière 1887—1889.—36. *J. M. Charcot*. Leçons sur les maladies du Syst. Nerveux. T. III. Paris. 1883.—37. *Ed. Claparède*. La question du sommeil. Année psych. Paris. 1912.—38. *H. Claude*. Maladies du système nerveux. T. II. 1922. Paris.—39. *H. Coener*. Ohnmacht, Kollaps und Shok in ihrer Beziehungen zum Vegetativen Nervensystem. M. m. W. № 1—2, 1920.—40. *H. Colin Bourilhet*. Les dégénérés et la dégénérescence mentale (in A. Marie—Traité intern. de Psych. Path.), T. II, 1911. Paris.—41. *Л. О. Даркшевич*. Травматический невроз. Казань. 1916.—42. *J. Déjérine*. Наследственность и болезни нервной сист. Москва. 1887.—43. *J. Déjérine*. et *A. E. Gaukler*. Les manifestations fonctionnelles des psychonevroses. 1911.—44. *Derrien et Piéron*. De la réaction glycémique émotionnelle en fonction du degré de l'émotivité et des manifestations motrices. J. de Psych. norm. et pathol., № 5, 1923.—45. *Dezwarte*. Le cerveau „autonome“—mesencéphalon. Encéphale. № 9, 1925.—46. *P. Dubois*. Рациональная психотерапия. Н. К. д. Ус. Вр. № 5. 1913.—47. *G. Dumas*. Traité de Psychologie. T. II. Paris. 1924.—48. *Escuchen*. D. M. W. 1924, 30 и 60

- (цит. по *Borchardt'y*). 49. *G. Ewald*. Биологические основы темперамента и характера. Н. К. д. Ус. Вр., № 6, 1926.—50. *Ch. Féré*. La famille nevropathique. Paris. 1894.—51. *M. de Fleury*. La psychonevrose émotive. Maladie de Dupré (in *Traité Sergent t. VII*). 1926. — 52. *Ch. Foix et P. Hillemand*. Les syndromes de la région thalamique. La Pr. Méd. № 8, 1925.—53. *W. Freeman*. La décrébration chez l'homme. L'Encéphale. № 2., 1924.—54. *B. M. Гаккебуш*. Новые пути в изучении эмоций, их значение в психиатрии. Совр. Псих. Т. II. № 4. 1926.—55. *L. Garrelon et D. Santenoise*. Appareil thyroïdien et choc peptonique. Mécanisme de l'action du vague sur la sensibilité de l'organisme au choc. La Pr. Méd. № 38, 1926.—56. *F. Glaser*. Lebensgenuss und Lebensnerven. Med. Kl. № 13, 1925.—57. *F. Glaser*. Die klinische Bedeutung der veg. Reflexe. Med. Kl. № 47, 1924.—58. *A. G. Guillaume*. Vagotonies, neurotonies, sym.pathicotonies. Paris. 1925.—59. *A. G. Guillaume*. К патологии органа-вегетативной системы. Врачебн. Обзорение. Апрель. 1925.—60. *J. Grasset*. Traité élémentaire de physiopathologie clinique. Т. III, 1912. Montpellier.—61. *A. M. Гринштейн*. К вопросу о центре сна. Мед. Мысль. № 1—6, 1923. —62. *M. O. Гуревич*. Вопросы педологии и детской психо-неврологии. Москва. 1926.—63. *L. Hascovec*. A propos de la question de la localisation de la conscience centrale. R. N. T. II, № 3, 1924.—64. *L. Hascovec*. Remarques sur la contracture. La Pr. Med. № 6, 1925.—65. *L. Hascovec*. Le psychisme sous-cortical. R. N. T. I, № 6, 1925.—66. *H. Haenel*. Schlaf und Schlafzentren. Med. Kl. № 34, 1925.—67. *R. Heilig* und *H. Hoff*. Schlafstudien. Klin. Woch. № 46, 1925.—68. *H. Head*. La libération fonctionelle dans le Syst. Nerveux. J. de psych. N. et Path. № 6, 1923.—69. *E. Herman*. Jmmobilité pupillaire à la lumière dans un cas d'alopecie en aires d'origine endocrino-sympathique. L'Encéphale. № 1, 1926.—70. *G. R. Heyer*. Psychogene Funktionsstörungen des Verdauungstraktes (in *O. Schwarz — Psychogenese etc*). 1925.—71. *A. Hesnard*. L'inconscient. Paris. 1923.—72. *J. Héricourt*. Les frontières de la maladies. Paris. 1907.—73. *W. R. Hess*. Über die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen, Zürich. 1925.—74. *H. Higier*. Douleurs périphériques et splanchniques comme manifest. Symp. (Polska Gaz. lekarska T. V № 20, 1926), цит. по реф. La Pr. Méd. № 57, 1926.—75. *Hilpert*. Ueber einen Fall von Narkolepsie. Klin. Woch. № 32. 1925.—76. *Erwin Hirsch*. Zur Frage des Schlafzentrums in Zwischenhirn des Menschen. Med. Klin. № 38, 1924.—77. *E. Hirt*. Wandlungen und Gegensetze in der Lehre von den nervösen und psychotischen Zustände. Würzburg. 1914.—78. *H. Hoffmann*. Vererbung und Seelenleben. Berlin. 1922.—79. *H. Hoffmann*. Phänomenologie und Systematik der Konstitution und die dispositionelle Bedeutung der Konstitution auf psychischem Gebiete. (Handb. der norm. und pathol. Physiologie B. XVII, 1926).—80. *H. Hoffmann*. Grundsätzliches sur psychiatrischen Konstitutions und Erblieckheitsforschung. Z. f. d. g. N. u. P. B. 97 H. 3/4.—81. *A. Homburger*. Psychopathologie des Kindersalters. Berlin. 1926.—82. *V. Hutinel*. Le terrain hérédosyphilitique. Paris. 1926.—83. *Karl Jaspers*. Allgemeine Psychopathologie. Berlin-1923 (3 Aufl).—84. *W. Jaensch*. Ueber die Verbreitung Eidetischer. Phänomene und Jhnen zugrunde liegenden Psychophysischen Konstitutionen. Kl. Woch. № 10, 1926.—85. *E. R. Jaensch*. Die typologische Forschungsmethode der Psychologie in Ihre Beziehungen zur Nervenheilkunde XV Jahresversammel. in Cassel. Zbl. f. d. g. N. u. P. B. XLI H. 12/13.—86. *Jaensch W.* Schwachsinn und Neurose in Lichte Psychophysischer Schuhluntersuchungen. Jbid.—87. *Jaensch, W.* Ueber psychophysische Konstitutionstypen. Z. f. d. g. N. u. P. B. 97. H. 3/4.—88. *Jaensch, W.* Konstitutionsprobleme und Psychotherapie (Allg. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie. Baden.-Baden). Zbl. f. d. g. N. u. P. B. XLIV, H. 3/4.—89. *A. Jacob*. Die Extrapyramidalen Erkrankungen. Berlin. 1923.—90. *Johannsen, W.* Allgemeine Vererbungslehre (Die Biologie der Person) L. I, 1926.—91. *E. Kahn*. Erbbiologische Einleitung. (in *Aschaffenburg's Handbuch der Psychiatrie*). 1925.—92. *Hugo Kämmerer*. Allergische Diathese und allergische Krankheiten. München. 1926.—93. *Paul Karger*. Die eidetische Anlage der Jugendlichen in ihrer Bedeutung für die Klinik. und die Schulleistung. Klin. Woch. № 47, 1925.—94. *G. Katsch*. Ueber Pathogenese und Erscheinungsform der Magen-neurose. Kl. Woch. № 24, 1926.—95. *F. Kehrler* und *E. Kretschmer*. Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin. 1924.—96. *K. Kleist*. Episodische Dämmerzustände. Leipzig. 1926. — 97. *K. Kleist*.

- Современные течения в психиатрии. Берлин. 1925.—98. *Н. И. Красногорский*. О нервно-ности в детском возрасте и о мерах борьбы с ней. Петроград. 1918.—99. *Klinkert*. Klinische Woch. 1922. № 14 (цит. по *Kammerer'y*).—100. *Э. Кречмер*. Об истерии. Ленинград. 1924.—101. *Его-же*. Строение тела и характер. Харьков. 1923.—102. *А. А. Кронтовский*. Наследственность и конституция. 1925. Киев.—103. *Laignel-Lavastine*. Syndromes sympathiques trophiques généraux. Paris. Méd. № 43, 1923.—104. *Его-же*. La cénesthésie et ses perturbations. Paris. Méd. № 40, 1923.—105. *Его-же*. Emotivité, inquiétude, angoisse et anxiété. La Pr. Méd. № 71, 1923.—106. *R. Laforgue*. Le rêve et la psychanalyse. Paris. 1926.—107. *K. Lechner*. Die klinischen Formen der Schlaflosigkeit. Leipzig. 1909.—108. *Levi-Valensi*. Diagnostic neurologique. Paris. 1925.—109. *Его-же*. Précis de Psychiatrie. Paris. 1926.—110. *Leyser*. Über die Hirnphysiologischen Grundlagen der Bewegungsstörungen. Z. f. d. G. N. и P. B. 94. H. 2/3.—111. *Его-же*. Die Bedeutung der Hirnpathologie für Psychiatrie. Klin. Woch. № 38, 1925.—112. *F. H. Lewy*. Die Lehre vom Tonus und der Bewegung. Berlin. 1924.—113. *J. Lhermitte*. Les fondements biologiques de la Psychologie. Paris. 1925.—114. *Lichtwitz*. Функциональные аномалии гладкой мускулатуры и их лекарственная терапия. Kl. Woch. № 49, 1925. (цит. по Вр. Делу. № 10—11, 1926.).—115. *М. Лифшиц*. Учение о конституциях человека. Харьков. 1924.—116. *Н. П. Лихачева*. Опыт выяснения некоторых конституций рабочих подростков с точки зрения состояния в. н. с. и функции кровообращения и дыхания. Ленинград. Мед. Жур. № 5, 1926.—117. *J. Logre*. Etat mental des hystériques (in *Sergent-Traité* etc. T. VII. 1926).—118. *Г. М. Лопатин*. О патогенезе и лечении ночного недержания мочи у детей. Саратов. Вестн. Здравоохранения. Ноябрь—Декабрь. 1923.—119. *L. Lortat-Jacob*. Les syndromes d'héredo-meiopragie ectodermique. A propos de certains équivalents morbides en dermatologie. La Presse Méd. № 72, 1925.—120. *F. Lotmar*. Stammganglien und die extrapyr. motor. Syndrome. 1926. Berlin.—121. *Magnan et Legrain*. Les dégénérés. Paris. 1895.—122. *V. Magnan*. Psychiatriche Vorlesungen. H. 11/III. 1892.—123. *Magnan et Sérieux*. Délire chronique (in *Marie—Traité—Internat. dr Psych. Path.* T. II. 1911. Paris).—124. *Marie de Manacéine*. Le sommeil-tiers de notre vie. 1896. Paris.—125. *A. Martinet*. Energétique clinique. Paris. 1925.—126. *М. С. Маслов*. Учение о конституциях. 3-е изд. 1926. Ленинград.—127. *М. Mathes*. Die Pathogenese und die Erscheinungsform der Herzneurosen. Kl. Woch. № 10, 1926.—128. *A. Mayer*. Psychogene Störungen der weiblichen Sexualfunktion (in *Schwarz—Psychogenese* etc.). 1925.—129. *Moog und Buchmeister*. Über die Schweissekretion des Menschen. M. m. W. № 22, 1926.—130. *B. A. Morel*. Traité des maladies mentales 1860. Paris.—131. *Его-же*. Traité des dégénérescences de l'espèce humain. 1857. Paris.—132. *Т. Г. Морган*. и *Ю. А. Филиппченко*. Наследственны ли приобретенные признаки. Ленинград. 1925.—133. *Moro*. Klin. Wochenshr. № 49, 1923. (цит. по *Kammerer'y*).—134. *E. F. Müller*. Über die Abhängigkeit der Leukozytenverteilung von autonomen Nervensystem. Kl. Woch. № 16. 1926.—135. *Его-же*. Über eine gemeinsame vegetative Steuerung von Haut und Lebergebiet (Splanchnoperipheres Gleichgewicht). M. m. W. № 1—2, 1926.—136. *L. R. Müller*. und *R. Grewing*. Über den Aufbau und die Leistungen des Zwischenhirns und über seine Erkrankungen. Med. Klin. № 16—17. 1925.—137. *Его-же*. Ueber Triebe und über deren Imstandekommen. W. m. W. 1926. № 6. *Его-же*. Über die krankhaften Störungen der Lebenstrieb. M. m. W. № 35—36, 1926. 139. *Moreau* (de Tours). Des Aberrations du sens génésique. 4-e ed. Paris. 1887.—140. *M. Nathan*. Les idées actuelles sur l'hystérie. La Pr. Méd. № 5, 1926.—141. *Л. Я. Немлихер*. К вопросу о нарколепсии и к пониманию сущности некоторых ночных состояний страха. Совр. Психон. Т. III. 1—2. 1926.—142. *В. П. Осипов*. О физиологическом происхождении эмоций. Павл. Сборн. Ленинград. 1924. 143. *Его-же*. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин. 1923.—144. *C. Pascal et J. Davesne*. Anaphylaxie mentale spontanée. Psychocolloidoclasies. Constitutions psychopathiques et phénomènes de sensibilisation. La Pr. Méd. № 93, 1925.—145. Первый Всероссийский съезд по психоневрологии. Журн. Псих., Невр. и Псих. Т. III. 1923.—146. *Н. Peysner*. Опыт характеристики астматической личности. Мед. Кл. № 20—21, 1925 (по реф. Вр. Дело, № 8, 1926).—147. *А. А. Шерельман*. Психологические воззрения *E. Kretschmer'a*. Неврол.

Записки. Т. I. Баку. 1923.—148. *Н. В. Петровский*. К вопросу о сознании реальности Журн. Пс., Невр. и Псих. Т. II. 1923.—149. *J. Parisot et G. Richard*. Les glandes endocrines. Paris. 1923.—150. *I. K. Pienkowski*. La valeur des études de Charcot sur les troubles moteurs de l'hystérie au point de vue de la pathophysiologie de la motilité. R. N. T. I. № 6, 1925.—151. *H. Piéron*. Le sommeil. Biologica. № 34, 1913.—152. *Его-же*. Le problème des sensations de douleur. Journ. de Psych. Norm. et Path. № 5, 1923.—153. *C. Pototzky*. Psychogenese und Psychotherapie von Organsymptome beim Kinde (in Schwarz-Psychogenese etc.). 1925.—154. *F. Raymond*. Leçons sur les maladies du S. N. T. I. Paris. 1896.—155. *Его-же*. Nevroses et psychonevroses (in *A. Marie*. Traité intern. de psych. Path. T. II. 1911).—156. *Redlich*. Über Narkolopsie. Z. f. d. G. N. и P. B. 95. Н. 1/2.—157. *E. Régis*. Précis de Psychiatrie. 4-e Ed. Paris. 1909.—158. *Л. М. Розенштейн*. Психические факторы в этиологии душевных болезней. Москва. 1923.—159. *G. Roussy et J. Lhermitte*. Psychonevroses de guerre. Paris. 1917.—160. *Sack*. W. Psychotherapie und Hautkrankheiten. (Allg. Congr. für Psychother. Baden-Bad. Zbl. f. d. g. N. и P. B. XLIV. Н. 3/4).—161. *K. Schneider*. Die psychopatischen Persönlichkeiten (Aschaffenburg's. Handbuch der Psychiatrie, Leipzig-Wien. 1923.—162. *Его-же*. Der Begriff der Reaktion in der Psychiatrie. Z. f. d. g. N. и Ps. B. 95. Н. 3/4.—163. *P. Schilder*. Das Leib-Seelenproblem vom Standpunkt der Philosophie und naturwissenschaftlichen Psychologie (in *O. Schwarz*. Psychogenese etc.). Wien. 1925.—164. *O. Schwarz*. Psychogene Störungen der männlichen Sexualfunktion. ibid.—165. *P. Schröder*. Degenerationspsychosen und Dementia Praecox. Archf für Psych. 1922. B. 66. H. 1.—166. *М. Я. Серейский*. Аффект в его биохимич. проявлении. Журн. Пс., Невр. и Псих. Т. III. 1923.—167. *Sérieux et Capgras*. Délire d'interprétation (in *Marie* Traité intern. de Psych. Path. T. II). 1911. Paris.—168. *N. Ph. Tandeloo*. Введены в констеллятивное изучение болезней. Практ. Мед. № 1, 1926.—169. *Ph. Tissié*. Les Rêves. 1890. Paris.—170. *A. Thomas*. Psychotherapie. 1912. Paris.—171. *E. Trömner*. Schlaf und Enzephalitis. Z. f. d. g. N. и P. B. 101. 1926.—172. Труды Психиатрич. Клиники (под ред. *Ганнушкина*). Вып. I. Москва. 1925.—173. *Т. Юдин*. Евгеника. Москва. 1925.—174. *Его-же*. Психопатические конституции. Москва. 1926.—175. *Cl. Vincent*. Hystérie (in *E. Sergent*. Traité. T. VI). Paris. 1924.—176. *E. Wiechmann*. Körper und Schlaf. M. m. W. № 35, 1924.—177. *Vaschide et Piéron*. La psychologie du Rêve. Paris. 1902.—178. *A. Л. Эпштейн*. Рефлексы вегетативной системы. Ленинград. 1925.—179. *Его-же*. О клинических типах вегетативных реакций. Мед.-Биол. Журн. № 1—2, 1925.—180. *Его-же*. К вопросу о восходящей психомоторности. Соврем. Психон. № 6—7, 1925.—181. *Его-же*. О ночном снохождении и ночном недержании мочи. О-во Психиатров. 28/II. 1925.—182. *Его-же*. Гипнофреници—Анализ сновидений. О-во психиатров. 29/XI. 1924.—183. *Его-же*. Проблема неврозов в связи с методикой исследования и профилактикой. Вр. Д. № 24—26, 1925.—184. *С. С. Халатов*. Патологическая физиология. Т. I. 1925.—185. *Th. Ziehen*. Die Geisteskrankheiten im Kindesalter. 2-e Aufl. 1926.—186. *J. Zeehandelaar*. Affekte, Psychotonie und Autonomes. N. S. in der Psychotherapie. 1926.—187 \*) *J. Babinski et J. Dagnan-Bouveret*. Emotion et Hystérie Journal de Psych. N. et. P. № 2. 1912.—188. *A. Baudouin et H. Schäffer*. La neurologie en 1926 Paris Méd. № 40. 1926.—189. *Leon Binet*. Leçons sur la physiologie du Système Nerveux. 1926.—190. *Léon Binet*. Effets de l'ablation des hémisphères Cérébraux, La Pr. Méd. № 26. 1926.—191. *G. Bourguignon*. La Chronaxie (in Questions neurologiques d'actualité). 1922.—192. *М. Я. Брейтман*. Болезни органов внутренней секреции. Ленинград. 1926.—193. *F. Homburger*. Das Seelische in der Kinderheilkunde. M. m. W. № 47. 1926.—194. *Del-Greco*. Aperçu critique sur l'histoire de la médecine mentale (in *A. Marie—Traité internat. de Psych. Path. T. I. 1910*).—195. *H. Грот*. Психология чувствований. Санктпетербург. 1879—1880.—196. *Ч. Дарвин*. О выражении ощущений у человека и животных. Собр. соч. Т. II. С.-Петербург. 1899.—

\*) Начиная с № 187 следуют в алфавитном порядке те ссылки на литературные источники, которые первоначально находились в самом тексте книги и лишь в процессе печатания книги были вынесены в литературный указатель.



197. *Otto Dornblüth*. Die Psychoneurosen. Leipzig, 1911.—198. *G. Dumas*. Le Sourire. Paris, 1906.—199. *R. Dupouy* et *G. Naudascher*. Indifférence et apragmatisme sexuel chez les schizomanes. La Pr. Méd. № 90. 1926.—200. *Dresel*. Die Funktionen eines Grosshirn und Striatumlose Hundes. Kl. Woch. № 49. 1924.—201. *E. Kugler*. System der Neurose. Berlin-Wien, 1922.—202. *M. Laignel-Lavastine*. Les psychoses thyroïdiennes (in Questions neurologiques d'actualité. Paris, 1922).—203. *M. Laignel-Lavastine*. Les facteurs endocriniens du caractère. La Pr. Méd. № 84. 1926.—204. *L. Lapique*. Essai d'une nouvelle théorie physiologique de l'émotion (Journ. de Psych. N. et P. № 1. 1911).—205. *L. Lapique*. La chronaxie en théorie et dans la pratique médicale (La Presse Méd. № 74. 1925).—206. *Lereboullet, Harvier* и др. (in Traité—Sergent—Sympathique et Glandes endocriniens. Paris, 1927).—207. *Ed. Leiser*. Das Neurosenprobleme von lebenswissenschaftlichen Standpunkt aus Berlin, 1927.—208. *F. H. Lewy*. I. Woch. № 50. 1926.—209. *П. Мамес*. Конституциональные типы женщины. Киев 1927. 210. *A. Oswald*. Schilddrüse und Nervensystem Kl. Woch. № 22. 1925.—211. *Palagyi*. Naturphilosophische Vorlesungen 2 Aufl. Leipzig. 1923.—212. *M. Pende*. Надпочечные синдромы. Практ. Мед. 1926.—213. *M. Pende*. Эндокринология и психология. Врачебн. Дело № 10—11, 12—14. 1925.—214. *R. Porak*. Les Syndromes endocriniens. Paris, 1924.—215. *H. Potet*. Hygiène mentale. 1926.—216. *M. Reichardt*. Allgemeine und Spezielle Psychiatrie. Jena, 1923.—217. *E. Régis*. Précis de Psychiatrie. 1909. Paris.—218. *T. Фубо*. Психология чувств. Киев, 1912.—219. *E. K. Сенн*. Шлюзовая система мозга. (См. Сборник, посвященный Г. И. Россолимо. Москва. 1925).—220. *Spencer*. Principes de psychologie. Paris, 1855.—221. *A. Thomas*. Le reflexe piloteur. Paris, 1921.—222. *Е. А. Шевалев*. О психической вместимости Соврем. Психоневр. № 5. 1925.—223. *H. Zondek*. Болезни эндокринных желез. 1925 г. Укрголиздат.



11833

Издательство „ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“.

Ленинград, Улица Лассала, № 2.

- RENDE-SHORT. Аппендицит, 1926 г., ц. 30 к.  
РУБЕЛЬ. Хронич. бронхиты и пневмосклерозы, 1925 г., ц. 75 к.  
Его же. Начальные формы туберкулеза легких. 2-ое изд. 1927 г. ц., 1 р. 50 к.  
Его же. Об острых бронхитах и пневмониях, 1925 г., ц. 1 р.  
РУДИК. Стандарты психотехн. испытаний, 1926 г., ц. 75 к.  
СБОРНИК работ, посвящ. 75-лет. Максимила лечебн., 1925 г., ц. 4 р.  
СЕМЕНОВ. Руководство по исследован. мочи, 1924 г., ц. 1 р. 25 к.  
СКВИРСКИЙ. Теория и практ. нов. серолог. реакц. на сифил., 1923 г., ц. 75 к.  
СКОРОХОДОВ. История русск. медиц. 1926 г., ц. 3 р.  
СОВОТТА. Учебн. описат. анатомии человека. Ч. I. Кости, связки, мышцы, 1927 г., ц. 3 р.; ч. II. Внутр. чел., изд. 1925 г., ц. 2 р. 50 к.; ч. III. Сердце и сосуды (печат.); ч. IV. Центр и периферич. нервн. система и орг. чувств. (печат.).  
СОЗОН-ЯРОШЕВИЧ. Отравление удушливыми газами, 1924 г., ц. 40 к.  
STRANZ. Современные методы лечения гонорреи и сифилиса, 1926 г., ц. 40 к.  
СУДАКОВ. Руководство по общей гинекол., 1925 г. (распрод.)  
СУСЛОВ. Проколы на чел. теле, 1926 г., ц. 75 к.  
С'езды врачей в 1925 г., ц. 1 р.  
ТРУДЫ III С'езда детск. врачей, 1925 г., ц. 4 р.  
ТРУДЫ VIII С'езда терапевтов, 1926 г., ц. 4 р.  
ТРУДЫ VII С'езда гинекологов и акушеров, 1927 г., ц. 5 р.  
УЛЕЗКО-СТРОГАНОВА. Микроскопич. диагностика в гинекологии, 2-ое изд. 1926 г., ц. 1 р. 50 к.  
UMBER. Сахарный диабет, 1926 г., ц. 60 к.  
Его же. Болезни почек, 1926 г., ц. 50 к.  
FEER. Диагностика детских болезней, 1926 г., ц. 5 р.  
ФИЗИКУЛЬТУРА в научно-практич. освещении. 2-ой сборник трудов Гос. Инст. Физ. Культ. с предисл. Н. А. Семашко, 1925 г., ц. 2 р.; 3-й сборн., 1926 г., ц. 2 р. 50 к.  
ХАЛАТОВ. О клет. дистрофиях и местн. отлож., 1925 г., ц. 25 к.  
ХОЛЬЦОВ. Гоноррея и ее осложн., 3-е доп. изд. 1926 г., ц. 2 р. 50 к.  
Его же. Функциональн. расстройства мужск. полов. аппарата, 1926 г., ц. 1 р. 75 к.  
HEWLETT и NANKIVELL (Хьюлетт и Нэнкивселл). Основы профилактич. медицины, 1927 г., ц. 2 р., в перепл. 2 р. 75 к.  
ЦЕЙТЛИН. Плодоизгнание при внематочной беременности, 1926 г., ц. 40 к.  
SCHINDLER. Роль конституц. в патол. и therap. сифилиса, 1926 г., ц. 1 р. 25 к.  
SCHMIDT. Теория и практ. омолож. (опер. Штейнаха), 1923 г., ц. 65 к.  
ЭПШТЕЙН. Невропатическая конституция. Общ. часть. 1927 г., ц. 1 р. 75 к., в перепл. 2 р. 50 к.  
ЯВЕИН. Клиника нефрозов, нефритов и артериосклеротических почек. 5-ое изд. 1926 г., ц. 2 р.  
ЯКОВСОН. Половая холодность женщины, 1926 г., ц. 2 р.  
Его же. Половые расстройства у мужчин, 2-ое изд. 1926 г., ц. 1 р. 25 к.  
Температурные листки, ц. за 100 экз. 3 р., за 1000 экз. 25 р.