

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1909—1910
учебномъ году.

№ 15.

616.89

Г-94

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКІЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ

ВЪ

Маниакально-меланхолическомъ ПСИХОЗѢ.

(состояніе сосредоточенія гезр. вниманія, умственная работо-
способность и ассоціаціи).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Л. Г. Гутмана.

Изъ психологической лабораторіи Академика
В. М. Бехтерева.

Цензорами диссертациі по порученію Конференціи были:
академикъ профессоръ В. М. Бехтеревъ, профессоръ А. П.
Фавицій и приватъ-доцентъ К. И. Поварнинъ.

Переучен
1966 г.

Илл.

№ 455

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія В. Я. Миллштейна. Выб. ст., Нижегородская, 14.
1909 г.

1950

Перс 30

7-11-1912



Памяти
моей матери.

64438

Докторскую диссертацию лекаря Л. О. Гутмана под заглавием
„Экспериментально-психологическія изслѣдованія въ маніакально-мелан-
холическомъ психозѣ“ печатать разрешается, съ тѣмъ, чтобы по отпе-
чатаніи было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи 500 экземпляровъ этой диссертации (125 экзempla-
ровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме ея (ам-
плововъ)—въ Конференцію, а 375 экземпляровъ диссертации—въ академиче-
скую бібліотеку). С.-Петербургъ, Ноября 28-го дня, 1909 года.

Ученый Секретарь,
Заслуженный Ординарный Профессоръ, Академикъ А. Діанниъ.

Предисловіе.

Господствовавшая такъ долго чисто симптоматическая точка зрѣнія при распознаваніи душевныхъ болѣзней обнаружила съ теченіемъ времени все больше свою несостоятельность. Существованіе однихъ и тѣхъ же симптомовъ при совершенно равныхъ болѣзняхъ съ разными теченіями и разными исходами съ одной стороны, и большое многообразіе, даже противоположность симптомовъ при одинаковыхъ процессахъ съ другой стороны, не поколебать нашего довѣрія къ этой точкѣ зрѣнія. *Kahlbaum*, первый предостерегавшій противъ наружной обманчивости психопатическихъ состояній, нашелъ достойнаго послѣдователя своихъ взглядовъ въ лицѣ *Kraepelin*'а, который развилъ дальше эти идеи и построилъ новую классификацію душевныхъ болѣзней на совершенно новыхъ началахъ. Въмѣсто отдѣльныхъ симптомовъ въ основаніе классификаціи была положена совокупность нѣкоторыхъ факторовъ, какъ условія развитія, теченіе и исходъ болѣзни. Эта его точка зрѣнія дала ему возможность объединить такіа противоположныя по своимъ симптомамъ болѣзни, какъ манія и меланхолія, и вмѣстѣ съ періодическимъ и циркулярнымъ психозомъ включить ихъ въ одну большую нозологическую группу подъ именемъ маниакально-депрессивнаго психоза. Энергичные протесты, которые въ началѣ поднялись противъ такого объединенія этихъ формъ болѣзней, съ теченіемъ времени стали слабѣе, и если взгляды *Kraepelin*'а на маниакально-депрессивный психозъ не получили еще общаго признанія, то во всякомъ случаѣ весьма значительное распространеніе. Обсужденіе новой формы болѣзни входитъ въ программы большинства съѣздовъ психіатровъ, и въ сущности теперь уже дебатруется не столько вопросъ о правѣ этой формы на существованіе, сколько о предѣлахъ ея и объ ея ограниченіи отъ другихъ психозовъ, особенно отъ ранняго слабоумія. Мы лично вполне становимся на точку зрѣнія *Kraepelin*'а въ данномъ вопросѣ. Послѣ включенія въ маниакально-депрессивный психозъ «чистой» меланхоліи, мы считаемъ болѣе правильнымъ называть эту форму *маниакально-меланхолическимъ* психозомъ, какъ это предложили *Wizel*, *Specht* и др.

Въ виду принадлежности маніи и меланхоліи къ одному и тому же болѣзненному процессу намъ хотѣлось поближе изслѣдовать психопатологію обоихъ этихъ состояній. При этомъ наша задача заключалась не въ субъективномъ психологическомъ анализѣ этихъ состояній, а въ объективномъ изслѣдованіи экспериментальнымъ путемъ нѣкоторыхъ психическихъ функций въ маниакальномъ и

меланхолическомъ стадіяхъ. Желательно было установить, какъ подъ влияніемъ болѣзни измѣняется дѣятельность нервно-психической энергіи, въ чемъ состоятъ ея отклоненія отъ нормального проявленія этой энергіи и каковы соотношенія патологическихъ отклоненій въ обоихъ стадіяхъ болѣзни. Намъ интересовало въпросъ, подтвердить ли точный объективный методъ наше субъективное впечатлѣніе о противоположныхъ проявленіяхъ психическихъ функций у маниакальныхъ и меланхолическихъ больныхъ, или онъ обнаружитъ нѣкоторыя сходныя черты въ ихъ патологическихъ отклоненіяхъ отъ нормы. Цѣлью нашихъ изслѣдованій не было составленіе, такъ сказать, полнаго психического инвентаря этихъ больныхъ, а только обнаруженіе ихъ способа реагирования на извѣстныя заданія. Имѣлось въ виду изслѣдовать не столько психическую статику, сколько ея динамику. Изъ психическихъ функций мы остановились на состояніи сосредоточенія гесп. вниманія, умственной работоспособности и ассоціаціяхъ. Вниманіе, какъ основная функция, необходимая для правильнаго теченія всѣхъ нашихъ умственныхъ процессовъ, представляетъ собою весьма чувствительный аппаратъ, тонко реагирующий при всякихъ душевныхъ заболѣваніяхъ. Мы старались изслѣдовать, какъ болѣзнь отразилась на интенсивности вниманія, его приспособляемости, равномерности. При опредѣленіи умственной работоспособности въ обоихъ стадіяхъ болѣзни мы попутно изслѣдовали тѣ «основныя качества личности» (*Kraepelin*), которыя проявляются во всякой умственной работѣ, какъ-то: упрямность, утомляемость, приспособленіе къ работѣ и т. д. При изслѣдованіи ассоціативной дѣятельности мы ограничились только «свободно» возникающими ассоціаціями. Имѣлось въ виду опредѣлить съ одной стороны характеръ ассоціацій въ обоихъ состояніяхъ болѣзни, а съ другой стороны скорость ихъ теченія.

Согласно плану нашей работы мы въ первой главѣ представили историческій очеркъ литературы по вопросу о маниакально-меланхолическомъ психозѣ, его современное положеніе, а также краткую симптоматиологию. Вторая глава содержитъ краткія исторіи болѣзней нашихъ больныхъ и изслѣдованіе сосредоточенія гесп. вниманія у здоровыхъ и больныхъ. Третья глава заключаетъ въ себѣ изслѣдованіе умственной работоспособности у тѣхъ же испытуемыхъ, наконецъ четвертая глава посвящена изслѣдованію ассоціаций.

Психологическіе эксперименты произведены съ начала февраля до іюня 1909 г. въ клиникѣ душевныхъ болѣзней проф. В. М. Бехтерева, а также въ разныхъ общественныхъ больницахъ Петербурга.

Глава I.

Литературный очеркъ по вопросу о маниакально-меланхолическомъ психозѣ.

Переходное время, переживаемое современной психіатріей, характеризуется не только крупными разногласіями въ такихъ основныхъ вопросахъ, какъ классификація душевныхъ болѣзней, но и отсутствіемъ общепризнанной, обязательной для всѣхъ терминологіи. Поэтому въ психіатріи, въ противоположность другимъ отраслямъ медицины, часто приходится начать съ объясненія самого заглавія, которое не всегда даетъ ясного понятія о содержаніи трактруемаго предмета. Подъ названіемъ маниакально-меланхолическаго психоза мы подразумеваемъ обширную нозологическую группу, въ составъ которой входятъ манія, меланхолія, ихъ періодическія формы и циркулярный психозъ. Рѣчь, слѣдовательно, идетъ не о новой какой-нибудь формѣ болѣзни, а о новомъ обобщеніи, сдѣланномъ *Kraepelin* о мѣ 10 лѣтъ тому назадъ въ ученіи психіатріи. Нѣкоторыя формы, входящія въ составъ маниакально-меланхолическаго психоза, какъ мы видимъ, весьма старинны, насчитывающія больше 20 столѣтій. *Kraepelin* далъ только новую концепцію этихъ формъ, онъ, такъ сказать, перелилъ старое вино въ новые мѣхи. Прежде чѣмъ представить современное ученіе о ман.-меланх. психозѣ, мы считаемъ необходимымъ коснуться хотя бы въ самыхъ краткихъ чертахъ всѣхъ составныхъ частей, входящихъ въ объединенную группу этого психоза, въ ихъ историческомъ прошломъ. Мы намѣрены при этомъ представить не историческій очеркъ всѣхъ этихъ болѣзней, а только изобразить ту эволюцію взглядовъ, которую онѣ претерпѣли въ исторіи психіатріи на протяженіи болѣе 2 тысячелѣтій, прослѣдить ихъ взаимоотношенія и ту роль, которая отводилась каждой изъ этихъ болѣзней въ разныя времена. Затѣмъ мы подробнѣе остановимся на послѣднемъ фазисѣ развитія этихъ болѣзней, въ который онѣ вступили на рубежѣ прошлаго и нынѣшняго столѣтій благодаря ученію *Kraepelin*'а.

Наши свѣдѣнія о маніи и меланхоліи восходятъ ко времени отца медицины *Hippocrates*'а (5-ое стол. до Р. Х.), положившаго основаніе и психіатріи. Онъ первый установилъ, что причина душев-

наго расстройства заключается в заблуждении мозга—истина, которая считается и теперь неоспоримой и служит основанием всей научной психиатрии. О меланхолии он имел гораздо более ясное представление, чем о мании, под которой он подразумевал разнообразная проявления душевного расстройства, выражавшиеся преимущественно в беспокойстве. Данные им названия были приняты всеми последующими врачами, и они сохранились до сих пор. Меланхолию от мании отличал и *Aristoteles* (4-ое ст. до Р. X.), видевший причину меланхолии в слишком сильном охлаждении жести, а причину мании в ее нагревании. Ему же была известна и периодическая мания с ее свободными промежутками. Более глубокая психиатрическая познания мы находим у римских писателей. Так, *Arætaeus* (80 л. по Р. X.) строго разграничивал меланхолию от мании, считая характерным для меланхолии печальное настроение и сосредоточение на одной идее, а для мании—расстройство ума и безлихорадочное возбуждение. Этот автор делил манию по степени тяжести на 2 формы. Ему были известны и повторные приступы болезни с ее интермиссиями. От его наблюдательного взора не ускользнули и случаи циркулярного психоза. По крайней мере он пишет, что «когда кончается мания, то больные становятся грустными и молчаливыми, стыдятся того, что они делали», он наблюдал и обратное явление, что «печаль переходит в продолжительный стадий смеха и радости». Эти же факты были известны и другому великому римскому врачу *Galenus* у (131 по Р. X.), который также знал случаи, когда «маниакальные больные после успокоения становятся грустными и молчаливыми». Из врачей древнего периода следует еще отметить *Aetius* а и *Alexander* а из *Tralles* а (оба в VI ст. по Р. X.). Оба они были известны и периодическая мании с свободными промежутками, и чередование мании и меланхолии. Последний автор считал манию за высшую степень меланхолии. Этим приблизительно и ограничиваются все наши сведения о состоянии интересующего нас вопроса в древней психиатрии.

Итак мы видим, что уровень знаний, которого достигли древние врачи в области психиатрии, был довольно высок. Однако это солидное здание психиатрии, воздвигнутое древними, не только не увеличивалось с течением времени, но вскоре совершенно рухнуло. Оно не устояло против натиска фанатизма и варварства средних веков и разделило участь вместе со всей древней культурой. Знания науки было вырвано из рук врачей и перешло в руки духовенства, которое поставило над психиатрией крест. Учение о душевных болезнях подверглось значительному упрощению. Этиология и патогенез душевного расстройства сводился к одержимости бесом, а терапия—к сожжению на костер. Для психиатрии наступил продолжительный «темный» промежуток, длившийся много веков. Только после наступления эпохи возрождения стали

пробиваться первые лучи света в царство мрака, которым была окутана психиатрия. Хотя древнее здание психиатрии стало постепенно восстанавливаться в 16-ом столетии, однако суеверные взгляды о влиянии злых духов на происхождение душевных болезней продолжали еще господствовать в течение долгого времени.

Определенные указания на интересующий нас вопрос мы находим впервые у знаменитого врача *Willisius* а (1676), имя которого так тесно связано с анатомией нервной системы. Для него мания есть высшая степень меланхолии—взгляд, который проскальзывает и у древних авторов. Он говорит, что меланхолия, долго продолжаясь, может превратиться в манию, даже он сообщает нам, что оба эти болезни часто чередуются между собою и замещают друг друга. *Boerhaave* (начало 18-го века) не видел существенной разницы между манией и меланхолией, считая первую за высшую степень второй. Также *Morgagni* (I полов. 18-го века) видел близость между этими двумя болезнями, могущими замещать друг друга. Он встречал врачей, которые не знали «называть ли меланхоликом или маниаком одного и того же больного, у которого от времени до времени происходит чередование молчаливости и страха с одной стороны, разговорчивости и сытости с другой». Опуская некоторых авторов, которые приводят отдельные казуистические случаи чередования мании и меланхолии, мы упомянем о появившейся в 1764 монографии *Medicus* а о периодических болезнях. Этот автор приводит целый ряд случаев периодической мании и меланхолии, старается найти специфические признаки для них в отличие от простой мании и меланхолии и приходит к заключению, что внезапное начало или внезапный конец являются подозрительными для периодических случаев. В 1765 трактует о меланхолической мании и о мании, как исход меланхолии, *Lorry*. Но он, вероятно, имел в виду активную (ажитированную) меланхолию, когда говорит, что «есть большое число меланхоликов, которые не доходят до мании, а также и другие, которые охватываются манией почти внезапно». *Charuggi* (1794) противопоставляет меланхолию мании и видит их существенное отличие, так сказать, в объеме бреда. В основе меланхолии лежит частичный бред, манию же он считает общим помешательством, сопровождающимся экзальтацией. Он же отбрасывает и неблагоприятный прогноз при правильно повторяющихся маниах. *Cullen*, *Crichton*, *Haslam* (1798) значительно сближают манию и меланхолию. Второй автор кладет в основу этих болезней поражение сосудистой системы: раздражение ее вызывает сильную степень мании, ослабление сосудов—слабую степень, и паралич сосудов—меланхолию. Последний автор, считая манию и меланхолию за проявления одной и той же болезни, именно поражения разума, видит их разницу в различных настроениях, сопро-

вождающих эти болѣзни. Авторъ наблюдалъ и нѣсколько случаевъ чередованія маніи и меланхоліи.

Приступая затѣмъ къ обзору литературы 19-го вѣка, мы прежде всего сталкиваемся съ именемъ человека, память котораго вызываетъ въ насъ чувство благоговѣнія. Мы говоримъ о *Pinel'*, который положилъ основаніе настоящей терапіи тѣмъ, что снялъ пѣсь съ душевно-больныхъ. Чтобы оцѣнить по достоинству всю гуманность этой мѣры, которая кажется намъ теперь столь естественной, мы должны только вспомнить, что пропасть между взглядами *Pinel'* и современнаго ему общества была столь глубока и мѣра его до того не соответствовала взгляду его современниковъ на душевно-больныхъ, что онъ своимъ поступкомъ самъ навлекъ на себя подозрѣніе въ ненормальности.

Pinel прославился не только своей реформой, составившей новую эпоху въ практической психіатріи, но онъ оставилъ глубокий слѣдъ и въ научной области. Специально по интересующему насъ вопросу слѣдуетъ отмѣтить, что онъ подробно описалъ періодическую манію (1808), зналъ, что приступы повторяются неправильно и правильно, отмѣчалъ, что въ послѣднемъ случаѣ прогнозъ бываетъ хуже. Кромѣ того онъ описывалъ типичные случаи чередованія маніи и меланхоліи, причемъ обращалъ вниманіе на происходящій часто внезапный переходъ маніи въ меланхолію. Толчокъ къ пѣлому ряду новыхъ изслѣдованій онъ далъ своей новой формой, *manie sans délire* (манія безъ бреда), расширившей и безъ того чрезвычайно обширную область маніи. Подъ этой формой онъ подразумѣвалъ легкіе случаи маниакальной экзальтаціи, а также имѣлъ въ виду разныя дегенеративныя конституціи. Изъ послѣдующихъ извѣстныхъ авторовъ, которые описывали чередованіе маніи и меланхоліи, отмѣтимъ *Dubuisson'a* (1816) *Fodéré* (1817), *Heinroth'a*, *Ancaume* (1818).

Guislain (1833) описываетъ въ своихъ клиническихъ лекціяхъ много случаевъ періодическихъ психозовъ, а также и циркулярныя формы. Онъ упоминаетъ, что «меланхолія часто бываетъ въ началѣ маніи, а также въ концѣ ея» (стр. 66). Ему хорошо было извѣстно и частое повтореніе этихъ болѣзней: «маніи какъ и меланхоліи часто повторяются періодически, больше чѣмъ въ 1/3 случаевъ маніи» (стр. 111); правильности повторенія приступовъ онъ не признаетъ. *Guislain* одинъ изъ первыхъ указалъ на то, что очень многіе психозы начинаются съ меланхолическаго стадія.

Талантливый ученикъ *Pinel'* *Esquirol* (1838) ввелъ нѣкоторыя измѣненія въ системѣ своего учителя. Какъ извѣстно, новая форма послѣдняго, *manie sans délire*, вызвала значительныя возраженія не только въ средѣ психіатровъ, но особенно со стороны юристовъ, которые не хотѣли признать эту форму патологической, освобождающей отъ судебной отвѣтственности. Придерживаясь, какъ и прежніе психіатры, принципа частичнаго разстройства въ

одной какой-нибудь душевной сферѣ въ противоположность общему душевному разстройству, *Esquirol* объединялъ *manie sans délire* и меланхолію въ одну общую группу—мономанію. Эту послѣднюю онъ дѣлилъ на 3 категоріи: на мономанію въ сферѣ интеллекта, въ сферѣ чувствъ и въ сферѣ стремленій. Изъ второй категоріи, т.-е. изъ аффективной мономаніи, онъ выдѣлялъ отдѣльно тотъ подвидъ, который всѣми авторами описывался подъ названіемъ меланхоліи, и далъ ему новое названіе *липеманіи*. Остальныя его мономаніи представляли собою частичныя разстройства въ одной какой-нибудь душевной сферѣ и ограничивались большей частью одной или нѣсколькими бредовыми идеями (однопредметное помпшательство). Для случаевъ обыкновенной маніи онъ оставилъ прежнее названіе, подразумѣвая подъ ней всѣ случаи съ общимъ душевнымъ разстройствомъ, т.-е. въ сферѣ интеллекта, воли и чувствъ. И такъ, мы видимъ, что *Esquirol* еще больше расширилъ область маніи. Онъ также весьма подробно описываетъ періодическія заболѣванія. «Интермиттирующая манія то съ правильными, то съ неправильными приступами бываетъ весьма часто; ее можно принять въ 1/2 всѣхъ маниакальныхъ случаевъ. Приступы повторяются каждую недѣлю, каждый мѣсяць, каждые 3 мѣсяца, каждые 1/2 года, годъ, 2—3—4 года. Они возникаютъ самопроизвольно безъ особыхъ причинъ или вызываются тѣми же причинами, что и прошлые приступы, или же другими разными причинами... Въ общемъ, приступы кончаются внезапно и иногда безъ кризиса. Обыкновенно во время интермиссіи возвращаются прежнія здоровыя мысли, чувства и привычки. Все же остаются симптомы, указывающіе, что приступъ не получилъ полного разрѣшенія.» (стр. 168 т. II). Тотъ же авторъ говоритъ и о чередованіи маніи и меланхоліи, отмѣчаетъ, что иногда между ними бываютъ не интермиссіи, а ремиссіи, которыя представляютъ собою не что иное, какъ переходъ одной формы разстройства въ другую. Онъ приводитъ много исторій болѣзней. И этотъ выдающійся авторъ, подобно своимъ предшественникамъ, смотрѣлъ на чередованіе маніи и меланхоліи, какъ на частность, не придавая ей того значенія, какое она впоследствии получила. Дальнѣйшій этапъ въ развитіи ученія о маніи и меланхоліи составляютъ наблюденія *Griesinger'a* (1845). Онъ наравнѣ съ *Guislain'*омъ знаетъ, что многіе психозы начинаются съ меланхолическаго стадія, думаетъ, что и при періодическихъ маніяхъ «этотъ стадій только повидимому отсутствуетъ, такъ какъ онъ бываетъ выраженъ въ умѣренной степени и не признается за состояніе душевнаго разстройства» (стр. 215). Относительно теченія періодической маніи онъ высказывается, что «наблюдаются приступы маніи послѣ правильныхъ или неправильныхъ совершенно свободныхъ интерваловъ каждые 1—2—3 года: періодическая манія, зная форма истинной психической эпилепсіи, которая имѣетъ съ эпилепсіей тотъ же плохой прогнозъ» (стр. 293). Хотя

Griesinger и думаетъ, что меланхолия очень часто превращается въ манию, однако онъ совершенно определенно говорить и о смѣнѣ обоихъ этихъ состояній. «Переходы меланхолии въ манию и смѣна этой формы меланхолией весьма обыкновенны; нерѣдко вся болѣзнь состоитъ изъ цикла обихъ формъ, которая весьма регулярно чередуются» (стр. 238). Итакъ, здѣсь впервые упоминается о меланхолической и маниакальной формѣ, какъ объ одной болѣзни; но авторъ не подчеркиваетъ этого факта и, повидимому, не видѣлъ такой тѣсной связи между обоими этими формами, чтобы считать ихъ за двѣ половины, составляющія вмѣстѣ одно цѣлое. Установленіе этого факта выпало на долю двухъ другихъ авторовъ *Falret* и *Baillarger*. Но прежде чѣмъ перейти къ нимъ, считаемъ необходимымъ резюмировать въ краткихъ словахъ взглядъ, господствовавшій на манию, меланхолию и ихъ періодическія формы къ срединѣ прошлаго столѣтія, когда были открыты скоро одна за другой новыя формы болѣзни, заставившія видоизмѣнить установленныя классификаціи душевныхъ болѣзней.

И такъ, къ срединѣ прошлаго вѣка большинство авторовъ считало манию и меланхолию за разныя болѣзни, но не считало ихъ полными противоположностями по ихъ симптомокомплексамъ, какъ это было принято позднѣйшими авторами. Въ основаніе раздѣленія меланхолии и маніи былъ положенъ, такъ сказать, объемъ душевнаго расстройства. По принципу дѣленія души на 3 главныя области (интеллекта, чувствъ и воли), душевныя болѣзни дѣлили на частичныя и общія расстройства. Къ первому разряду относили меланхолию, ко второму манию. Последнюю слѣд. считали какъ бы ступенью выше и позагади, что она можетъ развиться изъ меланхолии, по мѣрѣ того какъ расстройство принимаетъ все большіе размѣры, захватывая другія душевныя сферы. Чередованіе обихъ болѣзней было весьма авторамъ извѣстно, но на это чередованіе смотрѣли, какъ на частію, не придавая ему значенія самостоятельной болѣзни. За такую же частію въ теченіи маніи и меланхолии, хотя болѣе крупную, считали періодическіе ихъ приступы. Авторамъ было извѣстно, что періодическое повтореніе этихъ болѣзней встрѣчается въ $\frac{1}{3}$ случаевъ, однако они не нашли нужнымъ выдѣлять періодическіе приступы болѣзни въ отдѣльную форму. Въ названный періодъ области маніи и меланхолии достигли своихъ высшихъ предѣловъ. Съ теченіемъ времени онѣ стали постепенно урывать въ пользу новооткрытыхъ формъ болѣзней.

Въ 1851 г. *I. P. Falret* выдѣлилъ болѣе определенно самостоятельную форму циркулярнаго психоза. Говоря о перемежающейся маніи, онъ останавливается подробно въ своихъ лекціяхъ, напечатанныхъ въ *Gazette des Hôpitaux*, на другомъ перемежающемся типѣ. «Существуетъ специальная форма», пишетъ онъ, «которую мы называемъ циркулярной и которая не состоитъ, какъ это часто говорили, въ чередованіи маніи и меланхолии, отдѣленныхъ свѣ-

лымъ болѣе или менѣе продолжительнымъ промежуткомъ, но въ последственномъ продолженіи маниакальнаго возбужденія, т.-е. повышенной активности способностей, въ состояніи задержки интеллекта. Нѣтъ ни меланхолии, ни маніи, а имѣется фонъ каждой изъ этихъ болѣзней безъ ихъ рельефа. Удивительно! Каждое изъ этихъ состояній, взятое въ отдѣльности, скорѣе излѣчимо, чѣмъ обыкновенная манія или меланхолия, а ихъ соединеніе составляетъ всегда неизлѣчимую форму душевной болѣзни» *).

Еще болѣе категорически подчеркнулъ самостоятельный характеръ этой группы и выдѣлилъ ее въ особую нозологическую единицу *Baillarger* въ 1854 г. Въ прочитанномъ въ академіи наукъ докладѣ на эту тему онъ сообщаетъ: «Сопоставляя и сравнивая извѣстное число наблюдений, можно прийти къ заключенію, что существуетъ довольно много случаевъ, въ которыхъ нельзя смотрѣть отдѣльно на возбужденіе и угнетеніе, слѣдующія одно за другимъ у того же больного, какъ на два разныя заболѣванія. Это чередованіе не случайное, и я могъ убѣдиться, что существуетъ связь между продолжительностью и интенсивностью этихъ двухъ состояній, которыя очевидно представляютъ собою только 2 періода того же приступа. Эти приступы собственно не принадлежатъ ни къ меланхолии, ни къ маніи, но они составляютъ особый родъ психическаго заболѣванія, характеризующійся правильнымъ чередованіемъ 2 періодовъ, возбужденія и угнетенія» *). Эту форму *Baillarger* назвалъ *folie à double forme*. Онъ допускалъ, что отдѣльные приступы, изъ которыхъ каждый состоитъ изъ 2 фазъ, маниакальной и депрессивной, могутъ наступать или изолированно, т.-е. съ очень большими свободными промежутками, или они могутъ принимать перемежающійся типъ (съ небольшими промежутками), или могутъ слѣдовать другъ за другомъ безъ интервала. Черезъ нѣсколько дней послѣ доклада *Baillarger*'а, прочелъ въ свою очередь докладъ *Falret*, который подробно обосновалъ и развилъ высказанный имъ уже раньше взглядъ на «циркулярную форму» періодическаго психоза и назвалъ ее теперь циркулярнымъ психозомъ, «потому что существованіе этого рода болѣзней вращается въ томъ же кругу болѣзненныхъ состояній, которыя возникаютъ беспрестанно ровнымъ образомъ и отдѣлены только довольно краткими промежуткомъ». По мнѣнію *Falret*'а, приступъ болѣзни состоитъ изъ 3 фазъ: маниакальной, депрессивной и краткаго свободного промежутка. Онъ же указалъ и на нѣкоторыя особенности этого психоза, напр. на наследственность, какъ на важный этиологическій факторъ для этого психоза, на болѣе частое возникновеніе его у женщинъ сравнительно съ мужчинами, на плохой прогнозъ его, также на сходство приступовъ между собою. Разница между

* Цитир. по *Deny* и *Camus* (стр. 19—20).

взглядами *Falret* и *Baillarger* не значительна. Она сводится къ тому, что для перваго свободный промежуток является составной частью каждаго приступа, второй же допускает для этих промежутков гораздо большій простор: они могут совершенно отсутствовать, быть весьма краткими или очень продолжительными. Въ зависимости отъ продолжительности промежутковъ и ихъ правильности онъ даже установилъ 5 разновидностей циркулярнаго психоза, но въ виду того, что онъ въ наукѣ не привился, мы ихъ и не приводимъ. Установленная новая форма психоза значительно сузила предѣлы мааніи и меланхолии. Циркулярный психозъ занялъ одинаковое положеніе съ мааніей и меланхолией въ системѣ *Baillarger*. Кстати отмѣтимъ, что послѣдній ввелъ измѣненіе въ господствовавшей классификаціи *Esquirol*'я въ томъ смыслѣ, что меланхолію онъ перенесъ изъ психозовъ съ «частичнымъ разстройствомъ» въ разрядъ съ «общимъ разстройствомъ», поставивъ ее такимъ образомъ наравнѣ съ мааніей. Открытая новая форма циркулярнаго психоза не сразу получила общее признаніе. Такъ, она не получила доступа въ классификацію *Morèl*'я (1859), основателя учения о дегенерацияхъ. Построивъ свою систему на принципѣ этиологии и конституцій, авторъ ея не сочелъ нужнымъ выдѣлить циркулярный психозъ въ отдѣльную форму, видя въ немъ только одно изъ проявленій «наслѣдственнаго психоза». Болѣе сочувственный пріемъ новой форма получила у *Marcé* (1862), который въ своемъ учебникѣ описываетъ ее согласно указаніямъ *Falret* и *Baillarger*. Авторъ дѣлитъ всѣ разновидности циркулярнаго психоза на 2 категории. Къ первой категоріи онъ относитъ тѣ случаи, гдѣ между отдѣльными приступами имѣется свободный промежутокъ, и предлагаетъ называть эту категорию *folie à double forme*. Ко второй категоріи онъ относитъ случаи, гдѣ приступы слѣдуютъ другъ за другомъ безъ промежутка и гдѣ болѣзнъ вращается безпрерывно въ томъ же кругу. Эти довольно многочисленные случаи авторъ предлагаетъ называть *folie circulaire*. (Въ Германіи и Россіи право гражданства получили только названіе, данное новой формѣ *Falret*омъ, а именно циркулярный психозъ). Постепенно самостоятельность циркулярнаго психоза, какъ новой нозологической единицы, была признана почти всѣми авторами. Вниманіе послѣднихъ было направлено на изученіе такихъ симптомовъ циркулярнаго психоза, которые дали бы возможность отличить его уже въ первой фазѣ отъ простой мааніи или меланхолии. Такіе отличительныя признаки между «циркулярными» фазами и соответствующими простыми психозами старался установить *L. Meyer* (1874). Особенно онъ подчеркивалъ увеличеніе вѣса при циркулярной мааніи въ отличіе отъ простой мааніи, гдѣ вѣсъ падаетъ. Но этотъ признакъ, какъ и другіе остальные, при болѣе точномъ наблюденіи получали подтвержденіе только на извѣстномъ числѣ случаевъ и далеко не во всѣхъ могутъ служить надежнымъ

дифференціально-диагностическимъ симптомомъ для отличія названныхъ состояній. Рѣзкая разница трофическаго состоянія обѣихъ фазъ побудила автора выставить гипотезу, что въ основѣ циркулярнаго психоза лежитъ общій трофонейрозъ. Другую гипотезу, еще менѣе признанную, выставилъ *Dittmar* (1877). Исходя изъ положенія, что душевная болѣзнъ возвращается въ состояніе здоровья черезъ реактивный стадій, онъ принимаетъ, что вторая фаза циркулярнаго психоза есть въ сущности реакція на первую фазу, и такъ какъ эта реакція часто дѣлаетъ слишкомъ большую амплитуду, то послѣдняя въ свою очередь вызываетъ противоположную реакцію и т. д. Поэтому авторъ смотритъ на циркулярный психозъ не какъ на болѣзнъ *sui generis*, а какъ на рядъ реактивныхъ колебаній. Въ 1878 г. выпустилъ монографію о періодическихъ психозахъ *Körn*. Къ периодическимъ психозамъ онъ относитъ періодическую маанію, періодическую меланхолію и циркулярный психозъ. Родство этихъ формъ авторъ видитъ въ общности ихъ этиологии, течения и въ переходныхъ формахъ, существующихъ между ними. Періодическіе психозы онъ выдѣляетъ въ совершенно самостоятельную группу, отграничивая ихъ отъ обостреній болѣзни и рецидивовъ. Періодическими психозами авторъ считаетъ «такіе, которые на почвѣ постоянного патологическаго состоянія обнаруживаются въ извѣстные, болѣе или менѣе правильныя промежутки времени въ характерныхъ приступахъ болѣзни, въ то время какъ въ періоды интервала только легкія психическія или нервные измѣненія напоминаютъ о наличности болѣзненнаго состоянія» (стр. 9). Періодическіе приступы представляютъ собою не рецидивы прошлой болѣзни, а являются выраженіемъ одного и того же болѣзненнаго процесса, имѣющаго свою основу въ извѣстныхъ измѣненіяхъ мозга. Періодическіе психозы *Körn* дѣлитъ на 2 типа: центральнаго происхожденія и периферическаго. Въ первомъ случаѣ приступы являются самопроизвольно въ силу извѣстнаго патологическаго состоянія мозга, во второмъ случаѣ имѣющагося болѣзненное предрасположеніе не въ состояніи вызвать приступъ, а для этого требуется еще какой-нибудь эксцентрической органической факторъ, вызывающій приступъ черезъ посредство крови или нервовъ. Повторяющіеся приступы ходятъ часто другъ на друга съ «фотографической вѣрностью» въ отношеніи продурального стадія, течения или окончанія приступа. Точку зрѣнія *Körn*'а принялъ и *Krafft-Ebing* (1879), который въ своемъ учебникѣ размѣстилъ маанію и меланхолію съ одной стороны, періодическіе психозы съ другой по разнымъ отдѣламъ своей классификаціи. Первые двѣ формы онъ считаетъ за психоневрозы, т.-е. за болѣзни здороваго мозга, періодическіе же психозы, куда онъ относитъ и циркулярную форму, признаются имъ за психозъ вырожденія. «Центръ тяжести этиологии долженъ быть положенъ на болѣзненно организованный, дегенеративный, наслѣдственно

отягощенный мозг больного, порогъ возбужденности котораго лежитъ такъ низко, что приступъ могутъ вызвать внутреннй или внѣшнй раздраженія, не имѣющія для здороваго мозга никакого значенія» (стр. 123 II т.). Въ периоды, свободные отъ приступовъ, по мнѣнью автора, всегда можно найти симптомы, свидѣтельствующія о продолжающемся страданіи нервной системы. Эти симптомы весьма разнообразны: то сны представляютъ собою функциональныя явленія психопатической конституціи, то они выражаются въ раздражительность, въ притупленіе чувствъ и т. д. Противоположнаго мнѣнія придерживается *J. Falret-сынъ* (1879), который допускаетъ, что въ свободные промежутки наблюдается полное здоровье. Онъ, кромѣ того отмѣчаетъ и благоприятный исходъ циркулярнаго психоза въ смыслѣ сохраненія интеллекта. «Мы въ правѣ выставить какъ аксіому то положеніе, что циркулярный психозъ можетъ длиться всю жизнь у людей, не приводя ихъ къ слабоумію или даже къ рѣзкой психической слабости». Материалы по изученію циркулярнаго психоза все больше накоплялись, и литература по этому вопросу достигла большихъ размѣровъ. Мы конечно не будемъ приводить ее цѣликомъ, тѣмъ болѣе, что она прибавила мало существеннаго къ тѣмъ классическимъ описаніямъ, которыя намъ оставили творцы этой новой формы, *Falret* и *Baillarger*. Ограничимся только перечнемъ извѣстныхъ работъ по этому вопросу и авторовъ популярныхъ учебниковъ. *Emmerich* написалъ въ 1881 г. статью, въ которой дѣлаетъ краткій историческій обзоръ развитія циркулярнаго психоза. Авторъ относитъ его къ периодическимъ психозамъ, при этомъ онъ нѣсколько суживаетъ понятіе о циркулярномъ психозѣ, исключая изъ него тѣ случаи, гдѣ меланхолической или маниакальной фазѣ предшествуетъ очень короткій стадій противоположной фазы, а также и случаи съ очень рѣдкими приступами. Какъ и другіе авторы, онъ приписываетъ большое значеніе въ развитіи психоза насѣдственному моменту, «который выступаетъ часто уже съ дѣтства въ видѣ психопатической конституціи, или онъ находится сначала въ скрытомъ состояніи, какъ туберкулезный ядъ, пока какой-нибудь глубоко захватывающей аффектъ, по большей же части физиологической процессъ развитія не дастъ толчка къ возникновенію циркулярнаго психоза» (стр. 214). *Kahlbaum* (1882) выдѣлялъ болѣе легкіе случаи циркулярнаго психоза и предложилъ для нихъ названіе «циклотиміи», которое и было впоследствии принято болѣе поздними авторами, описавшими легкія формы подробно. *Ritti* написалъ въ 1883 г. большую монографію о циркулярномъ психозѣ со многими исторіями болѣзней. Онъ придерживается тѣхъ же взглядовъ, что и предшествующіе авторы.

Воззрѣнія, которыя излагаются въ учебникахъ по вопросу о циркулярномъ психозѣ, мало чѣмъ отличаются отъ взглядовъ цитированныхъ выше авторовъ. *Clouston* (1885) видитъ въ периоди-

ческихъ и перемежающихся формахъ болѣзней проявленіе того же закона, который вообще лежитъ въ основаніи физиологическихъ функцій нашей нервной системы, а именно закона періодичности и чередованія. «Периодичность сна и бодрствованія въ высшихъ мозговыхъ функціяхъ служитъ основой и типомъ всѣхъ другихъ немалочисленныхъ периодическихъ актовъ въ нервной системѣ» (стр. 226). *Schüle* (1886) описываетъ периодическія формы психозовъ отдѣльно отъ циркулярныхъ, допуская однако переходы между ними. Маниакальная фаза, по его мнѣнью, протекаетъ въ периодическихъ психозахъ въ тяжелой формѣ, въ циркулярныхъ—въ легкой. *Mejnert* (1890) въ своихъ глубокомысленныхъ лекціяхъ отличаетъ простую, периодическую и циркулярную манію геср. меланхолю и описываетъ ихъ вмѣстѣ во главахъ о маніи и меланхолии. Этиологическимъ моментомъ для периодическихъ и циркулярныхъ формъ онъ считаетъ наследственность, патогенезъ же маніи и меланхолии заключается, согласно созданной имъ гипотезѣ, въ томъ или другомъ состояніи сосудистаго центра. При возбужденіи послѣдняго получается сокращеніе мозговыхъ артерій, вызывающее анемію мозга и сопровождающееся клинически картиной меланхолии, при расслабленіи же его получается функциональная гиперемія мозга, выражающаяся въ маниакальномъ состояніи. *Magnan* (1890) въ докладѣ, читанномъ на Берлинскомъ медицинскомъ конгрессѣ, высказывается за то, что разныя установленныя формы, какъ-то интермиттирующія, чередующіяся, циркулярныя и т. д. представляютъ въ сущности разновидности периодическаго психоза, что отличительные признаки между этими разновидностями хотя и довольно рѣзко бросаются въ глаза, но все же должны считаться второстепенными. Какъ и большинство французскихъ авторовъ *Magnan* допускаетъ во время интерваловъ полное здоровье; противоположное же мнѣніе большей части нѣмецкихъ авторовъ онъ объясняетъ тѣмъ обстоятельствомъ, что въ категорію периодическихъ психозовъ попадаютъ много случаевъ, относящихся къ дегенерантамъ.

Здѣсь мы сдѣлаемъ пока перерывъ въ изложеніи взглядовъ, которые мы встрѣчаемъ въ разныхъ учебникахъ по интересующему насъ вопросу. Дѣло въ томъ, что хотя до появленія новаго ученія *Kraepelin*'а вышли еще разныя учебники, но они имѣются теперь и въ болѣе новыхъ изданіяхъ; поэтому, не желая повториться, мы предпочитаемъ упомянуть объ этихъ учебникахъ уже послѣ изложенія ученія о маниакально-меланх. психозѣ. Эта небольшая хронологическая погрѣшность имѣетъ свое оправданіе и въ томъ отношеніи, что при такомъ порядкѣ изложенія ясное видно будетъ отношеніе представителей клинической психіатріи къ новому ученію. Прежде чѣмъ приступить къ разбору послѣдняго, считаемъ нужнымъ воспроизвести въ общихъ чертахъ тѣ взгляды, которые господствовали при появленіи ученія *Kraepelin*'а

да и теперь еще господствуют у большинства официальных представителей психиатрии.

Успѣхи, которые сдѣлала психиатрія во вторую половину прошлаго столѣтія, заставили значительно переработать ученіе, созданное *Pinel* емъ и *Esquirol* емъ. Были открыты новыя патологическія формы, которыя должны были занять извѣстное мѣсто въ психиатрії, быть занесены въ нозологическую систему. Предѣлы маніи и меланхоліи, значительно сужены уже циркулярнымъ психозомъ, еще болѣе сократились подъ вліяніемъ новооткрытыхъ и подробнѣе изученныхъ формъ болѣзней. Прогрессивный параличъ, параноя, кататонія, эпилепсія, алкоголизмъ и пр. все болѣе отнимали почву у маніи и меланхоліи. Периодическія формы совершенно отдѣлились отъ маніи и меланхоліи и получили полную автономію. Меланхолія изъ болѣзни съ «частичнымъ» разстройствомъ возведена въ рангъ болѣзни съ «общимъ разстройствомъ» и уравниена, такъ сказать, съ маніей. Манія и меланхолія признаются большинствомъ авторовъ за противоположныя формы болѣзней. Обѣ считаются за самостоятельныя формы, развивающіяся на почвѣ здороваго мозга и относящіяся къ психоневрозамъ (*Krafft-Ebing*). Меланхолія характеризуется главнымъ образомъ депрессіей и задержкой психическихъ функцій; манія — измѣнчивымъ, повышеннымъ настроеніемъ, ускореніемъ психическихъ процессовъ и моторнымъ возбужденіемъ. (Нѣкоторые авторы (*Mendel, Sommer*) считаютъ повышенное настроеніе при маніи переходомъ меланхоліи въ манію отвергаются. Возбужденіе при меланхоліи (*melancholia activa*) считается существенно отличнымъ отъ маніи, и смѣшеніе этихъ состояній признается недопустимымъ. Въ то время какъ двигательное возбужденіе при маніи представляетъ собою явленіе первичное, продуктъ раздраженія психомоторныхъ центровъ, оно при меланхоліи бываетъ вторичнаго происхожденія, являясь реакціей на приступы страха и тоски. Да и въ характерѣ возбужденія замѣтна разница. При маніи проявленія двигательнаго возбужденія бываютъ разнообразны, при меланхоліи монотонны и однообразны. Манія и меланхолія считаются болѣзнями экзогенными, пріобрѣтаются случайно подъ вліяніемъ внѣшнихъ причинъ, конечно при извѣстномъ предрасположеніи. Болѣзни эти по большей части излѣчиваются, сохраняя иногда наклонность къ рецидивамъ подъ вліяніемъ неблагоприятныхъ условий. Если же выздоровленіе не наступаетъ, то наблюдается психическая слабость, вторичное слабоуміе, а по многимъ авторамъ и вторичное сумасшествіе (*paranoia secundaria*). Рѣзко отличаются отъ маніи и меланхоліи ихъ періодическія формы, выдѣленныя въ совершенно самостоятельную группу периодическихъ психозовъ. Въ отличіе отъ простой маніи или меланхоліи періодическія ихъ формы представляютъ собою болѣзнь конституціональную, развивающуюся на почвѣ болѣзненнаго, инва-

64438

лиднаго мозга. Это болѣзненное предрасположеніе человѣкъ получаетъ какъ приданное уже при рожденіи путемъ наследственной передачи или же, по мнѣнію многихъ авторовъ, пріобрѣтаетъ послѣ травмы, разныхъ болѣзней и т. д. Самое характерное для періодическихъ психозовъ, это — правильная повторяемость отдѣльныхъ приступовъ, которые между собою сходны и вызываются безъ всякихъ внѣшнихъ причинъ подъ вліяніемъ какихъ-то внутреннихъ условий. Эти психозы поэтому названы эндогенными. Къ нимъ относятся періодическая манія, періодическая меланхолія и циркулярный психозъ, а по нѣкоторымъ авторамъ, и періодическая аменція, и періодическая параноя и др. Кромѣ правильной повторяемости и отсутствія внѣшнихъ причинъ, періодическія формы отличаются отъ простой маніи и меланхоліи еще дѣльмъ рядомъ другихъ признаковъ, какъ-то: легкостью течения, отсутствіемъ бредовыхъ началомъ и конпомъ приступа, наличностью психопатическихъ чертъ въ свободные промежутки и т. д. Периодическая меланхолія, периодическая манія и циркулярный психозъ встрѣчаются совершенно самостоятельно, хотя наблюдаются и переходныя формы между ними, особенно между послѣдними двумя болѣзнями.

Этимъ собственно исчерпываются тѣ наиболѣе существенныя взгляды, которые высказываются съ небольшими вариациями разными представителями классической школы. Нѣсколько особакомъ стоитъ мнѣніе одного стараго психіатра, взгляды котораго представляютъ выдающийся интересъ и, повидимому, довольно замѣтно отразились на ученіи *Kraepelin*'а. Мы поэтому позволимъ себѣ хоть въ краткихъ чертахъ остановиться на нѣкоторыхъ интересныхъ взглядахъ *Kahlbaum*'а (1863). Авторъ подчеркиваетъ, что діагнозъ долженъ основываться не на извѣстномъ симптомокомплексѣ, а на совокупности всѣхъ явленій, которыя наблюдаются въ теченіе всей болѣзни. Онъ проводитъ рѣзкую грань между психопатическимъ состояніемъ и формой болѣзни и отвергаетъ мысль о переходѣ одной болѣзни въ другую. «Одна болѣзнь не превращается въ другую; она остается той же самой и проявляется въ своемъ теченіи въ различныхъ фазахъ развитія. Превращается не болѣзнь въ другую, а мѣняется только костюмъ, по которому можно сдѣлать заключеніе не болѣе какъ о томъ генетическомъ стадіи, въ которомъ находится въ данное время процессъ» (стр. 170). Меланхолическое и маніакальное состоянія, изъ которыхъ развивались другія болѣзни, онъ поэтому не признавалъ за самостоятельныя формы, а только за симптомокомплексы. Соединеніе обоихъ этихъ состояній съ послѣдующими стадіями спутанности и слабоумія было имъ выдѣлено въ особую форму *Vesania typica circularis completa*, комбинацію же только первыхъ двухъ стадій онъ назвалъ впоследствии циклотиміей. *Kahlbaum* не колебался признать за *Vesania typica* (циркулярный психозъ) и тѣ случаи, гдѣ предше-

ствующій меланхолическій стадій былъ очень непродолжителенъ, считалъ также за выраженіе того же болѣзненнаго процесса, если за явлѣннымъ приступомъ циркулярнаго психоза наступала впоследствии только одна кака-нибудь фаза. Нѣкоторыя идеи его, какъ мы увидимъ, были приняты и примѣнены практически *Kraepelin*'омъ, къ ученію котораго мы теперь приступаемъ.

Ученіе классической школы могло удовлетворить далеко не всѣхъ психіатровъ. И дѣйствительно, симптоматологическій фундаментъ, на которомъ построена вся классификація болѣзней, долженъ былъ внушить серьезныя опасенія насчетъ его надежности. Одни и тѣ же симптомы и симптомокомплексы, которые встрѣчаются въ совершенно различныхъ болѣзняхъ съ совершенно различными исходами, въ значительной степени подрывали вѣру въ ихъ значеніе для отличія разныхъ болѣзней другъ отъ друга. Съ другой стороны многочисленныя переходныя формы, которая вели отъ одной болѣзни къ другой, и установленіе все большаго числа новыхъ патологическихъ единицъ еще больше запутали нашу классификацію, увонить которую представлялось дѣломъ дѣйствительно не легкимъ. Многіе стали сомнѣваться въ правильности стараго пути, которымъ шла психіатрія, и признали его ошибочнымъ, могущимъ насъ завести въ тупикъ. Старый путь призналъ неприемлемымъ и *Kraepelin*, который свернулъ съ него и пошелъ по новому, продолженному имъ самимъ. Въ основаніе своей классификаціи *Kraepelin* положилъ совсѣмъ другую принципъ, построенный не на симптоматологической картинѣ даннаго состоянія, а на совокупности нѣсколькихъ факторовъ, обнимающихъ всю болѣзнь отъ начала до конца ея. Условія развитія, теченіе и исходъ болѣзни—вотъ тѣ факторы, которые послужили ему руководящимъ началомъ для отграниченія различныхъ формъ болѣзней. Правда, знаніе, которое *Kraepelin* выстроилъ на этомъ практически-клиническомъ фундаментѣ, оказалось и для него самого не отдѣльнымъ. По крайней мѣрѣ, ему приходилось нѣсколько разъ его ремонтировать, сперва каждые 3 года, а послѣднее время каждыя 5 лѣтъ, но основаніе остается то же самое. Его онъ пока признаетъ неизмѣнимымъ. Передвигалъ онъ только границы, которая были имъ проведены между отдѣльными формами болѣзней. Тонкія клиническія наблюденія у постели больного и точные экспериментально-психологическіе опыты заставили его сдѣлать переопѣнку всѣхъ симптомовъ и поставить каждый изъ нихъ на надлежащее мѣсто. При этомъ цѣнность отдѣльныхъ симптомовъ и явленій не была установлена имъ сразу, а подвергалась разнымъ колебаніямъ, въ зависимости отъ чего и мѣнялась границы клиническихъ формъ. Въ цѣляхъ болѣе нагляднаго изложенія ученія *Kraepelin*'а о маниакально-депрессивномъ психозѣ, мы предпочитаемъ представить тѣ фазы эволюціи, которая продѣлало это ученіе въ возрѣніяхъ самого творца его съ самаго начала до послѣдняго времени.

Явный зародышъ новаго ученія *Kraepelin*'а мы находимъ въ 4-омъ изданіи его психіатріи (1893). Здѣсь уже ясно намѣчается основаніе, на которомъ должна быть построена классификація болѣзней. Говоря о невозможности пользоваться для этой цѣли уже теперь патологической анатоміей и этиологіей, онъ указываетъ на недостатки симптоматологической классификаціи. «Уже примѣръ прогрессивнаго паралича долженъ насъ учить, что нѣтъ патогномическихъ симптомовъ въ области психозовъ, а только все картина въ совокупности какой-нибудь болѣзни на протяженіи всего ея развитія отъ начала до конца можетъ дать намъ право къ объединенію съ другими однородными наблюденіями» (стр. 242). И далѣе онъ говоритъ: «Каждому психіатру извѣстно, что намъ попадаются случаи, которые иногда представляютъ поразительное сходство во всѣхъ отношеніяхъ въ способѣ возникновенія болѣзни, всѣхъ подробностяхъ ея явленій и дальѣйшемъ теченіи. Такія наблюденія должны будутъ служить исходной точкой нашихъ классификаторскихъ стремленій». Эти теоретическія соображенія однако не наши еще примѣненія на практикѣ въ этомъ изданіи. Классификація здѣсь немногимъ отличается отъ весьма распространенной *Krafft-Ebing*'а и *Schüle*. Однако въ описаніяхъ отдѣльныхъ болѣзней проглядываютъ уже возрѣнія, значительно отступающія отъ общепринятыхъ. Манію онъ считаетъ рѣдкой болѣзью; мало того, «многіе классическіе случаи ея составляютъ, повидимому, только вступленіе или отдѣлъ періодическаго или циркулярнаго психоза». Манія, какъ и меланхолія, склонны къ повтореніямъ и представляютъ переходы къ періодическимъ формамъ. Особенно склонна къ повтореніямъ манія. «Можно было бы поэтому не безъ нѣкотораго основанія выставить парадоксальное утвержденіе, что манія по своей сущности періодическая болѣзнь и что рѣдкіе изолированные приступы должны считаться рудиментарными» (стр. 284). Періодическіе психозы разсматриваются въ отдѣльной главѣ. Приступы ихъ строго отличаются отъ рецидивовъ. Къ періодическимъ психозамъ относятся бредовыя формы, маниакальныя, циркулярныя и депрессивныя. Періодическія манія и циркулярный психозъ родственны между собой. Циркулярныя формы распадаются на случаи безъ промежутка между отдѣльными приступами и случаи съ промежутками между приступами. Въ послѣднемъ случаѣ они представляютъ переходныя формы къ періодическимъ психозамъ. Если въ этомъ изданіи былъ намѣченъ только проектъ новаго основанія, на которомъ должна быть построена классификація, то въ слѣдующемъ, пятомъ изданіи (1896) мы уже находимъ осуществленіе этого проекта. Здѣсь онъ «сдѣлалъ послѣдній рѣшительный шагъ отъ симптоматической точки зрѣнія къ клинической. Эта переѣна точки зрѣнія сказывается прежде всего въ отграниченіи и группировкѣ картинъ болѣзней. Здѣсь значеніе внѣшнихъ симптомовъ вездѣ отступило на задній планъ передъ тѣмъ

критерієм, который получился на основании условий происхождения, течения и исхода отдельных разстройств. Все чистые картины психопатического состояния таким образом исчезли из учения о формах». Преимущество своего нового метода Kraepelin видеть особенно в той уверенности, с которой можно предсказывать дальнейшую судьбу больного на основании его новых понятий о болезнях.

Группировка болезней и их границы потеряли большие изменения. Одни формы были значительно расширены, другие наоборот были сильно сокращены до минимальных размеров. Мания, занимавшая прежде первое место по своей распространенности, потеряла право на самостоятельное существование в новой классификации. Ей отведено весьма скромное место, и то только в виде периодической мании, в отделе периодических психозов. Из 1000 больных, судьбы которых Kraepelin точно проследила в последние годы, нашлась только единственная случай, который продолжал в молодые годы манию, не заболев вторично. Во всех других случаях первый маниакальный приступ был всегда предвестником периодического или циркулярного психоза. На этом основании Kraepelin и отказывает чистой мании в правах на самостоятельное существование. Единичные случаи ей, которые, может быть, и встречаются, совершенно теряются в подавляющем числе периодических случаев и не могут быть поэтому приняты в соображение (стр. 616). Другая весьма старинная болезнь меланхолия также значительно сокращена в своем объеме. Она должна ограничиваться контингентом лишь только пожилого возраста, когда начинается регрессивный период человеческой жизни, и отнесена в группу психозов инволюционного периода наряду со старческим слабоумием. Случаи меланхолии в молодом возрасте относятся или к циркулярному психозу, или к раннему слабоумию. В симптоматологии меланхолии мы еще находим такие признаки, которые раньше были признаны характерными для циркулярного психоза и приобщены к нему. Среди этих симптомов находится психическая задержка, многоразовность, признаваемая пока за истерический признак, раздражительность, недовольство, кратковременное появление веселого настроения. Как на дифференциально-диагностические признаки между меланхолией и циркулярной депрессией указываются более резко выраженная задержка, более быстрое течение и появление маниакальных симптомов при циркулярном психозе. Насколько были сдвинуты рамки для простых форм, настолько они были расширены для периодических психозов. Хотя приступы их повторяются несколько раз в жизни больного без внешней причины вследствие каких-то внутренних условий организма на почве постоянного патологического состояния, однако Kraepelin

готовь признать за периодический психоз и в тех случаях, где приступы повторяются без внешней причины только немного раз в жизни. Он не отрицает принципиальной возможности для периодического психоза и единичного проявления в виде только одного приступа в жизни, как это иногда наблюдается и при энцефалитах. «Масштабом для отбихи этой болезни, как и периодических психозов, должны служить только клинические особенности картины болезни» (стр. 596). В этом издании Kraepelin еще не удается объединить все периодические формы в одну группу, а считает целесообразным делить их пока на 3 формы: маниакальную, циркулярную и депрессивную. Границы этих форм для него далеко не одинаковы. Самой большой он считает циркулярную форму, которая, впрочем, еще будет увеличена на счет остальных обих форм. Kraepelin вообще высказывает сомнение в возможности признания за периодической манией самостоятельной формы, в виду ее чрезвычайно тесного родства с циркулярным психозом. «Я на самом деле склонен смотреть, по крайней мере на значительную часть маниакальных форм, как на подгруппу циркулярного психоза уже на том основании, что число случаев, не представляющих никаких намеков депрессии, крайне ничтожно. Все же я пока их выделяю в своем изложении, особенно потому, что я не уверен, действительно ли все формы маниакального возбуждения могут быть причислены к циркулярному психозу или где приблизительно должно произойти ограничение их» (стр. 617).

Циркулярные формы весьма часты: они составляют около 10% всех поступающих больных. Маниакальное и депрессивное состояния циркулярного психоза, представляя по внешнему виду полную противоположность, на самом деле являются лишь различными формами проявления одного и того же или по крайней мере весьма родственного основного процесса. За их тесное родство говорят, во-первых, те многочисленные переходные формы, которые существуют между обоими состояниями в виде одной фазы с более или менее выраженными стадиями противоположности. Далее за то же родство говорит весьма быстрая смена одного состояния другим. Наконец об этом же весьма убедительно свидетельствует совместное существование явлений возбуждения и депрессии в одно и то же время. Так, упоминается о наблюдающейся иногда при грустном настроении большой болтливости, напоминающей маниакальное состояние; о страхах при маниакальном возбуждении с блуждостью идей; о беспокойстве, отвлекаемости и раздражительности при существующих одновременно затруднении мышления и полной безпомощности. Далее подробно описывается так называемый «маниакальный ступор». Здесь следовательно, мы уже находим тот зародыш, из которого развилось впоследствии подробное учение о «смешанных состояниях». Что касается

томовъ противоположныхъ фазъ въ одномъ и томъ же приступѣ. Такъ, во время депрессивнаго состоянія выдаются дни или часы, когда больнымъ овладѣваетъ веселое настроеніе, или наоборотъ можно часто видѣть, какъ маниакальный больной выдастъ временно въ грустное настроеніе. Ученіе о смѣшанныхъ состояніяхъ получило дальнѣйшее развитіе. Кромѣ маниакальнаго ступора и гнѣвливой маніи описываются состоянія, получившія позднѣе названіе «непродуктивной маніи», а также депрессія съ бѣгlostью идей. Маниакально-депрессивный психозъ — весьма частая болѣзнь. Она составляетъ 10—15% всѣхъ поступающихъ больныхъ.

Нѣкоторыя измѣненія претерпѣло и описаніе инволюціонной меланхоліи. Ясно сказывается тенденція еще болѣе сократить ее въ пользу маниакально-депрессивнаго психоза. Къ послѣднему переходятъ отъ меланхоліи еще нѣсколько симптомовъ, считавшихся прежде типичными для нея. Психомоторная задержка не считается больше характерной для меланхоліи, а затрудненная и замедленная дѣятельность въ сферѣ воли и мысли является вторичной, будучи вызвана тоскливымъ настроеніемъ и состояніемъ страха. Описываются кататоническіе симптомы при меланхоліи, хотя выражается при этомъ неувѣренность, относятся ли такіе случаи къ меланхоліи или къ поздней кататоніи. Дифференціальная діагностика между меланхоліей и циркулярной депрессіей становится еще труднѣе. Самымъ вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ еще признается психомоторная задержка при циркулярной депрессіи; при послѣдней отмѣчается также нерѣшимость, раздражительность, сопровождаемая стремленіемъ къ дѣятельности и рѣчивымъ возбужденіемъ; при меланхоліи же дѣло идетъ больше о внутреннемъ безпокойствѣ и страхѣ.

Въ слѣдующемъ, седьмомъ изданіи (1904) мы находимъ сравнительно небольшія измѣненія въ ученіи о маниакально-депрессивномъ психозѣ. Понятіе объ этой нозологической единицѣ, подробно охарактеризованной въ прошломъ изданіи, осталось то же. Эта нозологическая группа признана дѣльной, самостоятельной, обнимающей нѣсколько разновидностей одного и того же болѣзненнаго процесса съ безчисленными переходами между ними, и ограничена рѣзкими демаркационными линиями отъ другихъ психозовъ, къ которымъ не существуетъ никакихъ переходовъ, кромѣ развѣ дегенеративнаго психоза. Упомянется о присоединеніи къ маниакально-депрессивному психозу артеріосклероза, на который и возлагается отвѣтственность за наступающее иногда ослабленіе интеллекта. Еще подробнѣе разработанъ отдѣлъ о смѣшанныхъ состояніяхъ (см. симптоматиологию), хотя признается, что онъ еще не доведенъ до окончательной отдѣлки. Меланхолія не только сокращена въ своемъ объемѣ, но и границы ея теряютъ все больше свою рельефность, становятся болѣе туманными, такъ что ихъ почти невозможно отличить отъ контуровъ маниакально-депрессивнаго

психоза. Тѣмъ не менѣе однако Kraepelin отстаиваетъ еще въ этомъ изданіи взглядъ о существованіи меланхоліи, какъ самостоятельной формы. Соображенія, которыми онъ при этомъ руководствуется, слѣдующія. Число самостоятельныхъ депрессій, наблюдающихся въ пожиломъ возрастѣ, неизмѣримо велико по сравненію съ ничтожнымъ количествомъ чистыхъ маниакальныхъ состояній того же возраста, хотя въ циркулярномъ психозѣ эти обѣ фазы количественно приблизительно одинаковы. Если же допустить, что пожилой возрастъ благоприятствуетъ возникновенію депрессивныхъ состояній, то теоретически нельзя отвергнуть и мысль, что онъ можетъ вызвать и чистая депрессія, т. е. меланхолію. Это теоретическое соображеніе подкрѣпляется, по мнѣнію Kraepelin'a, и тѣмъ фактомъ, что исходъ меланхолии и маниакально-депрессивнаго психоза различенъ: при меланхолии прогнозъ большей частью бываетъ гораздо хуже. Болѣе или менѣе надежными опорными пунктами для отличія этихъ формъ другъ отъ друга могутъ служить: медленное развитіе болѣзни, однообразное ея теченіе, продолжительность, сомнительный прогнозъ; внутреннее безпокойство и страхъ, болѣе однородный отбѣнокъ настроенія, отсутствіе психомоторной задержки. Всѣ эти симптомы говорятъ скорѣе въ пользу инволюціонной меланхолии.

Новое ученіе Kraepelin'a внесло большой расколъ въ семью психіатровъ, которые раздѣлились на два лагеря. Встрѣченное сначала довольно холодно, это ученіе постепенно все болѣе и болѣе прокладывало себѣ дорогу, пріобрѣтая все больше приверженцевъ. Врядъ ли мы ошибемся, если скажемъ, что въ настоящее время ни одна классификація не пользуется такимъ успѣхомъ, какъ Kraepelin'овская. Конечно, это ученіе далеко еще не во всемъ признано и продолжаетъ подвергаться со стороны многихъ психіатровъ рѣзкой критикѣ. Особенно слабый отзвукъ новое ученіе встрѣтило у старыхъ представителей психіатріи. Такъ, если мы обратимся къ разсмотрѣнію учебниковъ, вышедшихъ уже послѣ появленія ученія Kraepelin'a, то мы увидимъ, что идеи послѣдняго у большинства изъ нихъ не нашли совсѣмъ никакого пріюта, и только нѣкоторые оказали новымъ взглядамъ болѣе или менѣе сочувственный пріемъ или даже объявили себя солидарными съ ними.

Vernicke (1900) рассматриваетъ манію и аффективную меланхолію отдѣльно, относитъ ихъ къ «аутопсихозамъ». Манію онъ считаетъ болѣзью, наиболѣе склонной къ повтореніямъ. Относительно періодическихъ формъ и циркулярнаго психоза онъ придерживается взгляда Ziehen'a. Sommer (1901) также рассматриваетъ отдѣльно простыя формы отъ періодическихъ. Манію онъ считаетъ весьма рѣдкой болѣзью. Обѣ формы, манія и меланхолія, склонны къ рецидивамъ. Большой частью онъ болѣзни экзогенныя, но иногда имъ долженъ быть приписанъ и эндогенный характеръ. Рѣзкая граница между рецидивирующими и періодическими фор-

мами не проводится. Последнія относятся къ эндогеннымъ болѣзнямъ. Циркулярный психозъ описывается вмѣстѣ съ періодическими. *Mendel* (1902) относитъ къ функциональнымъ психозамъ мацію, меланхолю, циркулярный психозъ. Манія болѣзнь рѣдкая, склонная къ рецидивамъ и періодическимъ повтореніямъ. Періодическія формы не выделяются имъ въ самостоятельную группу. Упомянутое и о маниакально-депрессивномъ психозѣ, имѣющемъ для него значеніе синонима циркулярнаго психоза съ обѣими фазами *Ziehen* (1908) считаетъ мацію и меланхолю аффективными психозами. Манія болѣзнь рѣдкая. Періодическія и циркулярныя формы отнесены имъ къ сложнымъ психозамъ. Рецидивы строго отличаются отъ періодическихъ приступовъ. *Pilez* (1909) относитъ мацію и меланхолю къ острымъ функциональнымъ психозамъ, а періодическія формы къ хроническимъ. Подъ періодическими психозами онъ подразумѣваетъ такіе, которые въ правильные промежутки времени повторяются въ видѣ болѣе или менѣе одинаковыхъ приступовъ. Болѣе сочувственно къ ученію *Kraepelin'a* относится *A. Westphal* (1907 въ учебникѣ *Binswanger, Siemerling*), который по своей концепціи маниакально-депрессивнаго психоза близко подходит къ *Kraepelin'u*. *Westphal* считаетъ за маниакально-депрессивный психозъ всѣ формы періодическаго психоза, независимо отъ того, будутъ ли чередоваться обѣ фазы, или только преобладать одна. Частота приступовъ для него также является второстепеннымъ факторомъ. Предѣлы маниакально-депрессивнаго психоза у *Westphal'a* нѣсколько уже, чѣмъ у *Kraepelin'a*, такъ какъ первый не включаетъ сюда маію и меланхолю, хотя и признаетъ, что однократная маія почти никогда не бываетъ. Манія и меланхолия для него родственныя формы. Совершенно придерживаются точки зрѣнія *Kraepelin'a* учебники *Weygandt'a* (1902), *Fuhrmann'a* (1903), *Eschle* (1907).

Во французскихъ учебникахъ психіатріи также продолжаютъ господствовать старыя взгляды. Идей *Kraepelin'a* не приняты ни *Séglas*, ни *Rémond* (1904), ни *Régis* (1906), которые въ общемъ придерживаются старой классификаціи. Отъ послѣдней нѣсколько отступаютъ, приближаясь отчасти къ новому ученію, тѣ взгляды, которые проводятся въ сборномъ учебникѣ *Ballet* (1903). Подъ названіемъ періодическаго, или маниакально-депрессивнаго психоза, объединены всѣ тѣ разнообразныя формы, крайними представителями которыхъ являются съ одной стороны перемежающійся типъ какой-нибудь фазы, а съ другой стороны безпрерывный циркулярный типъ. Всѣ переходныя формы между этими крайними типами будутъ представлять собою звенья одной и той же патологической цѣпи. Манія и меланхолия признаются скорѣе синдромами, чѣмъ самостоятельными формами болѣзни. Вполнѣ базируетъ на взглядахъ *Kraepelin'a* учебникъ *Rogues de Fursac'a* (1903). Онъ считаетъ, что почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ обнаруживается одно

только маниакальное или меланхолическое состояніе, всегда можно найти симптомы или же краткія предшествующія либо послѣдовательныя стадіи противоположнаго состоянія. Циркулярный психозъ служитъ прототипомъ, изъ котораго проистекаетъ всѣ остальные разновидности маниакально-депрессивнаго психоза.

Изъ руководствъ, появившихся на англійскомъ языкѣ, идеи *Kraepelin'a* проводятся въ учебникѣ *Paton'a* (1905) Главные представители итальянской психіатріи, какъ *Bianchi* и *Tanzi* (1905) не приняли въ своихъ учебникахъ ученія *Kraepelin'a*. Простая маія съ рецидивующими и періодическими приступами строго отличается отъ маниакально-депрессивнаго психоза.

Не болѣе благосклонное отношеніе встрѣтили идеи *Kraepelin'a* въ русскихъ учебникахъ. *Корсаковъ* (1901) разбираетъ періодическіе психозы, куда относитъ и циркулярныя формы, въ отдѣлѣ конституціональныхъ психозовъ, маію же и меланхолю онъ относитъ къ основнымъ формамъ психозовъ, не предѣлая однако вопроса, являются ли онѣ (маія и меланхолия) болѣзнями конституціональной или нѣтъ, хотя относительно маію онъ говоритъ, что «она во всякомъ случаѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ есть проявленіе періодическаго психоза». *Чижевъ* (1902) въ своемъ учебникѣ также рѣзко отдѣляетъ простую маію и меланхолю отъ ихъ періодическихъ формъ, отнесъ первыя къ экзогеннымъ заболѣваніямъ, а послѣднія къ эндогеннымъ. Къ періодическимъ психозамъ относятся имъ и циркулярныя формы. *Ковалевскій* (1905) считаетъ маію и меланхолю за первичные психозы, развивающіеся на неповрежденной почвѣ, періодическія же формы относитъ къ психозамъ вырожденія, хотя въ педагогическихъ цѣляхъ онъ излагаетъ всѣ эти болѣзни въ отдѣлѣ первичныхъ психозовъ. *Сербскій* (1906) также относится отрицательно къ ученію *Kraepelin'a*. Манія и меланхолия признаются имъ, какъ самостоятельныя экзогенныя болѣзни. Къ нимъ относятся и рецидивующія формы въ отличіе отъ періодическихъ, которыя составляютъ эндогенный психозъ, развивающійся на почвѣ конституціональнаго предрасположенія.

Если мы теперь отъ учебниковъ перейдемъ къ разсмотрѣнію литературы, которая появилась послѣ ученія *Kraepelin'a*, то мы получимъ болѣе или менѣе ясное представленіе о томъ оживленіи и той страстности, которая это ученіе внесло въ среду психіатровъ. Съ одной стороны мы встрѣчаемъ самыхъ горячихъ приверженцевъ новаго ученія, готовыхъ слѣпо jurare in verba magistris, съ другой стороны мы видимъ такихъ же ярыхъ противниковъ. Многие наконецъ занимаютъ примирительную позицію, согласные принять новое ученіе не во всемъ его объемѣ, а только въ известной части его.

Мы конечно не будемъ излагать всю громадную литературу, которая имѣется по вопросу о маниакально-депрессивномъ психозѣ,

а остановимся только на работах, имѣющихъ теоретическій, принципиальный интересъ. Работы же съ казуистическимъ матеріаломъ или съ разработкой симптоматики мы оставимъ въ сторонѣ. При изложеніи этихъ работъ мы не будемъ придерживаясь хронологическаго порядка, а разберемъ ихъ по категориямъ соответственно ихъ отношенію къ новому ученію. Отъ противниковъ ученія *Kraepelin'a* мы постепенно будемъ переходить черезъ работы сочувствующихъ ему къ его приверженцамъ. Отдѣльно мы затѣмъ рассмотримъ статистическія работы, имѣющія отношеніе къ этому ученію. Наконецъ, мы разберемъ тѣ труды, гдѣ предлагается еще болѣе расширить ученіе о маниакально-депрессивномъ психозѣ и работы съ возраженіями противъ послѣднихъ.

Новыя идеи *Kraepelin'a* вызвали прежде всего отпоръ со стороны Берлинскаго проф. *Jolly*, который въ своей рецензій обь учебникѣ *Kraepelin'a* подвергаетъ его довольно рѣзкой критикѣ. Соглашаясь съ тѣмъ, что манія стала рѣдкой болѣзью, *Jolly* (1896) однако не видитъ никакого основанія отнести ее къ періодическимъ психозамъ; онъ также противъ отрицанія меланхолиі въ молодомъ возрастѣ и признанія ея за инволюціонный психозъ. «Неясно, почему случаи меланхолиі, наступающіе какъ разъ въ климатическомъ періодѣ, должны считаться только меланхолией и ничѣмъ другимъ, и почему для ихъ обозначенія достаточно этого преобладающаго симптома, въ то время какъ одинаково протекающія состоянія друиыхъ возрастовъ должны получить совѣмъ другое толкованіе» (стр. 1003). Возраженія *Jolly* касаются наконецъ и понятія періодичности у *Kraepelin'a*. Противъ такого широкаго понятія о періодичности выступилъ особенно *Hitzig* (1898). Для него періодичность является строгимъ терминомъ, который можетъ быть примѣнимъ только къ извѣстнымъ явленіямъ, правильно повторяющимся въ определенные промежутки времени. Такова періодичность явленій, совершающихся въ физическомъ мірѣ, какъ прохожденіе звѣздами своего пути, смѣна времянь года, дня и ночи. Такія же періодическія явленія наблюдаются нами и въ человѣческой жизни, какъ напр. сонъ и бодрствованіе, менструаціи, многочисленныя автоматически совершающіяся функціи нашего организма. Эта періодичность, вытекающая изъ самой сущности вещей, вызывается эндогенно, не нуждаясь во внѣшнихъ моментахъ. Поэтому періодическими психозами авторъ называетъ «такія формы болѣзни, которая въ своихъ своеобразныхъ явленіяхъ повторяется періодически правильно». Такого же взгляда на періодическіе психозы придерживается и *Pitel* (1901). И для него рецидивы строго отличаются отъ періодическихъ приступовъ. Принадлежность болѣзни къ періодическому психозу обуславливается не характеромъ патологическихъ явленій, но самимъ фактомъ періодичности. Авторъ поэтому отличаетъ на ряду съ періодической маніей и меланхолией

периодическую аменцію, и периодическую параною и еще другія формы.

Отрицательную оцѣнку ученія о маниакально-депрессивномъ психозѣ дѣлаетъ и *Rosenbach* (1908). Онъ прежде всего противъ самого принципа *Kraepelin'a*, для котораго исходъ болѣзни занимаетъ одно изъ центральныхъ мѣстъ среди факторовъ, положенныхъ въ основаніе распредѣленія психозовъ. Авторъ отвергаетъ такую точку зрѣнія для психіатріи, считая ее въ такой же мѣрѣ неприемлемой, какъ и въ невропатологіи. «Мы распознаемъ нейрастенію или истерію по какимъ угодно даннымъ, только не потому, что считаемъ большого излѣчимымъ или неизлѣчимымъ». Далѣе для *Rosenbach* рѣшающее значеніе для опредѣленія болѣзни имѣютъ психопатическія явленія въ области интеллектуальной и волевой дѣятельности, поскольку они не обусловлены всецѣло первичнымъ измѣненіемъ аффекта. «Тамъ же, гдѣ такое вліяніе (аффективного измѣненія) не проявляется, наличность аффективныхъ измѣненій не должна мѣшать намъ распознавать бредовой или кататонію и пр.». Авторъ наконецъ не видитъ никакого прогресса въ «учрежденіи сборной группы» маниакально-депрессивнаго психоза ни для распознаванія, ни для предсказанія, а настаиваетъ на сохраненіи какъ періодическихъ формъ, такъ особенно циркулярнаго психоза. *Franco da Rocha* (1906) готовъ считать за маниакально-депрессивный психозъ только циркулярныя и смѣшанныя формы, строго выдѣляя изъ нихъ чистыя и періодическія формы, въ существованіи которыхъ онъ не сомнѣвается. Для автора періодическій психозъ представляетъ собою понятіе родовое, болѣе широкое, чѣмъ маниакально-депрессивный психозъ, который является понятіемъ видовымъ по отношенію къ первому. Авторъ не согласенъ также съ тѣмъ воззрѣніемъ, что манія и меланхолія являются выраженіемъ одного и того же болѣзненнаго процесса, который къ тому еще не извѣстенъ. *Pailhas* (1907), *Bolton* (1908) и другіе англійскіе авторы стоятъ въ сущности на той же точкѣ зрѣнія, которую давно уже отстаивалъ *Morel*. Послѣдній, какъ извѣстно, не признавалъ за періодичностью столь выдающагося фактора, чтобы она могла служить основаніемъ для выдѣленія спеціальнаго психоза. Также и вышеназванные авторы смотрятъ на періодичность и чередованіе, какъ на проявленіе общаго биогигиеническаго закона, простирающагося какъ на физическій, такъ особенно на животный міръ. *Pailhas* поэтому склоненъ смотрѣть на чередованіе аффективныхъ состояній, какъ на синдромъ, который наблюдается при многихъ болѣзняхъ, какъ-то: при раннемъ слабоуміи, истеріи, эпилепсіи, наследственной дегенерациі и т. д. *Ballet* (1902) приписываетъ нѣкоторыя клиническія особенности періодическимъ формамъ въ отличіе отъ простыхъ. Онъ однако полагаетъ, что періодическія формы на самомъ дѣлѣ

гораздо рѣже встрѣчаются, чѣмъ это принято думать. «На самомъ дѣлѣ окружающіе, иногда даже врачъ обращаютъ вниманіе у больныхъ, страдающихъ періодическимъ психозомъ, на наиболѣе бросающуюся въ глаза фазу. Часто принимають за возвращеніе къ нормѣ то, что на самомъ дѣлѣ составляетъ легкое возбужденіе или угнетеніе» (стр. 461). Онъ полагаетъ, что чередованіе, составляя законъ функционирования нашей нервной системы, свойственно намъ и въ нормальномъ состояніи, и что патологическія формы быть можетъ составляютъ только болѣе рѣзкое выраженіе нашего обычнаго состоянія. *Eisath* (1903) согласенъ съ точкой зрѣнія *Kraepelin'a*, для котораго періодичность отодвинута на задній планъ и не положена въ основаніе разграниченія отдѣльныхъ клиническихъ картинъ. Авторъ допускаетъ однако чистую періодическую меланхолію и манию. *Thomsen* (1904) не допускаетъ существованія ни простой, ни періодической маніи, потому что всегда можно найти болѣе или менѣе выраженное угнетеніе послѣ возбужденія. «Но что касается меланхоліи простой или періодической», пишетъ онъ: «то я не сомнѣваюсь, что она существуетъ, хотя и рѣже, чѣмъ это обыкновенно думаютъ» (стр. 27). Въ общемъ авторъ раздѣляетъ ученіе *Kraepelina*. Это ученіе принимаетъ и *Fausser* (1906), только онъ считаетъ дѣлесообразнымъ объединить въ одну группу всѣ случаи меланхоліи, соответствующіе инволюціонной формѣ, независимо отъ того, встрѣчаются ли они въ пожиломъ или молодомъ возрастѣ.

Вехтеревъ (1909), имѣя въ виду отсутствіе точныхъ критеріевъ для установленія періодичности психоза, не придаетъ большаго значенія вопросу о самостоятельномъ существованіи маніи и меланхоліи отдѣльно отъ періодическихъ формъ, хотя послѣднимъ и свойственны нѣкоторыя клиническія особенности въ отличіе отъ простыхъ формъ. Въ согласіи съ этимъ періодическія формы психозовъ авторъ въ своей классификаціи (Казань 1891) отнесъ къ одной группѣ съ простыми не періодическими острыми психозами. Манию и меланхолію авторъ считаетъ родственными формами, объединенными однимъ общимъ патогенезомъ и входящими вмѣстѣ съ циркулярнымъ и двойственнымъ психозомъ въ одну общую группу маниакально-меланхолическаго психоза. Родство этихъ формъ на почвѣ общаго патогенеза усматривается изъ клиническаго теченія, которое часто состоитъ въ непосредственномъ переходѣ одной формы въ другую и имѣетъ свою полную аналогію въ дѣйствіи токсиновъ, вызывающихъ сначала возбужденіе, а затѣмъ угнетеніе. Обоснованіе своихъ взглядовъ авторъ видитъ между прочимъ въ физиолого-химическихъ данныхъ, относящихся до маніи и меланхоліи.

Совершенно на точкѣ зрѣнія *Kraepelin'a* стоятъ его ближайшіе ученики. *Weygandt* (1901) понимаетъ подъ ман. депрессивнымъ психозомъ опредѣленную, рѣзко ограниченную группу душевныхъ

болѣзней, выражающуюся въ извѣстныхъ приступахъ, которые сами по себѣ проходятъ, но сохраняютъ наклонность къ повтореніямъ. «Отдѣльный приступъ можетъ обнаруживать картину опредѣленнаго характернаго возбужденія или депрессіи, или обѣ картины могутъ наступить одна за другой, или же симптомы одного состоянія могутъ смѣшаться съ симптомами другого состоянія. Какіхъ-либо переходовъ къ другимъ душевнымъ болѣзнямъ не существуетъ, ни къ параллелю, ни къ психозамъ истощенія, ни къ процессамъ, ведущимъ къ слабоумію, ни къ эпилепсін и т. д.» (стр. 72). Принадлежность къ маниакально-депрессивному психозу распознается по опредѣленнымъ разстройствомъ психомоторной области, аффекта и мыслительнаго процесса. Разница въ симптоматологіи простыхъ формъ и периодическихъ, по автору, не существуетъ. Изъ 133 наблюденныхъ имъ больныхъ всѣхъ кромѣ 6 продѣлали уже нѣсколько или много приступовъ. У однихъ приступъ наступаетъ въ юшескомъ возрастѣ, у другихъ позднѣе, у третьихъ въ инволюціонномъ періодѣ, у нѣкоторыхъ наконецъ только въ старости—все зависитъ отъ степени расположенія къ болѣзни. Нѣтъ основанія отдѣлить единичные приступы отъ общей группы маниакально-депрессивнаго психоза. Такихъ же взглядовъ придерживаются *Nissl*, *Gaupp* и др. Всецѣло на точкѣ зрѣнія *Kraepelin'a* стоитъ и *Peizoto* (1903). И этотъ авторъ также видѣлъ среди многихъ больныхъ 1 только случай «чистой» маніи. Громадное большинство случаевъ такъ называемыхъ периодическихъ психозовъ представляетъ въ сущности циркулярный типъ съ преобладаніемъ одной какой-нибудь фазы, при этомъ эти фазы не слѣдуютъ одна за другой непосредственно, но, что гораздо чаще, существуютъ одновременно. Изъ 413 наблюденныхъ авторомъ случаевъ маниакально-депрессивнаго психоза 409 представляли собою смѣшанный типъ съ преобладаніемъ одной фазы. Въ 291 случаяхъ преобладала меланхолическая фаза, а въ 118 маниакальная. Ученіе *Kraepelin'a* находитъ горячихъ защитниковъ и въ лицѣ *Deny* и *Camus* (1907), для которыхъ концепція маниакально-депрессивнаго психоза имѣетъ двойное законное основаніе. Во-первыхъ, комбинація возбужденія и угнетенія наблюдается въ теченіе дѣлаго ряда приступовъ, взятыхъ въ совокупности, а во-вторыхъ, эта комбинація обихъ состояній бываетъ почти всегда въ каждомъ приступѣ въ отдѣльности. Присущія обихъ состояніямъ общія психологическія черты не оставляютъ въ авторахъ сомнѣнія, что маниакальный и депрессивный стадіи обязаны своимъ происхожденіемъ одному и тому же психопатологическому механизму. *Сухановъ* (1907) также понимаетъ маниакально-депрессивный психозъ въ широкомъ смыслѣ этого слова. Для него симптоматическая картина играетъ второстепенную роль, и различныя психопатологическія состоянія съ извѣстнымъ теченіемъ и исходомъ объединяются имъ въ общую группу маниакально-депрессивнаго психоза, котрый «такимъ обра-

зом обнимает собою всё острые рецидивирующие и так называемые периодические психозы, группу кругового или циркулярного психоза». За точку зрѣнія Kraepelin'a высказываются также *Anthoine, Ducosté* и др. (1907).

Переходя теперь къ изложенію статистическихъ работъ, которыя были произведены съ цѣлью проверки или освященія разныхъ сторонъ ученія Kraepelin'a, мы должны тутъ же замѣтить, что онъ въ общемъ далеко не имѣютъ того практическаго значенія, котораго можно было бы ожидать отъ нихъ теоретически. Значеніе этихъ работъ въ значительной мѣрѣ умалется тѣми общими недостатками, которые присущи всякимъ статистическимъ изслѣдованіямъ и которые давно уже создали мнѣніе, что статистикой можно доказать все, что угодно. Для сдѣлки значенія этихъ работъ мы должны принять во вниманіе, что матеріаломъ для нихъ послужили большей частью исторіи болѣзней городскихъ или общественныхъ больницъ за 10, 20 и даже за 50 лѣтъ, въ теченіе которыхъ воззрѣнія въ психіатрію и діагнозы нѣсколько разъ мѣнялись. Далѣе слѣдуетъ имѣть въ виду, что исторіи болѣзней ведутся разными лицами, поневолѣ вносящими въ нихъ личный, субъективный элементъ. Сплошъ да рядомъ даются описанія картинъ болѣзней въ краткихъ субъективныхъ и часто такихъ общихъ весьма спорныхъ терминахъ, какъ «разстройство сознанія», «спутанность» и т. д. для характеристики цѣлыхъ патологическихъ состояній. Наконецъ нельзя не принять во вниманіе различную степень объективности и добросовѣстности каждаго изслѣдователя. Всѣ эти отрицательные факторы даютъ намъ право сдѣлать заключеніе, что значеніе многихъ такихъ статистическихъ работъ довольно проблематично, во всякомъ случаѣ цѣнность ихъ далеко не одинакова.

Для доказательства несостоятельности статистическаго принципа въ нашей области, укажемъ хотя бы на совершенно различный и сравнительно невысокій процентъ сифлиса, который удалось установить статистически разнымъ изслѣдователямъ въ анамнезѣ у прогрессивныхъ паралитиковъ, хотя почти всѣ психіатры убѣждены, что у этихъ больныхъ всегда былъ сифилисъ въ анамнезѣ. Поэтому, не придавая очень большого, а въ особенности далеко не одинаковаго значенія всѣмъ этимъ изслѣдованіямъ, мы только ради полноты нашей работы изложимъ вкратцѣ результаты этихъ изслѣдованій, поскольку они имѣютъ отношеніе къ интересующему насъ вопросу. Считаемъ нужнымъ оговориться, что нѣкоторыя изъ этихъ работъ мы впрочемъ находимъ весьма цѣнными и во многихъ отношеніяхъ рѣшающими.

Lipschitz (1905) изслѣдовалъ исторіи болѣзней меланхолическихъ больныхъ, бывшихъ въ *Charité* за 1890—1904 г., съ цѣлью выясненія этиологіи. Изъ 351 большого было 269 съ однократнымъ заболѣваніемъ и 82 съ повторнымъ, изъ которыхъ у 58 были рецидивы, а у 24 періодическія приступы. Исторіи болѣзней этого

же рода больныхъ, лѣчившихся въ швейцарской больницѣ *Burg-hölzli* за 1876—1885 г., изслѣдовала *Sachs*. Оказалось, что съ діагнозомъ меланхолиі были приняты только 1 разъ 321 больной, нѣсколько разъ 104 больныхъ. По исключенію разныхъ сомнительныхъ случаевъ осталось 297 исторій болѣзней съ меланхолией. Краткія статистическія свѣдѣнія показали, что у 233 больныхъ приступы повторились, 50 больныхъ остались поощаженными отъ слѣдующихъ приступовъ, 10 изъ этихъ больныхъ прожили уже больше 20 лѣтъ безъ рецидива. *Berger* (1909) нашелъ изъ 283 случаевъ меланхолиі 61% съ однократнымъ заболѣваніемъ и 39% съ повторнымъ. Онъ допускаетъ впрочемъ одинаковое число какъ тѣхъ, такъ и другихъ случаевъ. Меланхолиі молодого возраста чаще повторяются, чѣмъ пожилыхъ. *Schott* (1903) подробно изслѣдовалъ клинической матеріалъ, состоящей изъ 250 больныхъ меланхолией. Изъ этого числа у 38% были рецидивы. Авторъ не сомнѣвается, что черезъ 15—20 лѣтъ число рецидивовъ окажется гораздо больше, такъ какъ за семилѣтній періодъ изъ 100 больныхъ у 32 уже были рецидивы. Случаевъ съ чисто періодическою меланхолией было всего 7. Авторъ поддерживаетъ старое положеніе, что возникающія въ юности меланхолиі склонны къ повтореніямъ. 64% заболѣвающихъ меланхолией до 50 лѣтъ, остальные послѣ этого періода. Рѣзкую клиническую разницу между старческой и молодой меланхолией нельзя обнаружить. *Köpin* (1904), приводя 18 исторій болѣзней съ меланхолией, высказывается также за невозможность отличить юношескую меланхолию отъ старческой. Если держаться точки зрѣнія Kraepelin'a, то придется допустить, что въ рамкахъ маниакально-депрессивнаго психоза встрѣчаются и чисто меланхолическія и чисто маниакальныя, и періодическія гесп. рецидивирующія формы.

Saiz (1907) въ своей монографіи занимается изслѣдованіемъ этиологіи маниакальныхъ и циркулярныхъ больныхъ. Онъ для этой цѣли обработалъ исторіи болѣзней соответствующихъ больныхъ, лежавшихъ въ *Charité* за 1895—1906 г. Случаевъ простой мааніи было 82, періодической 35, циркулярнаго психоза 51. *Hinrichsen* (1898) изслѣдовалъ исторіи болѣзней маниакальныхъ больныхъ за 20-ти лѣтній періодъ. Съ діагнозомъ мааніи были приняты 89 мужчинъ и 144 женщины. Изъ этихъ 233 случаевъ по крайней мѣрѣ у 9, т. е. у 4,7% не было рецидива въ теченіе 11—20 лѣтъ. Авторъ приходитъ къ заключенію, что хотя чистая маанія и рѣдка болѣзнь, но все же она должна считаться самостоятельной. *Mayer* (1898) нашелъ среди 2400 больныхъ 59 случаевъ чистой мааніи, что составляетъ 2,4%. Изъ этого числа 17 больныхъ остались здоровы безъ рецидива въ теченіе 11—31 года. Хотя авторъ и согласенъ, что маанія весьма склонна къ повтореніямъ, но не находитъ возможнымъ причислить ее къ періодическимъ психозамъ. *Van Erp Taalman Kip* (1898) изслѣдовалъ исторіи болѣзней за

1884—1896 г. Диагноз острой мании зарегистрирован 107 раз. Если отсюда выдѣлить всѣ случаи, гдѣ диагноз оказался ошибочнымъ, то остается 42 чистыхъ маний. Только у 7 изъ нихъ нельзя было констатировать периодичности; однако у 2, которыхъ авторъ лично изслѣдовалъ, удалось установить нѣсколько мелкихъ приступовъ въ анамнезѣ, такъ что онъ допускаетъ возможность, что и у остальныхъ окажется периодичность, тѣмъ болѣе, что приступы мании были у нихъ сравнительно недавно. Авторъ считаетъ острую манию периодической болѣзью.

Исторію болѣзней какъ маниакальныхъ, такъ и депрессивныхъ больныхъ изслѣдовалъ *Gucci* (1899). Онъ разобралъ всѣ соответствующія исторіи болѣзней флорентійской больницы за 1844—1898 г. По его даннымъ оказывается, что излѣченныхъ послѣ однократнаго заболѣванія случаетъ было 2419, вновь же были приняты одинъ или нѣсколько разъ 1120. Къ рецидивамъ онъ относилъ тѣ случаи, гдѣ приступъ повторился не болѣе 3 разъ. Чисто периодическихъ случаетъ оказалось всего 159, циркулярныхъ 117. Авторъ высказываетъ за самостоятельность мании и меланхолии.

Сувановъ и Ганцшклинъ (1902—3) разработали исторію болѣзней какъ постоянныхъ, такъ и амбулаторныхъ больныхъ Московской клиники за 1887—1902 г. Въ виду того, что анамнезъ въ этой клиникѣ собирается самымъ тщательнымъ образомъ, данные, полученные этими авторами, представляютъ несомнѣнный интересъ. Оба автора въ то время еще не были приверженцами ученія *Kraepelin'a*, однако изъ добытыхъ ими результатовъ можно сдѣлать нѣкоторые, хотя и косвенные, выводы какъ разъ въ пользу этого ученія. По даннымъ авторовъ, манія простая и периодическая, вмѣстѣ ваятя, составляютъ рѣдко заболѣваніе, меньше 1% всѣхъ больныхъ. Наслѣдственность отмѣчена ими въ 87,5% случаетъ. Женщины заболѣваютъ чаще мужчинъ въ 3 раза, и у циркулярныхъ больныхъ авторы нашли такую же наследственность (87%); и тутъ женщины представлеы въ 3 раза больше, чѣмъ мужчины. Что касается меланхолии, то наследственность отмѣчается въ нѣсколько только низшемъ процентѣ (82%). Отношеніе больныхъ женщинъ къ мужчинамъ и тутъ въ 3 раза больше. Поневолѣ напрашивается мысль о родствѣ всѣхъ этихъ формъ. *Walker* (1907) изслѣдовалъ исторію болѣзней маниакальныхъ и депрессивныхъ больныхъ въ больницѣ кантона Берна за 1882—1904 г. Если изъ 914 соответствующихъ больныхъ отбросить всѣ сомнительные и спорные случаи, то останется 572 случая съ маниакальными и депрессивными психозами. При своемъ распредѣленіи матеріала авторъ часто пренебрегалъ смѣшанными состояніями. «Маленькія колебанія аффекта и легкія маниакальный оттѣнокъ, какъ онъ часто случается у меланхоликовъ, не мѣшали мнѣ отнести случай къ простой меланхолиі» (стр. 745). Того же принципа авторъ держался и для мании. Согласно даннымъ автора, случаетъ простой

меланхолии оказалось 30,9%, периодической 29,2%, ипохондрической 5,2%. Число случаетъ простой мании выразилось въ 3,7%, периодической мании 4,2%, циркулярныхъ формъ 26,8%. Авторъ не могъ найти разницы въ теченіи меланхолии молодого и пожилого возраста, также въ периодическихъ и циркулярныхъ формахъ. У женщинъ авторъ нашелъ меланхолию въ 3 раза чаще, чѣмъ у мужчинъ. Наслѣдственное предрасположеніе въ 72—79%. Авторъ въ своемъ заключеніи высказываетъ за самостоятельность мании, за сходство простыхъ и периодическихъ формъ мании и меланхолии въ отношеніи этиологии и теченія. Наконецъ онъ говоритъ: «Постепенные переходы отъ мании къ меланхолии и обратно, какъ они встрѣчаются въ простыхъ и периодическихъ манияхъ и меланхолияхъ, не говоря уже о связывающемъ обѣ эти группы симптомо-комплекса циркулярнаго психоза, заставляютъ съ достовѣрностью предположить, что всѣ вышеописанныя группы родственны по внутреннему существу» (стр. 863). *Lambranzi* (1903) подвергъ обработкѣ матеріалъ Брешианской больницы за 1895—1901 г. Изъ 173 маниакальныхъ больныхъ оказалось, что 48 были уже раньше больны, 37 имѣли рецидивы въ теченіе периода изслѣдованія, 15 прѣдѣлали повторны рецидивы, 5 съ противоположными фазами. Много случаетъ было сомнительныхъ. Чистыхъ маний осталось 12. Изъ 148 депрессивныхъ больныхъ 27 болѣли уже раньше, у 34 были рецидивы, у 5 были периодическіе приступы, у 4 циркулярные. Осталось 19 случаетъ съ чистой меланхолией. Въ виду краткости періода наблюденія авторъ высказываетъ за возможность повторенія приступовъ и присоединенія къ точкѣ зрѣнія *Kraepelin'a*. *Lambranzi и Perazzolo* (1906) на основаніи статистики 852 случаетъ маниакально-депрессивнаго психоза за 20 лѣтъ отвергаютъ самостоятельность мании, между отдѣльными приступами которой они видѣли промежутки до 30 лѣтъ. *Weygandt* (1901) нашелъ изъ 150 случаетъ маниакально-депрессивнаго психоза, бывшихъ въ Гейдельбергской клиникѣ, только 5 случаетъ съ чистой манией и 6 случаетъ депрессіи безъ маниакальной примѣси. *Peixoto* (1905) изъ 413 случаетъ ман.-депрессивнаго психоза нашелъ не менѣе чѣмъ въ 408 случаяхъ обѣ фазы съ значительнымъ преобладаніемъ одной изъ нихъ. Слѣдующія двѣ работы, составленныя всецѣло въ духѣ ученія *Kraepelin'a*, имѣютъ собственно цѣлью въ яснѣе, въ какихъ формахъ протекаетъ ман.-депрессивный психозъ. *Gauypp* (1905) изслѣдовалъ въ Гейдельбергской клиникѣ за 1892—1902 г. больныхъ старше 45 лѣтъ и нашелъ 300 больныхъ съ депрессіей и 51 съ маниакальнымъ состояніемъ. Авторъ могъ установить слѣдующую цѣль вариаций: 1) однократная манія безъ депрессіи (бываетъ очень рѣдко), 2) нѣсколько маниакальныхъ заболѣваній и отдѣльно отъ нихъ болѣе легкія депрессіи или же депрессивные дни въ теченіи тяжелой мании, 3) маниакальная и депрессивная фазы выражены въ одина-

ковой степени, 4) депрессивные фазы преобладают в числе, интенсивности и продолжительности, 5) только депрессии с характером циркулярного психоза (психическая задержка, субъективное чувство недостаточности), 6) однократная депрессия циркулярного характера и 7) депрессии с симптоматическими отклонениями от обычных форм, относящиеся впрочем к ман.-депр. психозу. *Rehm* (1907) проследила течение болезни у 400 ман.-депрессивных больных до их смерти. Он разделил свой материал на 4 группы, при чем каждая группа обнимает маниакальные, депрессивные и циркулярные формы. Больше половины всех случаев занимает первая группа, т.-е. периодические случаи; большинство из них падает на долю циркулярных форм. Вторую группу составляют однократные заболевания, из которых $\frac{1}{3}$ часть начинается в инволюционном периодѣ. Третью группу составляют хронические случаи циркулярного психоза с непрерывным течением. Наконец последняя группа состоит из подхронических случаев с преимущественно смешанными состояниями.

Придерживаясь намѣченного нами выше плана, мы теперь перейдем къ рассмотрѣнію работъ тѣхъ авторовъ, которые, раздѣляя ученіе *Kraepelin'a*, вносятъ однако иѣкоторыя поправки въ него и еще больше расширяютъ это ученіе. Рядомъ съ ними мы коснемся и работъ, направленныхъ противъ тенденціи къ расширенію ученія *Kraepelin'a*.

Какъ мы уже видѣли, выдѣленіе *Kraepelin'омъ* меланхолии въ самостоятельный психозъ инволюціоннаго періода и рѣзкое отрицаніе ея отъ циркулярной депрессіи подверглись сильному нападкамъ со стороны многихъ авторовъ. Не вида особенной разницы въ симптоматилогіи старческой и юношеской депрессіи и не считая возраста достаточно важнымъ условіемъ для разграниченія этихъ видовъ депрессіи, противники *Kraepelin'a* настаивали на объединеніи всѣхъ депрессивныхъ формъ независимо отъ возраста въ одну группу меланхолии. Нападку на выдѣленіе инволюціонной меланхолии скоро нашли поддержку и въ лагерѣ приверженцевъ *Kraepelin'овскаго* ученія. Последние однако требовали не распространенія меланхолии и на юношескія депрессіи, а присоединенія ея къ маниакально-депрессивному психозу, куда входятъ и юношескія депрессіи. Они слѣдовательно требовали не расширенія понятія о меланхолии, а полного его уничтоженія.

Однимъ изъ первыхъ, высказавшихся за несостоятельность выдѣленія самостоятельной формы инволюціонной меланхолии и за присоединеніе ея къ ман.-депрессивному психозу, былъ *Thalbitzer* (1902). Онъ считаетъ какъ этиологическіе, такъ и клиническіе признаки для отличія меланхолии отъ циркулярной депрессіи весьма слабыми. Симптомы, характерные для циркулярной депрессіи, особенно психическая задержка, часто отсутствуютъ. Съ другой сто-

роны, установленіе минимальнаго 30-лѣтняго возраста для возможности пріобрѣтенія меланхолии не можетъ считаться достаточно обоснованнымъ. Авторъ, ссылаясь на самого *Kraepelin'a*, признаетъ рѣшающее значеніе при опредѣленіи формы болѣзни только за принципиальнымъ и полнымъ совпаденіемъ общей клинической картины. Онъ поэтому не видитъ возможности считать «меланхолію различною по своему внутреннему существу отъ циркулярной депрессіи».

Большую монографію по вопросу о принадлежности меланхолии къ ман.-депрессивному психозу написалъ *Dreyfus* (1907). Въ виду того, что эта работа по своему значенію значительно выдѣляется надъ уровнемъ обыкновенныхъ статистическихъ изслѣдованій, мы остановимся на ней нѣсколько подробнѣе. Въ своихъ теоретическихъ разсужденіяхъ авторъ, между прочимъ, обращаетъ вниманіе на тотъ давно извѣстный фактъ, что при повторныхъ приступахъ циркулярнаго психоза число и тяжесть однихъ фазъ далеко не соответствуютъ противоположнымъ фазамъ, которыя очень часто даже не сознаются больными. Особенно это бываетъ при гипоманіи, и родственники больного въ такихъ случаяхъ считаютъ это состояніе за выраженіе «радости по поводу выздоровленія». Авторъ нашелъ, что у многихъ больныхъ въ «свободные» промежутки ман.-депресс. психоза бывають весьма легкія депрессіи, которыя авторъ называетъ абортивными приступами циркулярной депрессіи. Они почти всегда ускользають отъ вниманія окружающихъ, длятся нѣсколько часовъ, дней или недѣль и состоятъ въ подавленномъ настроеніи, внутренне безпокойствѣ, мрачныхъ мысляхъ, психомоторной задержкѣ, раздражительности и т. д. Авторъ присоединяетъ эти абортивные приступы къ остальнымъ 3 компонентамъ (манія, депрессія, смѣшанныя состоянія), составляющимъ ман.-депрессивный психозъ. Переходя къ критикѣ концепціи *Kraepelin'a* инволюціонной меланхолии, авторъ отмѣчаетъ трудность найти какія-нибудь твердыя точки опоры въ тѣхъ неопредѣленныхъ симптомахъ, которые предлагаются для отличія меланхолии отъ циркулярной депрессіи. Указанія на разницу въ отбѣнкахъ настроенія при этихъ формахъ, равно какъ на отсутствіе психической задержки при меланхолии далеко не всегда подтверждаются въ дѣйствительности. Впрочемъ не эти мелкія симптоматилогическія отличія, а частота депрессій въ пожиломъ возрастѣ и близкое отношеніе меланхолии къ старческой депрессіи заставили *Kraepelin'a* выдѣлить меланхолію въ самостоятельную форму. *Dreyfus* на это возражаетъ, что по указанію самого *Kraepelin'a* депрессіи часто впервые наступаютъ въ пожиломъ возрастѣ какъ разъ при ман.-депрессивномъ психозѣ. Кромѣ того *Gaupp*, также *Rehm* установили, что въ классическихъ циркулярныхъ психозахъ депрессіи преобладають надъ маніями въ числѣ независимо отъ возраста, по даннымъ послѣдняго автора втрое. *Dreyfus* не признаетъ за инволюціоннымъ пе-

придомъ этиологическаго момента для меланхолии, но видятъ въ немъ только одинъ изъ факторовъ, который имѣетъ вліяніе на удлинненіе фазы, особенно депрессивной, и на атиничность теченія. Исходъ меланхолии въ общемъ такой же благоприятный, какъ и при мании. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ меланхолия кончается слабоуміемъ, мы всегда имѣемъ дѣло съ присоединеніемъ артеріосклероза. По автору, ни симптоматология, ни начало болѣзни въ пожиломъ возрастѣ, ни рѣдкій исходъ въ слабоуміе не даютъ повода къ выдѣленію меланхолии въ самостоятельную форму. Центр тяжести работы *Dreyfus'a* лежитъ однако не въ его теоретическихъ разсужденіяхъ, а въ произведенныхъ имъ статистическихъ изслѣдованіяхъ. Авторъ задался цѣлью проверить катамнестически всѣ случаи, гдѣ въ Гейдельбергской клиникѣ былъ поставленъ діагнозъ меланхолии. Въ 32 случаяхъ автору удалось лично разспросить и изслѣдовать бывшихъ больныхъ, объ остальныхъ 8 случаяхъ, оставшихся еще въ живыхъ, и 39 уже умершихъ больныхъ онъ собралъ свѣдѣнія у родственниковъ и городскихъ властей. Исторія болѣзней послѣднихъ случаевъ мало отличается по симптоматологіи отъ изслѣдованныхъ имъ лично. Въ результатѣ оказалось, что изъ 32 изслѣдованныхъ имъ лично больныхъ 25 совершенно выздоровѣли, 5 находятся на пути къ выздоровленію, 1 еще боленъ и 1 (83½ года) кончился слабоуміемъ. Продолжительность болѣзни была отъ ¼ года до 8 и даже больше лѣтъ. У значительной части этихъ больныхъ можно было констатировать abortивные или тяжелые депрессивные приступы, бывшіе у нихъ до или послѣ заболѣванія, приведшаго ихъ въ клинику. У всѣхъ больныхъ можно было отмѣтить въ теченіе болѣзни или типичные «циркулярные» симптомы, или «частичную психическую задержку». Къ циркулярнымъ симптомамъ, характернымъ для ман.-депрессивнаго психоза, *Dreyfus* относитъ: колебанія настроенія въ сторону мании (прототипомъ для такихъ колебаній можетъ служить улучшеніе самочувствія у меланхоликовъ по вечерамъ), возбужденность аффекта, доходящаго до взрывовъ гнѣва, недовольство, требовательность, потребность дѣлаться, говорливость, бѣглость идей, отвлекаемость и т. д. Примѣромъ частичной задержки можетъ служить, напр. чувство пустоты и неспособность къ работѣ, хотя больной не чувствуетъ нарушенія функціи памяти, мышленія и другихъ способностей. Изъ 8 случаевъ, которыхъ авторъ не могъ лично изслѣдовать, оказалось, всѣ выздоровѣли. Изъ 39 умершихъ больныхъ 11 выздоровѣло до смерти, 3 были на пути къ выздоровленію, 20 умерло въ теченіе болѣзни, 3 умерло въ состояніи слабоумія, еще 2 были гѣроятно также слабоумными. Причиной смерти были сердечная слабость, аполексія, бронхитъ, самоубійство. И у этихъ больныхъ отчасти были рецидивы, и почти у всѣхъ типичные циркулярные симптомы. На основаніи теченія болѣзней и ихъ исхода, а также симптоматологіи *Dreyfus*

могъ установить ман.-депр. психозъ у 77 больныхъ изъ 79 привѣренныхъ имъ случаевъ меланхолии, причемъ у 6 этихъ психозъ осложнился присоединеніемъ артеріосклероза, въ 2 же случаяхъ невозможно было поставить діагноза за отсутствіемъ подрбнѣе исторій болѣзней. Въ 54% всѣхъ случаевъ болные уже продѣлали до развитія меланхолии отдѣльные приступы депрессіи, авторъ допускаетъ впрочемъ еще болѣшій процентъ. Какъ основаніе для присоединенія однократныхъ приступовъ меланхолии къ ман.-депрессивному психозу авторъ выставляетъ слѣдующіе доводы. Никогда нельзя исключить возможность повторенія приступа, особенно если принять во вниманіе, что такое повтореніе приступа часто происходитъ только черезъ большой промежутокъ лѣтъ. Съ другой стороны извѣстно, что и типичные циркулярные психозы бываютъ всего 1 разъ, особенно въ старости. Кромѣ того казуистика изслѣдованныхъ авторомъ случаевъ показываетъ, что между однократными приступами и повторяющимися или переходившими въ мавію не было никакой разницы въ отношеніи симптоматологіи, теченія и исхода болѣзни.

Авторъ ни въ одномъ случаѣ не могъ найти «выздоровленіе съ дефектомъ». Только въ 8% присоединился артеріосклерозъ, который и привелъ больныхъ къ слабоумію. «И такъ мы видимъ, что анамнезъ, статустъ, теченіе и конечный исходъ меланхолии вполнѣ соответствуютъ тѣмъ требованіямъ, которыя мы предъявляемъ къ картинѣ болѣзни ман.-депрессивнаго психоза» (стр. 263).

Точку зрѣнія *Dreyfus'a* раздѣляетъ и *Hübner* (1907). Авторъ разбираетъ 100 исторій болѣзней изъ Боннской клиники съ діагнозомъ мании и меланхолии. Въ 2 случаяхъ была установлена однократная манія (по словамъ автора, впрочемъ мало доказательная), въ 21 періодическая манія, въ 28 случаяхъ однократный приступъ меланхолии, въ 31 періодическая меланхолия, въ 18 циркулярный психозъ. Авторъ не отличаетъ рецидивовъ отъ періодическихъ приступовъ въ виду многочисленныхъ переходовъ между ними. Онъ приводитъ слѣдующій примѣръ. У одного больного первый приступъ былъ на 17 году, второй черезъ 41 годъ, третій и послѣдующіе 3 черезъ 1½—2 года. Изъ 400 приступовъ авторъ нашелъ въ 20% промежутки между приступами въ 10 лѣтъ и больше. Пожилому возрасту авторъ приписываетъ видоизмѣняющее вліяніе на циркулярный психозъ въ смыслѣ замѣны маниакальных приступовъ депрессивными. Говоря объ отношеніяхъ меланхолии къ циркулярному психозу, авторъ замѣчаетъ: «Отъ типично циклически протекающихъ случаевъ до однократнаго приступа меланхолии существуютъ многочисленныя переходы, которые дѣлаютъ всякое разграниченіе иллюзорнымъ» (стр. 523). Развитие циркулярнаго психоза и меланхолии имѣетъ самое тѣсное отношеніе къ извѣстнымъ фазамъ человѣческой жизни. Послѣдняя возникаетъ преимущественно въ инволюціонный періодъ, первая болѣзнь также

въ это время или въ периодъ полового развитія. Что касается прогноза, то авторъ нашелъ въ случаяхъ старше 40 лѣтъ при меланхолии 49% выздоровлений, при периодической меланхолии 54%, при циркулярномъ психозѣ 55%. Авторъ не отличаетъ иволюционной меланхолии отъ маниакально-депрессивнаго психоза. «Напротивъ, мы должны будемъ соединить всѣ разновидности отъ чрезвычайно рѣдко развивающейся изолированной мании на одной сторонѣ до однократной меланхолии на другой въ одну большую патологическую группу» (стр. 555). За присоединеніе меланхолинъ къ ман.-депрессивному психозу высказывался и *Specht* (1907), а также *Vedrani* и др. Въ послѣднее время ман.-депрессивный психозъ еще больше расширился, благодаря присоединенію къ нему *Wilmanns'*омъ (1906) легкихъ формъ периодическаго психоза, описанныхъ *Hoche*, или циклотиміи *Hecker'*а. *Wilmanns* не сомнѣвается, что, «большая часть заболѣвшихъ, принимаемыхъ всѣми за типичныя мании и депрессии представляютъ собою не что иное, какъ психотическія усиленія циклотимическихъ колебаній. Съ другой стороны, если изслѣдовать психику «излѣченныхъ» ман.-депрессивныхъ больныхъ, то часто можно установить, что они во время своихъ «свободныхъ» промежутковъ представляютъ циклотимиками» (стр. 578). *Deny* (1908), *Сухановъ* считаютъ, что въ основѣ всѣхъ маниакально-депрессивныхъ приступовъ лежитъ всегда извѣстная психопатическая конституція, которую они называютъ «циклотимической». Отдѣльные приступы представляютъ собою только выраженіе этой конституціи, которая существовала до наступленія приступа и остается послѣ ихъ исчезанія. Эту конституцію можно всегда доказать при тщательномъ разспросѣ больныхъ, предшавшихъ приступъ ман.-депрессивнаго психоза. *Specht* (1908) сдѣлалъ попытку расширить еще больше понятіе этого психоза на счетъ хронической паранои, которая большинствомъ психіатровъ признается за самостоятельную форму. Онъ указываетъ, что при параноѣ можно найти всѣ симптомы мании, какъ-то: повышенное самочувствіе, стремленіе писать, говорить, суетливость, безпокойство, отвлекаемость. Авторъ обращаетъ вниманіе на множество переходныхъ стадій, существующихъ между маниакальными кверулянтами и параноиками съ систематизированнымъ бредомъ. По словамъ автора «едва ли найдется параноикъ, у котораго нельзя было бы доказать основныя черты маниакально-депрессивнаго психоза», признаваемые авторомъ за первичные симптомы. «Направленіе бреда обуславливается, какъ сказано, состояніемъ аффекта, и этотъ послѣдній является при параноѣ смѣшаннымъ изъ экзальтационнаго и депрессивнаго чувственныхъ тоновъ» (стр. 827). *Specht* смотритъ на параною, какъ на разновидность маниакально-депрессивнаго психоза.

Большую монографію, заключающую въ себѣ огромный статистическій матеріалъ объ отношеніи ранняго слабоумія къ ман.-

депрессив. психозу выпустилъ *Urstein* (1909). Въ ней авторъ подвергаетъ рѣзкой критикѣ тѣ точки зрѣнія, которыя считаются *Kraepelin'*овскою школою руководящими для отдѣленія ман.-депрессивнаго психоза отъ ранняго слабоумія.

Авторъ разобралъ въ разныхъ Берлинскихъ лечебницахъ 641 случай съ несомнѣннымъ диагнозомъ ранняго слабоумія. Симптомы, считающіеся характерными для этой болѣзни, онъ далеко не всегда находилъ у изслѣдованныхъ имъ больныхъ, наоборотъ, въ типичные циркулярные симптомы онъ могъ констатировать у нихъ. Чередованіе возбужденія и угнетенія наблюдается часто при раннемъ слабоуміи, но оно не имѣетъ того значенія, какое ему приписываетъ *Wilmanns*. Наоборотъ, вопреки послѣднему, авторъ полагаетъ, что при совмѣстномъ наблюденіи циркулярнаго и кататоническаго симптомокомплексовъ рѣшающее значеніе для опредѣленія диагноза нужно признавать за послѣднимъ. *Urstein* допускаетъ выздоровленіе послѣ перваго и даже слѣдующихъ приступовъ ранняго слабоумія, но конечный исходъ все же неблагопріятный. По его мнѣнію, ни симптоматологія, ни періодичность, ни смѣна двухъ фазъ не могутъ исключать ранняго слабоумія.

Авторъ высказывается отрицательно и о взглядахъ *Dreyfus'*а, который, по его мнѣнію, переоцѣнилъ значеніе отдѣльных «циркулярныхъ» симптомовъ и «абортивныхъ» приступовъ. Онъ также противъ комбинаціи ман.-депрессив. психоза съ артеросклерозомъ; авторъ допускаетъ обратное предположеніе, именно, что на почвѣ артеросклероза развивается циркулярное теченіе болѣзни. Противъ обобщеній *Wilmanns'*а, *Dreyfus'*а и *Specht'*а высказался также *Bunke* (1909). По мнѣнію автора, циклотимическія колебанія аффекта не являются типичными только для маниакально-депрессивнаго психоза: они встрѣчаются и при приобретенной истрашенности. Авторъ также не придаетъ большого значенія «циркулярному» симптому *Dreyfus'*а, частичной психической задержкѣ, наблюдаемой вообще при всякихъ состояніяхъ депрессіи. Что касается сліянія паранои съ ман.-депрессивнымъ психозомъ, то авторъ, хотя и признаетъ многочисленные переходы между ними и наличность многихъ маниакальныхъ симптомовъ въ картинѣ паранои, однако считаетъ необходимымъ разграничить обѣ эти болѣзни, въ виду того, что типичные классическіе ихъ случаи мало похожи другъ на друга, да и прогнозъ разный. Существованіе разныхъ переходныхъ стадій между всѣми этими формами авторъ объясняетъ принадлежностью ихъ всѣхъ къ психической дегенерации, но не видитъ основанія объединить ихъ въ одну группу. Противъ присоединенія всѣхъ случаевъ циклотиміи къ ман.-депрессивному психозу высказывается также *Forster* (1909). Этого авторъ считаетъ еще недоказаннымъ утвержденіе *Wilmanns'*а, что кататоническій симптомокомплексъ уступаетъ въ своемъ значеніи ман.-депрессивному, какъ дифференціально-диагностическій признакъ.

Постараемся теперь разобраться въ тѣхъ возраженіяхъ, которыя были сдѣланы разными авторами противъ концепціи маниакально-депрессивнаго психоза, и выяснитъ наше отношеніе къ ней. Многие авторы изъ старой школы отвергаютъ эту новую форму, признавая неправильнымъ самый принципъ, который положенъ *Kraepelin*'омъ въ основаніе для отдѣленія этой нозологической группы отъ другихъ. Для нихъ руководящее и рѣшающее значеніе при опредѣленіи формы болѣзни все еще имѣетъ симитоматическая точка зрѣнія, т.-е. тѣ грубые клиническіе симптомы, которые бросаются намъ въ глаза въ данномъ психопатическомъ состояніи, какъ напр. бредъ, суманность и т. д. Но уже *Kahlbaum* указалъ, что психопатическое состояніе не можетъ служить основаніемъ для опредѣленія болѣзни. Оно представляетъ собою не болѣе какъ внѣшность, какъ костюмъ болѣзни, который къ тому еще часто мѣняется; въ томъ же костюмѣ мы часто встрѣчаемъ много разныхъ другихъ болѣзней. Чисто симптоматическая точка зрѣнія является совершенно не состоятельной и по, нашему мнѣнію, какъ ходячая фальшивая монета, должна быть изъята изъ обращенія послѣ ученія *Kraepelin*'а.

За невозможностью, къ сожалѣнію, пользоваться этиологіей и патологической анатоміей для классификаціи болѣзней, мы пока признаемъ цѣлесообразнымъ и практичнымъ принципъ *Kraepelin*'а, основанный на совокупности факторовъ, какъ условія развитія, теченіе и исходъ болѣзни, вмѣстѣ взятыхъ. Тяжесть заболѣванія и сопротивляемость организма, которая въ соматическихъ болѣзняхъ играютъ такую огромную роль, въ нервныхъ и душевныхъ имѣютъ очень часто второстепенное значеніе, и исходъ болѣзни сплошь да рядомъ предопредѣляется ея сущностью. Мы поэтому признаемъ, что прогностическій принципъ, за немнѣніемъ лучшаго, имѣетъ пока большое значеніе для классификаціи душевныхъ болѣзней.

Большинство противниковъ ученія *Kraepelin*'а указываетъ на смѣшеніе имъ понятій періодичности и рецидивовъ. Они считаютъ неправильнымъ соединять въ одну группу рецидивирующія и періодическія формы. Первая, по ихъ мнѣнію, повторяется черезъ большіе промежутки времени подъ влияніемъ внѣшнихъ причинъ, между тѣмъ какъ послѣднія вызываются періодически правильно безъ всякихъ видимыхъ причинъ; при этомъ, какъ на примѣръ, указывается на вращеніе планетъ, на смѣну временъ года, на менструаціи и т. д. Само собою разумеется, что такой строгой правильности въ патологій нервной системы мы не можемъ ожидать, тѣмъ болѣе что мы ея не находимъ и въ физическомъ мірѣ, если дѣло только идетъ не о «физиологическихъ» явленіяхъ. Вѣдь не наблюдаемъ же мы строгой правильности напр. въ солнечныхъ затмѣніяхъ, въ изверженіяхъ вулкановъ и т. п., хотя и они бываютъ періодически. Въ практическомъ отношеніи совершенно невозможно разграничить рецидивы и періодическіе приступы. Кто не знаетъ,

что приступы душевной болѣзни очень часто сначала повторяются въ видѣ «рецидивовъ», а вслѣдствіи становятся періодическими, или наоборотъ? Да и какимъ промежуткомъ времени руководствоваться для отличія періодическаго приступа отъ рецидива? Никакой правильности въ этомъ отношеніи не наблюдается. Точно также отсутствіе причиннаго момента для періодическихъ приступовъ и наличность такового при рецидивѣ не можетъ считаться надежнымъ признакомъ для отличія ихъ другъ отъ друга. Вѣдь больные и ихъ родственники всегда находятъ «причины» для развитія приступа болѣзни, но психіатры давно уже знаютъ, какую дѣлу можно придавать этимъ причинамъ. Съ другой стороны, нельзя отрицать, что вѣроятно дѣйствительно имѣются причины для каждаго приступа, лежація въ измѣненіяхъ физическаго или химическаго состоянія нашего организма, намъ еще неизвѣстныхъ. Мы поэтому считаемъ невозможнымъ отдѣлить рецидивы отъ періодическихъ приступовъ, число которыхъ будетъ находиться въ зависимости отъ степени предрасположенія больного.

Наибольшее разногласіе, какъ извѣстно, вызвалъ вопросъ о присоединеніи чистыхъ формъ маніи и меланхоліи къ маниакально-депрессивному психозу. Противники ученія *Kraepelin*'а указываютъ на то, что встрѣчаются однократныя заболѣванія маніей и меланхоліей, которая болѣе въ жизни не повторяются и должны быть строго отдѣлены отъ періодическихъ формъ. Наблюденія и статистика показываютъ, что дѣйствительно встрѣчаются «чистыя», однократныя формы, хотя нужно замѣтить, что чѣмъ лучше наблюденія, тѣмъ рѣже такіе случаи попадаются. Но мы знаемъ, что между первымъ и вторымъ приступами болѣзни иногда лежатъ очень большіе промежутки времени, и поэтому весьма возможно, что однократныя заболѣванія, наблюдаемыя почти всегда въ пожилomъ возрастѣ, повторились бы, еслибы больные жили дольше. Больной, можно сказать, не успѣваетъ дожить до втораго приступа, унося съ собой въ могилу шансы заболѣть вторично. Впрочемъ, при тщательныхъ разспросахъ больного мы почти всегда найдемъ, что у него уже раньше были колебанія настроенія, которыя мы должны считать за abortивные приступы мал-меланхолическаго психоза. Они обычно ускользаютъ отъ окружающихъ, да и самъ больной не придаетъ имъ большого значенія, особенно «если онъ еще находитъ «причину» для такихъ приступовъ. Не отрицая возможности однократныхъ заболѣваній маніей и меланхоліей, мы должны замѣтить, что критеріемъ для присоединенія извѣстныхъ болѣзней къ періодическимъ формамъ должна служить не частота повтореній приступовъ, а сущность болѣзни. Напримѣръ, рожу, насморкъ, бѣлую горячку, какъ бы часто они ни повторялись, мы не будемъ относить къ періодическимъ болѣзнямъ, между тѣмъ какъ первый приступъ мигрени или эпилепсиса даетъ намъ право говорить о періодической формѣ. Немногочисленные случаи «чистыхъ» формъ ничѣмъ не

отличаются от периодических форм: клинические их картины совершенно совпадают, и те мелкие отличия между ними, которые указываются некоторыми авторами, далеко не всегда встречаются. Между периодическими и циркулярными формами с другой стороны существует множество постепенных переходов и в большинстве случаев только вследствие недостаточного наблюдения их отличают друг от друга. Известно, что в «периодических» формах слабо выраженная фаза в большинстве случаев просматривается в силу контраста, который она представлять с резко выраженной фазой, тем более что объяснение для ее происхождения ищется всегда под рукой: легкая экзальтация объясняется радостью по поводу выздоровления, легкая депрессия печалью по поводу продлительной болезни. Кроме того надо иметь в виду, что больной во время слабо выраженной фазы очень часто бывает работоспособен, и это обстоятельство еще более сглаживает ее патологический характер. Переход между периодическими и циркулярными формами сказывается и в том, что очень часто ряд однородных приступов вдруг прерывается приступом, состоящим из одной противоположной фазы. Да и в каждом отдельном приступе, будет ли то мания или меланхолия, если внимательно присмотреться, мы можем найти отдельные симптомы из противоположного состояния. Мы уже не говорим о тех приступах, когда комбинация симптомов из той и другой фазы ясно выражена в виде разных «смешанных состояний». На основании всего этого мы признаем, что мания и меланхолия, их периодические формы и циркулярный психоз, представляя собою родственные по своему существу состояния, составляют вместе одну большую нозологическую группу маниакально-меланхолического психоза.

Горячие возражения вызвало выделение меланхолии в самостоятельную форму болезни. Эти возражения исходили как от противников, так и от приверженцев *Kraepelin*'а. Целый ряд авторов показали, что те клинические симптомы, которые указаны *Kraepelin*'ом для отличия инволюционной меланхолии от циркулярной депрессии, весьма шатки и неопределенны и очень часто совсем отсутствуют. *Kraepelin* однако, основываясь на том факте, что однократная депрессия преимущественно возникает в пожилом возрасте и что исход их менее благоприятен, чем при циркулярных депрессиях, настаивал на выделении их в самостоятельную инволюционную форму. Последний удар этому воззрению нанес *Dreyfus*, который доказал, что во всех почти случаях меланхолий, диагностированных *Kraepelin*'ом, можно было установить или бывшие уже раньше «абортивные» приступы, или же симптомы, свойственные циркулярной депрессии; самым же важным результатом его исследований следует признать то, что исход меланхолии, несмотря на ее продолжительность, оказался

таким же благоприятным, как и при циркулярной депрессии. Доводы *Dreyfus*'а были столь убедительны, что *Kraepelin* согласился с ними и отказался от выделения самостоятельной инволюционной меланхолии. По крайней мере, в предисловии к работам *Dreyfus*'а он пишет: «Из этих данных выясняется, что нет достаточного повода по крайней мере для главной массы тех больных, которых мы называли меланхоликами, отделить их от ман-депрессивного психоза, тем более что можно обнаружить самые разнообразные переходы между многократными и однократными заболеваниями в жизни». «Во всяком случае мне кажется, что благодаря ценным результатам этой работы получил сильную опору тот взгляд, что депрессивные состояния инволюционного периода и тогда следует относить к ман-депрессивному заболеванию, когда они и остаются единственными припадками во всей жизни и обнаруживают исключительно депрессивный отбтонок». «Старая клиническая картина меланхолии, несомненно одна из самых старых во всей психиатрии, повидному совершенно исчезнет как форма болезни, так как она главным образом обнимает ман-депрессивные черты».

Соглашаясь с присоединением меланхолии к ман-депрессивному психозу, мы тем не менее, подобно *Dreyfus*'у, предлагаем сохранить название меланхолии и мании для типичных всем известным депрессивных resp. маниакальных состояний, считая их, само собою разумеется, только за разновидности маниакально-меланхолического психоза.

Тенденция к расширению понятия ман-меланхол. психоза не прекращается. Некоторые авторы считают возможным разделить весь громадный отбтонок функциональных психозов только между 2 формами, именно ман.-меланх. психозом и ранним слабоумием.

Как известно, *Specht* включил в предель ман.-меланх. психоза хроническую параню. С таким же метром расширением понятия ман.-меланх. психоза мы не можем согласиться. Хотя существуют переходы между обими формами, однако типичные их случаи слишком далеко отстоят друг от друга, чтобы их можно было отождествить. Уже одно течение хронической параню с ее стойким фиксированным бредом не соответствует тем неустойчивым подвижным картинкам болезни, которые мы наблюдаем при ман.-меланх. психозе.

Предель маниакально-меланх. психоза не могут считаться еще твердо установленными. Границы его не резко очерчены особенно со стороны раннего слабоумия. В виду присутствия обим этим формам болезни многих одинаковых симптомов между ними существует спорная пограничная область, которую одни авторы присоединяют к раннему слабоумию, другие к маниакально-меланхолическому психозу.

Симптоматологія.

Въ виду того что клиническая симптоматологія маниакально-мелан. психоза подробно изложена въ разныхъ учебникахъ психіатріи, мы ограничимся только краткой ея передачей.

Манія.

Картина болѣзни маніи характеризуется преимущественно повышеннымъ самочувствіемъ, отвлекаемостью вниманія, бѣгlostью идей и двигательнымъ возбужденіемъ.

Выраженіе лица больного уже говоритъ намъ о его повышенномъ самочувствіи. Живая мимика, блескъ глазъ и легкія движенія въ достаточной мѣрѣ свидѣельствуютъ о той жизнерадостности и бодрости, которая испытываетъ больной. Онъ находится болѣею частью въ очень хорошемъ настроеніи, весьма доволенъ собою и всѣмъ окружающимъ. Все ему кажется въ розовомъ свѣтѣ. Міръ ему кажется «лучшимъ изъ міровъ». Онъ во всѣхъ явленіяхъ видитъ только веселую пріятную сторону, постоянно склоняетъ къ шуткамъ, мншенію для которыхъ ему служатъ окружающіе его. Впрочемъ настроеніе больного далеко не всегда ровное. Тутъ, какъ и во всемъ другомъ у маниакальнаго больного, нѣтъ постоянства. У него можно сказать, только измѣнчивость постоянна. Малѣйшее противорѣчіе или отказъ въ чемъ-либо вызываетъ у него сильное раздраженіе и часто самую площадную ругань. Иногда его неустойчивое настроеніе проявляется въ обильныхъ слезахъ. Но обычно это продолжается недолго и чрезъ короткое время больной уже является опять такимъ же безпечнымъ, жизнерадостнымъ, веселымъ.

Довольно большія нарушенія мы находимъ въ интеллектуальной сферѣ больного. Въ основѣ расстройствя процесса мышленія находится, повидимому, преимущественно отвлекаемость вниманія. Оно очень подвижно и въ высшей степени неустойчиво. Благодаря расстройству вниманія больной не можетъ въ достаточной степени удержать въ сознаніи образы. Они весьма летучи и постоянно вытѣсняются новыми. Поэтому получается впечатлѣніе и постоянно вытѣсняются новыми. На самомъ же дѣлѣ мысли маниакальнаго больного отрывочны, и не подчинены общему руководящему представленію, которое въ нормальномъ состояніи не даетъ возможности побочнымъ ассоціямъ овладѣвать нашимъ вниманіемъ. Больной постоянно сбивается съ темы, перескакиваетъ на всевозможныя другія, а если и добирается благополучно до донца разсказа, то только большими витязгами. Глубина мысли весьма не глубока, сужденія поверхностны, такъ что законъ: «что выигрывается въ скорости, теряется въ силѣ» находитъ здѣсь свое полное оправданіе. Всякое впечатлѣніе привлекаетъ вниманіе больного, и очень часто онъ дѣлаетъ удачное сопоставленіе, которое не

лишено остроумія. Умственные комбинаціи, которыя больному уже были извѣстны или которыя приходятся ему черпать изъ стараго запаса знаній, повидимому, даются ему легко и успѣшно; но создате что-нибудь оригинальное, требующее извѣстнаго напряженія, онъ не въ состояніи: творчество его значительно страдаетъ. Разныя психическія функціи во всякомъ случаѣ не повышены. Пренія событія больной воспроизводитъ въ своей памяти очень легко и правильно. новѣйшія же онъ часто нѣсколько искажаетъ, внося въ нихъ субъективный и фантастическій элементъ. Въ окружающемъ больной въ общемъ ориентируется правильно. Критику по отношенію къ окружающимъ явленіямъ онъ сохраняетъ, но не къ своему болѣзненному состоянію. Больной считаетъ себя обычно здоровымъ, помѣщеніе свое въ больницу онъ считаетъ несправедливостью и объясняетъ это скверными отношеніями къ нему родныхъ или ихъ глупостью. О своей личности онъ имѣетъ явно возвышенное представленіе. Онъ считаетъ себя болѣе способнымъ, чувствуетъ въ себѣ много энергіи и думаетъ, что для него нѣтъ невозможнаго.

Обманы чувствъ обыкновенно не бывають при умѣренныхъ степеняхъ болѣзни, въ болѣе же тяжелыхъ случаяхъ онъ часто наблюдаются преимущественно въ видѣ иллюзій, рѣже галлюцинацій. Больные очень часто въ такихъ случаяхъ принимаютъ окружающихъ за извѣстныхъ популярныя или историческія личности. Поводъ къ такому смѣшенію лицъ даетъ имъ очень часто отдаленное внѣшнее сходство или какая-нибудь, хотя и незначительная, сходная черта, имѣющаяся у нихъ. Въ рѣзко выраженныхъ состояніяхъ болѣзни больной высказываетъ и разныя бредовыя идеи, которыя могутъ носить разнообразный характеръ: то это бывають идеи величія, то идеи преслѣдованія, то ревности и т. д. Большой частью онѣ бывають нестойки, мимолетны. Въ тяжелыхъ случаяхъ болѣзни мышленіе сильно расстраивается. Связь между отдѣльными фразами теряется (incoherencia idearum), а при еще болѣе сильномъ возбужденіи больной безпрерывно высказываетъ отдѣльныя мысли, никакой связи между собою не имѣющія (fuga idearum). Ориентировка въ такихъ случаяхъ можетъ также нѣсколько нарушиться.

Моторная область при маніи также обнаруживаетъ значительныя расстройтва. У больного наблюдается подвижность, стремленіе къ дѣятельности. Если болѣзнъ не рѣзко выражена (дурманія), то поступки больного являются очень довольно ясно мотивированными. Онъ становится предприимчивъ, суетливъ, составляетъ много проектовъ, пускается въ разныя спекуляціи. Всякое желаніе, всякій стимулъ превращается въ дѣйствіе. Большой съ раннаго утра уже развиваетъ свою дѣятельность, берется за одно дѣло, но скоро бросаетъ его и переходитъ къ другому дѣлу, чтобы скоро бросить и его. Работоспособность больного при всей его дѣятельности въ общемъ понижена. Поведеніе больного не соответствуетъ ни

его воспитанию, ни его общественному положению. Большой часто ухаживает за собою, одевает лучшие свои костюмы, украшает себя пфвткомъ, бризгаетъ себя духами. Онъ усиленно посѣщаетъ разныя увеселительныя мѣста, показывается въ подозрительныхъ мѣстахъ, нисколько не стѣняясь ихъ дурной репутаціей. Моральныя представленія, которыя прежде руководили его поступками, отходятъ на задній планъ передъ его низшими стремлениями и инстинктами. Большой предается пьянству и кутежу. Женщины въ такихъ состояніяхъ часто заводятъ легкомысленныя романы. Большой очень много говорить. Рѣчь его плавна, гладка, безостановочна. Рассказы его часто бываютъ остроумны. Онъ рассказываетъ разныя анекдоты, подчасъ очень двумысленныя въ присутствіи дамъ. Онъ въ состояніи говорить часами подрядъ, не чувствуя никакой усталости. Въ болѣе сильныхъ степеняхъ болѣзни большой постоянно теряетъ нить разсказа, связываетъ слова по вышнему сходству, по созвучію, такъ что получаются рюмы, иногда отдѣльныя слова вовсе не связываются въ мысль. Соответственно этому и моторное возбужденіе очень велико. Большой танцуетъ, поетъ, прыгаетъ, катается по полу, раздѣвается до гола, рветъ свою одежду, портитъ все, что попадаетъ ему подъ руку, царапаетъ или мажетъ стѣны. Больные бываютъ часто очень эротичны.

Слѣдуетъ еще имѣть въ виду, что возбужденіе больныхъ обыкновенно усиливается подъ влияніемъ вышнихъ впечатлѣній, и поэтому крики больныхъ или разговоры съ ними заставляютъ ихъ еще больше возбуждаться.

Изложенная здѣсь симптоматологія имѣетъ въ виду только общую картину большинства случаевъ маіи. На практикѣ встрѣчаются отдѣльные случаи, которые не совсѣмъ совпадаютъ съ нарисованной здѣсь картиной.

Изъ физическихъ симптомовъ, сопровождающихъ маію, слѣдуетъ отмѣтить слѣдующее: Сонъ больныхъ сильно нарушенъ, аппетитъ обыкновенно повышенъ, но большой ѣстъ небрежно и часто разбрасываетъ пищу. Въсѣгда при рѣзко выраженной болѣзни падаетъ, при слабыхъ степеняхъ ея часто поднимается. Дыханіе нѣсколько ускорено, пульсъ учащенъ, кровяное давленіе понижено; количество мочи увеличено, въ ней найдя уменьшеніе выдѣленія солей фосфора и разныя составныя части. Колѣнные рефлексы повышены, чувствительность понижена обыкновенно, встрѣчается много истерическихъ симптомовъ, иногда наблюдается разница зрачковъ и вялая ихъ реакція.

Меланхолія.

Меланхолія характеризуется грустнымъ, тоскливымъ настроеніемъ и задержкой въ психической сферѣ.

Выраженіе лица больного съ опущенными углами рта, мутный, скорбный взглядъ, согнутое положеніе туловища уже въ достаточной мѣрѣ характеризуютъ тоскливое, подавленное состояніе духа больного. Всѣ его ощущенія и представленія сопровождаются отрицательнымъ тономъ. Ничто его больше не радуетъ. Больной недоволенъ собою, мраченъ, боязливъ, иногда раздражителенъ. Онъ становится равнодушнѣе ко всему окружающему и даже къ своимъ близкимъ, избѣгаетъ людей, уединяется. Будущее и прошлое его представляется ему въ самыхъ мрачныхъ краскахъ. Большой не видитъ никакого луча надежды, никакого выхода изъ своего отчаяннаго положенія. Самымъ лучшимъ онъ считаетъ для себя смерть.

Въ интеллектуальной сферѣ больного наблюдается большая задержка, связанность. Большой чувствуетъ полную неспособность къ умственной дѣятельности, считаетъ, что онъ потерялъ всѣ свои способности, свою память; онъ медленно соображаетъ, труднѣе воспринимаетъ. Ходъ мыслей больного замедленный. Ему трудно связывать отдѣльныя предложенія. Онъ не находитъ словъ для выраженія своихъ мыслей. Въ головѣ онъ чувствуетъ пустоту, считаетъ себя поглупѣвшимъ. Очень часто больной высказываетъ разныя бредовыя идеи. Большой частью онъ носитъ характеръ грѣховности. Большой перечисляетъ разныя свои проступки, мнимые и дѣйствительные, которые онъ совершилъ въ своей жизни. Онъ считаетъ себя виноватымъ во всѣхъ общественныхъ бѣдствіяхъ. Онъ преступникъ, грѣшникъ, покинутъ Богомъ и людьми. Часто онъ ждетъ самаго тяжкаго наказанія. За нимъ скоро придутъ жандармы, повезутъ на казнь, повѣсятъ. Да онъ де другого и не заслуживаетъ. Обычный бредъ меланхоликовъ составляютъ и идеи обвиненія, а также ипохондрическія. Вся семья голодаетъ, дѣти пойдутъ по міру. Ему нечѣмъ платить за столъ, поэтому онъ не имѣетъ права ѣсть. Онъ разрушилъ свой организмъ онанизмомъ, скоро «сойдетъ съ ума»; уже теперь онъ чувствуетъ, какъ части тѣла измѣнились.

Въ рѣзкихъ степеняхъ болѣзни бредовыя идеи могутъ принять совершенно безсмысленный характеръ. Міръ представляется больному совершенно другимъ, родной городъ исчезъ съ лица земли, всѣ люди вымерли. Самъ больной больше не человѣкъ, а какое-то чудовище. Въ немъ нѣтъ ни сердца, ни желудка. Все сгнило. Иногда бываютъ обманы чувствъ. Больной видитъ разныя привидѣнія, разныя животныя, слышитъ крики и плачь своихъ родныхъ, разныя проклятія, угрозы.

Иногда у больного наблюдаются навязчивыя идеи. Большой частью онъ носитъ compulsивный характеръ.

И въ психомоторной области задержку. Большой представляется вялымъ безъ всякой воли и энергіи. Онъ лежитъ по большей части

въ постели, неспособный ни къ какой дѣятельности. Текущая занятія отложены въ сторону. Малѣйшее дѣйствие его затрудняетъ. Даже такіе ежедневныя привычки, какъ умываться и одѣваться, ему даются съ трудомъ. Большой дѣлами днями лежитъ или сидитъ неподвижно, не произнося ни одного слова. Все новое является для него мучительнымъ, невыносимымъ. Большой нерешительнъ, безпомощенъ. Отвѣты его медленны, однослонны.

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ мы наблюдаемъ часто ступорозное состояніе у больныхъ. Они совершенно неподвижны, не принимаютъ почти никакихъ впечатлѣній, не перерабатываютъ ихъ, на вопросы не даютъ отвѣтовъ, иногда бывають неопытны. Часто напротивъ, мы наблюдаемъ у меланхоликовъ двигательное возбужденіе. Они бѣгаютъ изъ угла въ уголъ, громко стонутъ и монотонно причитываютъ (*melancholia activa*). Иногда у нихъ бывають сильнѣйшіе взрывы тоски и отчаянія, такъ называемый *gartus melancholicus*, когда большой въ изступленіи изувѣчиваетъ себя самого, или разрушаетъ все, что попадаетъ ему подъ руку.

Впрочемъ, акты насилія надъ собою меланхоликъ совершаетъ не только во время сильнаго аффекта, но и тогда, когда онъ кажется совершенно спокойнымъ. Мысль о смерти его рѣдко покидаетъ, и только слабость воли и нерешительность меланхолика служатъ причиной сравнительно небольшого числа самоубійствъ у этихъ больныхъ. Всегда надо имѣть въ виду, что «ни одному меланхолику нельзя довѣрять».

Ориентировку въ окружающемъ меланхоликъ въ общемъ сохраняетъ правильно. Очень часто у него имѣется сознание болѣзни, во многихъ же случаяхъ онъ ея не сознаетъ, а приписываетъ свое состояніе своей грѣховности или своему испорченному характеру.

Изъ физическихъ симптомовъ можно отмѣтить нарушение сна, рѣзкое уменьшеніе аппетита, запоры, паденіе вѣса тѣла. Дыханіе поверхностно, сердечная дѣятельность ослаблена, кровяное давленіе повышено. Количество мочи, а также секреція разныхъ органовъ уменьшены. Изъ субъективныхъ жалобъ отмѣчаются давленіе въ головѣ, головокруженіе, сердцебиеніе, тяжесть и разбитость во всѣхъ членахъ. Болевая чувствительность обычно сильно понижена.

Смѣшанныя состоянія.

Тонкія наблюденія и психологическій анализъ показали *Kraepelin* у, что кромѣ чистыхъ маниакальныхъ и депрессивныхъ фазъ существуютъ психопатическія состоянія, гдѣ симптомы каждой изъ этихъ фазъ перемѣшаны между собою. Такія состоянія онъ называлъ смѣшанными. При болѣе близкомъ ознакомленіи съ клиническимъ теченіемъ маниакально-меланхолическаго психоза оказалось, что смѣшанныя состоянія составляютъ не исключеніе въ теченіи болѣзни, а скорѣе правило. Особенно часто они наблю-

даются при переходѣ одной фазы въ другую. Иногда они занимають большую часть приступа по продолжительности и являются весьма характерными. Въ теоріи возможны очень много комбинацій симптомовъ изъ обихъ фазъ, но пока болѣе или менѣе подробно изучены нѣкоторыя смѣшанныя состоянія, получающіяся изъ сочетанія триады маниакальныхъ симптомовъ (повышенное настроеніе, бѣглость идей, моторное возбужденіе) съ триадой депрессивныхъ, противоположныхъ по характеру первымъ.

1. Если въ чистой маниакальной картинѣ веселое настроеніе будетъ замѣнено гнѣвомъ, то получится состояніе, извѣстное подъ именемъ *гнѣвливой маніи*. Нужно впрочемъ замѣтить, что такое состояніе не можетъ считаться типически смѣшаннымъ, такъ какъ гнѣвъ многіе авторы относятъ скорѣе къ повышенному настроенію по родственной связи, чѣмъ къ угнетенному. Картина гнѣвливой маніи давно уже извѣстна. Больные всегда недовольны, ворчливы, постоянно обращаются съ жалобами на то, что ихъ плохо кормятъ, что съ ними плохо обращаются, что они не могутъ быть среди «сумасшедшихъ»; они рѣзко критикуютъ персоналъ, всю окружающую обстановку, постоянно дразнятъ другихъ больныхъ, затѣваютъ ссоры и т. д.

2. Другое смѣшанное состояніе представляетъ собою также очень давно извѣстную картину, которая получается при замѣнѣ психомоторной задержки въ депрессивной фазѣ двигательнымъ возбужденіемъ. *Kraepelin* называетъ это состояніе *депрессивнымъ возбужденіемъ*, *Weygandt*—*ажитированной депрессіей*; въ сущности оно мало чѣмъ отличается отъ прежней *melancholia agitata*. Больные громко и въ монотонныхъ причитаніяхъ обвиняють себя въ разныхъ преступленіяхъ или высказываютъ разныя ипохондрическія идеи, что они никогда не поправятся, что сами себя погубили и т. д. Иногда они обнаруживаютъ раздражительность, требовательность, дѣлають фдкія замѣчанія.

3. Часто наблюдается картина изъ депрессивнаго стадія, гдѣ вмѣсто задержки мышленія имѣется бѣглость идей. Настроеніе больныхъ грустное, отчаянное. Они совершенно неподвижны, ничего не говорятъ, но они хорошо воспринимають, и теченіе мыслей у нихъ даже ускороно. Иногда такіе больные пишутъ очень много, причемъ письмо ихъ часто обнаруживаетъ характеръ отвлекаемости. Больные впоследствии разсказываютъ, что имъ приходило очень много мыслей въ голову, и что они не были въ состояніи ихъ удерживать.

4. Хорошо изученную картину представляетъ собою смѣшанное состояніе, которое *Kraepelin* называетъ *маниакальнымъ ступоромъ*. Онъ характеризуется веселымъ настроеніемъ и психической задержкой какъ въ области мышленія, такъ и въ двигательной сферѣ. Больные лежатъ неподвижно, молчаливо; они совершенно недоступны, не отвѣчаютъ на вопросы, не обращаютъ вниманія

на окружающих, иногда отказываются от пищи. Только улыбка на лицѣ или блескъ глазъ выдаетъ ихъ радостное настроеніе. Больные въ общемъ хорошо ориентируются. Въ менѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ они отвѣчаютъ тихимъ медленнымъ голосомъ. Часто они лежатъ неподвижно, повернувшись лицомъ къ стѣнѣ, и рвутъ потихоньку одеяло или бѣлье, продиравливаютъ стѣну, дѣлаютъ колечки изъ волосъ. Иногда они неожиданно дѣлаютъ смѣшное замѣчаніе или соскакиваютъ съ кровати, ударить какого-нибудь сосѣда, чтобы затѣмъ опять впасть въ прежнее недоступное состояніе.

5. Weygandt описалъ смѣшанное состояніе подъ названіемъ *непродуктивной мани*, которая характеризуется веселымъ, распущеннымъ настроеніемъ, двигательнымъ возбужденіемъ и задержкой мышленія. Больные плохо воспринимаютъ, туго соображаютъ и даютъ уклончивые отвѣты. Мысли ихъ безсвязны, шутки плоски. Содержаніе психики кажется весьма бѣднымъ, и сами больные производятъ впечатлѣніе слабоумныхъ. Они много смѣются, дѣлаютъ гримасы, танцуютъ, мѣняютъ прическу. Они постоянно чѣмъ-нибудь заняты: собираютъ всякій мусоръ, затыкаютъ замочныя скважины, наклеиваютъ бумажки на окнахъ. Это состояніе часто наблюдается при переходѣ маниакальнаго стадія въ депрессивный, и прежние авторы описывали его подъ названіемъ *moria*.

6. Наблюдается иногда маниакальная картина, гдѣ моторное возбужденіе отсутствуетъ, а наоборотъ имѣется задержка въ двигательной сферѣ. Больные много говорятъ, шутятъ, связываютъ представления по сходству, промываютъ. Вниманіе ихъ постоянно отвлекается, они перескакиваютъ съ одного предмета на другой, но въ то же время они лежатъ спокойно въ постели и не проявляютъ никакихъ движеній.

Изученіе смѣшанныхъ состояній далеко еще не закончено и не приведено въ стройную систему.

Теченіе. Маниакально-меланхолическій психозъ является по своей сущности періодической болѣзью, въ виду его рѣзко выраженной склонности къ повтореніямъ. Правда, эта склонность весьма различна въ зависимости отъ степени предрасположенія больного. Отдѣльный приступъ можетъ проявляться въ самыхъ разнообразныхъ формахъ. Чаще всего одна фаза значительно преобладаетъ надъ другой, рѣже приступъ принимаетъ видъ типичной періодической мани, меланхолиі или циркулярной формы съ одинаково выраженными фазами. Въ первые приступы чаще наблюдается преимущественно одна фаза, въ дальнѣйшемъ же теченіи болѣзни обыкновенно рѣзче выступаютъ смѣшанные состоянія. Часто отдѣльные приступы очень похожи другъ на друга въ своихъ проявленіяхъ, такъ что говорятъ о «фотографической вѣрности» картинъ болѣзни.

Продолжительность приступовъ весьма различна. Обычно они

тянутся 5—8 мѣсяцевъ, но бываютъ кратковременные приступы въ нѣсколько недѣль, съ другой стороны они могутъ продолжаться и нѣсколько лѣтъ. Промежутки между отдѣльными приступами далеко неравномѣрны. Къ старости они часто сокращаются, но наблюдается и обратное явленіе. Что касается вопроса, насколько эти промежутки могутъ считаться свободными отъ всякихъ психопатическихъ явленій, слѣдуетъ отмѣтить, что такіе свободные промежутки дѣйствительно встрѣчаются, особенно послѣ первыхъ приступовъ, въ дальнѣйшемъ же теченіи болѣзни большей частью устанавливаются разныя психическія измѣненія личности, какъ-то: раздражительность, придирчивость, непостоянство, пониженіе моральнаго чувства и работоспособности. Сплошь да рядомъ во время свободныхъ промежутковъ въ характерѣ больного наблюдаются такія перемены, которая въ сущности представляютъ не что иное, какъ abortивные приступы болѣзни, хотя они не признаются за таковые ни больными, ни окружающими. Такъ, напр., больной дѣлается вдругъ предприимчивѣе, безпечнѣе, веселѣе обыкновеннаго, а затѣмъ онъ становится озобоченнымъ, замкнутымъ, безвольнымъ, бездѣятельнымъ. Нѣкоторые больные чувствуютъ приближеніе приступа, у другихъ его наступленію предшествуетъ какой-нибудь мелкій симптомъ, роковое значеніе котораго однако весьма хорошо извѣстно окружающимъ больного. Такъ, нѣкоторые начинаютъ навистывать извѣстную мелодію, другіе вносятъ особенную перемену въ свой туалетъ, у третьихъ является какая-нибудь галлюцинація.

Этиологія и патогенезъ. Причина болѣзни заключается въ конституціи больного, въ его предрасположеніи къ данному роду заболѣванію. Предрасположеніе приобретаетъ преимущественно путемъ наследственности, которая установлена въ 80—90%. По нѣкоторымъ авторамъ, предрасположеніе къ данной болѣзни можетъ быть приобретено и послѣ мозговыхъ болѣзней, оставляющихъ послѣ себя анатомическія измѣненія, «мозговые рубцы». У нѣкоторыхъ больныхъ уже раньше имѣлись истерическія черты, физическіе дегенеративные признаки, debilitas. Внѣшнія причины, повидному, не играютъ большой роли, хотя нельзя отрицать, что онѣ могутъ являться послѣдней каплей для развитія психоза. Изъ физиологическихъ причинъ слѣдуетъ отмѣтить періодъ полового развитія, роды и климатическія стадіи; изъ психологическихъ—длительная оговорченія и заботы. Женщины заболѣваютъ въ 2—3 раза чаще мужчинъ. ²зъ всѣхъ заболѣваній падаетъ на возрастъ до 25 лѣтъ. Сущность болѣзни для насъ еще совершенно темна. По Meunert'у маниакальная и депрессивная фазы объясняются различными разстройками иннерпаціи сосудаго центра, вызывающими то анемию, то гиперемію мозга. Много приверженцевъ имѣетъ также гипотеза объ аутоинтоксикаціи организма разными продуктами разстроенаго обмѣна веществъ.

Прогноз. Что касается предсказания при этой болѣзни, то его можно выразить въ слѣдующихъ словахъ: «приступъ проходитъ, болѣзнь остается». Пока мы еще совершенно не въ состояніи предсказывать, какъ часто будутъ повторяться приступы. Послѣ тяжелыхъ и продолжительныхъ приступовъ можетъ наступить нѣкоторое суженіе умственного кругозора больного или психическая слабость. Прогнозъ значительно омрачается, когда къ болѣзни присоединяется артеріосклерозъ, который при этой болѣзни наблюдается гораздо чаще, чѣмъ при другихъ функциональных психозахъ.

Дифференціальная діагностика. Легкія формы *циклотиміи* часто смѣшиваются съ *нейрастеной*. Рѣшающее значеніе имѣютъ колебанія аффекта, характерныя для *циклотиміи*, а также психическая задержка. Труднѣе дифференцировать первый рѣзко выраженный приступ *ман.-меланх. психоза*, который можно смѣшать съ разными другими болѣзнями, главнымъ образомъ съ *истеріей*, *прогрессивнымъ параличемъ* и *раннимъ слабоуміемъ*. *Истерія* не свойственны отвлекаемость, близость идей, повышенное самочувствіе; наоборотъ, *истерическій припадокъ* вызывается большей частью внѣшнимъ моментомъ, носитъ характеръ вспышки и не отличается длительнымъ аффектомъ. Для *прогрессивнаго паралича* характерны, кромѣ физическихъ симптомовъ, благодушіе, болѣе бессмысленный бредъ, болѣе слабая критика, которая у *маніакальнаго* больного гораздо меньше выражена. Труднѣе всего, а иногда прямо невозможно, отличить *ман.-меланх. психозъ* отъ *маніакальныхъ* и *депрессивныхъ состояній* *ранняго слабоумія*. Возбужденіе *маніака* отъ *возбужденія кататоника* въ общемъ еще удается отличить. Настроеніе у *кататоника* можетъ быть веселое, но безъ повышеннаго самочувствія. Рѣзкая разница замѣтна въ интеллектуальной сферѣ. *Маніакъ* отвлекается, перескакиваетъ съ одного предмета на другой, реагируетъ на внѣшнія впечатлѣнія, живо всѣмъ интересуется, бредовыя его идеи носятъ скорѣе шуточный характеръ; *кататоникъ* не перерабатываетъ внѣшнихъ впечатлѣній, у него наблюдается вербигерация, стереотипныя или новообразованныя слова; бредъ его живой, стойкій. Разстройства двигательной сферы также различны. У *маніака* отмѣчается стремленіе къ дѣятельности (*Tatendrang*), всѣ его движенія обусловлены известными представленіями, имѣютъ всегда какую-нибудь цѣль, поэтому они производятъ впечатлѣніе чего-то естественнаго. *Кататоникъ* же обнаруживаетъ стремленіе къ движенію (*Bewegungsdrang*). Его поступки бессмысленны, безцѣльны, нелогичны, монотонны, импульсивны. Гораздо труднѣе уже отличить *депрессию* при той и другой болѣзни. Конечно, когда бываетъ ясно выраженъ «*кататоническій симптомокомплексъ*» съ негативизмомъ, стереотипными движеніями, гримасничаньемъ, внушаемымъ автоматизмомъ (*Befehlsautomatie*) и т. д., то намъ не трудно діагно-

сцировать раннее слабоуміе, но часто далеко не всѣ эти симптомы наблюдаются, съ другой стороны нѣкоторые изъ нихъ встрѣчаются и при *ман.-меланх. психозѣ*. Въ такихъ случаяхъ, особенно при ступорозныхъ состояніяхъ, бываетъ иногда невозможно отличить обѣ болѣзни. Слѣдуетъ однако руководствоваться слѣдующими отличительными признаками. При *циркулярной депрессіи* бываетъ грустный аффектъ, страхъ, печальныя представленія, психическая задержка (*Hemmung*), обусловленная грустнымъ аффектомъ. У *кататоника* при ступорѣ выраженіе лица не обнаруживаетъ такого аффекта, его идеи, большей частью *ипохондрическаго* характера, часто мѣняются, можно отмѣтить несоотвѣтствіе между его представленіями и аффектомъ, психическое заторможеніе (*Sperrung*) обусловлено первичнымъ разстройствомъ психомоторной иннервации. Особенно трудно бываетъ иногда отличить отъ *ранняго слабоумія* нѣкоторыя смѣшанныя состоянія *ман.-меланх. психоза*.

Лѣченіе болѣзни сводится къ помѣщенію больного въ лечебницу, къ постельному содержанию, насколько это возможно, къ продолженію, бромидамъ, опатамъ и т. д.

Экспериментальная часть.

Глава II.

Состояние сосредоточения гесп. внимания.

Благодаря применению эксперимента, психология получила возможность эманципировать себя от философии, с которой она была раньше неразрывно связана. С тех пор психология пошла другим путем, правда медленным, тернистым, но зато правильным, т. е. тем путем, которым шли все естественные науки, достигши теперь уже значительной степени совершенствования. Орудием для своих исследований психология сдѣлала число и мѣру взаимнѣ умозрительнаго метода, психологическаго самоуглубленія, субъективнаго анализа. Важность и преимущество экспериментальнаго метода заключается прежде всего въ томъ, что онъ въ состояннн разрѣшить убѣдительнымъ для всѣхъ образомъ тѣ психологическія проблемы, которыя вообще подлежатъ его рѣшенію. Съ точки зрѣнія субъективной психологнн очень часто возможно объяснить какое-нибудь психическое явленіе различнымъ образомъ, смотря по школѣ и направленію даннаго психолога. Конечно, такое субъективное толкованіе разныхъ психическихъ явленій, какъ остроумно оно ни было бы, не пріобрѣтаетъ еще значенія неоспоримой истины. И въ самомъ дѣлѣ, если мы будемъ разсматривать разные учебники психіатрнн, то мы часто находимъ въ нихъ весьма различныя объясненія однимъ и тѣмъ же психопатологическимъ явленіямъ. Совсѣмъ другое значеніе имѣютъ результаты, добытые экспериментальной психологнн. Правда, эти результаты еще не велики, но то, что получено, покоится на цифровыхъ данныхъ, которыя исключаютъ возможность толковать явленія съ субъективной или партійной точки зрѣнія. Результаты экспериментальнаго метода, при правильномъ конечно примѣненнн, весьма наглядны и убѣдительны для всѣхъ. Онъ является весьма цѣннымъ для психіатрнн и все болѣе входитъ въ употребленіе, и только нѣкоторая сложность и кропотливость его примѣненія мѣшаютъ ему сдѣлаться достояніемъ всѣхъ психіатровъ. Объективный методъ уже неоднократно примѣнялся при психологическомъ изслѣдованнн душевно-больныхъ. Во мно-

гихъ случаяхъ онъ дѣйствительно подтвердилъ разныя клиническія наблюденія, въ другихъ же случаяхъ онъ показалъ ошибочность прежнихъ взглядовъ. Такъ, не очень давно еще ходячее мнѣніе признавало за маниакальными больными обостреніе умственныхъ способностей, *suractivité intellectuelle*: считали ихъ острыми, наблюдательными съ ускореннымъ теченіемъ мыслей. Такое мнѣніе о нихъ создалось только подъ влияніемъ субъективнаго впечатлѣнія. Примѣненіе къ этимъ больнымъ объективнаго метода заставило сдѣлать переоцѣнку цѣнностей и выдать имъ другую аттестацію. Въмѣсто повышенія, оказалось пониженіе умственныхъ способностей, воспріятія оказались хуже, чѣмъ у нормальныхъ, даже теченіе мыслей, по изслѣдованнмъ Краепелн'а, у этихъ больныхъ на самомъ дѣлѣ медленнѣе, чѣмъ у здоровыхъ.

Изученіе психологнн больныхъ съ маниакально-меланхолическимъ психозомъ представляетъ вообще выдающійся интересъ. Маниакальное и меланхолическое состояніе, представляя по своему вѣрнѣшему виду полныя противоположности, на самомъ дѣлѣ, какъ мы видѣли, представляютъ только разновидности одного и того же процесса. Интересно поэтому, что дастъ примѣненіе объективнаго метода при изслѣдованнн обоихъ этихъ состояній: подтвердить ли онъ наше субъективное мнѣніе объ этихъ состоянняхъ или онъ обнаружитъ еходныя черты, присущія имъ, какъ имѣющимъ въ своемъ основаннн одну и ту же сущность.

При нашихъ изслѣдованнхъ ман.-депрессивнаго психоза мы остановились на слѣдующихъ функціяхъ: состояннн сосредоточенія гесп. вниманія, умственной работоспособности и свободно возникающихъ ассоціаціяхъ. Хотя нѣкоторыя работы уже сдѣланы въ этомъ направленнн, но ихъ ужъ не такъ много имѣется, чтобы считать начу попытку названнаго психологическаго изслѣдованія пашиней. При разсматриваннн результатовъ нашихъ изслѣдованнн мы будемъ исходить изъ результатовъ, полученныхъ нами на здоровыхъ лицахъ. Такъ какъ составъ изслѣдованныхъ нами больныхъ былъ преимущественно интеллигентный, то мы наши психологическія изслѣдованія производили на лицахъ здоровыхъ также интеллигентныхъ. Изъ 2 мужчинъ одинъ (Л. Г.) интеллигентный коммерсантъ, другой (В. В.) студ.-юристъ. Обѣ женщины (М. Ф.) и (М. Г.) по професснн зубные врачи. Пользуясь здѣсь случаемъ, чтобы выразить имъ свою глубокую благодарность за ихъ готовность подвергнуться психологическимъ опытамъ.

Контингентъ больныхъ, надъ которыми мы производили свои изслѣдованія, состоялъ изъ 4 больныхъ, лѣчившихся въ клиникѣ душевныхъ болѣзней, изъ 4 больныхъ, пользовавшихся въ больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ, изъ 2 больныхъ въ больницѣ Св. Николая Чудотворца и 2 больныхъ въ больницѣ Св. Пантелеймона. Выражаю директорамъ этихъ учрежденій свою признательность

за них данное мнѣ любезное разрѣшеніе пользоваться клиническими матеріалами для своихъ психологическихъ изслѣдованій.

Представляемъ здѣсь краткія свѣдѣнія объ изслѣдованіяхъ нами больныхъ.

1 больной Р. Ю.—ичъ (маниак. сост.), каранѣмъ 50 лѣтъ, послѣднее время былъ счетоводомъ въ Управленіи по постройкѣ Круго-Байкальской жел. дороги. Отецъ больного ум. 82 лѣтъ, мать 49 лѣтъ, была больна меланхоліей 12 лѣтъ (по словамъ больного). Мальчикомъ нашъ больной развивался правильно, былъ очень шаловливъ, упрямъ. Учился хорошо, кончилъ уѣздное училище. Курить началъ съ 4 лѣтъ. возраста, курилъ очень много. Въ компаніи случалось ему выпивать. Изъ венерическихъ болѣзней перенесъ гоноррею и ulcus molle. Lues отрицается. Больной прослужилъ 18 лѣтъ секретаремъ въ Петерб.-Тулскомъ поземельномъ банкѣ, гдѣ его весьма цѣнили за его прекрасную память. Первое заболѣваніе было 20 лѣтъ надъ: больной перенесъ въ легкой формѣ періодъ возбужденія и угнетенія. Съ мая по декабрь 1896 г. больной былъ въ теченіе 7 мѣс. въ больницѣ Александра III, страдая маниакальнымъ возбужденіемъ. Въ 1899 г. больной поступилъ конторщикомъ въ Управленіе по постройкѣ Средне-Сибирской дороги, гдѣ оставался до 1903 г.; затѣмъ поступилъ счетоводомъ въ Управл. по постройкѣ Круго-Байкал. ж. д. въ Иркутскѣ; за окончаніемъ работъ оставленъ (а платомъ 1-й 1907 г. Въ январѣ 1908 г. больной опять заболѣлъ. Онъ сталъ возбужденъ, раздражителенъ, суетливъ, сталъ пить, очень много ходилъ, не чувствуя усталости. Въ клинику больной помѣщенъ 17 февр. 1908 г.

Больной низкаго роста правильн. сложенія и хорош. питанія. Подкожно-жировой слой развитъ хорошо, мышечная и костная система нормальны. Тоны сердца нѣсколько слабы. Чувствительность немного понижена. Колѣнные рефлексы отсутствуют. Правый зрачекъ шире лѣваго (слава miosis), не реагируетъ на свѣтъ. Черепные нервы норм. Больной очень подвиженъ, суетливъ, говорливъ. Постоянно чѣмъ-нибудь занятъ. Ориентируется совершенно правильно, больной въ курсѣ всѣхъ политическихъ событий. Обнаруживается нѣкоторую переоцѣнку своей личности. Отвлекается, перескакиваетъ съ одного предмета на другой, рассказываетъ обо всемъ съ величайшими подробностями. Самочувствіе повышенное. Разстройствъ рѣчи и почерка нѣтъ. Память хорошая. Наличие нѣкоторыхъ физическихъ симптомовъ заставляетъ предполагать, что въ данномъ случаѣ кромѣ маниакальнаго возбужденія у больного имѣются еще табическія явленія. Прогрессивный параличъ какъ по всей картинѣ болѣзни, такъ и по всему теченію исключается.

Для характеристики состоянія больного помѣщаемъ одинъ изъ рассказовъ, написанный имъ въ 9 мин. на заданную тему.

Матросъ и корабль.

«Петропавловскъ погибъ въ П.-Арт. вмѣстѣ съ адмир. Макаровымъ и худож. Верещагинымъ. Въ городѣ Иркутскѣ и по настоящее время живетъ инженеръ электро-техники Н. И. Г. и долженъ онъ жить въ домѣ Л. по Мясной ул., у котораго служить прислуга, по имени Маша, и къ этой Машѣ вернулся изъ П.-Артура отъ генерала С. ослѣпшій мужъ матросъ, который рассказывалъ, какъ мадамъ С. торговала индюками и проч. по 7 руб. брала за индюка. Въ этой квартирѣ Н. И. жили еще двое: ст. сов. главный контролеръ Забайк. ж. д. Е. П. Ф. и главный бухгалтеръ Кругобайк. ж. д. А. О. К., и я у нихъ бывалъ когда служилъ счетоводомъ въ Управл. по постройкѣ Кругобайк. ж. д., и самъ отъ этого матроса лично все слышалъ. Затѣмъ 31 дек. 1905 г. накануне встрѣчи Нов. года пришелъ и начальникъ работъ Кругобайк. д. К. И. С., и все ему этотъ матросъ повторилъ, что намъ надоѣло слушать почти каждый день».

II больная Л. III—ина (маниак. сост.) жена чиновн. 44 лѣтъ. Отецъ больной былъ алкоголикъ, ум. 80 лѣтъ отъ апоплексии, мать ум. рано отъ женскихъ болѣзней. Нѣсколько двоюродныхъ братьевъ по матери были душевно-больны. Больная обладала средн. способностями, кончила гимназію. Отличалась слабохарактерностью, отсутствіемъ инициативы, скрытностью. Больная замужемъ, 4 беременности протекли норм. Болѣзнъ повторяется 4-й разъ. Первый разъ больная заболѣла на 5-й день послѣ свадьбы 25 лѣтъ отъ роду, проболѣла 1/2 года, второй разъ 3 мѣс., третій разъ 4 года. Всѣ 3 раза было немотивированное повышенное настроеніе съ приступами возбужденія. Послѣдній разъ болѣзнъ началась въ іюлѣ 1908 г. Больная стала подвижной, суетливой и говорливой. Въ августѣ явленія возбужденія разыгрались весьма бурно и 6 сентября 1908 г. больная помѣщена въ клинику.

Больная сред. роста, нормальнаго сложенія и питанія. Окраска лица имѣетъ нѣсколько цианотичный оттѣнокъ. I тонъ у верхушки сердца акцентуированъ, имѣется также акцентъ на II тонѣ аорты. Сердце сдвинуто лѣво на 4 стм. отъ соска. Колѣнные рефлексы повышены, зрачки реагируютъ норм. Больная весьма подвижна. Мимика очень живая, очень много говоритъ, требовательна, раздражительна. Ориентируется въ окружающемъ совершенно правильно. Отвлекаемость рѣзко выражена. Переоцѣнка своей личности. Настроеніе повышенное. Весной 1909 г. больная выписалась здоровой.

Одинъ изъ рассказовъ, написанный больной въ 8 мин. на заданную тему.

Пожаръ.

«Пожаромъ называютъ у насъ въ Пермѣ, когда на каланчѣхъ или въ ближайшемъ храмѣ учашено ударяютъ въ колоколъ и на

каланчѣ вывѣшиваютъ условные знаки изъ большихъ кардонныхъ коробокъ. Когда и каланчи двѣ сгорятъ, тогда эти знаки переносятъ въ кафедральный Соборъ и всѣмъ жителямъ сообщаютъ черезъ дворниковъ и домохозяевъ о большой опасности не одному имуществу, но и малолѣтнихъ просить спасать, особенно учащихъ въ среднихъ учебныхъ заведенияхъ, куда относится и мужская духов. семинарія. Дух. же епарх. училище для духовенства Пермской губ., но не города Перми относится къ уѣздному училищу. Пожаръ бываетъ и въ селѣ, когда горитъ какое-нибудь зданіе, отъ котораго выгораетъ обыкновенно болѣе половины села, около Перми есть очень большія села, напр. Ильинское, болѣе города Оханска, или горитъ кладь злчныхъ растений или сѣно».

III. больной Н. X—емъ (гипоманіак. сост.) финляндецъ 44 л. Бронзовщикъ. Анамнестическія данныя весьма скудны. Больной получилъ образованіе въ шведскомъ училищѣ, которое кончилъ 13-ти лѣтъ. Затѣмъ онъ обучался у одного художника рисованію и лѣпкѣ. Наконецъ онъ занимался въ мастерской своего отца бронзовымъ ремесломъ. По словамъ больного, у него всегда бывали колебанія настроенія. Первый разъ онъ заболѣлъ 18-ти лѣтъ отъ роду маниакальнымъ возбужденіемъ, которое продолжалось 3 мѣсяца. Затѣмъ приступы стали повторяться довольно часто, обычно черезъ 1—2 года. Больной почти всю свою жизнь проводилъ въ психіатрич. больницахъ, страдая то маниакальнымъ, то меланхолическимъ состояніемъ. Последнее продолжалось обычно дольше, но наступало рѣже, чѣмъ маніак. состояніе. Теперешній приступъ 11-й по числу привелъ больного въ больницу Св. Пантелеймона 7 октября 1908 г.

Больной средняго роста, нормальн. сложенія, нѣсколько худощавъ. Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Колѣнные рефлексы новышены, реакція зрачковъ норм. Больной очень подвиженъ, суетливъ, любитъ много говорить. Держитъ себя довольно непринужденно. Всѣмъ интересуется, знаетъ всѣ подробности, происходящія въ больницѣ, слѣдитъ усердно за политикою. Очень вѣжливъ и услужливъ. Къ опытамъ относится весьма серьезно. Память очень хороша, сужденія правильны. Отвлекаемость нѣрѣдко выражена. Состояніе гипоманіакальное.

Одинъ изъ рассказовъ, написанный больнымъ въ 10 мин. на заданную тему.

Пожаръ.

«Въ 1908 г. въ 2 ч. ночи произошелъ пожаръ въ новомъ каменномъ домѣ подъ названіемъ Портъ Артура. Загорѣлось въ 3 этажѣ, въ квартирѣ, густо населенной рабочимъ людомъ. Когда же позвѣдали пожарные, то домъ уже съ трехъ сторонъ пылалъ яркимъ пламенемъ, и жильцы, находившіеся въ 4, 5 и 6 этажахъ не знали

что и предпринять. Они въ паническомъ страхѣ перебрались на ту сторону дома, которая не была еще охвачена пламенемъ, но и тутъ имъ не было возможности спастись, потому что архитекторъ, строившій домъ, упустилъ изъ виду на случай пожара по стѣнамъ установить легкія желѣзныя лѣстницы и они готовы уже были выбрасываться черезъ окна, но молодыя пожарные Московской части и Заставскаго резерва подоспѣли со своими выдвинными лѣстницами и спасали несчастныя жертвы человѣческой жалости».

IV. больной М. В—ерь еврей 22 лѣтъ (маніак. сост.). Одинъ дядя больного былъ душевно-боленъ. Больной переведенъ изъ больницы Св. Николая Чудотворца въ больницу Св. Пантелеймона, гдѣ находится съ 12 июня 1907 г. Больной былъ въ больницѣ Св. Ник. Чудотв. уже 5 разъ. Больной учился до 15 лѣтъ, когда онъ въ первый разъ и заболѣлъ. Поступалъ всегда въ маниакальномъ состояніи, которое въ больницѣ часто смѣнялось угнетеніемъ. При поступленіи въ больницу въ послѣдній разъ больной былъ сравнительно спокоенъ, ориентировался совершенно правильно, давалъ правильные отвѣты на всѣ вопросы. Въ началѣ больной принималъ участіе въ занятіяхъ, съ іюля до октября больной былъ въ угнетенномъ состояніи, держалъ себя изолированно, не ходилъ на работу. Въ ноябрѣ 1907 г. больной опять перешелъ въ маніак. сост.: онъ сталъ очень требователенъ, раздражителенъ, говорилъ, дразнилъ больныхъ. Въ теченіе 1908 г. состояніе больного нѣсколько разъ мѣнялось, переходя изъ стадія возбужденія въ стадіи угнетенія, агатин. Съ начала 1909 г. больной находился въ маниакальномъ состояніи. Онъ суетливъ, говоритъ, бранится съ другими больными, требователенъ. Интеллектъ его вполнѣ сохраненъ. Внутренніе органы нормальны. Рефлексы колѣнные и зрачковый также норм.

Одинъ изъ рассказовъ, написанный больнымъ въ 3 мин. на заданную тему.

Рыбная ловля.

«На берегахъ Сибирскаго побережья есть Охотское море. Рыбаки ловили рыбу; рыбная ловля была очень удачна. Наловили много рыбы и продали японцамъ, которые подѣлали на шхуначъ и купили всю рыбу за 130 руб.».

V. больной В. Э—ичъ 38 лѣтъ (маніак. сост.) инженеръ-технологъ. Поступилъ въ больницу Св. Николая Чудотворца 31 марта 1909 г. Больной поступаетъ въ психіатр. больницу уже въ третій разъ. Первый разъ больной заболѣлъ въ 1894 г., будучи студентомъ технолог. инст. Больной пробылъ въ маніак. состояніи $\frac{1}{2}$ года. По окончаніи института въ 1899 г. больной поступилъ на службу. Во второй разъ больной заболѣлъ маниакальнымъ возбужденіемъ въ 1901 г., отъ котораго лѣчился въ больницѣ Александра III,

а затѣмъ въ окружной больницѣ въ Винницѣхъ, гдѣ пробылъ до 1903 г. По выходѣ изъ больницы больной опять поступилъ на городскую службу. Съ 1903 г. больной каждый годъ продѣлывалъ тоскливый періодъ, длившійся 1—2 мѣсяца, въ теченіе котораго онъ нигуда не выходилъ, а лежалъ дома. Послѣ этого онъ опять принимался за работу. Въ концѣ марта 1909 г. опять наступилъ маниакальный стадій.

Больной высокаго роста, правильнаго сложенія и удовлетвор. питанія. Внутренніе органы нормальны. Клінічные рефлексы повышены. Больной ориентируется въ окружающемъ совершенно правильно. Говорить довольно мало, но двигательное возбужденіе довольно рѣзко выражено. Онъ все время дѣлаетъ шаловливыя, довольно бессмысленныя движенія; ползаетъ по полу; лѣзетъ подъ столъ, потираетъ руки, трется головой о стѣну. На лицѣ при этомъ замѣтна улыбка. Больной объясняетъ свои разныя движенія желаніемъ согрѣться, такъ какъ въ больницѣ де холодно. Часто онъ ударяетъ себя кулакомъ въ грудь или по головѣ. Къ опытамъ больной относился старательно, но въ теченіе сеанса двигательное возбужденіе все усиливалось, почеркъ его мѣнялся, дѣлался крупнѣе, больной сталъ дѣлать всевозможныя движенія головой и по-тѣмъ, что значительно вліяло на продуктивность его работы и нѣсколько измѣнило типъ работы, обученій для другихъ маниакальныхъ больныхъ.

Разсказъ, написанный больнымъ въ 7 мин. на заданную тему.

Пожаръ.

«Пожаръ вообще случается очень часто. Пожарный обозъ мчится быстро на хорошо сдержанныхъ лошадакъ, сначала лѣстница, потомъ паровая машина, бочка съ водой, впереди верхомъ скачетъ трубачъ, разгоняя извозчиковъ и собственниковъ и отстраняя трубою прохожихъ, чтобы дать тѣмъ самую возможность скорѣе прибыть къ мѣсту пожара. Мѣсто окружаютъ пожарные и сами обыватели и приставляется лѣстница къ наиболее серіозному въ опасномъ смыслѣ для сосѣднихъ зданій мѣсту и тамъ начинаютъ прекращать распространеніе огня, въ то же время конечно туша и непосредственное мѣсто, гдѣ загорѣлось. Если это подъ поломъ или на чердакъ, то разбираютъ полъ и чердакъ и поливаютъ обильно водой. Пожарные при всякомъ городскомъ пожарѣ снабжены касками; есть топорки, брандспайщики, есть средства химическія; если есть дѣти и вообще люди, то ихъ прежде всего уносятъ или если опоздали, то на веревкахъ и по лѣстницѣ спускаютъ на землю, а то и прямо выбрасываютъ на разставленное полотно. Управляетъ всѣмъ пожаромъ брандъ-майоръ».

VI больная А. Н.—ова (маниак. сост.) 40 л. акушерка поступила въ больницу Св. Николая Чудотворца 19 января 1909 г. Одна тетка больной была душевно-больна. Наша больная развивалась въ

дѣтствѣ физически и умственно правильно. Въ первый разъ больная заболѣла 19-ти лѣтъ, пролежала въ больницѣ 2 мѣсяца. Настоящій приступ по счету шестой. 5 разъ больная была въ больницѣ Св. Ник. Чудот., а 1 разъ въ Берлинской больницѣ Dalldorf. Маниакальное состояніе продолжается обычно 2—3 мѣсяца, послѣ котораго обыкновенно наступаетъ періодъ тоски. Въ это время больная прибѣгаетъ къ алкоголю. По выпискѣ изъ больницы Св. Ник. Чуд. въ 1905 г. больная стала заниматься акушерской практикой, мѣняла свою профессию, поступала статисткой въ разные театры. Въ началѣ 1909 г. больная потеряла сонъ, и скоро наступило маниакальное возбужденіе.

Больная средняго роста, хорошаго сложенія и питанія. Съ физической стороны ничего ненормальнаго отмѣтить не удается. Тоны сердца правильны. Клінічные рефлексы повышены. Дермографизмъ выраженъ. Больная ориентируется совершенно правильно въ окружающемъ. Очень разговорчива, требовательна, недовольна порядками въ больницѣ, критикуетъ все и всѣхъ, вмѣшивается во всѣ дѣла, бранится, когда не исполняютъ ея требованій. Въ своихъ разсказахъ больная легко отвлекается. Настроеніе духа веселое. Больная склонна къ шуткамъ, тщательно заботится о своемъ туалетѣ, мѣняетъ часто свою прическу, любитъ украшать себя цвѣткомъ или ленточкой. Къ опытамъ больная относилась старательно, но часто не могла воздерживаться отъ разговора во время опытовъ.

VII больной Д. О.—овъ (меланхол. сост., маниак. сост.) 44 лѣтъ, ротмистръ корпуса жандармовъ, поступилъ въ клинику 16 сентября 1905 г. Отецъ больного сильно пилъ, ум. 56 лѣтъ отъ паралича, который повторился въ короткое время 3 раза. Мать страдала истерическими припадками, ум. 52 лѣтъ отъ порока сердца. 2 дѣди со стороны отца были душевно-больны. Въ дѣтствѣ больной страдалъ золотухой. На 11-мъ году больной поступилъ въ кадетскій корпусъ. Здѣсь онъ перенесъ тяжелую форму скарлатины и брюшной тифъ. По окончаніи Александровскаго военнаго училища въ Москвѣ больной былъ выпущенъ офицеромъ. 23 лѣтъ больной женился. Изъ 4 дѣтей осталось въ живыхъ сынъ и дочь, которые вполне здоровы. Въ полку больному пришлось много работать. Въ 1895 г. больной былъ отброшенъ лошадей въ то время какъ садился на нее, причѣмъ ушибъ себѣ спину и голову. На короткое время онъ потерялъ сознаніе, затѣмъ была рвота весь день. Въ 1898 г. больной перешелъ на службу въ корпусъ жандармовъ. Въ 1900 г. больной при паденіи въ яму получилъ переломъ праваго бедра. Послѣ наркоза, прилѣннаго при вправленіи костей, больной въ теченіе недѣли былъ безпокоенъ, никого не узнавалъ. Черезъ 2 мѣсяца больной при попыткѣ ходить упалъ вслѣдствіе головокруженія, и переломъ возобновился въ томъ же мѣстѣ. Въ 1901 г. у больного появилось тоскливое настроеніе съ склонностью къ плачу. Такой тоскливый періодъ повторялся ежегодно, причѣмъ

ему каждый раз предшествовали особенное оживление и подъем энергии. Больной однако был в состоянии исполнять свои служебные обязанности. Он часто получал командировки в разные мѣста и за свою усердную службу получил даже повышение. Въ 1904 г. перенесъ периферическій параличъ лицевого нерва съ правой стороны. Въ концѣ 1904 г. наступилъ рѣзкій періодъ угнетенія, во время котораго больной дѣлалъ нѣсколько попытокъ къ самоубійству. Больной былъ помѣщенъ въ Уздовскій госпиталь въ Варшавѣ, а 16 сентября 1905 г. перевезенъ въ клинику сюда. Съ сентября до декабря больной находился въ маниакальномъ состояніи; онъ много говорилъ, со всѣми знакомился, переоценивалъ свою личность. Постепенно в течение 2 мѣсяцевъ этотъ маниакъ стадій смѣнился тоскливымъ періодомъ: больной уединялся, сталъ молчаливъ, часто плакалъ, настроеніе духа было очень подавленное. Такое состояніе продолжалось до іюня 1906 г., затѣмъ оно постепенно перешло въ маниакъ стадій, который былъ очень похожъ на предыдущій. Въ февралѣ 1907 г., наступило рѣзко депрессивное состояніе. Больной уединялся, былъ малоподвиженъ, молчаливъ, часто плакалъ. Настроеніе духа очень подавленное. Этотъ періодъ угнетенія продолжался больше 2 лѣтъ, до конца апрѣля 1909 г.

Больной средняго роста, хорошаго слож. и питанія. Походка правильная. Зрачки реагируютъ на свѣтъ правильно, правый зрачекъ нѣсколько шире лѣваго. Кольчатые рефлексы норм. Размѣры сердца нѣсколько увеличены. Имѣется небольшой склерозъ артерій.

По окончаніи нашихъ опытовъ больной перешелъ постепенно въ маниакальное состояніе. Больной сталъ оживленъ, подвиженъ, суетливъ. Особенно рѣзко было выражено рѣвое возбужденіе. Больной говорилъ часами подрядъ безъ устали. Часто предпринималъ прогулки по городу, смотрѣлъ на свое будущее весьма оптимистически, былъ беззаботенъ относительно своего настоящаго положенія. Хотя онъ говорилъ очень много, при этомъ со многими лишними подробностями, но нити разговора онъ не терялъ. Въ такомъ гипоманиак. состояніи мы повторили тѣ же опыты, къ которымъ больной относился въ высшей степени серьезно.

Одинъ изъ рассказовъ написанный больнымъ въ 15 мин. на заданную тему.

Охотникъ и заяцъ.

«Охота на зайцевъ доставляетъ мѣхъ и мясо. Мѣхъ стоитъ очень дешево; мясо, чтобы оно было вкусно, требуетъ особаго приготовления — предварительной вымочки. Съ успѣхомъ охотятся на зайцевъ по первому выпавшему слѣгу».

Больной кончилъ разговоръ со слезами на глазахъ.

VIII. Н. В.—овъ (меланхол. сост.) 24 лѣтъ окончилъ духовную академію. Въ клинику поступилъ 6 сентября 1908 г. Со сто-

роны наслѣдственности кромѣ апоплексіи у дѣдушки и бабушки по матери ничего патологическаго не отмѣчается. Больной развивался правильно. До 17 лѣтъ былъ здоровъ. Отличался замкнутымъ характеромъ, съ товарищами мало сходился. Дома его считали нѣсколько страннымъ изъ-за его страсти къ уединенію. Въ духовной семинаріи постоянно «скупался», стремился домой. 17-ти лѣтъ больной особенно остро почувствовалъ свое одиночество, въ то же время сталъ интересоваться своей внѣшностью и считалъ себя лучше другихъ. «Появилась гордыня», которой онъ раньше не замѣчалъ и разъ произнесъ даже «хулу на Бога и Св. Духа». Занятія въ семинаріи и академіи его не интересовали, хотя больной успѣшно сдавалъ экзамены и обязательныя работы. Онъ усиленно предавался исканію смысла жизни и своего призванія. Чтобы заглушить тоску, онъ прибѣгалъ къ пиву. Послѣ выпускныхъ экзаменовъ мысли больного стали еще мрачнѣе. Наступила бессонница, «въ груди чувствовался камень». Больной сталъ вспоминать все дурное, которое онъ сдѣлалъ въ своей жизни, особенно богохульство въ 3 классѣ семинаріи. Послѣдніе дни августа родные замѣтили необычайное возбужденіе въ больномъ: онъ ходилъ взадъ и впередъ, увѣрялъ, что Богъ отдалъ его во власть діавола за то, что онъ отрекся отъ Него, спасенія нѣтъ, все пропало, его хозяиномъ будетъ теперь антихристъ.

Больной низкаго роста, хрупкаго сложения, недостаточнаго питанія. Взоръ больного неподвиженъ. Выраженіе лица грустное. Внутренніе органы норм. Пульсъ 97 ударовъ въ минуту. Зрачки реагируютъ норм. Кольчатые рефлексы повышены. Больной говоритъ очень неохотно, на вопросы отвѣчаетъ послѣ извѣстнаго промежутка односложно, часто не оканчивая фразы. Говорить, что Богъ его наказалъ за богохульство, чувствуетъ физическую перемену, произошедшую съ нимъ. Утверждаетъ, что форма головы измѣнилась, что она стала меньше. Ориентируется въ окружающемъ правильно.

Въ клиникѣ больной чувствовалъ себя нѣсколько лучше, особенно по вечерамъ. Отъ пищи не отказывался, но ѣлъ безъ аппетита. Къ концу сентября настроеніе опять стало очень мрачное, больной сталъ говорить, что сердце его убито, что души нѣтъ. Обнаружилось двигательное безпокойство, пульсъ былъ 120 ударовъ въ мин. 26-го ночью больной вдругъ сталъ кричать громкимъ голосомъ, что его душа въ аду, что все погибло. Шумъ воды, лишейся изъ крана, казался ему страшными шагами приближающихся людей. Больной считалъ себя виновникомъ войны, революціи, слышалъ угрожающіе голоса, что онъ долженъ искинуть грѣхъ. Пульсъ 125—140 ударовъ въ мин. Черезъ нѣсколько дней больной успокоился. Онъ продолжалъ оставаться въ подавленномъ состояніи духа, былъ неподвиженъ, молчаливъ, отвѣчалъ неохотно, говорилъ что «тяжело». Окружающимъ совершенно не интересовался, но при-

мбчаль все, что происходит вокруг него. Большой сначала отказывался от опытов и приходилось первые дни его уговаривать. Разъ приступивши къ опыту, онъ уже доводилъ его старательно до конца. Въ виду того что депрессія при ман.-меланх. психозѣ часто смѣшивается съ равнымъ слабоуміемъ, намъ придется въ данномъ случаѣ обосновать нашъ діагнозъ. За ман.-меланх. психозъ и противъ ранняго слабоумія говорить наличие аффекта, сохранение интеллекта, доступность больного, отсутствие негативизма и другихъ явленій изъ «кататоническаго симптомокомплекса». Когда тоска дѣлалась у больного меньше, то онъ охотно бѣсѣдовалъ, игралъ даже въ шахматы. Несмотря на кажущуюся большую психическую задержку, больной довольно быстро и всегда содержательно писалъ маленькія сочиненія на заданную тему. Одно изъ такихъ небольшихъ сочиненій, написанное имъ въ 13 мин., мы приводимъ.

Рыбная ловля.

«Когда мысль моя обращается назадъ къ безвозвратному времени моего дѣтства, то среди многихъ картинъ невольно проносятся передъ моимъ умственнымъ взоромъ и картины рыбной ловли. Раннимъ утромъ, когда солнце начинаетъ только что бросать свои яркіе лучи или къ вечеру мы обычно съ братомъ и товарищемъ идемъ къ пруду, окаймленному густой чащей деревьевъ барскаго парка. Расположившись на мягкой травѣ подъ какимъ-либо тѣнистымъ дубомъ, мы закидываемъ удочки, и начинается рыбная ловля. Вдали за прудомъ видѣются волнующіяся поля и зеленые луга, и мы лежа предаемся разговору или самымъ радужнымъ мечтамъ о будущемъ. Вверху поютъ птицы и на душѣ было такъ хорошо, отрадно и спокойно».

IX больная Н. Н.—ская (меланхол. сост.), дочь чиновника, 25 лѣтъ, поступила въ больницу Всѣхъ Скорбящихъ 11 декабря 1908 г. Отецъ больной ум. отъ плевропневмонии, мать страдала острымъ психозомъ во время беременности нашей больной. Черезъ 10 лѣтъ она покончила самоубійствомъ. 1 братъ больной 20 лѣтъ также кончилъ самоубійствомъ. Колебанія въ настроеніи у нашей больной отмѣчаются уже съ 5 лѣтняго возраста: лѣтомъ она была весела, зимой грустна. Учиться больная начала рано, но не отличалась усидчивостью. Усищхи она однако оказала удивлительные. Больная рѣзко проявилась съ 12 лѣтъ. Больная была апатична, вяла, тосковала, ее преслѣдовала уже тогда мысль о самоубійствѣ. Временами она дѣлалась веселой, устраивала въ классѣ всевозможныя дикія выходки. Это экспансивное состояніе смѣнялось апатіей (въ это время больная ходила на кладбище). Съ 15 лѣтн. возраста больная дѣлала нѣсколько покушеній на свою жизнь: бросалась подъ колеса, отравлялась укусен. эссенц., стрѣлялась, бросалась въ рѣку. Дойдя до 6-го класса, больная не захотѣла больше учиться и подъ влияніемъ прочитанныхъ книгъ рѣшила

уйти въ монастырь. Когда родные ей этого не разрѣшили, то она ушла тайкомъ изъ дому (Сибирь), скиталась по разнымъ городамъ, то прося милостыни, то работая поденно, наконецъ добралась до монастыря, гдѣ и пристроилась. Здѣсь она пробыла 8 мѣсяцевъ, занимаясь физическимъ трудомъ. Во время службы больная часто смѣялась, издѣвалась надъ монашками, и ее отправили къ роднымъ въ Тверь. Здѣсь она была апатична, ничего не дѣлала, много спала. Черезъ 1/2 года у больной появилось стремленіе къ странствованію, она ѣздила въ разные города, наконецъ она прѣехала въ Петербургъ къ сестрѣ-медичкѣ. Больная въ это время обнаруживала явную переоцѣнку своей личности, говорила много о себѣ, считала только себя способной на подвигъ, всѣхъ порицала, вмѣшивалась въ жизнь другихъ. Такое повышенное настроеніе продолжалось съ января по іюнь 1908 г., затѣмъ больная опять впала въ тоскливое состояніе. Черезъ 2 мѣсяца скитаній больная опять очутилась въ Твери. Настроеніе духа было грустное, подавленное и въ такомъ состояніи она поступила въ больницу.

Больная ниже средняго роста, смотритъ гораздо моложе своихъ лѣтъ, производитъ впечатлѣніе физически недоразвитой. Цвѣтъ лица блѣдный, замѣтна нѣкоторая одутловатость лица. Внутр. органы особенныхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Зрачковый и колѣнный рефлексы норм. Выраженіе лица грустное. Больная молчалива, малоподвижна, ориентирована совершенно правильно, охотно отвѣчаетъ на всѣ вопросы. Сидитъ большей частью у себя въ комнатѣ, читаетъ. Съ готовностью подвергалась нашимъ психическимъ опытамъ.

Одинъ изъ разсказовъ, написанный больной въ 18 мин. на заданную тему.

Пожаръ.

«Пожаръ на окраинѣ города вечеромъ. Было вѣтренно и холодно. Пламя быстро распространилось съ одного дома на другой, такъ что не прошло и 2 часовъ, какъ сгорѣла половина города. Шумъ и крики толпы усиливали суматоху».

X больная М. К.—она (депресс. сост.), дворянка 54 лѣтъ, поступила въ больницу Всѣхъ Скорбящихъ по собственному желанію. Въ дѣтствѣ больная была скрытна, угрюма, преобладающее настроеніе въ ея характерѣ было грустное. Иногда на недолгое время нападало на нее веселое настроеніе. Больная окончила пансіонъ и училась хорошо. Бракъ больной былъ очень неудаченъ. Мужъ былъ алкоголикъ. Тяжелая семейная обстановка заставила больную прибѣгать къ морфію въ теченіе 2 лѣтъ. Больная перенесла крупозную пневмонію и брюшную тифъ. Черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ тифа (18 лѣтъ тому назадъ) больная заболѣла душевнымъ расстройствомъ, отъ котораго она дѣлалась въ Казанской клиникѣ. За послѣднія 18 лѣтъ, несмотря на то, что больная удра-

вляла своим имѣніемъ и завѣдывала хозяйствомъ, она себя ни разу не чувствовала здоровой. Часто ѣздила по русскимъ и заграницнымъ курортамъ. Въ прошломъ году больная по поводу своей обычной депрессіи лѣчилась въ одной психіатрич. лечебницѣ въ Москвѣ. Имѣетъ сына и дочь.

Больная сред. роста, хорошаго питанія и правильн. сложенія. Сердце и легкія здоровы. Колѣнные рефлексы повышены, зрачки реагируютъ норм. Выраженіе лица грустное. Больная высказываетъ разные жалобы преимущественно по поводу головныхъ болей. Очень безпечна за судьбу своихъ дѣтей, которыя, по ея мнѣнію, вступили въ неудачные браки. Въ больницѣ больная скоро поправилась.

XI больная Ю. Ф.—ова (меланхол. сост.) 42 лѣтъ, дѣвица, поступила въ больницу Всѣхъ Скорбящихъ 21 апрѣля 1909 г. вторично. Отецъ больной былъ алкоголикъ, мать умерла отъ туберкулеза. Больная начала учиться съ 7 лѣтъ, окончила среднее Демидовское училище. Изъ физическихъ болѣзней больная перенесла корь и брюшной тифъ. По окончанія школы больная поступила продавщицей, затѣмъ завѣдывала хозяйствомъ въ частномъ домѣ. 20-ти лѣтъ больная поступила въ экспедицію заготовл. государств. бумагъ, но черезъ годъ больная бросила это мѣсто и поступила въ качествѣ помощницы фельдшерицы въ дѣтскую больницу, гдѣ прослужила 1½ года. Затѣмъ она опять поступила въ экспедицію заготовл. госуд. бумагъ, гдѣ служила послѣдніи 19 лѣтъ. Больная отличается тихимъ, довольно веселымъ характеромъ, хотя временами у нея бывало грустное настроеніе. Къ службѣ относилась ревностно. Послѣдній годъ больной стало трудно служить. Она лѣчилась ваннами и кое-какъ дотянула до лѣта, затѣмъ она уѣхала въ деревню. Нервное состояніе, бессонница, раздражительность усилились. У больной появилось рѣзко выраженное маниакальное состояніе, и она была помѣщена въ частную псих. лѣчебницу. Черезъ 7 мѣсяцевъ больная была переведена въ больницу Всѣхъ Скорб. Здѣсь она была еще подвижной, суетливой, говорливой, много смѣялась, говорила, что у нея много жениховъ. Черезъ мѣсяцъ она успокоилась и въ мартѣ больная выписалась. Дома однако скоро наступило тоскливое состояніе. Больная лежала все время въ постели, грустила и по ея собственной просьбѣ она обратно помѣщена въ больницу.

Больная сред. роста, правильнаго сложенія и удовлетв. питанія. Внутренніе органы норм. Колѣнные и зрачковые рефлексы также норм. Выраженіе лица грустное. Больная малоподвижна, ничего не можетъ дѣлать. Считаетъ себя безнадежно больной, говорить, что она ничего не соображаетъ, что она не можетъ думать. На вопросы отвѣчаетъ медленно. Съ большой старательностью относилась къ опытамъ, жалѣла только, что они будутъ неудачны изъ-за ея плохого соображенія.

Одинъ изъ разсказовъ написанный больной въ 6 мин. на заданную тему.

Пожаръ.

«Я видѣла пожаръ дровяного двора: сильный огонь, дрова горѣли правильными колоннами, ихъ не разбрасывали, а только поливали крыши вблизи находящихся домовъ, крыши были смоляныя. Многие вышли съ иконами».

XII больной Ю. Р.—тъ (меланхол. сост.) пѣмецъ 52 лѣтъ, настройщикъ поступилъ въ больницу Всѣхъ Скорб. 11 декабря 1907 г. въ четвертый разъ. Старшій братъ больного страдалъ ман.-меланх. психозомъ, двоюродный братъ былъ душевно-боленъ. 6-ти лѣтъ больной упалъ съ саженой высоты и вслѣдствіе этого пришлось сдѣлать трепанацію черепа. Больной окончилъ Петропавловское училище. Былъ настройщикомъ музыкальныхъ инструментовъ. Въ первый разъ больной заболѣлъ 19-ти лѣтъ, продѣлалъ періодъ возбужденія и угнетенія. Съ тѣхъ поръ приступы повторялись довольно часто. Характеръ этихъ приступовъ былъ всегда одинъ и тотъ же. Въ свободные отъ приступовъ промежутки больной занимался своимъ дѣломъ. Больной поступилъ въ больницу въ маниакальномъ сост. Онъ былъ очень оживленъ, много говорилъ о себѣ и о своихъ «веселыхъ похожденияхъ». По его словамъ, онъ можетъ зарабатывать большіе деньги. Легко отвлекался во время разговора. Больной былъ требователенъ, сорился со всѣми, собиралъ много коробокъ и бумажекъ, показывалъ больнымъ карточки обнаженныхъ женщинъ, былъ диниченъ. Настроеніе было повышенное, веселое. Въ апрѣлѣ 1908 г. маниак. состояніе смѣнилось меланхолическимъ.

Больной сред. роста, хорош. слож., умѣренн. питанія. На теменіи имѣется костный рубецъ длиной въ 4 см. Границы сердца расширены, на аортѣ глухой тонъ. Артерій склерозированы. Колѣнные рефлексы, а также зрачковые норм. Больной находится въ подавленномъ состояніи, смотритъ на будущее пессимистически, думаетъ, что онъ никогда не поправится. Малоподвиженъ, на вопросы отвѣчаетъ медленно. Жалуется на плохое соображеніе. Безпокоитъ больного невралгическія боли въ затылочной части головы. Къ опытамъ относился старательно.

Одинъ изъ разсказовъ, написанный больнымъ въ 5 мин. на заданную тему.

Пожаръ

«Маленькимъ мальчикомъ будучи всего 7 лѣтъ я былъ въ I разъ свидѣтелемъ и очевидцемъ пожара. Горѣлъ большой рынокъ подъ названіемъ Шуккинъ Дворъ. Рынокъ состоялъ изъ массы деревянныхъ лавокъ, которыя всѣ были облиты огнемъ. Впечатленіе, произведенное на меня зрѣлищемъ перваго пожара было потрясающее. Помнится мнѣ, что я всю ночь не спалъ и все снилась мнѣ картина пожара».

При исследовании так называемого активного внимания у здоровых и душевно-больных, мы совершенно не касаемся вопроса о сущности этого процесса. Мы оставляем в стороне все эти теории разных авторов, из которых одни отождествляют активное внимание с апперцепцией, другие с волей, третьи видят в нем специальный вид ассоциации идей и т. д. Решение этого вопроса вообще не подлежит, по нашему мнению, компетенции объективной психологии. Наша задача сводится только к определению некоторых особенностей внимания у маниакально-меланхолических больных сравнительно с лицами здоровыми. Так, мы старались сравнить силу сосредоточения resp. внимания у больных и здоровых, его пластичность, или приспособляемость, колебания его и другие разные сопутствующие ему явления, как-то утомление, упражнение и т. д. Интересующая нас сторона процесса сосредоточения мы изучали на одном из самых частых его проявлений, т.-е. на умственной работе. Для этого мы пользовались испытанным уже многими авторами методом, простым по содержанию и весьма доступным для больных, именно так называемым корректурным методом. Он состоит в следующем. На листке бумаги напечатаны 40 строк и в каждой строчке имеются по 40 букв русского алфавита. Разных букв всего 8, которые отличаются одинаковой величиной как по длине, так и ширине; буквы эти следующие:

а, в, е, к, н, о, с, х.

Каждая буква, след., встречается на таблице по 200 раз с таким расчетом, чтобы на каждую вертикальную, а не горизонтальную строчку приходилось по 5 одних и тех же букв. В горизонтальных же строчках одна и та же буква встречалась различное число раз от 2 до 8. Сделано это с той целью, чтобы испытуемое лицо, которому предлагается просматривать эту таблицу в горизонтальном направлении и зачеркивать определенную букву, не встречало бы эту букву в каждой горизонтальной строчке непременно по 5 раз, что конечно облегчает ему работу. Экспериментатор же, проверяя работу испытуемого, просматривает таблицу, для избежания ошибок при проверке, в вертикальном направлении. Эта таблица выработана д-ром *Ауфимовым* и принята в психологической лаборатории проф. *Вешеве* взамен таблиц *Vaschide*, содержащих вместо букв 8 разных значков. Последние состоят из квадрата с отходящей из какого-нибудь угла квадратика или из середины стороны его черточкой. Значки отличаются между собой только направлением этой черточки. В начале наших опытов мы довольно долго работали с таблицами *Vaschide*, но впоследствии мы заменили их таблицами *Ауфимова*. Последние имеют то преимущество, что не так утомляют зрение и представляют для больных несомненно больший интерес, чем таблицы с значками. Зато бук-

венные таблицы имеют и некоторый недостаток, который заключается в том, что буквы представляют собой, по нашему мнению, неодинаковую трудность для отличия, по крайней мере для части испытуемых: некоторые буквы как-то легче бросаются в глаза, чем другие.

Постановка опытов происходила следующим образом. Больной обыкновенно приглашался в отдельный кабинет и садился за столик возле окна. На столе лежали несколько буквенных таблиц одна под другой, и больному предлагалось перечеркивать определенную букву карандашом по направлению движения руки, рассматривая таблицы в горизонтальном направлении. Работа производилась в течение 10 минут. Экспериментатор сидел сбоку и по прошествии каждой минуты делал значек на таблице, чтобы иметь возможность вычислять работу больного по минутам. Больной был предупрежден о значении черточки экспериментатора, которая несколько не отвлекала его от работы, чем больше черточка проводилась только тогда, когда больной переходил к рассмотрению уже следующей строчки. Когда таблица была вся просмотрена, экспериментатор быстро снимал ее, и перед больным оказалась уже новая таблица, так что он мог работать в течение 10 минут непрерывно. Опыты над больными производились обыкновенно в течение 12 дней, с каждым больным в одно и то же время. Хотя больные и быстро освоились с методом, но все же мы первые 2 дня считали как бы подготовительными, в виду того, что работа на другой, а иногда даже только на третий день резко повышалась в количественном отношении сравнительно с первым днем. Последние 10 дней больные работали то непрерывно, как в первые 2 дня, то с перерывами в 5 минут, причем дни с перерывами чередовались с днями без перерывов, след. один день больной работал непрерывно в течение 10 минут, а следующей день только 5 минут, затем следовал перерыв в 5 минут, после чего он опять работал в течение 5 минут. Во время перерывов приходилось большей частью встывать в беседу с больными, так как невозможно было заставить маниакальных больных сидеть молча 5 минут. Должны еще отметить, что в первый и в последний день мы обыкновенно предлагали перечеркивать одну и ту же букву, чтобы иметь возможность судить, как велико было упражнение, которого больной достиг в течение всех опытов. Кроме того в первые и последние 2 дня мы помимо обычной работы давали больному более сложную, предлагая ему посылать 10-и минутного отдыха перечеркивать по 2 буквы. Этой значительно более трудной работой мы имели в виду выяснить вопрос, насколько больной в состоянии приспособить свое внимание к более сложной задаче, требующей для успешного выполнения более сильного сосредоточения внимания. Выбор нами 10-и минутного

периода работы имѣть свое оправданіе въ томъ наблюденіи, что при болѣе продолжительной однообразной работѣ больные начинаютъ утомляться и тяготяться опытомъ, что не можетъ не вліять на его чистоту. Съ другой стороны, другія изслѣдованія, произведенныя въ этомъ направленіи, также ограничивались 10 минутами, такъ что и въ этомъ отношеніи намъ будетъ удобнѣе сравнить полученные нами результаты съ данными другихъ авторовъ.

Переходимъ теперь къ изложенію результатовъ нашихъ изслѣдованій надъ процессомъ сосредоточенія гесп. вниманія. Порядкомъ, котораго мы будемъ при этомъ придерживаться, будетъ слѣдующій: при изслѣдованіи каждой особенности вниманія мы сначала изложимъ результаты, полученные нами у здоровыхъ лицъ, а затѣмъ сопоставимъ съ ними найденныя нами данныя у маниакальныхъ и депрессивныхъ больныхъ. Такъ какъ особенности вниманія и нѣкоторыя сопутствующія ему явленія мы изучали на умственной работѣ, то мы исполненіе этой работы и сдѣлаемъ исходной точкой для нашихъ разсужденій объ интересующихъ насъ особенностяхъ процесса вниманія.

При каждой работѣ для успѣшнаго ея выполненія требуется извѣстная интенсивность вниманія, сила сосредоточенія. Понятно, что чѣмъ интенсивнѣе наше вниманіе будетъ направлено на умственную работу, тѣмъ лучше мы ее выполнимъ, т.е. за то же самое время мы успѣемъ совершить большее количество работы и улучшить ея качество. Если же наше вниманіе будетъ чѣмъ-нибудь отвлекаться и ослабѣетъ въ своей интенсивности, то и работа наша потеряетъ въ своемъ количествѣ и сдѣлается хуже по своему качеству. По этому, чтобы судить объ интенсивности вниманія, съ какой данный субъектъ совершалъ умственную работу, мы должны разсмотрѣть ее какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи. При этомъ мы должны однако оговориться, что не во всѣхъ случаяхъ количественная и качественная сторона работы идутъ параллельно другъ другу: бывають случаи, гдѣ ослабленіе вниманія почти не отражается на количествѣ работы, но за то сильно ухудшая ея качество; въ другихъ же случаяхъ упадокъ вниманія первымъ дѣломъ сказывается на уменьшеніи количества работы.

Для изображенія количества работы, выполненной здоровыми и больными, мы представимъ среднее количество буквъ, просмотрѣнныхъ ежедневно въ теченіе десяти минутъ. Это среднее количество мы получимъ, если мы все число просмотрѣнныхъ за весь періодъ опытовъ буквъ раздѣлимъ на число дней опыта. Въ виду того, что съ здоровыми мы производили опыты только въ теченіе 10 дней, то среднія цифры у больныхъ мы также выводили изъ первыхъ 10 дней опыта, какъ и у здоровыхъ. Качество работы мы выражаемъ въ процентахъ ошибокъ, т.е. пропущенныхъ буквъ или строкъ, ко всему количеству просмотрѣнныхъ буквъ.

У здоровыхъ мы будемъ имѣть слѣдующее выраженіе количества и качества работы.

	Л. Г. Б. Б. М. Г. М. Ф. Въ средн.				
Просмот. въ средн. ежед. буквъ	3086	3463	3592	2965	3276
Дефекты, выраженные въ ‰	0,7	2	0,9	2,6	1,5

Изъ этихъ цифръ мы видимъ, что разница между количествомъ просмотрѣнныхъ буквъ у здоровыхъ лицъ не велика, въ общемъ они просматриваютъ ежедневно около 3000 буквъ; среднее количество ежедневно просмотрѣнныхъ всеми здоровыми буквъ равняется 3276 или 2 таблицамъ съ чѣмъ-то (каждая таблица содержитъ 1600 буквъ). Число допущенныхъ здоровыми ошибокъ весьма незначительно: у 2 лицъ на 1000 просмотрѣнныхъ буквъ приходится меньше 1 ошибки, у остальныхъ 2 по 2 ошибки на тысячу. Въ среднемъ на 1000 просмотрѣнныхъ буквъ приходится по 1,5 ошибки.

Если мы съ этими цифрами сопоставимъ результаты полученные у 6 маниакальныхъ больныхъ, то получимъ слѣдующее.

	Э-ичъ Х-емъ П-ова В-ерь Ш-ина Ю-ичъ В. въ средн.						
Просмот. ежедневно буквъ	4104	2932	2435	1983	1884	1726	2511
дефекты въ ‰	10,0	1,5	8,3	21,2	13,8	5,2	10,0

Эти цифры показываютъ намъ, что количество работы, исполненное маниакальными больными, далеко не одинаково. Первый больной по количеству исполненной имъ работы значительно превосходитъ не только всѣхъ остальныхъ больныхъ, но и здоровыхъ. У этого больного было довольно рѣзко выражено двигательное возбужденіе, и онъ работалъ съ какой-то лихорадочной поспѣшностью. Онъ говорилъ вообще очень мало и не обнаруживалъ бѣглости идей, которая служитъ выраженіемъ отвлекаемости больного. И такъ какъ работа по просмотру буквъ является довольно легкой, не требующей особеннаго умственнаго напряженія, то двигательнымъ возбужденіемъ больного при отсутствіи другихъ мѣшающихъ вліяній, вѣроятно, и можно будетъ объяснить необычайную скорость выполненія имъ работы. Слѣдующій больной по своему психическому состоянію былъ довольно близокъ къ нормальному: онъ и по количеству работы приближается къ нормальнымъ лицамъ. Остальные больные обнаруживаютъ болѣе или менѣе значительное пониженіе количества работы сравнительно съ здоровыми лицами. Если взять среднее количество буквъ, просмотрѣнныхъ ежедневно всеми маниакальными больными, то мы получимъ 2511 — число, довольно значительно уступающее количественному выраженію работы у здоровыхъ (3276). Что касается качества выполненной больными работы, то оно значительно хуже, чѣмъ у здоровыхъ. За исключеніемъ одного больного, близко подходящаго къ нормальному состоянію, всѣ допустили довольно большое число ошибокъ, предѣлы которыхъ впрочемъ колеблются между 5 и 21‰. Среднее количество ошибокъ, допущенныхъ всеми больными, составляетъ 10,0 на

тысячу, между тѣмъ какъ у здоровыхъ она равняется 1,5. Итакъ, мы видимъ, что *маніакальные больные, какъ по количеству, такъ и по качеству работы, уступаютъ здоровымъ.*

У депрессивныхъ больныхъ количество и качество работы выражается въ слѣдующихъ цифрахъ.

	В—овъ.	Н—скан.	Ф—овъ.	Р—тъ.	О—овъ.	К—ова.	Въ средн.
Просмот. ежед. буквъ	2863	2781	2250	1662	1468	1241	2044
дефекты въ ‰	1,8	4,2	2,3	3,7	0,1	0,3	2,1

Всматриваясь въ эту таблицу, мы замѣчаемъ, что только первые 2 больныхъ по количеству выполненной ими работы близко подходят къ нормальнымъ лицамъ, остальные обнаруживаютъ значительное пониженіе продуктивности, особенно послѣдніе 2 больныхъ. Интересно отмѣтить, что наибольшую продуктивность развилъ первый больной (В—овъ), который все время находился почти въ ступорозномъ состояніи. Онъ ни слова не говорилъ, совсѣмъ не отвѣчалъ или давалъ отвѣты тихимъ слабымъ голосомъ, почти не двигаясь, вообще психомоторная задержка была весьма велика, а между тѣмъ изъ депрессивныхъ больныхъ онъ выполнилъ наибольшее количество работы. То же самое онъ обнаружилъ и при изслѣдованіи другихъ психическихъ функций (ср. главы объ умственной работоспособности и ассоціаціяхъ). Въ данномъ случаѣ, слѣдовательно, только объективное изслѣдованіе обнаружило, что психическая задержка у этого больного была не общая: въ то время какъ психомоторная была очень велика, въ интеллектуальной сферѣ она совсѣмъ не наблюдалась.

Если мы возьмемъ среднее число буквъ, ежедневно просмѣтрѣнныхъ всѣми депрессивными больными, то мы увидимъ, что оно уступаетъ не только среднему числу у здоровыхъ, но и у маніакальныхъ. *Что касается качества работы депрессивныхъ, то оно значительно лучше, чѣмъ у маніакальныхъ, но уступаетъ качеству работы здоровыхъ.* Хорошее качество работы депрессивныхъ находить отчасти свое объясненіе въ медленности ея выполнения.

Съ больнымъ О—овымъ мы имѣли случай продѣлать еще нѣсколько опытовъ, когда онъ впослѣдствіи перешелъ въ маніакальный стадій. Интересно сравнить результаты опытовъ въ меланхолическомъ и маніакальномъ стадіи у того же больного. Въ виду того, что буквы, повидному, не представляютъ собою одинаковой трудности для отмѣтки, мы сравнимъ результаты опытовъ съ одной и той же буквой (в—по нашему, одна изъ наиболее трудныхъ), произведенныхъ въ меланх. и маніак. сост. по 2 раза. Въ

меланх. состояніи больной въ среднемъ просмѣтрѣлъ въ теченіе 10 минутъ 1307 буквъ (при отмѣткѣ буквы в), причемъ допустилъ 1 ошибку, кстаті единственную въ теченіи всѣхъ опытовъ съ одной буквой, въ маніакальномъ стадіи онъ успѣлъ просмѣтрѣть въ то же время 2478 буквъ (при отмѣткѣ той же буквы), причемъ не сдѣлалъ ни одной ошибки: въ маніакальномъ состояніи, слѣд., онъ работалъ почти вдвое скорѣе, хотя все еще ниже нормы.

Для болѣе нагляднаго сравненія мы сопоставимъ рядомъ среднія цифры, полученныя у здоровыхъ, маніакальныхъ и депрессивныхъ больныхъ.

	здоровые	маніакал.	депрессивн.
Просмѣтрѣли въ средн. ежедн. буквъ . . .	3276	2511	2044
дефекты въ ‰ . . .	1,5	10,0	2,1

Отсюда мы заключаемъ, что, судя по количеству и качеству исполненной работы, *сила сосредоточенія, или интенсивность вниманія, какъ у маніакальныхъ, такъ и депрессивныхъ больныхъ, понижена сравнительно съ здоровыми.* Если же взять мѣриломъ интенсивности вниманія только качество работы, то она (интенси. вним.) оказывается у маніакальныхъ значительно хуже, чѣмъ у депрессивныхъ.

Переходимъ теперь къ разсмотрѣнію вопроса о приспособляемости вниманія.

Для успѣшнаго выполнения какой-нибудь работы мы должны сосредоточить свое вниманіе, т.-е. затратить известную сумму психической энергіи. Чѣмъ труднѣе становится работа, тѣмъ болѣе запросъ предъявляется нашей психической энергіи: наше вниманіе должно приспособиться къ болѣе трудной работѣ, чтобы выполнить ее удовлетворительно, оно должно обнаружить высшую степень напряженія, чѣмъ при болѣе простой работѣ. Чтобы судить о приспособляемости вниманія субъекта, мы усложняемъ работу, и сравнивая результаты болѣе трудной и болѣе легкой работъ, мы получаемъ представленіе объ этой особенности вниманія. Усложненіе работы при нашихъ опытахъ, какъ уже упоминалось, состояло въ томъ, что мы предлагали перечеркивать вмѣсто 1 буквы 2 разныя буквы, что значительно затрудняетъ задачу. Само собою разумѣется, что работа при этомъ должна терять въ своемъ количествѣ, хотя бы уже потому, что приходится перечеркнуть вдвое больше буквъ. Но и качество работы при этомъ также нѣсколько страдаетъ вслѣдствіе болѣе трудности задачи. Для опредѣленія потери работы какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи мы сопоставимъ среднія цифры ежедневно просмѣтрѣнныхъ знаковъ при 1 буквѣ и при 2 буквахъ. Тутъ же мы обозначимъ и дефекты въ ‰.

У здоровыхъ лицъ мы будемъ имѣть слѣдующія числа.

ТАБЛИЦА 1.

	Л. Г.	Г. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ средн.
Просмот. ежедн. при 1 буквъ.	3086	3463	3592	2965	3276
» . » 2 буквъ.	2113	2121	2395	2036	2166
Количеств. потеря въ % . .	31,5	38,8	33,3	31,3	33,9
Дефекты при 1 буквъ въ ‰	0,7	2,0	0,9	2,6	1,5
» 2 буквахъ »	2,5	8,5	6,9	6,7	6,1
Разница качеств. ухудшения на	1,8	6,5	6,0	4,1	4,6

Изъ этой таблицы мы видимъ, что усложнение работы при нашихъ опытахъ влечетъ за собою у здоровыхъ лицъ въ среднемъ потерю $\frac{1}{3}$ количества работы, или точнѣе 33,9%. Индивидуальные колебанія при этой потерѣ количества работы весьма невелики. Качество работы при ея усложненіи ухудшается на 4,6‰, т. е. на каждую тысячу просмотрѣнныхъ буквъ приходится еще 4 лишннихъ дефекта. Изъ этого мы заключаемъ, что здоровые люди въ состояніи довольно хорошо приспособить свое вниманіе къ болѣе трудной работѣ. Они ее выполняютъ удовлетворительно, ухудшая только незначительно ея качество, но зато неизбежно понижая ея количество на цѣлую треть.

Если мы теперь обратимся къ рассмотрѣнію приспособляемости вниманія у маниакальныхъ больныхъ, то мы получимъ слѣдующую таблицу.

ТАБЛИЦА 2.

	Э — ичъ.	Х — емъ.	Н — ова.	В — ерь.	Ш — ина.	Ю — чъ.	Въ средн.
Просмот. при 1 буквъ .	4104	2932	2435	1983	1884	1726	2511
» 2 буквахъ.	2810	1870	1418	1599	1227	1061	1664
Колич. потеря въ % . .	31,5	36,2	41,8	19,4	34,9	38,5	33,7
Дефекты при 1 бук. ‰	10,0	1,5	8,3	21,2	13,8	5,2	10,0
» 2 буквахъ.	30,6	8,8	15,5	63,2	45,6	13,2	29,5
Ухудшеніе качества на	20,6	7,3	7,2	42,0	31,8	8,0	19,5

Эти цифры намъ показываютъ, что приспособляемость маниакальныхъ больныхъ къ болѣе трудной задачѣ далеко не одинакова. Индивидуальные колебанія въ количественной потерѣ работы при ея усложненіи у маниак. больныхъ не велики, за исключеніемъ одного случая (В—ерь), который потерялъ только 19% работы. Такая сравнительно небольшая потеря работы, конечно, еще не свидѣтельствуетъ о его хорошей приспособляемости къ болѣе трудной

задачѣ, а скорѣе наоборотъ. Испоняя болѣе трудную работу почти такъ же быстро, какъ и простую, онъ сдѣлалъ зато очень много ошибокъ. Другіе маниакальные потеряли количественно отъ 30 до 40‰, въ среднемъ они потеряли 33,7‰, т. е. столько же, сколько и здоровые люди. Но зато въ качественномъ отношеніи мы видимъ у маниакальныхъ больныхъ значительное ухудшеніе работы сравнительно съ здоровыми. Правда, это ухудшеніе работы при усложненіи послѣдней не у всѣхъ одинаково выражено. У 3 больныхъ мы находимъ 7—8 лишннихъ ошибокъ на тысячу, у остальныхъ же 3 больныхъ отъ 20 до 42 лишннихъ ошибокъ. Въ среднемъ работа при усложненіи ухудшается у маниакальныхъ больныхъ на 19,5‰ сравнительно съ простой работой. У здоровыхъ лицъ ухудшеніе работы при аналогичныхъ условіяхъ опыта выражается цифрой 4,6‰. Если мы эту цифру будемъ считать при данныхъ условіяхъ опыта за норму приспособляемости вниманія (эту же цифру нашелъ и д-ръ *Ильинъ* при своихъ аналогичныхъ нашимъ изслѣдованіяхъ), то мы должны признать, что у маниакальныхъ больныхъ она значительно понижена, т. е. ихъ способность сосредоточиться на болѣе трудной работѣ весьма значительно пострадала. По изслѣдованіямъ *Ильина*, производившаго такіе же опыты надъ различнаго рода слабоумными больными, оказалось, что приспособляемость вниманія паранокковъ (уже въ стадіи слабоумія) понижена на 9‰, у больныхъ dementia praecox на 16‰, у больныхъ старческимъ слабоуміемъ на 29‰. Слѣдовательно, маниакальные больные по своей приспособляемости вниманія превосходятъ только больныхъ со старческимъ слабоуміемъ, уступаая параноккамъ и больнымъ съ раннимъ слабоуміемъ. Отсюда можно только сдѣлать тотъ выводъ, что ослабленіе вниманія и его приспособляемости не можетъ еще служить мѣриломъ упадка интеллекта.

Если мы теперь рассмотримъ это качество вниманія у депрессивныхъ больныхъ, то оно представляется въ слѣдующемъ видѣ.

ТАБЛИЦА 3.

	В-овъ	Н-ская	Ф-ова	Р-тъ	О-овъ	К-ова	Въ сред.
Просмот. при 1 бук.	2863	2781	2250	1662	1468	1241	2044
» 2 »	2017	1693	1332	1012	1028	820	1317
Колич. потеря въ %	29,5	39,1	40,8	39,1	30,0	33,9	35,6
Дефекты при 1 бук. ‰	1,8	4,2	2,3	3,7	0,1	0,3	2,1
» 2 »	7,4	7,5	14,4	12,4	3,9	1,8	7,9
Ухудш. качества на %	5,6	3,3	12,1	8,7	3,8	1,5	5,8

Изъ этихъ данныхъ оказывается, что болѣшій запросъ къ сосредоточенію депрессивныхъ больныхъ отражается преимущественно на количествѣ работы и въ гораздо меньшей мѣрѣ на качествахъ

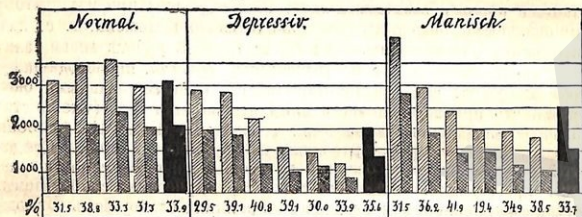
ея. Депрессивные больные, приспособляясь къ болѣе трудной работѣ, теряютъ въ количествѣ нѣсколько больше, чѣмъ здоровые и маниакальные, въ качественномъ же отношеніи ихъ работа только немногимъ болѣе ухудшается, чѣмъ у здоровыхъ, и значительно превосходить работу маниакальныхъ.

Для нагляднаго сравненія мы помѣщаемъ здѣсь 2 діаграммы, изображающія количественную и качественную сторону работы всѣхъ испытуемыхъ.

Въ I діагр. первая палочка изображаетъ количеств. сторону работы при зачеркиваніи 1 буквы, вторая палочка—при зачеркиваніи 2 буквъ, цифры внизу указываютъ на количест. разницу въ %.

II діагр. представляетъ качеств. стор. работы. Палочки изображаютъ дефекты ‰ при зачеркиваніи 1 и 2 буквъ. Цифры указываютъ на ухудшеніе качества работы при этомъ.

ДИАГРАММА I.



Количественная сторона работы.

ДИАГРАММА II.



Качественная сторона работы.

Итакъ, мы видимъ, что способность сосредоточиться на болѣе трудной работѣ, т. е. приспособляемость вниманія какъ у маниакальныхъ, такъ и у депрессивныхъ больныхъ понижена сравни-

тельно съ здоровыми лицами; у первыхъ это пониженіе сказывается въ значительномъ ухудшеніи качества работы, у послѣднихъ въ весьма незначительномъ ухудшеніи качества и въ небольшой потерѣ количества сравнительно съ здоровыми.

Многочисленные наблюденія и опыты давно уже показали, что наше вниманіе, какъ и всѣ наши другія психическія функціи, никогда не находится долго на одной и той же высотѣ, а подвержены болѣе или менѣе значительнымъ колебаніямъ. Оно постоянно то ослабляется, то усиливается въ своей функціи въ зависимости отъ многихъ, не всегда намъ извѣстныхъ причинъ. Эта неравномѣрность функционированія вниманія отражается конечно на исполняемой субъектомъ работѣ, на ея количественной или качественной сторонѣ. Желательно поэтому опредѣлить и степень равномерности вниманія, съ какой испытываемыя нами больные выполняли свою работу. Самымъ лучшимъ мѣриломъ для равномерности вниманія мы должны считать такъ называемую среднюю вариацию работы, по выраженію Виссера «динамометръ» вниманія. Мы поэтому вычислили среднюю вариацию, или разностный коэффициентъ, работы всѣхъ нашихъ испытуемыхъ, какъ съ количественной, такъ и съ качественной стороны. Вычисления эти довольно сложныя, и производили мы ихъ слѣдующимъ образомъ. Работа каждого испытуемаго вычислялась по отдѣльнымъ минутамъ, т.-е. мы изъ 5 дней, которые здоровые и больные работали безъ перерыва въ теченіе 10 минутъ, вычисляли среднее количество и качество работы (‰ дефектовъ), произведенное въ каждую отдѣльную минуту. Расположивши работу такимъ образомъ, мы находили арифметическую среднюю изъ всѣхъ 10 минутъ, затѣмъ высчитывали всѣ отклоненія, которыя имѣлись въ каждую минуту отъ этой арифметической средней, все равно, будутъ ли они положительныя или отрицательныя, т.-е. были ли они больше или меньше средней, складывали ихъ и дѣлили на 10. Результатъ намъ и показывалъ число для средней вариации. Ниже мы на примѣрѣ покажемъ, какъ эти вычисления производятся. Мы однако считали неправильнымъ ограничиться этимъ числомъ для средней вариации, какъ это дѣлали другіе авторы, а выражали всегда это число въ процентномъ отношеніи къ арифметической средней на слѣдующемъ основаніи. Въдѣ если одинъ большой просматриваетъ въ среднемъ напр. 300 буквъ въ минуту и при этомъ среднее колебаніе въ минуту, т.-е. средняя вариация, будетъ составлять 10 буквъ, а другой большой просматриваетъ вдвое меньше буквъ въ минуту, т.-е. 150, причѣмъ у него окажется та же средняя вариация, т.-е. также 10 буквъ, то, по нашему мнѣнію, въ данномъ случаѣ нельзя говорить объ одинаковой равномерности работы у обоихъ больныхъ, какъ показываетъ въ обоихъ случаяхъ число 10. Работа второго идетъ очевидно вдвое менѣе равномерно, чѣмъ у перваго, и это мы действительно найдемъ, если мы число

10 выразимъ въ процентномъ отношеніи къ среднимъ арифметическимъ, т.-е. къ 300 и 150 въ данномъ случаѣ. Послѣ этого небольшого отступленія мы переходимъ къ изложенію результатовъ изслѣдованія равномерности вниманія.

Если мы расположимъ работу отдѣльныхъ здоровыхъ по минутамъ, количественную сторону съ лѣвой стороны, а качественную, съ правой, то мы получимъ слѣдующую таблицу.

ТАБЛИЦА 4.

Просмотрѣли въ сред. по отдѣльн. минутамъ.				Дефекты по отдѣльн. минут. ‰.			
Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.
1'	309	356	365	2,6	1,7	1,1	4,1
2'	284	325	339	0,7	2,5	0,6	3,1
3'	286	331	334	0	1,8	0,6	2,3
4'	293	323	344	0	1,2	0	1,5
5'	304	330	358	2,0	1,8	0,6	2,9
6'	301	315	339	0	1,9	2,4	2,1
7'	291	319	342	0	0,6	4,7	2,3
8'	281	319	343	0	0	0,6	0,8
9'	294	334	362	0,7	3,0	0,6	3,1
10'	313	330	338	0,6	3,0	1,2	2,3

Чтобы вычислить среднюю вариацию для Л. Г. (количественную), мы должны найти сначала среднюю арифметическую изъ всѣхъ 10 минутъ, она оказывается равной 296. Теперь мы беремъ всѣ разницы между этой средней и каждой отдѣльной минутой; онѣ будутъ слѣдующія: 13, 12, 10, 3, 8, 5, 5, 15, 2, 17. Складывая ихъ, мы получимъ 90; раздѣливъ 90 на 10, получаемъ выраженіе для средней вариации, въ данномъ случаѣ оно равняется 9. Выразая это число въ процентахъ по отношенію къ средней арифметической 296, получимъ 3‰. Вычисляя такимъ же образомъ для остальныхъ испытуемыхъ, получаемъ слѣдующія числа.

Средняя вариация для	Л. Г.	9	или	3,04‰.
>	>	Б. Б.	8	> 2,44 >
>	>	М. Г.	9	> 2,60 >
>	>	М. Ф.	1,01	> 3,77 >

Средн. вариация для всѣхъ въ сред. = 9 или 2,96‰

Опредѣлимъ теперь качественную среднюю вариацию для Л. Г. Средняя арифметическая равняется 0,7. Разницы между этой средней и цифрами отдѣльныхъ минутъ будутъ: 1,9; 0; 0,7; 0,7; 1,3; 0,7; 0,7; 0; 0,1. Ихъ сумма составляетъ 6,8. Если это число раздѣлить на 10, получимъ 0,7. Вычисляя такимъ же образомъ для всѣхъ остальныхъ, получаемъ слѣдующую таблицу:

Средняя вариация (качеств.) для			
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>

Л. Г. 0,7‰
 Б. Б. 0,7 >
 М. Г. 0,9 >
 М. Ф. 0,7 >

Средн. вариация для всѣхъ въ средн. 0,7‰

Переходя теперь къ опредѣленію равномерности вниманія, съ какой работой маніакальные больные, мы составимъ слѣдующую таблицу.

ТАБЛИЦА 5.

Просмотр. въ сред. по отдѣльн. минутамъ.						Дефекты по отдѣльн. минут. ‰.						
Э—ичъ.	Х—емъ.	Н—ова.	В—ерь.	Ш—ина.	Ю—ичъ.	Э—ичъ.	Х—емъ.	Н—ова.	В—ерь.	Ш—ина.	Ю—ичъ.	
1'	400	295	250	213	162	164	10,0	2,0	10,4	15,0	11,1	0
2'	407	266	240	189	184	154	13,3	2,3	14,2	20,1	13,0	1,3
3'	421	293	222	206	170	154	19,5	2,7	9,0	22,4	21,2	2,6
4'	424	280	228	208	179	170	16,5	2,1	7,0	25,0	12,3	1,2
5'	438	291	234	217	182	167	15,5	2,1	9,4	18,4	12,1	3,6
6'	436	300	246	209	200	169	18,4	0,7	8,1	10,5	16,0	3,5
7'	417	298	253	222	189	160	12,5	3,4	8,7	24,3	9,5	6,3
8'	432	292	236	218	193	174	13,9	0	1,7	19,3	12,4	6,9
9'	437	297	248	210	192	175	20,2	0	6,5	20,0	20,8	6,9
10'	420	305	243	188	187	188	8,6	0,7	3,3	18,0	17,1	6,4

Вычисляя изъ этой таблицы среднюю вариацию, сначала количественную, мы получаемъ слѣдующія данныя для каждаго больного въ отдѣльности.

Э—ичъ. Х—емъ. Н—ова. В—ерь. Ш—ина. Ю—ичъ. Въ средн. 10,2 или 7,5 или 8,0 или 8,2 или 8,4 или 7,7 или 8,3 или 2,41‰ 2,57‰ 3,33‰ 3,94‰ 4,56‰ 4,61‰ 3,57‰

Эти цифры намъ показываютъ, что въ отношеніи скорости маніакальные больные работаютъ довольно равномерно. Среднее колебаніе у нихъ составляетъ 3,57‰, немного больше, чѣмъ у здоровыхъ (2,96‰). Если мы теперь опредѣлимъ среднюю вариацию съ качественной стороны, то получимъ слѣдующія цифры.

Э—ичъ. Х—емъ. Н—ова. В—ерь. Ш—ина. Ю—ичъ. Въ средн. 3,2‰ 1,0‰ 2,6‰ 2,3‰ 3,4‰ 2,2‰ 2,4‰

Изъ этихъ цифръ явствуетъ, что только одинъ большой Х—емъ, близко подходившій по своему психическому состоянію къ нормѣ, работалъ въ качественномъ отношеніи почти съ такимъ же равно-

мѣрнымъ вниманіемъ, какъ и здоровые. У остальныхъ больныхъ такой равномерности работы въ качественномъ отношеніи не наблюдается. Средняя вариация у маниакальныхъ больныхъ составляетъ 2,4%, тогда какъ у здоровыхъ она равняется всего 0,7%. Маниакальные больные, слѣдовательно, работаютъ не только хуже здоровыхъ, какъ мы это раньше показали, но и менѣе равномерно, особенно въ качественномъ отношеніи. Вниманіе ихъ гесп. сосредоточеніе, и такъ ужъ не достигая высокой степени напряженія, обнаруживаетъ еще значительныя колебанія, что находится въ полномъ соотвѣтствіи съ клиническими наблюденіями, которыя уже давно отмѣтили отвлекаемость вниманія у маниакальныхъ больныхъ.

У депрессивныхъ больныхъ мы получаемъ для опредѣленія равномерности вниманія слѣдующую таблицу.

ТАБЛИЦА 6.

	Просмотръ въ средн. по отдѣл. минутамъ.					Дефекты по отдѣл. минутъ. %о.						
	В—овъ.	Н—ская.	Ф—ова.	Р—тъ.	О—овъ.	К—ова.	В—овъ.	Н—ская.	Ф—ова.	Р—тъ.	О—овъ.	К—ова.
1'	278	287	241	167	158	124	3,6	4,2	2,5	0	0	0
2'	248	266	219	158	139	114	1,6	3,8	2,7	1,3	1,4	0
3'	282	266	203	160	142	116	2,1	5,3	2,9	1,3	0	0
4'	319	234	228	158	147	109	4,4	3,4	4,4	6,3	0	0
5'	294	265	211	170	148	127	0,7	4,5	0,9	2,4	0	0
6'	292	284	229	156	153	118	1,4	1,4	3,5	5,1	0	0
7'	277	271	220	171	144	119	1,4	8,1	4,5	4,7	0	2,8
8'	298	273	239	160	150	126	0,7	5,9	1,7	7,5	0	0
9'	309	250	232	175	139	113	2,6	2,4	1,7	5,7	0	0
10'	300	249	243	173	148	132	2,0	1,6	4,9	4,6	0	0

Если мы будемъ опредѣлять изъ этой таблицы среднюю вариацию (количеств.) для каждаго больного, то получатся слѣдующія цифры.

В—овъ. Н—ская. Ф—ова. Р—тъ. О—овъ. К—ова. Въ средн.
 14,7 или 12,3 или 10,7 или 6,4 или 4,6 или 6,0 или 9,1 или
 5,07% 4,66% 4,73% 3,88% 3,13% 5% 4,41%

Эти цифры даютъ намъ ясное представленіе о той степени равномерности, съ которой выполняютъ свою работу депрессивные больные въ отношеніи ея скорости. Средняя вариация у депрессивныхъ больныхъ равняется въ среднемъ 4,41%, слѣд. они

работаютъ менѣе равномерно не только, чѣмъ здоровые, но и чѣмъ маниакальные больные. Эти сравнительно большія колебанія въ отношеніи скорости работы у депрессивныхъ больныхъ, чѣмъ у маниакальныхъ, можно будетъ, вѣроятно, объяснить общей психической задержкой, которая такъ характерна для этого рода больныхъ, или ихъ утомляемостью.

Средняя вариация качественной стороны работы депрессивныхъ больныхъ находитъ свое выраженіе въ слѣдующихъ цифрахъ.

В—овъ. Н—ская. Ф—ова. Р—тъ. О—овъ. К—ова. Въ средн.
 %о 0,9 1,5 1,1 2,1 0,2 0,5 1,1

Эти цифры показываютъ намъ, что напряженіе вниманія у депрессивныхъ больныхъ поддерживается на довольно равномерномъ уровнѣ. Колебанія нѣсколько больше, чѣмъ въ нормѣ, и въ общемъ не очень значительны.

Для большей наглядности мы сопоставляемъ рядомъ найденныя среднія величины для характеристики равномерности вниманія у здоровыхъ, маниакальныхъ и депрессивныхъ больныхъ.

	у здоров.	у маниак.	у депресс.
Средняя вариация (количеств.) %о	2,96	3,57	4,41
Средняя вариация (качеств.) %о	0,7	2,4	1,1

Отсюда мы заключаемъ, что *устойчивость, или равномерность сосредоточенія гесп. вниманія у маниакальныхъ и меланхолическихъ больныхъ менѣе выражена, чѣмъ у здоровыхъ.* У нихъ наблюдаются большія колебанія въ работѣ, какъ въ смыслѣ неравномерной скорости, такъ и неравномернаго качества ея. Неравномерная скорость болѣе выражена у депрессивныхъ больныхъ, неравномерное качество у маниакальныхъ.

До сихъ поръ предметомъ нашихъ изслѣдованій были тѣ особенности процесса вниманія гесп. сосредоточенія, которая, какъ мы видѣли, показали намъ характерныя отличія у здоровыхъ съ одной стороны и маниакальныхъ и меланхол. больныхъ съ другой стороны. Эти особенности мы изучали на извѣстной умственной работѣ, которая является весьма несложной и въ сущности не требуетъ участія многихъ психическихъ функций: кромѣ вниманія въ этой работѣ преимущественно функционируютъ наши воспріятія и двигательная реакція (вычеркиваніе буквы). Несмотря однако на всю легкость и несложность этой работы, мы считаемъ, что и она представляетъ интересъ для изученія тѣхъ основныхъ качествъ («Grundeigenschaften» Kraepelin'a) личности, которыя проявляются въ каждой умственной работѣ. Эти же основныя особенности личности мы слѣлаемъ предметомъ изученія въ слѣдующей главѣ, только на болѣе сложной умственной работѣ.

Многочисленными трудами преимущественно Kraepelin'овской школы установлено, что выполненіе всякой умственной работы на-

ходится под влиянием некоторых факторов, из которых на первом плане выступают упражнение, утомление, возбуждение при работѣ (Anregung) и первоначальный импульс при работѣ или импульс при окончаніи (Antrieb). Вліяніе этих факторов совершенно неодинаково и неравномерно, такъ какъ они подвержены извѣстнымъ колебаніямъ въ теченіе самой работы. Упражнение, возбужденіе и импульсъ повышаютъ продуктивность работы, между тѣмъ какъ утомленіе дѣйствуетъ противоположнымъ образомъ. Продуктивность работы во всякое время обуславливается этими противоположными вліяніями, и до тѣхъ поръ пока работа улучшается, мы въ правѣ предположить, что первые 3 фактора въ совокупности или въ отдѣльности берутъ верхъ надъ утомленіемъ, если же послѣднее начинаетъ перетягивать чашку вѣсовъ на свою сторону, продуктивность работы роковымъ образомъ начинаетъ падать. Учетываніе роли каждаго фактора въ отдѣльности, такъ сказать, опредѣленіе удѣльной вѣсы каждаго изъ нихъ представляется дѣломъ весьма нелегкимъ и возможно только приблизительно.

Переходимъ къ разсмотрѣнію того основного качества, которое наблюдается у всякаго здороваго человѣка при умственной работѣ, а именно постояннаго и прочнаго навыка къ работѣ, или упражняемости (Uebungsfähigkeit) по Kraepelin'у. Способность человѣка улучшать свою работу подъ вліяніемъ упражненія составляетъ общеизвѣстный фактъ, и это упражненіе лежитъ въ сущности въ основѣ нашего умственнаго совершенствованія. Чѣмъ больше мы упражняемся, тѣмъ большихъ результатовъ мы достигаемъ. Очевидно, всякая работа оставляетъ въ насъ извѣстный слѣдъ и создаетъ опредѣленное предрасположеніе къ выполненію этой работы; въ концѣ концовъ она даже выполняется нами автоматически, или механически. Постоянный и прочный навыкъ, или упражняемость, индивидуально различенъ и прежде всего зависитъ отъ той степени упражненія, съ которой испытуемое лицо участвуетъ въ работѣ. Ясно, что чѣмъ человѣкъ болѣе знакомъ съ предстоящей ему работой, тѣмъ меньше навыка онъ приобретаетъ. Наша работа въ томъ видѣ, какъ мы ее предлагали, не была знакома болѣе и здоровымъ.

Чтобы судить о степени упражненія, которой испытуемое лицо достигаетъ во время работы, казалось бы проще всего сопоставлять всегда начало и конецъ работы, который подъ вліяніемъ упражненія долженъ нарастать, но дѣло въ томъ, что параллельно съ упражненіемъ идетъ всегда утомленіе, которое къ концу работы сплосъ да рядомъ превосходитъ упражненіе, совершенно отодвигая его на задній планъ. Приходится прибѣгать къ другому способу измѣренія упражняемости, гдѣ утомленіе не будетъ играть никакой роли. Это будетъ въ томъ случаѣ, если мы будемъ сравнивать одни и тѣ же отдѣлы работы по днямъ опытовъ. Здѣсь ко-

нечно утомленіе не имѣетъ мѣста, но за то сказывается другой недостатокъ, нарушающій точность измѣренія. Упражненіе, будучи вообще тѣсно связано съ памятью, за сутки теряетъ некоторую часть и на другой день мы будемъ имѣть уже не чистый привѣтъ упражненія, а уменьшенный на некоторую его часть.

Количество и качество работы мы расположимъ по 10 днямъ опытовъ, причѣмъ среднее въ минуту вычислено изъ 5-и минутнаго періода работы.

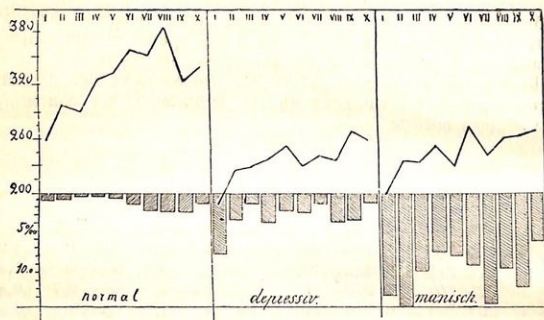
ТАБЛИЦА 7.

	Среднее число просмотр. буквъ въ 1' по днямъ опытовъ.					Въ сред.	Дефекты ‰ по днямъ опытовъ.				
	Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ сред.		Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ сред.
1 день	250	280	301	195	257	2,4	0,7	1,5	0	1,2	
2 »	274	319	359	255	302	0	3,8	0,5	0	1,1	
3 »	275	301	327	273	294	1,5	0	0	0,7	0,5	
4 »	304	344	326	310	321	0	1,2	1,2	0	0,5	
5 »	309	386	336	302	333	0	0,5	0	2,0	0,6	
6 »	282	404	390	352	357	0,7	2,0	0,5	2,8	1,5	
7 »	338	379	390	303	352	1,2	2,1	1,0	5,9	2,4	
8 »	358	393	398	376	381	1,2	2,0	0,5	5,9	2,5	
9 »	305	318	387	277	322	0,5	5,7	0,5	4,3	2,6	
10 »	342	336	367	303	337	1,8	1,8	0,5	2,6	1,6	

Эта таблица намъ показываетъ, что у всѣхъ здоровыхъ работа обнаруживаетъ явную склонность къ количественному нарастанію. Хотя у всѣхъ испытуемыхъ по отдѣльнымъ днямъ замѣчаются и колебанія, но въ общемъ работа довольно значительно прогрессируетъ въ количественномъ отношеніи. Только на 9-ый день мы видимъ у всѣхъ здоровыхъ паденіе количества работы, у большинства весьма сильное. Мы склонны это обстоятельство объяснить болѣею трудностью, которую представляетъ предложенная въ тотъ день буква (к) для отмычки. Въ качественномъ отношеніи мы не замѣчаемъ улучшенія съ каждымъ днемъ. У первыхъ 3 испытуемыхъ работа въ качественномъ отношеніи выполняется въ общемъ довольно равномерно, у М. Ф. замѣчается даже въ послѣдніе 5 дней ухудшеніе качества. Если принять во вниманіе, что здоровые вообще дѣлали очень мало ошибокъ, то конечно трудно было ожидать еще большаго улучшенія качества въ послѣдующіе дни. Кромѣ того слѣдуетъ имѣть въ виду, что эта работа, являясь довольно однообразной и скудной, понижаетъ съ теченіемъ времени интересъ къ себѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и способность къ интензивному сосредоточенію.

Для большаго наглядности мы представляемъ здѣсь общую діаграмму, которая изображаетъ среднее количество и качество работы всѣхъ здоровыхъ по днямъ опытовъ, равно какъ всѣхъ малякальных и депрессивныхъ больныхъ.

ДИАГРАММА III.



Количество (кривая) и качество (столбики) работы по дням опытов.

Если мы пожелаем выразить прочный навык, или упражняемость, в цифровых величинах, то для этого у нас имеется несколько способов. Самый простой способ, казалось бы, состоит в том, чтобы вычислить количественный парост за все время опытов, т.е. вычесть количество работы за первый день из количества за последний и эту разницу выразить в % к количеству первого дня. Неточность этого способа вычисления заключается в том, что мы оперируем в данном случае всего 2 числами, которые могут быть почему-либо случайными, и вследствие этого результат получится неверный. Желательно поэтому, чтобы в наших вычислениях участвовали все найденные числа; тут случайность некоторых величин уже сглаживается. Мы поэтому сравниваем средние величины за первые 5 дней опытов и за последние 5 дней и разницу выражаем в процентном отношении к средней за первые 5 дней опытов. Составляя такую таблицу степени упражняемости для здоровых испытуемых, мы получим следующие числа.

Разница средней цифры за первые 5 дней и средней за последние 5 дней (в %).

Л. Г. 282:325=15,2% В. Б. 326:366=12,3% М. Г. 330:386=17,0%

М. Ф. 267:322=20,6% В среднем 301:350=16,3%

Из этих чисел мы видим, что упражняемость за вторую

половину опытов в сравнении с первой колеблется у здоровых между 12 и 20%, в среднем она равна 16,3%.

Если мы теперь расположим работу маниакальных больных по дням опытов, то получим следующую таблицу.

ТАБЛИЦА 8.

Дни.	Средн. число просмотр. букв в 1' по дням опытов.							Дефекты ‰ по дням опыт.						
	Э—ичь	Х—емь	Н—она	В—ерь	Ш—ина	Ю—ичь	Въ средн.	Э—ичь	Х—емь	Н—она	В—ерь	Ш—ина	Ю—ичь	Въ средн.
1	294	213	201	157	174	168	201	8,8	4,7	10,0	29,3	26,4	3,6	12,8
2	384	263	220	224	176	152	237	4,2	1,7	14,6	57,1	12,5	0	14,2
3	392	240	233	208	155	184	235	8,7	0,8	6,9	31,7	7,7	4,3	9,8
4	534	272	208	203	136	167	253	8,2	0,7	4,8	20,7	13,2	0	7,6
5	388	267	236	173	144	173	230	6,2	3,7	5,9	10,4	25,0	3,5	7,8
6	454	332	255	200	245	142	271	12,3	2,4	18,8	13,0	2,4	1,4	9,0
7	368	301	243	176	195	178	243	22,9	0	14,8	12,5	27,7	3,4	13,8
8	431	332	266	219	158	171	263	18,6	0	6,0	9,1	19,0	3,5	9,6
9	449	296	297	217	162	175	264	11,4	1,4	8,1	28,6	19,8	9,1	11,8
10	440	320	224	176	260	187	269	8,5	1,2	5,4	7,9	2,3	13,9	6,2

Если взглянуть в эту таблицу, то можно видеть, что собственно только у Х—емь и Н—овой замечается довольно постоянное количественное нарастание работы по типу здоровых. У этих больных, след. работа, оставляя послѣ себя известный след, способствует увеличению прочного навыка к этой работѣ, которая благодаря этому в последующие разы исполняется все скорѣе. У больного Э—ича также замечается количественное нарастание работы, но это нарастание идет неравномерно, дѣлая большие скачки. У 2 больных В—ера и Ю—ича количественного нарастания работы почти не замечается, другими словами каждая последующая работа является как бы новой для них. Это означает, что следы от прежних работ, благодаря которым вырабатывается у нас навык, у них исчезли, т.е. прочность навыка (Uebungsfestigkeit) у них весьма ничтожна. Впрочем, возможно, как нам кажется, и другое объяснение. Если допустить, что в основѣ упражнения лежит вырабатка все болѣе совершенной координации всѣх психофизических факторов, участвующих в данной работѣ, то можно предположить, что у этих больных именно эта координация и нарушена, благодаря их неспособности к сосредоточению, без чего и правильная координация функций не может проявиться. У больной Ш—иной мы также замечаем отсутствие количественного нарастания работы, только на

6-й и 10-й день мы видим большой подъем кверху. Замѣчательно и то, что въ эти оба дня наряду съ значительнымъ количественнымъ нарастаніемъ идетъ параллельно и качественное улучшение, которое не въ примѣръ выше, чѣмъ въ другіе дни. Способность болной сосредоточиться въ эти дни сильно сказалась, какъ на количествѣ, такъ и на качествѣ работы.

Если мы теперь выразимъ степень упражняемости, или прочный навыкъ, у маніака болныхъ, въ числовыхъ величинахъ, сравнивая количество работы за первые и за послѣдніе 5 дней, то получимъ слѣдующую таблицу.

Разница средней величины за первые 5 дней и средней за послѣдніе 5 дней (въ %).

Э—ичѣ.	Х—емѣ.	Н—ова.
398 : 428 = 7,6%	251 : 316 = 25,9%	220 : 257 = 16,8%
В—ерь.	Ш—ина.	Ю—ичѣ.
193 : 198 = 2,6%	157 : 204 = 29,9%	169 : 171 = 1,2%
Въ средн.		
231 : 262 = 13,4%		

Эти числа намъ показываютъ, что въ отношеніи прочнаго навыка наблюдаются у маніакальных болныхъ большія колебанія, именно отъ 1% до 30%, въ среднемъ онъ выражается 13,4%, слѣдовательно отъ меньше, чѣмъ у здоровыхъ.

При расположеніи работы депрессивныхъ болныхъ по днямъ опытовъ, мы получаемъ слѣдующую таблицу.

ТАБЛИЦА 9.

Дни.	Средн. число просмотр. буквъ въ 1' по днямъ опытовъ.						Дефекты %/оо по днямъ опытовъ.							
	Б—овѣ.	Н—ская.	Ф—ова.	Р—тъ.	О—овѣ.	К—ова.	Въ средн.	Б—овѣ.	Н—ская.	Ф—ова.	Р—тъ.	О—овѣ.	К—ова.	Въ средн.
1	214	244	132	142	115	105	183	8,4	11,5	1,5	7,0	0	0	7,9
2	293	299	168	149	170	110	227	2,7	6,0	0	2,7	0	0	3,3
3	270	288	212	145	146	121	229	0,7	0	1,9	2,8	0	0	1,1
4	262	272	224	179	172	123	234	1,5	3,8	6,2	3,3	0	0	3,8
5	293	288	230	193	132	127	251	1,3	2,8	1,7	3,1	1,5	0	2,2
6	285	234	212	187	—	134	229	0,7	2,6	3,8	3,2	—	0	2,4
7	259	264	237	179	—	235	0	—	2,3	1,7	2,2	—	—	1,5
8	256	277	252	139	—	231	6,2	—	3,6	2,4	1,4	—	—	3,7
9	268	348	276	151	—	261	5,2	—	6,3	0,7	0	—	—	3,6
10	377	236	246	158	—	254	0	—	4,2	0,8	0	—	—	1,2

Эта таблица показываетъ, что о постоянномъ прочномъ навыкѣ можно въ сущности говорить только у Ф—овой, у Н—ской и Р—та не замѣтно количественнаго нарастанія работы по днямъ

работа у нихъ въ общемъ остается на одномъ и томъ же уровнѣ; то же самое мы видимъ и у Б—ова, и только на 10-й день работа значительно возрастаетъ. Съ О—овымъ мы, къ сожалѣнію, не имѣли возможности продолжать 10 опытовъ съ буквами. До опытовъ съ буквенными таблицами мы производили много опытовъ съ знаками *Vaschide'a*, а когда мы перешли на буквы, то мы должны были скоро оставить эти опыты въ виду наступившаго ухудшенія въ состояніи болного. да кромѣ того онъ ужъ очень сталъ тяготивъ опытами. Съ К—овой мы продолжали только 6 сеансовъ въ виду послѣдовавшей выписки ея изъ больницы. У послѣдней также замѣчается медленное, но постоянное нарастаніе. Здѣсь мы должны сдѣлать небольшую оговорку. Говоря о количественномъ нарастаніи работы по днямъ въслѣдствіе упражненія, мы должны сдѣлать исключеніе по отношенію ко второму дню. Тутъ почти всегда наблюдается значительный подъемъ, который однако не можетъ быть всецѣло приписанъ упражненію. Послѣднее развивается постепенно и равномерно, не вызывая рѣзкихъ количественныхъ нарастаній. Этотъ довольно рѣзкій подъемъ работы, который обычно наблюдается на другой день, авторы относятъ къ вліянію привыканія къ новой работѣ, т. е. къ извѣстной установкѣ нашего психофизическаго механизма на новый родъ дѣятельности.

Изъ общей кривой для депрессив. болныхъ мы видимъ, что работа у нихъ медленно нарастаетъ въ количественномъ отношеніи, хотя и съ колебаніями по отдѣльнымъ днямъ. То же самое относится и къ качественной сторонѣ.

Если сравнить среднюю ежедневную работу депрессивныхъ болныхъ за первые и за послѣдніе 5 дней, то получаются слѣдующія цифры.

Б—овѣ.	Н—ская.	Ф—ова.
266 : 289 = 8,6%	278 : 272 = —2,2%	193 : 245 = 26,9%
Р—тъ.	К—ова.	Въ средн. (изъ перв. 4).
162 : 163 = 0,6%	112 : 128 = 14,3%	225 : 242 = 7,6%

Степень упражняемости, какъ мы видимъ, и у депрессивныхъ болныхъ подвержена большимъ колебаніямъ, отъ отрицательной величины—2 до 27%. Въ среднемъ она равняется 7,6%. Упражняемость у депрессивныхъ въ общемъ не велика. Возбужденіе, которое остается послѣ каждой предыдущей работы и которое вырабатываетъ навыкъ къ ней, у депрессивныхъ болныхъ мало проявляется; возможно, что это возбужденіе у нихъ скоро исчезаетъ, или же оно подавляется общей психической задержкой, столь характерной для депрессивныхъ болныхъ.

Для сравненія мы сопоставляемъ рядомъ степень упражняемости у здоровыхъ, маніакальных и депрессивныхъ.

Здоровые.	Маніак.	Депрессив.
16,3%	13,4%	7,6%

Отсюда мы заключаем, что *утомляемость, или прочный навык к работе, повышающий ся продуктивность под влиянием упражнения, у маниакальных и меланхолических больных меньше выражены, чѣмъ у здоровыхъ.*

Выше мы упомянули о нѣкоторыхъ основныхъ качествахъ, которыя проявляются въ каждой умственной работѣ. Этими качествами въ сущности обуславливается продуктивность нашей работы, ими опредѣляется кривая работы. Нами уже было указано, что по продуктивности работы или ея кривой сдѣлать обратное заключеніе о состояніи этихъ основныхъ качествъ весьма трудно, въ виду того что они одновременно дѣйствуютъ и тѣсно переплетаются между собой. Одно изъ этихъ основныхъ качествъ, именно утомляемость, благодаря своему громадному практическому значенію, давно уже привлекаетъ къ себѣ вниманіе педагоговъ и психологовъ и сдѣлалось предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій. Несмотря на множество разнообразныхъ методовъ, которые были предложены для опредѣленія утомляемости, все они однако страдали тѣмъ крупнымъ недостаткомъ, что они не давали возможности отдѣлнить отъ утомленія дѣйствія другихъ качествъ, которыя постоянно сопутствуютъ утомленію, часто совершенно маскируя его вліяніе. И только методъ, предложенный *Kraepelin'*омъ съ введеніемъ перерывовъ во время работы, далъ намъ возможность нѣсколько ближе подойти къ рѣшенію этого вопроса. Методъ этотъ состоитъ въ томъ, что мы во время работы вводимъ извѣстный перерывъ, стараемся по возможности устранить дѣйствіе утомленія; сравнивая затѣмъ работу, выполненную послѣ перерыва, т.-е. безъ утомленія, съ работой, выполненною при аналогичныхъ условіяхъ, но съ утомленіемъ, мы по разницѣ продуктивности этихъ работъ можемъ составить себѣ извѣстное заключеніе о вліяніи утомленія. Или же сравнивая первую половину работы до перерыва и вторую половину послѣ перерыва, гдѣ дѣйствіе утомленія въ обоихъ случаяхъ приблизительно одинаковое, мы по разницѣ продуктивности работъ можемъ составить себѣ мнѣніе о вліяніи упражненія. Надо впрочемъ оговориться, что этотъ методъ, имѣя въ общемъ много преимуществъ, не можетъ считаться вполне точнымъ, такъ какъ намъ не удается устранить посредствомъ перерыва одно только утомленіе. вмѣстѣ съ послѣднимъ часто устраняется одновременно и дѣйствіе другихъ факторовъ, какъ-то упражненія, возбужденія. Но все же этотъ методъ даетъ весьма любопытные результаты при изслѣдованіи основныхъ качествъ личности. При нашихъ опытахъ мы ограничивались 10 минутной работой, геср. двумя періодами по 5 минутъ съ перерывомъ между ними въ 5 минутъ отчасти потому, что по изслѣдованіямъ *Nylan'a* и *Kraepelin'a* на непродолжительныхъ работахъ можно такъ же успешно изучить основныя особенности человѣка, какъ и на дли-

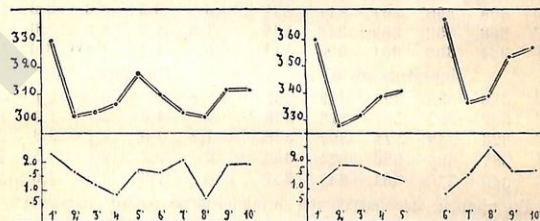
тельныхъ, отчасти же мы руководствовались желаніемъ не утомлять сильно больныхъ однообразной работой.

Желая изучить дѣйствіе перерывовъ съ цѣлью разсмотрѣнія преимущественно утомленія, мы должны пользоваться методомъ сравненія, причѣмъ объектами для сравненія должны намъ служить работа, выполненная при посредствѣ перерыва, и работа безъ такового. Работу безъ перерыва, произведенную здоровыми, мы уже имѣли случай представить на таблицѣ № 4 при вычисленіи нами средней вариации колебаній работы. Здѣсь мы ограничимся только приведеніемъ общей средней работы, произведенной всеми здоровыми въ дни безъ перерывовъ и расположенной по отдѣльнымъ минутамъ.

	1'	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'
Число буквъ.	330	302	303	305	317	310	303	302	311	311
Дефекты %	2,3	1,7	1,2	0,7	1,7	1,6	2,0	0,3	1,8	1,8

Для большей наглядности мы изобразимъ эту среднюю работу на кривой. Рядомъ справа представлена кривая, изображающая среднюю работу здоровыхъ, выполненную съ перерывомъ.

ДИАГРАММА IV.



Средн. работа здоровыхъ по минутамъ въ дни безъ перер. и въ дни съ перерывомъ.

На этой общей кривой индивидуальныя особенности каждого испытуемаго нѣсколько сглаживаются, но характеръ этой кривей въ общемъ остается тотъ же, что и индивидуальныхъ кривыхъ для каждого. На этой кривой мы видимъ, что наибольшее количество работы выполнено въ первую минуту, затѣмъ количество во вторую минуту сильно падаетъ, чтобы затѣмъ опять постепенно возрастать до пятой минуты, послѣ чего опять оно идетъ на убыль и только въ послѣднія 2 минуты оно нѣсколько поднимается. Эта кривая представляетъ собою типичный видъ и давно уже получила свое слѣдующее объясненіе. Ходъ всей кривой опредѣляется дѣйствіемъ преимущественно двухъ факторовъ, упражненія и утом-

дения, которыя дѣйствуютъ въ противоположномъ другъ другу направлении. Въ началѣ до пятой минуты беретъ верхъ упражненіе, а затѣмъ все болѣе усиливающееся утомленіе. Начало и конецъ работы находятся подъ вліяніемъ третьяго фактора, импульса (Antrieb), какъ проявленія волевого усилія, по мнѣнію *Kraepelin'a*. Въ качественномъ отношеніи работа идетъ въ общемъ довольно равномерно съ нѣкоторыми колебаніями въ ту и другую сторону.

Теперь мы представимъ для сравненія цифры, изображающія работу отдѣльныхъ здоровыхъ испытуемыхъ, произведенную ими въ дни съ перерывами и расположенную также по минутамъ.

Т А Б Л И Ц А 10.

Минуты.	Просмотръ въ сред. по отдѣл. минутамъ.					Въ средн.	Дефекты ‰ по отдѣл. минутамъ.					Въ средн.
	Л. Г. Б. Б.	М. Г. М. Ф.	Въ средн.	Л. Г. В. Б.	М. Г. М. Ф.		Въ средн.					
1'	325	388	399	335	362	2,5	1,0	0,5	1,2	1,2		
2'	298	358	350	308	328	0,7	3,4	0,6	2,6	1,8		
3'	305	346	361	311	331	0	3,5	0,6	3,2	1,8		
4'	308	352	369	316	326	1,3	1,7	0,5	2,6	1,5		
5'	324	353	361	328	341	0	1,1	1,1	3,0	1,3		
	Перерывъ въ 5'						Перерывъ въ 5'					
6'	336	396	394	349	369	1,2	0	0	1,7	0,7		
7'	309	352	367	318	336	0	4,0	0	1,9	1,5		
8'	326	348	371	307	338	1,2	4,0	1,1	3,9	2,5		
9'	337	366	386	324	353	0	2,2	2,1	2,5	1,7		
10'	349	370	361	347	357	0	1,6	0,6	4,6	1,7		

На кривой, изображающей непрерывную работу здоровыхъ въ теченіе 10 минутъ, мы не можемъ изучить въ отдѣльности вліяніе упражненія и утомленія. Можно было только сдѣлать тотъ общій выводъ, что въ первой половинѣ работы упражненіе преобладаетъ надъ утомленіемъ, а во второй половинѣ наоборотъ беретъ верхъ утомленіе. По этой таблицѣ, изображающей работу здоровыхъ съ перерывами, мы уже лучше можемъ судить объ утомленіи и упражненіи въ отдѣльности, особенно если мы будемъ сравнивать эту таблицу съ таблицей 4.

Для сравненія мы будемъ пользоваться слѣдующими величинами: во-первыхъ, работой, выполненной непосредственно передъ перерывомъ, т.-е. въ пятую минуту, и работой, выполненной непосредственно послѣ перерыва, т.-е. въ шестую минуту. Разница между ними, выраженная въ процентномъ отношеніи къ работѣ пятой минуты, укажетъ намъ на непосредственное вліяніе перерыва. Если бы перерывъ совершенно устранилъ утомленіе, не

ослабляя при этомъ дѣйствія упражненія или возбужденія, то эта разница работы до и послѣ перерыва служила бы выраженіемъ утомленія. Но на самомъ дѣлѣ, какъ мы въ дальнѣйшемъ увидимъ, дѣйствіе перерыва часто бываетъ гораздо сложнѣе, такъ какъ онъ, устраняя утомленіе, вмѣстѣ съ тѣмъ часто понижаетъ дѣйствіе упражненія или возбужденія (Anregung). Во-вторыхъ, мы для сравненія будемъ пользоваться всей работой, выполненной до перерыва и послѣ перерыва. Очевидно, что разница между ними дастъ намъ указаніе на вліяніе упражненія и возбужденія, конечно предполагая, что вліяніе утомленія за время перерыва исчезло. Мы считаемъ здѣсь умѣстнымъ нѣсколько разъяснить значеніе одного фактора, о которомъ мы уже нѣсколько разъ упоминали, а именно возбужденія (Anregung). По мнѣнію *Kraepelin'a*, возбужденіе имѣетъ самое тѣсное отношеніе къ интересу, къ нашему внутреннему участію при работѣ, и заключается въ одностороннемъ направленіи нашихъ представлений на извѣстный предметъ, въ подавленіи нашихъ другихъ представлений и во внутреннемъ напряженіи съ нашей стороны. Для объясненія механизма этого фактора онъ приводитъ аналогию съ приведеніемъ какой-нибудь машины въ дѣйствіе. Сначала требуется извѣстная сила, чтобы преодолѣть инертность машины и привести въ ее дѣйствіе, а разъ инертность преодолѣна, эта сила не исчезаетъ, а существуетъ во все время дѣйствія машины и даже нѣкоторое время послѣ прекращенія ея дѣйствія. *Kraepelin*, повидимому, склоненъ видѣть въ этомъ примѣрѣ не только простую аналогию, но одну и ту же сущность въ развитіи возбужденія. По крайней мѣрѣ, онъ допускаетъ, что, приступая къ какой-нибудь работѣ, мы должны преодолѣть извѣстную инертность многихъ психофизическихъ единицъ, участвующихъ въ работѣ, а затѣмъ это усиліе, преодолѣвшее инертность, продолжаетъ дѣйствовать и развиваться во время работы и по окончаніи ея проявляется въ извѣстной «рабочей готовности» (Arbeitsbereitschaft), въ прировненіи, въ приспособленіи къ работѣ. Надо сознаться, что этотъ факторъ (возбужденіе) довольно трудно отдѣлать отъ упражненія, и *Meumann* предпочитаетъ оба объединить подъ однимъ названіемъ «рабочей готовности», прировненія къ работѣ.

Послѣ этого отступленія мы переходимъ къ нашимъ вычислениямъ. Сначала мы изобразимъ природу (все равно, будетъ ли онъ положительный или отрицательный) работы, выполненной непосредственно послѣ перерыва, т.-е. въ шестую минуту, въ процентномъ отношеніи къ работѣ, произведенной непосредственно передъ перерывомъ, т.-е. въ пятую минуту.

$\%$ отношеніе прироста работы 6-ой минуты къ работѣ 5-ой минуты у здоровыхъ (6' : 5').

Л. Г.	Б. Б.	М. Г.
6' 5'	6' 5'	6' 5'
336 : 324 = 3,7%	396 : 353 = 12,2%	394 : 361 = 9,1%
М. Ф.	Въ средн.	
6' 5'	6' 5'	
349 : 328 = 6,4%	369 : 341 = 8,2%	

Итакъ, если предположить, что перерывъ совершенно устранилъ утомленіе, не понижая приобрѣтеннаго приоровленія къ работѣ (приоровленіемъ мы называемъ упражненіе + возбужденіе), то эти цифры дали бы намъ представленіе о степени утомленія каждаго испытуемаго. На самомъ дѣлѣ, трудно сказать, исчезло ли совершенно дѣйствіе утомленія, а съ другой стороны не утратилась ли извѣстная часть приоровленія къ работѣ во время перерыва.

Теперь мы переходимъ къ сравненію другихъ величинъ, именно всей работы до перерыва и послѣ перерыва; приростъ работы послѣ перерыва мы выразимъ въ процент. отношеніи къ работѣ до перерыва.

‰ отношеніе прироста всей работы послѣ перерыва ко всей работѣ до перер. у здоров. (П 5' : I 5' съ перер.)

Л. Г.	Б. Б.	М. Г.
П 5' : I 5'	П 5' : I 5'	П 5' : I 5'
1657 : 1559 = 6,3%	1848 : 1796 = 2,9%	1879 : 1841 = 2,1%
М. Ф.	Въ средн.	
П 5' : I 5'	П 5' : I 5'	
1653 : 1597 = 3,5%	1759 : 1698 = 3,6%	

Если предположить опять таки, что за время перерыва утомленіе исчезло, то работа послѣ перерыва и до перерыва выполняется въ общемъ въ одинаковыхъ условіяхъ съ той только разницей, что въ работѣ послѣ перерыва участвуетъ еще лишній факторъ, именно упражненіе, приобрѣтенное до перерыва. Разница между работой послѣ перерыва и до перерыва слѣд. и должна намъ служить выраженіемъ упражненія. Мы это выраженіе упражненія и представили въ процентномъ отношеніи прироста работы послѣ отдыха къ работѣ, выполненной до отдыха.

Для болѣе точнаго изученія общаго дѣйствія перерыва мы считаемъ необходимымъ сравнить кромѣ того первую и вторую половины работы, выполненной безъ перерыва. Приростъ или потерю (отрицательный приростъ) второй половины работы мы выразимъ въ ‰ отнош. къ работѣ первой половины.

‰ отнош. прироста второй половины къ первой полов. у здоровыхъ (П 5' : I 5' безъ перер.)

Л. Г.	Б. Б.	М. Г.
П 5' : I 5'	П 5' : I 5'	П 5' : I 5'
1479 : 1477 = 0,1%	1616 : 1665 = -2,9%	1725 : 1741 = -0,9%

М. Ф.	Въ средн.
П 5' : I 5'	П 5' : I 5'
1330 : 1350 = -1,5%	1537 : 1558 = -1,3%

Эти цифры показываютъ намъ, что вторая половина работы является у здоровыхъ нѣсколько менѣе продуктивной, чѣмъ первая половина при томъ условіи, если работа выполняется безъ перерыва. Это уменьшеніе продуктивности мы конечно должны приписать вліянію утомленія. Наоборотъ, при работѣ съ перерывомъ вторая половина выходитъ у здоровыхъ всегда лучше, чѣмъ первая, опять таки вслѣдствіе устраненія утомленія, слѣдов., общее дѣйствіе перерыва сказывается не только въ возстановленіи утраченныхъ 1,3% количества работы, но еще повышаетъ ее на 3,6%, въ общемъ дѣйствіе перерыва у здоровыхъ выражается повышеніемъ количества работы на 4,9%.

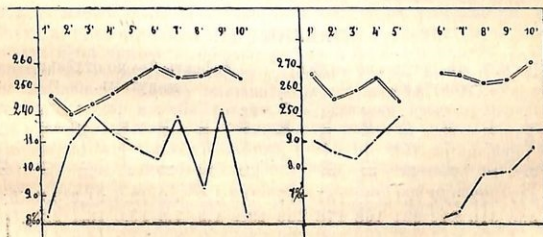
Переходя теперь къ разсмотрѣнію нѣкоторыхъ основныхъ качествъ, проявляемыхъ въ работѣ маніакальныхъ больныхъ, мы прежде всего представимъ общую среднюю работу, выполняемую маніакальными безъ перерыва. Индивидуальную среднюю работу отдѣльныхъ маніакальныхъ безъ перерыва мы изобразили уже на таблицѣ № 5.

Вотъ общая средняя работа маніак. по минутамъ (безъ перерыва).

	1'	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'
колчч. буквъ	247	240	244	248	255	260	256	257	260	255
дефекты ‰	8,2	11,0	13,4	11,3	10,7	10,4	12,1	9,2	12,7	8,1

Для наглядности мы представляемъ кривую, изображающую общую среднюю работу маніакальныхъ въ дни безъ перерывовъ. Рядомъ съ этой кривой справа представлена другая, изображающая работу въ дни съ перерывами. Объ этой кривой рѣчь пойдѣтъ.

ДИАГРАММА V.



Разсматривая кривую без перерыва, мы замѣчаем, что на ней имѣется начальный подъемъ, который весьма характеренъ для здоровыхъ и является выраженіемъ импульса (Antrieb). Правда, у маниакальныхъ онъ значительно слабѣе выраженъ, чѣмъ у здоровыхъ. Далѣе мы замѣчаемъ постепенное нарастаніе количества работы, отличающееся отъ нарастанія у здоровыхъ тѣмъ, что оно не поднимается до известной высоты, чтобы затѣмъ падать, а возрастаетъ постепенно до самаго конца работы. Это обстоятельство говоритъ за то, что въ данномъ случаѣ утомленіе маскируется или покрывается другими факторами, влияющими на работу ускоряющимъ образомъ, именно упражненіемъ и возбужденіемъ. Другими словами, у маниакальныхъ больныхъ припривленіе къ работѣ, будучи въ началѣ слабо выражено, постепенно все болѣе развивается, преодолевая утомленіе. Данныя нашихъ опытовъ несколько не противорѣчатъ клиническимъ наблюденіямъ, которыя давно уже подѣлили, что маниакальные больные во время разговора или дѣятельности все болѣе возбуждаются. Любопытно то, что такой же типъ работы обнаруживаютъ больные съ гебефренией, какъ это нашелъ д-ръ *Владыко*, а также д-ръ *Ильинъ*. По даннымъ опытовъ послѣдняго автора, втягивающійся типъ представляютъ и больные съ старческимъ слабоуміемъ. Такимъ образомъ, на основаніи типа работы мы не можемъ сдѣлать заключеніе о родѣ болѣзни. Постепенное припривленіе къ работѣ, «втягиваніе» въ нее указываетъ намъ только, что психофизической механизмъ у такого рода больныхъ не сразу можетъ быть установленъ на известную дѣятельность, а онъ долженъ предварительно преодолѣть какія-то препятствія, которыя мешаютъ ему сразу развить его дѣятельность и исчезаютъ только постепенно.

При разсмотрѣніи вліянія перерыва на работу маниакальныхъ больныхъ мы прежде всего составимъ таблицу, которая изображаетъ работу отдѣльныхъ больныхъ въ дни съ перерывомъ, расположенную по минутамъ.

ТАБЛИЦА 11.

Минуты.	Просмот. въ средн. по отдѣл. минутамъ.						Дефекты ‰ по отдѣлн. минутамъ.							
	Э—ичъ.	Х—емъ.	Н—ова.	В—еръ.	Ш—ина.	Ю—ичъ.	Э—ичъ.	Х—емъ.	Н—ова.	В—еръ.	Ш—ина.	Ю—ичъ.		
1'	447	322	277	231	198	187	277	9,8	1,9	7,2	13,8	21,2	3,2	9,0
2'	456	316	247	231	168	178	266	13,2	1,3	7,3	13,0	13,1	2,2	8,6
3'	454	305	256	222	188	193	270	12,3	0	8,6	11,7	12,8	4,2	8,4
4'	471	317	255	203	199	205	275	16,5	0	7,8	10,8	11,1	2,9	9,0
5'	460	326	238	209	180	184	266	14,3	1,2	10,9	16,2	11,1	6,5	10,1

	перерывъ въ 5'						перевывъ въ 5'							
6'	441	345	280	229	189	170	276	7,3	0,6	6,4	7,0	16,9	1,2	6,2
7'	463	350	251	223	174	195	276	12,1	0,6	4,0	7,2	9,2	3,1	6,4
8'	445	342	268	204	180	199	273	14,8	1,8	8,2	6,9	6,7	4,0	7,8
9'	446	335	255	204	198	206	274	11,2	0,6	8,6	8,8	10,1	8,7	7,9
10'	449	352	260	224	205	191	280	9,8	2,3	7,7	16,1	14,6	4,2	8,7

Изъ этой таблицы мы усматриваемъ, что полезное дѣйствіе пятиминутнаго перерыва, которое такъ ясно проявляется у здоровыхъ, далеко не одинаково обнаруживается у маниакальныхъ больныхъ. Въ то время какъ у 4 больныхъ это полезное дѣйствіе сказывается болѣе или менѣе ясно, у 2, Э—ича и Ю—ича, перерывъ произвелъ обратное дѣйствіе, понизивъ количество работы послѣ перерыва. Такое отрицательное дѣйствіе перерыва, несмотря на устраненіе утомленія, по крайней мѣрѣ части его, можно только объяснить утратой во время перерыва полезнаго для работы фактора, именно упражненія или возбужденія, или, какъ мы ихъ будемъ называть вмѣстѣ, припривленія къ работѣ. Послѣ перерыва оба эти больные начинали свою работу какъ бы снова, не пользуясь приобретеннымъ за перерыва припривленіемъ къ работѣ.

Съ цѣлью изученія непосредственнаго дѣйствія перерыва мы сопоставимъ работу шестой минуты съ работой пятой минуты и выразимъ приростъ работы 6-й минуты въ ‰ отнош. къ работѣ 5-й мин.

Приростъ resp. потеря работы 6-й мин. въ ‰ отнош. къ работѣ 5-й мин. (6':5').

Э—ичъ.	Х—емъ.	Н—ова.	В—еръ.	Ш—ина.	Ю—ичъ.	Въ среднемъ.
-4,1‰	5,8‰	17,6‰	9,6‰	5‰	-7,6‰	276:266=3,8‰.

Эти цифры не даютъ намъ совершенно яснаго представленія объ утомленіи больныхъ, такъ какъ вмѣстѣ съ утомленіемъ исчезаетъ и припривленіе, по крайней мѣрѣ у упомянутыхъ 2 больныхъ. Если сравнить общую работу 6-й и 5-й минутъ у всѣхъ больныхъ, то мы увидимъ, что перерывъ все же имѣлъ благоприятное вліяніе на работу маниакальныхъ больныхъ, повысивъ ее на 3,8%. Если же мы оба случая, гдѣ утрачено было припривленіе къ работѣ, исключимъ, то приростъ шестой минуты выразится (261:238) 9,6%. Надо впрочемъ имѣть въ виду, что у маниакальныхъ больныхъ работа въ 6-ую минуту повышается въ общемъ и безъ перерыва, такъ что приростъ въ 9,6‰ не слѣдуетъ приписывать только вліянію перерыва. Что касается качественного улучшенія работы послѣ перерыва, то оно наблюдается у всѣхъ больныхъ за исключеніемъ Ш—иной.

Перейдем теперь къ сравненію всей работы послѣ и до перерыва.

Приростъ гесп. потеря всей работы послѣ перер. въ % отнош. ко всей раб. до перер. (II 5' : I 5' съ перер.).

Э—ичѣ.	Х—емѣ.	П—ова.	В—ерь.
II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'
2245 : 2289 = -1,9%	1723 : 1590 = 8,4%	1314 : 1283 = 2,4%	1084 : 1097 = -1,1%

III—ина. Ю—ичѣ.

II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	Въ среднемъ.
917 : 932 = 1,6%	960 : 953 = 0,7%	1379 : 1357 = 1,6%

У маниакальныхъ больныхъ мы находимъ нѣкоторые отступленія отъ здоровыхъ въ смыслѣ дѣйствія перерыва на работу. Въ то время какъ перерывъ у здоровыхъ всегда повышаетъ количество работы, у маниакальныхъ мы этого правила не всегда наблюдаемъ. Въ этой таблицѣ мы также находимъ 2 исключенія, гдѣ работа послѣ перерыва количественно понижается. Въ общемъ, если сравнить всю среднюю работу, выполненную всѣми маниакальными до перерыва и послѣ перерыва, то мы найдемъ, что работа возросла послѣ перерыва на 1,6%.

Теперь мы сопоставимъ обѣ половины работъ, выполненныхъ въ дни безъ перерыва.

Приростъ гесп. потеря второй половины работы въ % отнош. къ первой полов. раб. въ дни безъ перер. (II 5' : I 5' б. пер.).

Э—ичѣ.	Х—емѣ.	П—ова.	В—ерь.
II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'
2111 : 2090 = 2,4%	1490 : 1422 = 4,8%	1227 : 1173 = 4,6%	1047 : 1034 = 1,3%

III—ина. Ю—ичѣ.

II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	Въ среднемъ.
961 : 878 = 9,2%	866 : 808 = 7,2%	1289 : 1234 = 4,5%

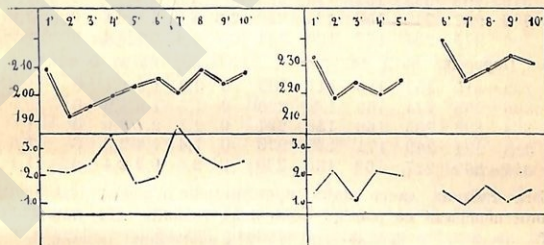
Эта таблица показываетъ намъ, что работа безъ перерыва у маниакальныхъ больныхъ обнаруживаетъ рѣзкія отклоненія отъ таковой у здоровыхъ. У послѣднихъ вторая половина почти всегда выполняется медленнѣе, чѣмъ первая половина, у маниакальныхъ же вторая половина во всѣхъ случаяхъ оказывается продуктивнѣе первой половины. Это обстоятельство подтверждаетъ намъ, что ихъ психофизическій механизмъ не сразу цукается въ полный ходъ, а развиваетъ свою дѣятельность по мѣрѣ работы. Сравнивая приростъ второй половины работы въ дни безъ перерыва и съ перерывомъ, мы видимъ, что въ дни безъ перерыва этотъ приростъ больше, чѣмъ въ дни съ перерывомъ, а именно въ первомъ случаѣ онъ выражается 4,5%, а во второмъ случаѣ только 1,6%, слѣдуетъ перерывъ въ работѣ маниакальныхъ больныхъ, въ противоположность здоровымъ, дѣйствуетъ неблагоприятно.

У депрессивныхъ больныхъ общія работа, выполняемая безъ перерыва и расположенная по минутамъ (ср. таблицу № 6), получаетъ слѣдующій видъ.

	1'	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'
колич. буквъ . . .	209	191	195	199	202	205	200	208	203	207
дефекты % . . .	2,2	2,1	2,4	3,5	1,6	1,9	3,8	2,7	2,3	2,4

Для наглядности мы представляемъ здѣсь кривую этой общей работы депрессивныхъ безъ перерыва. Справа изображена такая же кривая, представляющая работу въ дни съ перерывомъ.

ДИАГРАММА VI.



Количество и качество работы меланх. больныхъ въ дни безъ перер. и въ дни съ перерывомъ.

Разсматривая общую кривую непрерывной работы депрессивныхъ, мы замѣчаемъ, что она очень похожа на кривую работы маниакальныхъ. И здѣсь имѣется начальный небольшой подъемъ, и здѣсь точно также работа возрастаетъ постепенно съ небольшими колебаніями до самаго конца. Слѣдовательно и у депрессивныхъ больныхъ утомление маскируется все болѣе развивающимся приурочиваніемъ къ работѣ, и у нихъ, слѣдоват., какъ и у маниакальныхъ ихъ психофизической механизмъ только постепенно развиваетъ свою дѣятельность. Препятствія, которая приходится депрессивнымъ больнымъ преодолѣть, заключаются, повидному, въ той психической задержкѣ, которая такъ характерна для нихъ.

Работа, выполненная депрессивными съ перерывомъ, представлена нами на слѣдующей таблицѣ.

ТАБЛИЦА 12.

Минуты.	Просмотр. въ сред. по отдѣл. минутамъ.					Дефекты $\%$ по отдѣл. минутамъ.					Въ средн.	
	Б—овъ.	Н—ская.	Ф—ова.	Р—тъ.	К—ова.	Въ средн.	Б—овъ.	Н—ская.	Ф—ова.	Р—тъ.		К—ова.
1'	289	319	259	174	124	233	1,4	3,1	0	1,2	0	1,4
2'	299	273	228	163	126	218	2,0	4,4	1,8	1,2	0	2,2
3'	312	293	235	152	116	222	0	1,4	3,4	0	0	1,1
4'	309	267	243	156	120	219	2,6	3,0	1,6	2,6	0	2,2
5'	306	275	234	177	126	224	0,7	4,4	0,9	3,4	0	2,0
Перерывъ въ 5 минутъ.						Перерывъ въ 5 минутъ.						
6'	299	315	253	186	141	239	0	3,2	1,6	1,1	0	1,3
7'	306	268	244	169	128	223	0	1,5	1,6	1,2	0	0,9
8'	304	293	235	168	136	227	0	2,1	2,6	3,6	0	1,6
9'	318	294	249	171	135	233	0	1,4	1,6	2,3	0	1,0
10'	311	309	227	163	133	230	0	2,6	0,9	2,4	2,5	1,4

Эта таблица даетъ намъ представление о непосредственномъ влияніи перерыва на работу. Какъ и въ таблицѣ для маниакальныхъ, мы и здѣсь находимъ исключеніе изъ общаго правила, которое дѣйствительно для здоровыхъ. У одного больного, Б—ова, перерывъ оказалъ отрицательное влияние, понизивъ количество работы. У всѣхъ остальныхъ мы видимъ то болѣе, то менѣе благоприятное влияние перерыва. Чтобы выразить это влияние въ числовыхъ величинахъ, мы вычислили приростъ работы 6-ой минутъ въ $\%$ отнош. къ работѣ 5-й (6' : 5').

Б—овъ.	Н—ская.	Ф—ова.	Р—тъ.	К—ова.	Въ среднемъ.
—2,3%	14,5%	8,1%	5,1%	11,9%	239 : 224 = 6,7%

Если же исключить перваго больного, у котораго оказалось отрицательное влияние перерыва, то непосредственное влияние перерыва выразится у депрессивныхъ больныхъ приростомъ работы въ (224 : 203) 10,3%. Эта цифра говоритъ бы намъ за довольно большую утомляемость депрессивныхъ. Въ качественномъ отношеніи у всѣхъ депрессивныхъ, кромѣ Ф—овой, замѣчается улучшение послѣ перерыва.

Сравнимъ теперь всю среднюю работу послѣ и до перерыва у депрессивныхъ.

Приростъ работы послѣ перер. въ $\%$ отнош. къ работѣ до перер. (II 5' : I 5' съ перер.).

Б—овъ.	Н—ская.	Ф—ова.
II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'
1527 : 1507 = 1,3%	1506 : 1428 = 5,5%	1215 : 1198 = 1,4%
Р—тъ.	К—ова.	Въ среднемъ.
II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'
863 : 820 = 5,2%	672 : 612 = 9,8%	1157 : 1113 = 3,9%

Изъ этой таблицы мы видимъ, что вторая половина работы у депрессивныхъ больныхъ подъ влияніемъ перерыва повышается сравнительно съ первой половиной. Это повышение количества работы мы должны приписать дѣйствию упражненій, не пущезнущаго за время перерыва. Если мы теперь сравнимъ вторую и первую половины работы, выполненной безъ перерыва, то мы получимъ слѣдующія цифры.

Приростъ второй половины работы въ $\%$ отнош. къ первой половинѣ (II 5' : I 5' безъ перер.).

Б—овъ.	Н—ская.	Ф—ова.
II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'
1476 : 1421 = 3,9%	1328 : 1318 = 0,8%	1162 : 1103 = 5,3%
Р—тъ.	К—ова.	Въ средн.
II 5' : I 5'	II 5' : I 5'	II 5' : I 5'
835 : 813 = 2,7%	609 : 589 = 3,4%	1182 : 1049 = 3,1%

Отсюда мы заключаемъ, что *вторая половина работы у всѣхъ депрессивныхъ, какъ и у всѣхъ нашихъ маниакальныхъ, выполняется скорѣе, чѣмъ первая половина, и въ этомъ отношеніи они составляютъ противоположность съ здоровыми.* Перерывъ только незначительно повліялъ на повышение работы, такъ какъ безъ перерыва вторая половина работы у депрессивныхъ больныхъ повышается на 3,1%, а съ перерывомъ на 3,9%, слѣдов. на долю перерыва приходится положительное влияние только 0,8%. Изъ столь незначительнаго влияния перерыва мы можемъ сдѣлать только тотъ выводъ, что у депрессивныхъ больныхъ вмѣстѣ съ утомленіемъ исчезаетъ большая часть припоровленія во время перерыва.

Для большей наглядности мы здѣсь представляемъ 2 диаграммы, гдѣ изображенъ приростъ второй половины работы (въ $\%$) по отношенію къ первой. Въ случаѣ положительнаго прироста столбикъ идетъ кверху отъ черты, въ случаѣ отрицат. прироста—книзу. Первая диаграмма относится къ днямъ безъ перерыва, вторая къ днямъ съ перерывомъ.

ДИАГРАММА VII.

Приростъ resp. потеря II половины работы по отношению къ I въ о/о (безъ перерыва) у всѣхъ испытуемыхъ.

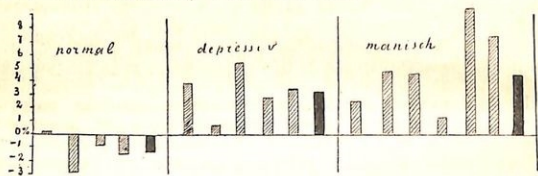


ДИАГРАММА VIII.

Приростъ resp. потеря II половины работы по отнош. къ I въ о/о (съ перерыв.) у всѣхъ испытуемыхъ.



Заканчивая главу о состояніи сосредоточенія у маниакальныхъ и меланхолическихъ больныхъ, мы вкратцѣ постараемся разумировать тѣ выводы, къ которымъ насъ привели наши изслѣдованія.

1) Интенсивность вниманія, или сила сосредоточенія, понижена у маниакально-меланхолическихъ больныхъ по сравненію съ здоровыми.

2) Приспособляемость вниманія resp. сосредоточенія къ болѣ трудной работѣ понижена у маниакально-меланх. больныхъ сравнительно съ здоровыми. У маниакальныхъ она понижена въ болѣ сильной степени, чѣмъ у меланхоликовъ.

3) Устойчивость, или равномерность, вниманія понижена у маниакально-меланх. больныхъ въ сравненіи съ здоровыми. У маниакальныхъ это пониженіе устойчивости вниманія проявляется болѣе въ качественной сторонѣ работы, у депрессивныхъ въ количественной сторонѣ.

4) Упражняемость или прочный навыкъ къ работѣ, у маниакальныхъ и меланхол. больныхъ слабѣе выражена, чѣмъ у здоровыхъ.

5) Въ отличіе отъ здоровыхъ какъ у маниакальныхъ, такъ и у

меланхол. больныхъ наблюдается постепенное приуроченіе къ работѣ, «втягиваніе» въ нее.

6) Въ противоположность здоровымъ какъ у маниакальныхъ, такъ и у меланхоликовъ вторая половина безпрерывной работы выполняется скорѣе, чѣмъ первая половина работы. Это указываетъ на то, что у нихъ психофизической механизмъ не сразу можетъ быть установленъ на извѣстную работу, а онъ долженъ преодолѣть предварительно извѣстныя препятствія. Разница въ дѣйствіи перерыва у здоровыхъ и у маниакально-меланхолическихъ больныхъ сказывается въ томъ, что у послѣднихъ быстро теряется во время перерыва часть приобретеннаго уже приуроченія къ работѣ.

Глава III.

Умственная работоспособность.

При изучении так называемой умственной работоспособности у маниакально-меланхолических больных мы пользовались темъ методомъ, который былъ предложенъ *Kraepelin*'омъ для этой цѣли и получилъ право гражданства въ экспериментальной психологii. Этотъ методъ легъ въ основание всѣхъ соответствующихъ работъ, которыя были предприняты самимъ *Kraepelin*'омъ или его учениками. Эти работы преимущественно сгруппированы въ «*Psychologische Arbeiten*», издаваемыхъ *Kraepelin*'омъ. Обзоръ этихъ работъ уже сдѣланъ въ диссертации *А. В. Ильина*, поэтому мы ихъ здѣсь и не коснемся. При изложеніи полученныхъ нами результатовъ мы сопоставимъ ихъ съ тѣми, которые были добыты *Huit*'омъ, работавшимъ также надъ маниакально-депрессивными больными посредствомъ того же метода. Нужно впрочемъ оговориться, что методъ, которымъ мы пользовались, не тождественъ съ *Kraepelin*'овскимъ, а представляетъ небольшое видоизмѣненіе. Въ то время какъ въ его таблицахъ съ однозначными числами встрѣчается только одно дѣйствіе—сложеніе, въ нашихъ таблицахъ, выработанныхъ психологической лабораторіей проф. *В. М. Векстера*, встрѣчается сложеніе и вычитаніе однозначныхъ чиселъ. Само собою разумѣется, что нашъ методъ представляетъ нѣсколько болѣе сложнымъ, такъ какъ вмѣсто одного дѣйствія приходится выполнять два, и приходится слѣдов. больше напрягать свое вниманіе: испытуемое лицо, кромѣ выполнения самого дѣйствія, должно еще каждый разъ предварительно рѣшить, какое именно дѣйствіе оно должно выполнить.

Таблицы наши состояли изъ продольныхъ столбцовъ съ арифметическими дѣйствіями. Каждый столбецъ содержалъ по 25 простѣйшихъ арифметическихъ задачъ (сложеніе или вычитаніе однозначныхъ чиселъ), всего столбцовъ было по 4 на каждой сторонѣ полулиста, слѣд. каждый полулистъ содержалъ по 200 задачъ. Опытъ состоялъ въ томъ, что испытуемый, быстро просматривая задачи, писалъ результатъ за знакомъ равенства. Постановка опытовъ была та же самая, какъ и при изслѣдованіи состоянія сосредоточенія гесп. вниманія. Стараясь всегда сохранить одинъ и тѣ же условія при производствѣ опытовъ, мы умственную работоспособность изслѣдовали всегда черезъ 10 минутъ послѣ изслѣдо-

ванія вниманія, полагая, что утомленіе послѣ такой несложной работы, какъ закрываніе буквъ, не скажется черезъ 10 минутъ на выполненіи совершенно другой работы. И въ этихъ опытахъ мы каждую минуту отмѣчали у себя на листѣ количество работы, выполненное больнымъ. Въ отличіе отъ другихъ авторовъ, преимущественно изъ школы *Kraepelin*'а, мы не ограничивались только количественной стороной работы, но рассматривали всегда и качественную. Опыты свои мы производили по тому приему, которымъ пользовался *Specht*, а именно одинъ день больной работалъ 10 минутъ безъ перерыва, а другой день два раза по 5 минутъ съ перерывомъ между ними въ 5 минутъ. Съ каждымъ больнымъ мы производили обыкновенно по 12 опытовъ, а съ нѣкоторыми даже по 20, но въ виду того, что исходной точкой для сравненія будутъ намъ служить опыты здоровыхъ лицъ, надъ которыми мы имѣли возможность произвести только по 10' опытовъ, то мы и у больныхъ при вычисленіяхъ будемъ пользоваться только 10 опытами, произведенными, разумѣется, при тѣхъ же условіяхъ какъ у здоровыхъ.

Работа съ арифметическими дѣйствіями послужила намъ средствомъ для изученія нѣкоторыхъ психическихъ особенностей у маниакально-меланхолическихъ больныхъ, причемъ мы ихъ всегда сравнивали съ особенностями у здоровыхъ. Эти психическія особенности мы уже рассмотрѣли въ предыдущей главѣ на другой умственной работѣ, однако полагаемъ небезынтереснымъ рассмотреть, какъ эти особенности проявляются у здоровыхъ и больныхъ въ другой умственной работѣ, носящей другой характеръ, чѣмъ первая. Легко видѣть, что выполненіе арифметическихъ дѣйствій въ общемъ гораздо труднѣе, чѣмъ закрываніе известной буквы. Въ первомъ случаѣ участвуетъ больше психическихъ функций, чѣмъ въ послѣднемъ. Въ процессѣ вычисленія заинтересованы кромѣ воспріятія цифръ и знаковъ еще ассоціація этихъ цифръ съ извѣстной числовой величиной и комбинированіе ихъ. Правда, у очень многихъ это комбинированіе сводится къ простой репродукціи сочетаній, сдѣланныхъ уже прочными вслѣдствіе частыхъ упражненій, но это далеко не у всѣхъ: у нѣкоторыхъ выполненіе арифметическихъ дѣйствій не представляетъ собою простого механическаго процесса; у нихъ не всегда имѣется готовой эта комбинація двухъ чиселъ, а они должны ее найти. Очень возможно, что на этомъ обстоятельстве и основывается индивидуальная разница въ скорости производства арифметическихъ дѣйствій.

Переходимъ теперь къ изложенію результатовъ.

Желая опредѣлить умственную работоспособность, т. е. скорость умственныхъ процессовъ, съ какою выполняется известная работа, мы должны найти количество работы, произведенное въ извѣстную единицу времени. Мы вычислили среднее количество работы, вы-

полненное каждым испытуемым ежедневно. Число будет означать количество произведенных арифметических действий в день. Строчкой ниже мы сообщаем дефекты, выраженные в процентном отношении к количеству решенных задач, причем мы за дефект одинаково считали как ошибку в вычислении, напр. $9+3=11$, так и ошибку, произошедшую от неправильного восприятия знака, напр. $9-3=12$. Правильного отношения между обоими рода ошибками не встречается. В то время как у одних испытуемых ошибки происходят преимущественно вследствие неправильного вычисления, у других они бывают следствием почти исключительно ложного восприятия знака. Если количество выполненной работы будет нам говорить о быстроте известных умственных процессов, то ошибки дадут нам указание на степень сосредоточения, с какой выполнялась работа.

Средн. колич. и кач. работы, выполненное ежедневно здоровыми.

	Л. Г.	Б. В.	М. Г.	М. Ф.	Въ средн.
Колич. ариом. действий	786	436	781	672	669
Дефекты въ %	0,08	0,39	0,32	0,58	0,33

Эти цифры показывают нам на довольно большие индивидуальные колебания в скорости решения арифметических задач. Медленнее всех решал Б. В., несмотря на свои довольно хорошие математические способности. Его относительная медленность решения задач объясняется тем обстоятельством, что отношения между числовыми величинами не представляли для него той уже комбинации, которую он мог бы быстро воспроизвести; он должен был каждый раз как бы находить эту комбинацию, которая конечно требовала известного времени. Л. Г. решал не только быстрее других, но и выполнял в качественном отношении работу лучше: на 786 задач попадает всего 6 ошибок. Такое скорее и хорошее выполнение работы объясняется в обратном частым упражнениями в подобных вычислениях, с которыми ему приходится постоянно иметь дело. Впрочем индивидуальная способность к подобным вычислениям гораздо важнее частых упражнений, как это мы видим из примера М. Г., которая почти так же скоро производила эти арифметические действия, как и Л. Г., несмотря на то, что ей весьма редко приходится производить подобные действия. В среднем здоровые решали в день по 669 задач, дая 3 слишком ошибки на каждую тысячу задач.

Если мы теперь вычислим среднее количество задач, решенных мануальными больными в первые 10 дней, то получим следующие цифры.

	Э—ичь	Х—ель	Ю—ичь	В—ерь	Н—она	Ш—ина	Въ сред.
Колич. задач	658	489	415	312	271	196	390
Дефекты %	1,84	0,78	1,11	2,21	19,19	2,91	3,64

Как мы можем убедиться из этих цифр, у мануальных больных наблюдаются еще большие индивидуальные колебания в скорости вычислений арифметических действий, чем у здоровых. Медленнее всех работали об женщины, что приходится объяснить их неспособностью сосредоточиться на этой работе: во время ее выполнения об весьма часто продолжали говорить. Этой значительной отвлекаемостью внимания и объясняется громадное число ошибок, допущенных Н—овой. Преобладающее большинство ошибок у этой больной произошло вследствие неправильного восприятия знака, если же принять во внимание только число ошибок, произошедших вследствие неправильных действий, то процент ошибок упадет до 2,66% вместо 19,19%. Интересно отметить, что больной Ю—ичь, который при зачеркивании букв занимал последнее место по количеству просмотренных букв, теперь является третьим по порядку в смысле скорости исполнения умственной работы, представляющей несомненно большую трудность, чем зачеркивание буквы. И если вывести среднее количество ежедневно решенных задач не из первых 10 только дней опыта, а из всех 20, то оно ст 415 возрастет до 496. Сравнительная успешность этого больного в более трудной работе может найти свое объяснение в его частых упражнениях в подобной работе, так как больной, занимаясь счетоводством, постоянно имел дело с вычислениями. Большая след не была в состоянии значительно сгладить тот навык к работе, который больной приобрел благодаря частым упражнениям. Что касается больной Э—ича, то он и в этой работе сохранил первое место по быстроте ее выполнения. И у него в обратном сказалось влияние упражнения, которое он приобрел вследствие своих многолетних занятий по статистике.

В среднем мануальные больные решали ежедневно по 390 задач, следов. значительно меньше, чем здоровые, которые производили в среднем по 669 действий ежедневно. И в качественном отношении мануальные больные работали значительно хуже здоровых, дая в среднем 3,64% ошибок, тогда как у здоровых ошибки достигают только 0,33%, след в 11 раз меньше. И так у мануальных больных умственная работоспособность как в количественном, так и в качественном отношении значительно ниже, чем у здоровых.

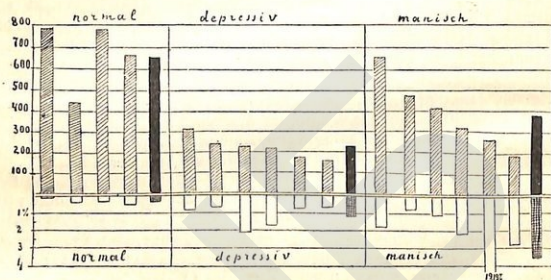
У депрессивных больных умственная работоспособность развивается следующими цифрами.

	Б—овъ.	Р—тъ.	И—ская.	Ф—ова.	К—ова.	О—овъ.	Въ сред.
Колич. задачъ.	313	239	225	211	180	169	223
Дефекты %	0,86	0,71	2,13	1,71	0,74	0,71	1,17

Какъ видно изъ этихъ цифръ, впереди всѣхъ депрессивныхъ идетъ Б—овъ, который и по быстротѣ отѣтки буквъ занимаетъ первое мѣсто, несмотря на почти ступорозное состояніе, въ которомъ онъ находился. Если же взять среднее изъ всѣхъ 20 дней опытовъ съ нимъ, то оно повысится до 386. Медленнѣе всѣхъ работаетъ О—въ, который въ среднемъ производилъ ежедневно по 169 дѣйствій (изъ 15 дней по 180 дѣйствій). Съ этимъ больнымъ мы имѣли впоследствии возможность, когда онъ перешелъ въ маниакальный стадій, сдѣлать нѣсколько сравнительныхъ опытовъ. Въ маниак. состояніи онъ производилъ въ среднемъ по 378 дѣйствій, дѣлая 0,26% ошибокъ, слѣдов. онъ вычислялъ вдвое слишкoмъ быстрѣе, чѣмъ въ депрессив. состояніи. Въ общемъ, какъ мы видимъ, депрессивные работаютъ весьма медленно, рѣшая въ среднемъ ежедневно только по 223 задачи и допуская при этомъ 1,17% ошибокъ.

Для наглядности мы представимъ здѣсь діаграмму, изображающую количественную и качественную работу всѣхъ испытуемыхъ.

ДИАГРАММА IX.



Изъ этой діаграммы мы заключаемъ, что умственная работоспособность, какъ у маниакальныхъ, такъ и меланхолическихъ больныхъ, значительно понижена въ сравненіи съ здоровыми. Маниакальные больные выполняютъ болѣе или менѣе трудную работу

скорѣе, чѣмъ депрессивные, но качество работы оказывается у нихъ хуже, чѣмъ у послѣднихъ.

Въ предыдущей главѣ при изученіи состоянія сосредоточенія мы уже рассмотрѣли одну индивидуальную особенность, проявляемую каждымъ при выполненіи умственной работы, именно упражняемость, или прочный навыкъ къ работѣ. Мы могли убѣдиться, что подъ влияніемъ упражненія работа, какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ съ каждымъ днемъ въ общемъ облегчается. Разсмотримъ теперь, какъ эта упражняемость проявляется въ болѣе сложной умственной работѣ, насколько она сносима къ развитію у больныхъ. Основаніемъ для сужденія о степени упражняемости, или постоянного прочнаго навыка, послужитъ намъ нарастаніе работы по днямъ опытовъ и сравненіе работы, выполненной въ первые и въ послѣдніе 5 дней.

ТАБЛИЦА 13.

Средн. число задачъ, рѣшенныхъ въ Дефекты въ % по днямъ
1-ю днямъ опытовъ. опытовъ.

Дни.	Въ средн.					Въ средн.	Въ средн.				
	Л. Г.	Б.	М. Г.	М. Ф.	Л. Г.		Б.	М. Г.	М. Ф.		
1	51	36	58	47	48	0	0,5	2,1	2,6	1,36	
2	60	38	63	57	54	0,3	1,5	1,6	0	0,83	
3	72	42	67	64	61	0	0,5	0,3	0,3	0,25	
4	75	40	70	63	62	0	0,5	0,6	2,2	0,81	
5	79	44	80	63	66	0	0	0,5	1,3	0,45	
6	80	48	81	68	69	0,2	0,4	0	0,3	0,22	
7	85	47	88	71	73	0	0,8	0	0,3	0,21	
8	91	50	83	77	76	0	0,4	0	0,5	0,20	
9	93	51	92	75	78	0	0	0,2	0	0,06	
10	93	49	92	81	79	0	0	0	0	0	

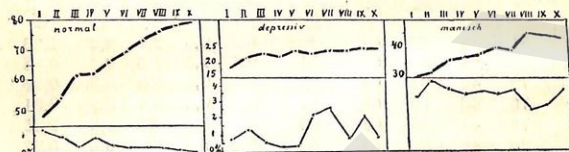
Изъ этой таблицы мы усматриваемъ, что работа здоровыхъ обнаруживаетъ явную наклонность къ количественному нарастанію по днямъ опытовъ, что каждое упражненіе, оставшая прочные слѣды, увеличиваетъ предрасположеніе къ данной работѣ и повышаетъ такимъ образомъ работоспособность. У Л. Г. мы видимъ, что въ первые 2 дня количество работы быстро нарастаетъ, а затѣмъ уже подъ влияніемъ упражненія оно постепенно увеличивается. Въ первые 2 дня въ быстромъ ростѣ работы участвуетъ не только упражненіе, но и привыканіе, которое, по мнѣнію Lindley, состоитъ въ болѣе или менѣе быстромъ умѣншіи испытуемого устранить отъ себя всѣ внутреннія и внѣшнія мѣшающія вліянія, уста-

новить свой психофизический механизм на известный род деятельности. В следующие дни уже сказывается упражнение, которое медленно, но постоянно увеличивает работу. Это явление постоянного нарастания работы кажется довольно странным: в самом деле трудно было ожидать а priori, чтобы работа, к которой человек уже привык много лет, неизменно возрастала изо дня в день. Но это факт, констатированный всеми исследователями. Сам испытуемый немало поражался, когда он видел, что его работа ежедневно возрастает в количественном отношении. Быстро вычислений у Л. Г. и М. Г. дошла до того, что под нашу непрерывную диктовку тех же цифр они успели написать в минуту даже на 1—2 цифры меньше числа решенных ими в то же время задач. Влияние привыкания сказывается и у М. Ф. в первые 2 дня. В качественном отношении мы также наблюдаем у здоровых постепенное улучшение или по крайней мере равномерное выполнение.

Для наглядности мы здесь представляем общия средния кривыя, изображающия количественное и качественное нарастание работы у всех испытуемых по дням опытов.

ДИАГРАММА X.

Количество и качество работы по дням опытов.



Если мы теперь пожелаем определить упражняемость, или постоянный прочный навык, в числовых величинах, то мы должны сравнить пятиминутную среднюю работу первых 5 дней и последних 5 дней и прирост во вторую половину сеансов выразить в процентном отношении к работам первой половины опытов.

Прирост средней 5-ти минут. работы второй полов. опытов в % отн. к перв. полов. опытов.

Л. Г.	Б. Б.	М. Г.
337 : 442 = 31,12%	200 : 245 = 22,5%	338 : 441 = 30,5%
М. Ф.	Въ средн.	
294 : 372 = 26,5%	292 : 375 = 28,4%	

Согласно этим цифрам оказывается, что упражняемость у здоровых довольно велика: прирост работы во вторую половину

опытов по отношению к работам в первую половину колеблется у здоровых между 22 и 31%, в среднем этот прирост равенется 28,4%.

Переходя к разсмотрению вопроса о степени упражняемости, или постоянному прочному навыку у маниакальных больных, мы прежде всего составим таблицу, где будет расположено среднее количество работы, выполненное в минуту, по отдельным дням.

ТАБЛИЦА 14.

Л. п. п.	Сред. число задач, решенн. въ 1' по днямъ опытовъ.							Дефекты в % по днямъ опытовъ.						
	Э-ичъ.	Х-емъ.	Ю-ичъ.	В-ефъ.	П-ова.	Ш-ина.	Въ средн.	Э-ичъ.	Х-емъ.	Ю-ичъ.	В-ефъ.	П-ова.	Ш-ина.	Въ средн.
1	50	35	24	28	25	19	30	1,2	0,6	5,0	0,7	14,5	1,1	3,3 или 1,5*
2	54	38	30	30	24	17	32	3,3	0,5	0,7	2,7	17,5	7,1	4,4 » 2,5
3	66	39	32	32	32	17	36	0,9	0,5	1,3	2,5	17,6	4,8	3,9 » 1,5
4	67	46	32	32	24	24	37	2,4	2,2	0,6	0,6	19,2	0,8	3,5 » 1,6
5	65	53	35	32	25	19	38	0,9	0	0,6	1,2	22,0	7,5	3,6 » 1,3
6	71	52	43	33	25	15	40	0,6	0,4	0,9	2,4	26,0	0	3,5 » 0,8
7	64	51	41	31	28	21	39	1,2	1,2	0	3,2	20,3	3,7	3,7 » 1,6
8	81	57	47	32	22	30	45	1,7	0	0,4	2,5	16,1	2,0	2,5 » 1,2
9	75	58	47	32	33	17	44	0,8	0	0,4	1,9	16,2	3,6	2,8 » 0,9
10	74	56	47	35	28	15	43	2,7	0	0,4	2,9	21,7	3,9	3,8 » 1,6

Таблица эта показывает нам, что постоянный прочный навык проявляется не в одинаковой мере у маниакальных больных. В то время как у первых 3 больных Э-ича, Х-ема и Ю-ича этот постоянный прочный навык выступает совершенно ясно в постоянном с редкими колебаниями нарастании количества работы, мы этого у последних 3 больных не наблюдаем. У них количество работы, выполненное по отдельным дням, держится почти на одной и той же высоте, дѣлая колебания то в ту, то в другую сторону. Это значит, что упражнение, которое во всяком нормальном человеке оставляет прочный след, повышающий его работоспособность, у наших 3 маниакальных больных прошло без всякого заметнаго влияния для них. Они не были в состоянии воспользоваться тем опытом, который они приобрели в предыдущие сеансы. Колебания, иногда довольно резкия, которыя мы наблюдаем в их продуктивности по разным дням, вероятно являются следствием их различнаго расположения и состоянія въ эти дни. Последніе 3 больные следов. по отсутствию у них постоянного прочнаго навыка представляют резкое уклонение от здоровых. То же самое мы наблюдаем и

* В эту средн. не входит работа П-овой.

въ качественном отношеніи работы. У первых 3 больных замѣчается постепенное улучшение качества работы, хотя и съ колебаниями, у послѣднихъ же 3 мы видимъ только колебанія безъ замѣтной тенденціи къ качественному улучшенію. Для болѣе яснаго замѣтнаго тенденціи къ качественному улучшенію. Для болѣе яснаго замѣтнаго тенденціи къ качественному улучшенію. Для болѣе яснаго замѣтнаго тенденціи къ качественному улучшенію.

Процентъ дефектовъ оказался такимъ высокимъ вслѣдствіе множества ошибокъ, допущенныхъ больной Н—овой из-за неправильнаго воспріятія знака. Мы сочли поэтому правильнымъ вычислить кромѣ того еще процентъ дефектовъ, не принимая во вниманіе ея работы. Этотъ процентъ дефектовъ по днямъ безъ ея работы указанъ въ самомъ послѣднемъ столбцѣ справа рядомъ съ %, вычисленнымъ на основаніи всѣхъ работъ.

Вычисляя постоянный прочный навыкъ или упражняемость, въ цифровыхъ величинахъ путемъ сравненія средняго количества работы за первые 5 и за послѣдующіе 5 дней, мы получаемъ слѣдующія выраженія.

Приростъ средн. количества раб. за вторые 5 дней по отнош. къ перв. 5 днямъ въ %.

	X—емъ.	Ю—ичъ.
Э—ичъ.		
302 : 365 = 20,9%	211 : 274 = 29,9%	153 : 225 = 47%
В—ерь.	П—ова.	П—ина.
154 : 163 = 5,8%	130 : 136 = 4,6%	96 : 98 = 2,1%
	Въ средн.	
	174 : 210 = 20,7%	

Эти цифры вполне подтверждаютъ сказанное нами раньше относительно упражняемости отдѣльныхъ больныхъ. У первыхъ 3 упражняемость колеблется между 21—47%, у послѣднихъ только между 2—6%. Высокій процентъ, служащій выраженіемъ упражняемости для больного Ю—ича, объясняется не большимъ навыкомъ, котораго онъ достигъ во вторые 5 дней опытовъ, а наоборотъ сравнительной медленностью въ работѣ, которую онъ проіявлялъ въ теченіе первыхъ 5 дней.

Для изученія вопроса о прочномъ навыкѣ у депрессивныхъ больныхъ, мы помѣщаемъ на нижеслѣдующей таблицѣ среднее количество работы, выполненное депрессивными больными въ ми-

нуту и расположенное по днямъ опытовъ. Справа, по обыкновенному, мы помѣщаемъ соответствующую качественную сторону работы.

Т А Б Л И Ц А 15.

Средн. число задачъ, рѣшенн. Дефекты въ % по днямъ въ минуту по днямъ опыт. опытовъ.

Дни.	Въ средн.							опытовъ.							
	Б—овъ.	Р—тъ.	Н—ская.	Ф—ова.	К—ова.	О—овъ.	Въ средн.	Б—овъ.	Р—тъ.	Н—ская.	Ф—ова.	К—ова.	О—овъ.	Въ средн.	
1	21	18	18	14	15	18	18	0	2,2	0	0	0	0	1,1	0,7
2	33	20	21	18	18	17	22	1,8	2,0	1,9	0	0,4	0	1,3	1,3
3	30	23	22	21	18	18	23	0	0,9	0,9	0	0	0	1,1	0,5
4	28	25	20	22	17	16	22	0	0	1,0	0	0	0	0,2	0,2
5	36	23	21	21	19	18	24	0	0,9	0	0	0,6	1,1	0,3	0,3
6	34	23	23	21	20	16	23	1,8	0	4,4	4,7	0	0	2,2	2,2
7	31	27	23	23	—	18	24	0,7	0,7	8,6	2,6	—	1,1	2,6	2,6
8	31	26	22	22	—	19	24	0	0,8	1,8	1,8	—	0	0,8	0,8
9	33	27	27	24	—	12	25	2,4	0	2,2	5,1	—	0	2,1	2,1
10	37	26	25	23	—	15	25	0,5	0	0,8	0,9	—	4,0	0,8	0,8

Изъ отдѣльныхъ больныхъ слѣдуетъ отмѣтить Б—ова, у котораго на второй день наблюдается рѣзкое повышеніе работы, что слѣдуетъ приписать влиянію привыканія, а въ послѣдующіе дни уже наблюдается постепенное нарастаніе количества работы съ колебаніями подъ влияніемъ упражненія. У всѣхъ больныхъ можно отмѣтить медленное, но постепенное нарастаніе количества работы (съ нѣкоторыми колебаніями). Только у больного О—ова количество работы держится на одномъ уровнѣ, дѣлая колебанія въ ту и другую сторону, а въ послѣдніе 2 дня оно довольно значительно падаетъ внизъ, вѣроятно, подъ влияніемъ временнаго наступившаго ухудшенія въ состояніи его здоровья. Что касается качественной стороны работы, то можно сказать, что депрессивные больные въ общемъ работали довольно равномерно съ нѣкоторыми колебаніями то въ сторону улучшения, то въ сторону ухудшенія. У нѣкоторыхъ больныхъ можно отмѣтить даже ухудшеніе въ послѣдніе дни, что, можетъ быть, слѣдуетъ поставить въ связь съ утратой нѣкотораго интереса къ этимъ опытамъ. Для наглядности мы представили общую кривую для всѣхъ депрессивныхъ, изображающую наро-

*) Въ эту среднюю цифру для всѣхъ депрессивныхъ не входитъ работа К—овой, съ которой мы успѣли продѣлать только 6 сеансовъ.

стане работы по дням опытов. Выражая степень упражняемости в числовых величинах, мы получаем следующие цифры.

Прирост средн. колич. работы за вторые 5 дней по отнош. к перв. 5 дням в %.

Б—овъ.	Р—ть	И—ская
148 : 166 = 12,2%	109 : 129 = 18,3%	102 : 120 = 17,6%
Ф—ова	К—ова	О—овъ
96 : 113 = 17,7%	51 : 56 = 9,8%	87 : 80 = — 8%
Въ средн.		
99 : 111 = 12,1%		

Изъ этихъ цифръ мы можемъ заключить, что упражняемость у депрессивныхъ больныхъ вообще сравнительно невелика, колеблясь между 9 и 18%; у большого О—ва она представляетъ даже отрицательную величину. Мы уже впрочемъ упомянули, что въ послѣдніе дни опытовъ наступило нѣкоторое ухудшеніе въ его состояніи. У депрессивныхъ больныхъ, слѣдов., имѣются такіа вліянія, которыя дѣйствуютъ противоположно упражненію, мѣшая послѣднему оказать свое полезное вліяніе на испытуемого, состоящее въ облегченіи ему послѣдующей работы.

Для болѣе нагляднаго сравненія мы сопоставляемъ рядомъ цифры, полученные, какъ выраженіе упражняемости у здоровыхъ, маниакальныхъ и депрессивныхъ больныхъ.

Здоровые	Маниакальные	Депрессивные
28,4%	20,7%	12,1%

Такую же градацию мы нашли и при изслѣдованіи упражняемости въ болѣе легкой умственной работѣ, именно отъѣтки извѣстной буквы. Эти отношенія мы не можемъ считать чисто случайными, а наоборотъ должны признать ихъ закономѣрными, имѣющими свое основаніе въ психопатологич. разсматриваемыхъ нами болѣзненныхъ состояніяхъ.

Для болѣе глубокаго изученія психопатологич. интересующихъ насъ состояній, мы обратимся къ разсмотрѣнію тѣхъ результатовъ, которые мы получили при примѣненіи метода съ перерывами. Другими словами, мы сравнимъ работу, выполненную испытуемыми непрерывно, и работу, произведенную съ перерывомъ, который, какъ извѣстно, даетъ намъ возможность выдѣлить отдѣльные факторы и ближе подойти къ ихъ изученію. Итакъ, мы сначала составимъ 2 таблицы, гдѣ въ одной изъ нихъ будетъ расположена по минутамъ работа, выполненная безъ перерыва, а въ другой также по минутамъ работа, раздѣленная перерывомъ.

ТАБЛИЦА 16 (здоровые).

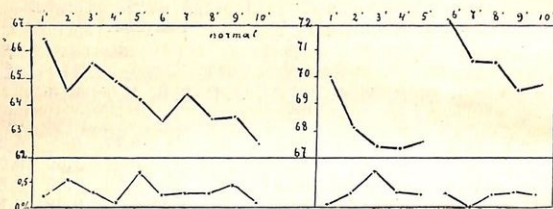
Мин.	Число задачъ, рѣшенн. по отдѣл. мин. въ дни безъ перер.					Въ средн.	Дефекты въ % по отдѣл. минутамъ.					Въ средн.
	Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ средн.		Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ средн.	
1'	76,4	46,4	78	65,2	66,5	0	0	0,77	0	0,23		
2'	74,4	44	76	64	64,6	0	0	0,53	1,56	0,54		
3'	76	44,4	77,8	64,2	65,6	0	0	0,26	1,25	0,38		
4'	76,8	44,2	75,4	63,2	64,9	0	0,45	0	0,32	0,15		
5'	75,4	41	77,4	63,2	64,2	0	1,46	1,04	0,63	0,70		
6'	73	43,2	75	62,6	63,4	0	0	0,53	0,32	0,24		
7'	76	43,4	74,6	63,6	64,4	0	0	0,27	0,94	0,31		
8'	74	41	74,4	64,8	63,5	0,27	0,49	0	0,62	0,31		
9'	77,8	41,8	71,6	63,4	63,6	0	0,96	0,56	0,63	0,47		
10'	75,8	35,8	76	62,8	62,6	0	0,56	0	0,32	0,16		

ТАБЛИЦА 17.

Мин.	Число задачъ, рѣшенн. по отдѣл. мин. въ дни съ перер.					Въ средн.	Дефекты въ % по отдѣл. минутамъ.					Въ средн.
	Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ средн.		Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ средн.	
1'	81,4	47,4	79,6	72,2	70	0	0,42	0	0	0,07		
2'	79,2	45,2	80,4	67,8	68,1	0,51	0	0,25	0,59	0,37		
3'	79	44,8	78,6	67,4	67,4	0	0,45	1,01	1,48	0,74		
4'	79,4	43,4	77,2	69,4	67,3	0	0,46	0,52	0,58	0,37		
5'	80,2	44	77,8	69	67,7	0	1,36	0	0,29	0,30		
п е р е р ы в ь												
6'	85	46	82,8	75	72,2	0,24	0	0,24	0,80	0,35		
7'	84,4	45,2	82,8	70	70,6	0	0	0	0	0		
8'	82,2	46,2	82,6	71,6	70,6	0,24	0,43	0,24	0,28	0,28		
9'	83	43,2	81,4	70,6	69,5	0,24	0,46	0,25	0,57	0,36		
10'	83,2	40	82	74,2	69,8	0	0,50	0,24	0,54	0,29		

Для болѣе наглядности мы представимъ эти таблицы въ видѣ 2-хъ кривыхъ, общихъ для всѣхъ здоровыхъ; изъ нихъ кривая съ лѣвой стороны означаетъ работу безъ перерыва, а съ правой стороны работу съ перерывомъ.

ДИАГРАММА XI.



Работа здоровых по минут. в дни без перер. и в дни с перер.

Прежде чѣм перейти къ анализу и сравненію этихъ таблицъ и кривыхъ, мы сначала рассмотримъ одну индивидуальную особенность, которая характеризуетъ каждого испытуемаго при выполнении имъ умственной работы. Мы имѣемъ въ виду равномерность, или устойчивость вниманія, съ которой каждый изъ испытуемыхъ работаетъ. Уже въ прошлой главѣ при рассмотрѣніи болѣ легкой умственной работы мы подвергли разбору устойчивость вниманія нашихъ испытуемыхъ. Посмотримъ теперь, какой окажется устойчивость вниманія при болѣ трудной работѣ, какъ велики будутъ здѣсь его колебанія и останутся ли тѣ же соотношенія между здоровыми, маниакальными и депрессивными больными. Для опредѣленія устойчивости вниманія мы будемъ пользоваться тѣмъ же методомъ, какъ и въ предыдущей главѣ, а именно вычислимъ средней вариации колебаній, какъ количественной, такъ и качественной стороны работы. При этомъ мы получимъ слѣдующія величины (способъ вычисления средней вариации нами указать подробно въ предыдущей главѣ).

Средняя вариация колебаній количеств. и качеств. сторонъ работы для здоровыхъ *).

	Л. Г.	Б. Б.	М. Г.	М. Ф.	Въ средн.
Количеств. стор.	1,6%	4,5%	1,9%	1,1%	2,3%
Качеств. стор.	0,05%	0,39%	0,29%	0,35%	0,27%

Средняя вариация колебаній количественной стороны работы служить, повидимому, указаніемъ на степень утомленія испытуемаго: чѣмъ больше утомленіе, тѣмъ больше будутъ колебанія въ работѣ данного лица. И дѣйствительно, испытуемый Б. Б., кото-

* Вычислена изъ работъ, выполненныхъ въ дни безъ перерыва, т. е. на основаніи таблицы 16.

рый больше другихъ утомлялся при этой работѣ, обнаруживаетъ и наибольшую среднюю вариацию колебаній работы. Колебанія жъ въ качественной сторонѣ работы характеризуютъ скорѣе степень равномерности или устойчивости вниманія. Средняя вариация для всѣхъ здоровыхъ равняется въ среднемъ для количественной стороны работы 2,3%, для качественной 0,27%.

Тутъ же мы рассмотримъ и другія основныя индивидуальныя качества здоровыхъ, которая проявляются въ умственной работѣ, а затѣмъ мы уже перейдемъ къ оцѣнкѣ результатовъ нашихъ опытовъ надъ больными.

Изъ этихъ личныхъ особенностей наибольшій интересъ представляютъ для насъ 2 фактора: упражненіе и утомленіе, находящіяся въ постоянномъ антагонизмѣ и обуславливающія продуктивность умственной работы. Вліяніе этихъ факторовъ не одинаково: въ то время какъ утомленіе начинаетъ оказывать свое дѣйствіе въ сущности съ самаго начала работы, постепенно прогрессируя, упражненіе скоро достигаетъ своего предѣла и уже выше не поднимается. Кромѣ того, развитіе упражненія въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ той первоначальной его степени, которой данной субъектъ уже достигъ при началѣ работы. Если она была высока съ самаго начала, какъ это было съ нашими испытуемыми, то ясно, что упражненіе не сдѣлаетъ большихъ успѣховъ въ своемъ развитіи, и утомленіе скоро возьметъ верхъ надъ нимъ. Если всмотрѣться въ таблицу 16, то мы можемъ убѣдиться, что въ количественномъ отношеніи работа начинаетъ падать съ самаго начала у всѣхъ испытуемыхъ, кромѣ развѣ Л. Г. у котораго она держится въ общемъ на одной высотѣ съ колебаніями въ ту и другую сторону. У всѣхъ безъ исключенія имѣется вліяніе импульса (Antrieb). На общей для всѣхъ кривой безпрерывной работы мы видимъ тотъ же характеръ, что и на отдѣльныхъ индивидуальныхъ кривыхъ. Здѣсь также ясно выражено вліяніе первоначальнаго импульса (Antrieb), что скажется въ первоначальномъ подъемѣ работы, затѣмъ кривая постепенно опускается книзу съ нѣкоторыми колебаніями (вліяніе утомленія). Въ качественномъ отношеніи здоровые работали довольно равномерно съ нѣкоторыми колебаніями въ обѣ стороны.

Въ таблицѣ 17 мы прежде всего рассмотримъ непосредственное вліяніе перерыва, для чего мы сопоставимъ работу 5-ой минуты, т. е. выполненную непосредственно передъ перерывомъ и работу 6-ой минуты, сейчасъ послѣ перерыва. Понятно, что перерывъ, устранившій по крайней мѣрѣ часть утомленія, долженъ оказать благоприятное дѣйствіе на продуктивность работы при нормальныхъ условіяхъ. Сравнивая работу 6-ой и 5-ой минутъ и выражая приростъ работы послѣ перерыва въ % отнош. къ работѣ до перерыва, мы получаемъ слѣдующія цифры.

Прирост работы 6-ой мин. въ % отнош. къ работѣ 5-ой мин-
у здоровыхъ (6' : 5' съ перер.).

Л. Г.	Б. В.	М. Г.
85 : 80,2 = 6%	46 : 44 = 4,5%	82,8 : 77,8 = 6,4%
М. Ф.		Въ средн.
75 : 69 = 8,7%		72,2 : 67,7 = 6,6%

Изъ этихъ цифръ мы видимъ, что вслѣдствіе устранения утомле-
нія продуктивность работы непосредственно послѣ перерыва под-
нимается у всѣхъ здоровыхъ. Такое благоприятное вліяніе 5-ми-
нутнаго перерыва должно считаться за постоянное правило для
здоровыхъ, такъ какъ оно обнаружилось не только на всѣхъ 4 испы-
дованныхъ нами здоровыхъ, но и на значительно большемъ ма-
териалѣ. Изъ 42 здоровыхъ лицъ, подвергнутыхъ испытанію
*Speech'*омъ, *Plant'*омъ и *Rehm'*омъ, только у 2 не было замѣтны
положительнаго, ни отрицательнаго вліянія перерыва, у всѣхъ
же остальныхъ работа непосредственно послѣ перерыва была
всегда лучше (въ количеств. отнош.), чѣмъ до перерыва. Наши
результаты находятся въ полномъ соотвѣствіи съ результатами
вышеназванныхъ авторовъ. Посмотримъ теперь, какъ относится
работа 6-ой минуты къ работѣ 5-ой минуты въ дни, когда не
было перерыва. Изъ таблицы 16 мы находимъ, что это отношеніе
выражается слѣдующими цифрами. 63,4 : 64,2 = -1,2%, слѣд. ра-
бота въ 6-ую минуту понижается въ сравненіи съ 5-ой на 1,2%.
Итакъ, перерывъ, какъ мы видимъ, не только возстановилъ эти
утраченные 1,2%, но и поднялъ работу еще на 6,6%, слѣдов., сум-
марное вліяніе перерыва выразилось въ 7,8% прироста работы. Если
бы мы могли предположить, что во время перерыва утомленіе совер-
шенно исчезло, то эти 7,8% служили бы намъ мѣрой для опреде-
ленія степени утомленія у здоровыхъ; но мы не знаемъ, исчезло ли
утомленіе совершенно.

Другія сравнительныя величины, которыя даютъ намъ опорныя
точки для сужденія объ индивидуальныхъ основныхъ качествахъ,
это вся работа до перерыва и послѣ перерыва. Сопоставляя вто-
рую половину работы, т.-е. послѣ перерыва, съ первой половиною
работы и выражая приростъ въ % отнош., получаемъ слѣдующія
величины.

Приростъ работы послѣ перер. въ % отнош. къ работѣ до
перер. у здор. (II 5' : I 5' съ пер.).

Л. Г.	Б. В.	М. Г.
417,8 : 399,2 = 4,7%	220,6 : 224,8 = -1,9%	411,6 : 393,6 = 4,6%
М. Ф.		Въ средн.
361,4 : 345,8 = 4,5%		352,8 : 340,8 = 3,5%

Эти цифры дали бы намъ указаніе для сужденія объ упражне-
ніи, если бы перерывъ устранилъ утомленіе. Но на самомъ дѣлѣ,

мы не имѣемъ права говорить объ исчезновеніи утомленія, такъ
какъ у Б. В. мы видимъ, что работа послѣ перерыва вышла хуже,
чѣмъ работа до перерыва, слѣдов. у него утомленіе еще не прошло
во время перерыва. Такое паденіе работы (правда незначительное)
послѣ перерыва конечно не противорѣчитъ найденному нами факту
благоприятнаго вліянія перерыва. Безъ перерыва вторая половина,
какъ мы сейчасъ увидимъ, вышла у этого испытуемаго еще хуже.
Если мы сравнимъ вторую половину работы съ первой полови-
ной работы, выполненной безъ перерыва, то мы получимъ слѣ-
дующія цифры.

Приростъ второй полов. раб. въ % отнош. къ первой полов.
безъ перер. у здор. (II 5' : I 5' безъ пер.).

Л. Г.	Б. В.	М. Г.
376,6 : 379 = -0,6%	207,2 : 220 = -5,8%	371,6 : 384,6 = -3,4%
М. Ф.		Въ средн.
317,2 : 319,8 = -0,8%		318,1 : 325,8 = -2,4%

Изъ этихъ цифръ мы видимъ, что вторая половина работы
безъ перерыва у всѣхъ здоровыхъ оказалась ниже, чѣмъ первая
половина. Это обстоятельство вполне соответствуетъ результатамъ,
которые нашли *Plant* и *Rehm*. Изъ испытанныхъ ими 25 здо-
ровыхъ лицъ только у 3 во второй половинѣ работы оказался
весьма незначительный приростъ въ сравненіи съ первой, въ
остальныхъ случаяхъ вторая половина была менѣ продуктивна
Перерывъ во время работы здоровыхъ вліяетъ благоприятно тѣмъ,
что онъ устраняетъ утомленіе. Полезное дѣйствіе перерыва на
вторую половину работы выражается въ нашихъ опытахъ цифрой
3,5% + 2,4% = 5,9%. Конечно, трудно было ожидать точнаго
совпаденія этой цифры съ найденной нами раньше при размо-
тряннй непосредственнаго дѣйствія перерыва — тамъ мы нашли
7,8%. Но надо имѣть въ виду, что тамъ мы разсмотрѣли работу
только первой минуты послѣ перерыва, гдѣ во-первыхъ, можетъ
сказаться вліяніе импульса, а во-вторыхъ, мало сказывается утомле-
ніе, а здѣсь при разсмотрѣніи всей работы послѣ перерыва
опять уже выступаетъ вліяніе утомленія.

Послѣдній пунктъ, котораго мы коснемся, это вліяніе перерыва
на устойчивость вниманія. Мы для этого сравнимъ среднюю вари-
ацію колебаній качественной стороны работы до и послѣ перерыва.

Л. Г.	Б. В.	М. Г.	М. Ф.
(До : послѣ) %	0,16 : 0,12	0,34 : 0,24	0,33 : 0,08
		0,39 : 0,24	
		Въ средн.	
		(до : послѣ)	0,30 : 0,17

Отсюда мы видимъ, что у всѣхъ здоровыхъ устойчивость вни-
манія оказывается выше послѣ перерыва, чѣмъ до перерыва, такъ
какъ послѣ перерыва колебанія числа дефектовъ, которыми мы
опредѣляемъ качественную сторону работы, меньше, чѣмъ до перерыва.

рыва. Отсюда мы заключаем, что благодаря перерыву во время работы у здоровых увеличивается не только продуктивность работы, но и устойчивость внимания.

Переходим затем к рассмотрению тех же основных индивидуальных особенностей у душевно-больных. При этом мы постараемся выяснить, насколько эти особенности больных уклоняются от таковых у здоровых и каков характер этих уклонений. Согласно принятому нами порядку, мы сначала составляем анализ этих особенностей у маниакальных больных, а затем у депрессивных. Для этой цели мы прежде всего составим таблицы, где будет расположена по минутам работа, выполненная без перерыва и работа с перерывом.

ТАБЛИЦА 18.

Число задач, рѣшенн. въ дни безъ перер.

Минуты.	Э—ичь.	Х—емь.	Ю—ичь.	В—ерь.	Н—ова.	Ш—ина.	Въ сред.*)
1'	79,2	52	48,4	32,6	29,6	21,4	36,8
2'	63,4	51,8	50,8	30,8	28,8	19,2	36,3
3'	70	52,4	48,6	32,2	31,8	21	37,2
4'	69,4	50	55,4	32	31,8	21,8	38,2
5'	69,4	53	53,6	36	29,8	21,8	38,8
6'	69	52,8	57,2	33,8	31	22,4	39,4
7'	69,6	50,4	59	30,2	29,6	20,2	37,9
8'	68,2	49,8	57,8	33	29,2	22,2	38,4
9'	67,8	53,6	54,4	31,8	32	21,6	38,7
10'	64,6	53,4	55,6	32,8	30	26,4	39,6

Дефекты въ % по минутамъ.

Э—ичь.	Х—емь.	Ю—ичь.	В—ерь.	Н—ова.	Ш—ина.	Въ сред.*)
1,01	0	0,83	4,91	22,30	0,93	4,78
1,53	0,39	0,79	1,30	13,19	5,21	3,20
1,43	0,76	0	0,62	16,98	0	3,23
0,58	0,80	0,72	1,87	19,50	0	3,98
0,86	0,38	2,99	2,22	14,09	0,92	3,60
1,16	1,52	0,70	2,96	10,97	0,89	2,94
1,72	0,79	1,69	1,32	20,27	4,95	4,65
2,35	0,80	0	3,64	15,07	0	3,12
2,95	0	0,74	0	20,62	1,85	3,83
1,55	1,87	0,72	0,61	18,67	1,52	3,83

ТАБЛИЦА 19.

Число задач, рѣшенн. по мин. въ дни съ перер.

Минуты.	Э—ичь.	Х—емь.	Ю—ичь.	В—ерь.	Н—ова.	Ш—ина.	Въ сред.*)
1'	78,6	55	51	32	26,4	22,4	37,4
2'	71,8	51,2	55,6	33,6	25,2	23,2	37,8
3'	72,4	53,6	60,4	36,4	25,2	29,2	41,0
4'	70,4	51,6	59	33,6	28,2	25,6	39,6
5'	63,4	55,4	66,2	33	27,6	29	42,2
6'	76,6	55,8	58,8	34,2	25,8	26,4	40,2
7'	73	53	58,8	32	24,8	24,2	38,6
8'	71,4	57,4	57,4	34,6	27,4	28,4	41,0
9'	67	54,8	61,2	33,4	31,6	28,2	41,8
10'	63	57,4	63,6	34,4	29,4	24	41,8

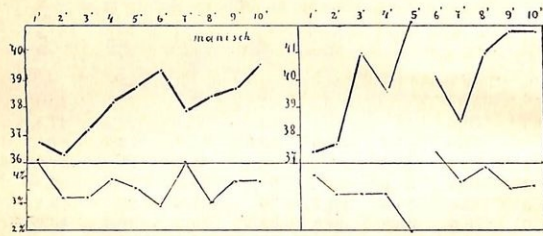
Дефекты въ % по минутамъ.

Э—ичь.	Х—емь.	Ю—ичь.	В—ерь.	Н—ова.	Ш—ина.	Въ сред.*)
1,53	1,45	0	3,12	19,70	2,68	4,07
0,84	0,39	0,36	2,98	18,25	1,72	3,39
2,22	0,75	0,66	0,55	20,63	2,74	3,42
0,57	0	0,34	0,60	21,28	1,56	3,43
3,47	0,36	0,30	1,21	11,59	0,69	1,99
1,83	1,08	0,34	8,19	24,81	2,27	5,27
1,92	0,75	1,70	1,87	19,35	2,48	3,84
1,40	1,89	2,79	0,58	21,17	2,11	4,39
1,79	1,83	2,29	3,59	11,39	0,71	3,54
3,17	0,70	1,57	0,58	19,73	0,83	3,64

Для лучшего обзора характера этих таблиц мы представляем 2 кривые, изображающие общую работу маниакальных без перерыва (слева) и общую работу с перерывом (справа).

*) Эта средняя составлена изъ работъ всѣхъ маниакальных больныхъ, за исключеніемъ Э—ича по причинамъ, которыя изложены въ текстѣ.

ДИАГРАММА XII.



Работа маниакальных по минут. в дни без перер. и в дни с перер.

Въ эти кривыя мы не нашли целесообразнымъ включить работу больного Э—ича, такъ какъ кривая его работы представляетъ собою типъ, резко уклоняющийся отъ типа остальныхъ кривыхъ. Въ то время какъ другія индивидуальныя кривыя имѣютъ между собою то общее, что онѣ постепенно поднимаются вверхъ съ некоторыми колебаніями, кривая этого больного представляетъ собою какъ разъ обратное. Она быстро падаетъ книзу и держится на известномъ уровнѣ (въ дни безъ перерыва) или падаетъ внизъ, опускаясь все больше (въ дни съ перерывомъ). Включеніе его работы въ общую кривую сгладило бы нѣсколько общій типъ кривыхъ, характерный для всѣхъ остальныхъ маниакальныхъ больныхъ. На измѣненіе типа кривой умственной работы этого больного имѣла вліяніе одна особенность, которая у другихъ нашихъ больныхъ не давала себя знать во время работы, именно его двигательное возбужденіе. Во время вычисленій, которыя больной производилъ очень быстро, онъ все больше возбуждался, при чемъ онъ сталъ выводить все болѣе грубымъ почеркомъ громадныя цифры, которыя съ трудомъ можно было читать. Понятно, что такое измѣненіе его почерка и выведеніе крупныхъ цифръ замедляло его работу и измѣняло типъ его кривой; понятно также, почему перерывъ оказывалъ на него такое благотворное вліяніе: во время перерыва его двигательное возбужденіе улеглось, и онъ могъ опять начать работу спокойно.

Придерживаясь того же порядка изложенія, какъ у здоровыхъ мы сначала опредѣлимъ устойчивость, или равномерность вниманія, на основаніи средней варіаціи колебаній работы маниакальныхъ, какъ съ количественной, такъ и съ качественной стороны.

Средняя варіація колебаній работы маниакальныхъ больныхъ.

	Э—ичъ.	Х—емъ.	Ю—ичъ.	В—ерь.	Н—ова.	Ш—ина.	Въ средн.
Колич. стор.	3,3%	2,2%	5,4%	3,7%	3,3%	5,3%	3,9%
Качест. стор.	0,51%	0,43%	0,57%	1,19%	3,11%	1,43%	1,21%

Въ общемъ индивидуальныя колебанія средней варіаціи у отдѣльныхъ больныхъ довольно велики, въ среднемъ въ количественномъ отношеніи она равняется 3,9%, въ качественномъ 1,21. У здоровыхъ мы получили соответствующія цифры 2,3% и 0,27%, слѣдов. маниакальные больные работаютъ съ гораздо меньшей устойчивостью, чѣмъ здоровые. Если признать съ другими авторами, что средняя варіація особенно количеств. стороны работы характеризуетъ утомляемость испытываемаго, то можно сказать, что у маниакальныхъ проявляется большая утомляемость, чѣмъ у здоровыхъ.

Рассматривая общую кривую работъ маниакальныхъ больныхъ, мы замѣчаемъ, что она носитъ совершенно другой характеръ, чѣмъ кривая работъ здоровыхъ. У послѣднихъ кривая начинается высоко и постепенно опускается книзу, у маниакальныхъ, наоборотъ, она начинается низко и постепенно поднимается вверхъ. Въ данномъ случаѣ, слѣдов., мы наблюдаемъ то же самое, что мы имѣли возможность отмѣтить въ предыдущей главѣ при разборѣ болѣе легкой умственной работы. У маниакальныхъ больныхъ утомленіе, которое несомнѣнно имѣется, покрывается другими факторами, приобретающими только постепенно свое вліяніе. Маниакальные больные не сразу могутъ пустить въ ходъ свой психофизическій механизмъ, они постепенно только приравниваются къ работѣ. Вотъ почему это прировненіе, составляющееся изъ упражненія и возбужденія (Anregung), маскируетъ вліяніе утомленія. Первоначальный подъемъ подъ вліяніемъ импульса (Antrieb) весьма незначителенъ. Въ качественномъ отношеніи работа держится на одномъ уровнѣ съ довольно большими колебаніями.

Для изученія дѣйствія перерыва мы сравнимъ двоякаго рода величины: во-первыхъ, работу, выполненную непосредственно послѣ перерыва, т. е. въ 6-ую минуту, съ работой, предшествовавшей перерыву, а затѣмъ всю работу послѣ перерыва со всей работой до перерыва. Итакъ, сравнивая работу 6-ой минуты съ работой 5-ой минуты и выражая приростъ въ % отнош. къ работѣ 5-ой мин., мы получаемъ слѣдующія числа.

Приростъ работы 6-ой' въ % отнош. къ раб. 5-ой' у маниак. бол.

(6' : 5' съ перерыв.)			
Э—ичъ.	Х—емъ.	Ю—ичъ.	В—ерь.
20,8 ⁰ / ₀	0,7 ⁰ / ₀	—11,2 ⁰ / ₀	3,6 ⁰ / ₀
Н—ова.	III—ина.	Въ сред. (безъ Э—ича).	
—6,5 ⁰ / ₀	—9 ⁰ / ₀	40,2 : 42,2 = —4,7 ⁰ / ₀	

Изъ этихъ цифръ мы усматриваемъ, что только у 3 больныхъ перерывъ оказалъ благотворное влияние на продуктивность работы; у остальныхъ же 3 онъ вызвалъ даже рѣзкое ухудшеніе. Мы уже имѣли случай объяснить причину столь благоприятнаго влияния перерыва на Э—ича, заключающуюся во все болѣе усилившемся моторномъ возбужденіи во время работы и устраненіи его благодаря перерыву. У В—ера перерывъ также оказалъ благотворное дѣйствіе. Объясняется оно тѣмъ, что у этого больного довольно замѣтно выступаетъ влияние утомленія, которое заставляетъ кривую его работы опускаться, въ сущности уже начиная съ пятой минуты. Въ общемъ, если не принять во вниманіе работы Э—ича, у котораго игралъ такую видную роль въ построении кривой еще лишній факторъ (моторное возбужденіе), перерывъ оказалъ на маниакальныхъ больныхъ неблагоприятное влияние, понизивъ работу непосредственно послѣ перерыва на 4,7%. Несмотря на устраненіе утомленія благодаря перерыву, работа послѣ послѣднато все же уменьшилась, слѣдов., мы должны допустить, что во время перерыва появился какой-нибудь другой вредный факторъ геср. былъ утраченъ полезный. Уже въ предыдущей главѣ, при разсмотрѣніи легкой умственной работы мы могли убѣдиться, что во время перерыва у маниакальныхъ больныхъ утрачивается припрорвленіе къ работѣ. Здѣсь въ болѣе трудной работѣ эта утрата припрорвленія происходитъ въ еще болѣе рѣзкой степени, и болные послѣ перерыва приступаютъ какъ бы къ совершенно новой работѣ. Если мы сопоставимъ теперь работу 6-ой и 5-ой минуты безъ перерыва между ними, то мы увидимъ, что отношеніе между ними выражается слѣдующими цифрами: 39,4 : 38,8 = 1,5⁰/₀, слѣдов. при отсутствіи перерыва работа возрастаетъ на 1,5%, съ перерывомъ же она падаетъ на 4,7%; въ общемъ перерывъ понизилъ работу на 6,2%.

Сравнивая теперь всю работу послѣ и до перерыва, мы получаемъ слѣдующія выраженія.

Приростъ всей раб. послѣ перер. въ % отнош. къ раб. до перер. у маниак. (II 5' : I 5' съ пер.).

Э—ичъ.	Х—емъ.	Ю—ичъ.	В—ерь.
351 : 358,2 = —2 ⁰ / ₀	278,4 : 266,8 = 4,3 ⁰ / ₀	299,8 : 292,2 = 2,6 ⁰ / ₀	168,6 : 168,6 = 0 ⁰ / ₀
Н—ова.	III—ина.	Въ сред. (безъ Э—ича).	
139 : 132,6 = 4,8 ⁰ / ₀	131,2 : 129,4 = 1,4 ⁰ / ₀	1017 : 989,6 = 2,8 ⁰ / ₀	

Изъ этой таблицы мы видимъ, что только у Э—ича работа послѣ перерыва оказывается хуже, чѣмъ до перерыва. Видимо, утомленіе его за время перерыва не совсѣмъ прошло; у большого В—ера, утомляемость котораго мы уже раньше отмѣтили, работа послѣ перерыва также не обнаружилла прироста, у всѣхъ же остальныхъ замѣчаемъ нѣкоторый приростъ работы послѣ перерыва, который мы должны приписать влиянію оставшагоса упражненія послѣ первой половины работы. Въ среднемъ этотъ приростъ равняется 2,8%.

Сравненіе обѣихъ половинокъ работы въ дни безъ перерыва даетъ намъ слѣдующія цифры.

Приростъ второй половины раб. въ % отнош. къ перв. полов. у маниак. (II 5' : I 5' безъ пер.).

Э—ичъ.	Х—емъ.	Ю—ичъ.
339,2 : 353,4 = —4 ⁰ / ₀	260 : 259,2 = 0,3 ⁰ / ₀	284,2 : 256,8 = 10,7 ⁰ / ₀
В—ерь.	Н—ова.	III—ина.
161,6 : 163,6 = —1,2 ⁰ / ₀	115,8 : 115,8 = 0 ⁰ / ₀	112,8 : 105,2 = 7,2 ⁰ / ₀
Въ сред. (безъ Э—ича).		
970,4 : 936,6 = 3,6 ⁰ / ₀		

Эта таблица намъ показываетъ, что только у 2 больныхъ Э—ича и В—ера мы во второй половинѣ работы видимъ количественное паденіе вслѣдствіе сильной утомляемости у нихъ; у всѣхъ же остальныхъ мы находимъ приростъ, иногда довольно значительный; только у Н—овой обѣ половины работы равны. У маниакальныхъ, слѣдов., припрорвленіе во время работы беретъ верхъ надъ утомленіемъ и новышаетъ работу на 3,6%. У здоровыхъ мы видѣли совершенно обратное отношеніе. Итакъ, мы видимъ, что безъ перерыва работа маниакальныхъ больныхъ оказалась во второй половинѣ выше на 3,6 % съ перерывомъ же она оказалась выше только на 2,8%, слѣдов. перерывъ повліялъ неблагоприятно на работу маниакальныхъ больныхъ. Это неблагоприятное влияние перерыва выражается 0,8%. У здоровыхъ же благоприятное дѣйствіе перерыва выразилось 5,9%. Какъ можно убѣдиться изъ кривой, перерывъ повліялъ неблагоприятно и на качественную сторону работы, такъ какъ послѣ перерыва встрѣчается гораздо болше ошибокъ.

Наконецъ, мы еще разсмотримъ, какъ перерывъ повліялъ на устойчивость вниманія маниак. больныхъ. Вычисляя среднюю варіацію колебаній качественной стороны работы до и послѣ перерыва, мы находимъ слѣдующія величины (слѣва отъ двоекъ до перерыва, справа послѣ перер.).

Э—ичъ.	Х—емъ.	Ю—ичъ.	В—ерь.
% 0,90 : 0,46	0,20 : 0,37	0,15 : 0,64	1,09 : 2,34
Н—ова.	III—ина.	Въ сред.	
% 2,70 : 3,16	0,67 : 0,73	0,95 : 1,28	

Изъ этихъ цифръ мы замѣчаемъ, что только у Э-нча вниманіе послѣ перерыва становится устойчивѣе, у всѣхъ же остальныхъ больныхъ оно дѣлается менѣе устойчивымъ, чѣмъ до перерыва, что составляетъ полную противоположность по отношенію къ здоровымъ лицамъ. Итакъ мы видимъ, что согласно нашимъ опытамъ, перерывъ въ работѣ маніакальныхъ больныхъ дѣйствуетъ неблагоприятно на послѣдующую часть работы, составляя полную противоположность дѣйствию перерыва у здоровыхъ: онъ понижаетъ качество работы, дѣлаетъ вниманіе менѣе устойчивымъ и относительно понижаетъ количество работъ.

Переходя къ разсмотрѣнію вліянія перерыва на работу депрессивныхъ больныхъ, мы прежде всего представимъ 2 таблицы съ изображеніемъ ихъ работъ безъ перерыва и съ перерывомъ.

ТАБЛИЦА 20.

Число зад., рѣшенныхъ по минут. въ дни безъ перер.

Мин.	Б-овъ.	Р-тъ.	Н-ская.	Ф-ова.	К-ова.	О-овъ.	Въ сред. (безъ К-овой).
1'	44,8	26,8	21,8	24,8	15,3	15,6	26,8
2'	46,2	24,6	24	22,2	15	16,4	26,7
3'	47,2	24,4	22	21,2	18,3	16,2	26,2
4'	46,4	25,6	27	22,8	17,6	15,4	27,5
5'	43,2	24,4	24,6	22	18	16,6	26,2
6'	44,2	25	24,6	23	17,6	17	26,8
7'	45,4	24,2	23,2	24,6	20	17	26,9
8'	43,2	25	23,4	22,6	19	16,6	26,2
9'	43	25,6	21,6	22,4	18,3	17,8	26,1
10'	44,4	25	25,2	22	18,3	17	26,7

Дефекты въ % по минутамъ.

Б-овъ.	Р-тъ.	Н-ская.	Ф-ова.	К-ова.	О-овъ.	Въ сред. (безъ К-овой).
0	0	2,75	2,42	0	1,28	1,05
0	0,81	0,83	1,60	0	1,22	0,75
0,42	0,82	2,73	0,94	0	1,23	1,07
0,43	1,56	5,19	1,75	0	1,30	1,89
0,46	0,82	0	1,82	0	0	0,61
0,45	0,80	0	1,74	0	0	0,60
1,32	0	0,87	1,63	0	1,18	1,0
0	0	0,85	0,88	3,51	0	0,31
0	0	0	1,79	0	0	0,31
0,45	0	1,59	1,82	0	1,18	0,90

ТАБЛИЦА 21.

Число зад., рѣшенныхъ по минут. въ дни съ перерыв.

Мин.	Б-овъ.	Р-тъ.	Н-ская.	Ф-ова.	К-ова.	О-овъ.	Въ сред. (безъ К-овой).
1'	44	25,8	22,6	22,8	18,6	20,8	27,2
2'	48,6	26	24	23,6	20,3	19,8	28,4
3'	49	24,8	23,2	21,8	20,3	19,8	27,7
4'	45,8	25	24,4	22,4	17	20,8	27,7
5'	45,4	25,2	21,8	21,4	20	20,8	26,9
перерывъ въ 5 мин.							
6'	44,6	26,2	20,6	23,6	15,6	20,4	27,1
7'	44,2	26,6	25,2	23,8	15	19,6	27,9
8'	47,6	25,6	21,2	22	18,3	19,6	27,2
9'	50,8	26	25,4	23,4	18	20,4	29,2
10'	51	26,4	27,4	21,6	18,3	19,4	29,2

Дефекты въ % по минут.

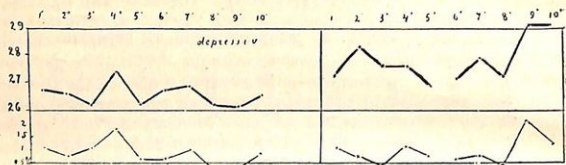
Б-овъ.	Р-тъ.	Н-ская.	Ф-ова.	К-ова.	О-овъ.	Въ сред. (безъ К-овой).
0,45	0	1,77	2,63	3,57	0,96	1,03
0	0	1,67	0,85	0	2,02	0,70
0,82	0	0	0,92	0	0	0,43
0	0	3,28	3,57	0	0	1,16
0,44	0,79	0,92	1,87	0	0	0,74

перерывъ въ 5 мин.

0,45	0	0	0,85	2,13	1,96	0,59
0	0	2,38	0,84	6,67	1,02	0,72
0	0,78	0	0,91	0	1,02	0,44
0,43	1,54	4,72	5,98	0	0	2,19
0	1,52	4,38	0,93	0	0	1,23

Для наглядности мы представляемъ здѣсь 2 кривыя, изображающія среднія цифры обѣихъ этихъ таблицъ.

ДИАГРАММА XIII.



Работа меланхоликовъ по минут. въ дни безъ перер. и въ дни съ перер.

Изъ этихъ кривыхъ мы исключили работу большой К—овой, кривая которой нѣсколько уклоняется отъ типа остальныхъ кривыхъ. Можетъ быть, на уклонение типа этой кривой повлияло то обстоятельство, что съ этой большой мы успѣли только сдѣлать 6 сеансовъ, между тѣмъ какъ среднюю для всѣхъ остальныхъ мы выводили изъ 10 опытовъ.

Обращаясь къ разсмотрѣнню вопроса объ устойчивости вниманія, съ какой работали депрессивные больные, мы вычислимъ изъ таблицы 20 среднюю вариацию колебаній работъ, при этомъ мы получимъ слѣдующія величины:

	В—овъ.	Р—въ.	И—ская.	Ф—ова.	К—ова.	О—овъ.	Въ средн.
Кол. ст.	2,7%	2,9%	5,9%	4,4%	6,1%	4,1%	4,3%
Кач. ст.	0,28%	0,48%	1,27%	0,40%	0,63%	0,59%	0,61%

Изъ этихъ цифръ мы видимъ, что индивидуальныя колебанія для средней вариации въ общемъ довольно значительны; въ среднемъ она равняется для количественной стороны работы 4,3%, для качественной 0,61%.

Для болѣе нагляднаго сравненія мы сопоставимъ рядомъ среднюю вариацию колебаній работъ всѣхъ категорій испытуемыхъ.

Коллич. стор.	Здоровые.	Маниакал.	Депрессивные.
Кач. стор.	2,3%	3,9%	4,3%
	0,27%	1,21%	0,61%

Итакъ мы видимъ, что наименьшя колебанія въ работѣ, какъ въ количественной, такъ и въ качественной сторонѣ наблюдаются у здоровыхъ; у маниакальныхъ больныхъ мы находимъ меншия колебанія въ количественной сторонѣ работъ, но за то большія въ качественной сторонѣ, чѣмъ у депрессивныхъ. Такія же соотношенія мы нашли при изслѣдованіи устойчивости вниманія въ

болѣе легкой умственной работѣ. Депрессивные слѣд. работаютъ съ болѣе равномернымъ вниманіемъ, чѣмъ маниакальные, но болѣе утомляются, чѣмъ они. Если бы мы нарисовали отдѣльныя кривыя для работы каждаго больного, то мы увидѣли бы, что онѣ въ общемъ имѣютъ одинъ и тотъ же характеръ: онѣ медленно и постепенно опускаются книзу. Исключеніе составляетъ кривая для К—овой, которая весьма ясно поднимается къверху и кривая для О—ова, которая обнаруживаетъ весьма незначительный наклонъ также къверху. Общая кривая также весьма незначительно опускается книзу съ нѣкоторыми колебаніями. Эта общая кривая, какъ мы видимъ, не совпадаетъ ни съ кривой для маниакальныхъ больныхъ, ни съ кривой, которую мы нашли для депрессивныхъ же только въ легкой умственной работѣ. Повидимому, болѣе трудная умственная работа даетъ возможность утомленію одержать верхъ надъ упражненіемъ, которое у депрессивныхъ только постепенно развиваетъ свое дѣйствіе. Въ качественномъ отношеніи мы можемъ отмѣтить въ течение работы нѣкоторое улучшение.

Для изученія дѣйствія перерыва на работу депрессивныхъ больныхъ мы прежде всего сравнимъ 6-ую и 5-ю минуты.

Приростъ работы 6-ой мин. въ % отнош. къ раб. 5-ой мин. у депресс. (6' : 5' съ перер.)

Въ средн. (кроме К—овой).	В—овъ.	Р—въ.	И—ская.	Ф—ова.	К—ова.	О—овъ.
27,1 : 26,9 = 0,7%	—1,8%	4%	—5,5%	10,3%	—2,2%	—1,9%

Эти цифры показываютъ намъ, что непосредственное благоприятное вліяніе перерыва сказывается далеко не на всѣхъ депрессивныхъ больныхъ: только у 2 (Р—та и Ф—овой) мы находимъ приростъ въ 6-ую минуту, у всѣхъ же остальныхъ наоборотъ обнаруживается паденіе количества работы непосредственно послѣ перерыва. Такое же явленіе, въ противоположность здоровымъ, мы нашли и у маниакальныхъ больныхъ, и причину этого отрицательнаго вліянія перерыва на большинство депрессивныхъ больныхъ мы усматриваемъ въ утратѣ приспособленія, или «рабочей готовности» во время перерыва. Если принять во вниманіе и работу К—овой, то приростъ въ 6-ую минуту былъ бы отрицательный и равнялся бы—1,9%, безъ ея работы приростъ оказывается положительнымъ и равняется только 0,7%. Если же мы сравнимъ работы 6-ой и 5-ой минутъ безъ перерыва между ними, то мы убѣдимся, что въ 6-ую минуту также замѣчается приростъ, какъ это видно изъ слѣдующаго сопоставленія 26,8 : 26,2 = 2,3%. Этотъ приростъ, полученный безъ перерыва, оказывается даже болѣе проста послѣ перерыва, слѣдов. положительное дѣйствіе отдыха

уступает по своему значению отрицательному влиянию утраты приспособления во время перерыва. Итак *непосредственное влияние перерыва на работу депрессивных оказывается отрицательным* и равняется 1,6%. Такое же отрицательное влияние, только в большем размахе, мы нашли и у маниакальных больных. Для более наглядного сравнения мы сопоставляем рядом непосредственное влияние перерыва у здоровых, маниак и депрессив. больных.

У здоровых оно выражается + 7,8%, у маниак. — 6,2%, у депресс. — 1,6%.

Сравнивая всю работу послѣ перерыва съ работой до перерыва у депрессив. больных, мы получаемъ слѣдующія числа.

Приростъ работы послѣ перер. въ % отнош. къ раб. до перер. (II 5' : I 5' съ перер.).

Б—овъ	Р—тъ	Н—ская
238,2 : 232,8 = 2,3%	130,8 : 126,8 = 3,2%	119,8 : 1,6 = 3,3%
Ф—ова	К—ова	О—овъ
114,4 : 112 = 2,1%	85,4 : 96,4 = — 11,4%	99,4 : 102,2 = — 2,7%
	Въ сред. (безъ К—овой).	
	140,5 : 138 = 1,8%	

Кромѣ больных К—овой и О—ова у всѣхъ остальныхъ второй половина работы послѣ перерыва оказывается продуктивнѣе, чѣмъ первая половина, въ общемъ приростъ равняется 1,8%. Отсюда мы заключаемъ, что во время перерыва не все упражнение исчезло, а известная часть его осталась, которая и подняла количество работы на 1,8%. Если мы сопоставимъ теперь объѣмъ половины работы безъ перерыва между ними, то получимъ слѣдующія выраженія.

Приростъ второй полов. раб. въ % отнош. къ перв. полов. безъ перер. (II 5' : I 5' безъ пер.).

Б—овъ	Р—тъ	Н—ская
222,2 : 226 = — 1,7%	124,8 : 125,8 = — 0,8%	118 : 119,4 = — 1,2%
Ф—ова	К—ова	О—овъ
112,6 : 113 = — 0,4%	93,4 : 84,4 = 10,7%	85,4 : 80,2 = 6,5%
	Въ сред. (безъ К—овой).	
	132,9 : 132,6 = 0,2%	

Кромѣ тѣхъ же К—овой и О—ова вторая половина работы безъ перерыва оказывается хуже первой половины, хотя не на много. Утомление у большинства депрессивныхъ больныхъ беретъ верхъ надъ упражненіемъ, только О—овъ и К—ова составляютъ исключеніе.

Въ среднемъ (не считая работы К—овой) вторая половина оказывается продуктивнѣе первой на 0,2%, слѣдов., перерывъ оказалъ благотворное влияние на всю послѣдующую работу въ размахѣ 1,6%. Если сопоставить влияние перерыва на всю послѣ-

дующую работу у всѣхъ испытуемыхъ, то мы увидимъ, что у здоровыхъ оно выразилось + 5,9%, у маниак. — 0,8%, у депрессив. + 1,6%.

Для болѣе нагляднаго обзора влияния перерыва на вторую половину работы мы помѣщаемъ здѣсь 2 диаграммы, гдѣ сравниваются объѣмы работы всѣхъ испытуемыхъ. Въ верхней диаграммѣ изображена въ % разница II и I половины работы (въ дни безъ перерыва), въ нижней разница въ дни съ перерывомъ.

ДИАГРАММА XIV.

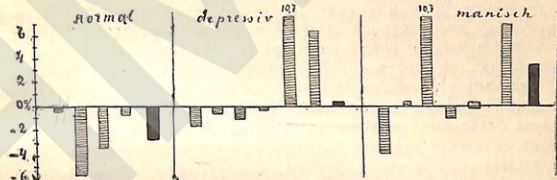
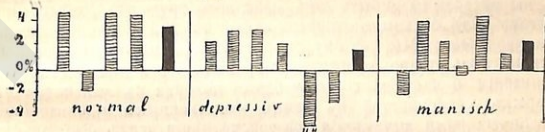


ДИАГРАММА XV.



Наконецъ мы еще рассмотримъ, какъ повліялъ перерывъ на устойчивость вниманія и на качество работы. Средняя вариация колебаній качественной стороны работы депрессивныхъ до перерыва и послѣ перерыва выражается слѣдующими числами.

Б—овъ	Р—тъ	Н—ская	Ф—ова
% 0,27 : 0,21	0,25 : 0,61	0,85 : 1,84	0,91 : 1,63
К—ова	О—овъ	Въ сред.	
% 1,14 : 2,11	0,72 : 0,64	0,69 : 1,17	

Отсюда мы видимъ, что только у 2 больныхъ (Б—ова и О—ова) устойчивость вниманія дѣлается нѣсколько лучше послѣ перерыва, чѣмъ до него; у всѣхъ же остальныхъ она становится хуже. То же самое мы нашли у маниакальныхъ больныхъ. Въ качественномъ отношеніи, какъ это видно изъ кривой, работа послѣ перерыва становится у депрессивныхъ хуже, чѣмъ до перерыва—явленіе, которое мы отмѣтили и у маниакальныхъ больныхъ.

Заканчивая главу об исследовании умственной работоспособности, мы хотели бы вкратце резюмировать те данные, к которым нас привели наши исследования над душевно-больными. Конечно, мы меньше, чем кто-либо полагаем, что найденные нами числа представляют собою выражение точного непреложного закона, применимого ко всем случаям. Для установления такого точного закона требуется и гораздо большее число опытов и гораздо больший материал, над которым должны производиться опыты. Мы полагаем, что много еще работ должно быть сделано в этой области, пока не будет сь точностью установлено, что в психопатологии ман.-меланх. больных должно считаться за постоянное, закономерное явление и что за случайное. Учесть сь точнось влияние всех отдельных факторов, так или иначе влияющих на умственную работоспособность, почти невозможно. И если мы у здорового человека не в состоянии расчленить при наших опытах психическую особенность, отделить друг от друга отдельные психические влияния, то темь меньше мы это можем сделать у душевно-больного, где эти психические особенности и влияния еще более запутаны между собою, образуя как бы Гордиев узел. Колебания в состоянии душевно-больных, в их настроении, в их расположении к работь так разнообразны, что мы не должны скрывать от себя всю трудность добыть из опытов над больными точныя закономерныя психопатологическяя проявления. Мы поэтому смотрим на наши исследования не как на цель точно очертить, ограничить эти психопатическяя проявления, а как на попытку ближе подойти к выяснению некоторых особенностей в этих болѣзненных проявлениях. Сделавши нами вычисления при разсмотрѣнии этих особенностей и найденныя для их выражения числа, конечно, не претендуем на абсолютное значение, а служать скорѣе указаніем общаго характера этих особенностей. Да и кто рѣшится опредѣлить в точныхъ числовыхъ величинахъ эти психопатическяя проявления, когда не поддаются еще точному вычисленію нормальныя психическяя особенности и даже сложныя физическяя явления? Допустимъ, напр., что у насъ имѣется гальваническій аппаратъ, конструкция котораго намъ хорошо известна; мы знаемъ составъ элементовъ, знаемъ всѣ сопряженія аппарата, знаемъ сопротивляемость человѣческой кожи—возьмется ли кто опредѣлить в точности, какой силы токъ получится при приложеніи электродовъ къ человѣческому тѣлу? Мы еще разъ подчеркиваемъ, что для насъ было только важно, при сравненіи психическихъ проявленій у здоровыхъ и душевно-больныхъ отмѣтить некоторые особенности у послѣднихъ. Намъ хотѣлось выяснить, в чемъ эти особенности состоятъ, т.-е. чемъ реагированіе маниакально-меланхолическихъ больныхъ отличается отъ обычнаго способа реагирования здоро-

выхъ. Намъ кажется, что наши исследования дали намъ возможность отмѣтить у нашихъ больныхъ некоторые особенности въ ихъ психическихъ проявленияхъ, которыя въ общемъ сводятся къ слѣдующему.

1) Умственная работоспособность при вычисленияхъ арифметическихъ дѣйствій понижена какъ у маниакальныхъ, такъ и у депрессивныхъ больныхъ. Въ количественномъ отношеніи маниакальные больные работаютъ лучше, чемъ депрессивные, въ качественномъ отношеніи хуже.

2) Упражняемость, или постоянный прочный навыкъ по днямъ опытовъ, у маниак.-меланхолическихъ больныхъ слабѣе, чемъ у здоровыхъ, несмотря на то, что послѣдніе начинаютъ работу при значительно болѣе высокой степени упражненія, чемъ первые.

3) Устойчивость, или равномерность сосредоточенія на болѣе трудной умственной работѣ у маниакально-меланхолическихъ больныхъ ниже, чемъ у здоровыхъ: средняя варіація колебаній работы у первыхъ больше, чемъ у послѣднихъ.

4) Выполненіе работы маниакально-меланхолическими больными совершается иначе, чемъ здоровыми. Послѣдніе вь состояніи пустить вь ходъ свою нервно-психическую энергію сразу; у первыхъ же она развивается постепенно: больные постепенно приспособляются къ работѣ, втягиваются въ нее. Поэтому, у здоровыхъ вторая половина работы оказывается менѣе продуктивной, чемъ первая половина. У больныхъ же вторая половина оказалась во всехъ случаяхъ выше первой половины при легкой умственной работѣ, какъ это видно было вь предыдущей главѣ. При болѣе же трудной умственной работѣ, гдѣ рѣзче сказывается вяленіе утомленія, вторая половина оказалась лучше первой половины вь 3 случаяхъ маниакальнаго состоянія и вь 2 случаяхъ меланхолическаго. По исследованиямъ *Hutt'a*, при аналогичныхъ опытахъ, вторая половина оказалась лучше первой вь 14 случаяхъ изъ 25 соотвѣствующихъ больныхъ.

5) Пятиминутный перерывъ послѣ такой же продолжительности работы дѣйствуетъ на больныхъ иначе, чемъ на здоровыхъ. У послѣднихъ не только по нашимъ исследованиямъ, но и по многочисленнымъ другимъ, первая минута послѣ перерыва оказывается всегда лучше, чемъ послѣдняя передъ перерывомъ. У больныхъ же это непосредственное благоприятное дѣйствіе перерыва выступаетъ далеко не всегда. Это дѣйствіе оказалось отрицательнымъ вь 7 случаяхъ: у 3 маниакальныхъ и 4 меланхолическихъ больныхъ. Перерывъ вь работѣ маниакально-меланхолическихъ больныхъ влияетъ въ общемъ неблагоприятно на продуктивность послѣдующей работы, такъ какъ во время перерыва у больныхъ утрачивается приобретенное уже ими приспособленіе къ работѣ, ихъ «рабочая готовность». Послѣ перерыва работа ман.-мел. боль-

ныхъ понижается и въ качественномъ отношеніи, а также падаетъ устойчивость ихъ вниманія, какъ это показываетъ сравненіе средней варіаціи колебаній до и послѣ перерыва.

б) Утомляемость у меланхолическихъ больныхъ больше, чѣмъ у маниакальныхъ больныхъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ маниакальныхъ больныхъ она также оказывается довольно значительной.

Глава IV.

Изслѣдованіе «свободныхъ ассоціацій».

Самымъ важнымъ факторомъ, опредѣляющимъ психическій складъ человѣка, является его ассоціативная дѣятельность. Она лежитъ въ основѣ логическаго мышленія и всѣхъ его поступковъ. Эта дѣятельность представляется весьма чувствительной и быстро нарушается при развитіи душевной болѣзни. Вредъ больного и его поведеніе въ сущности и обуславливаются ненормальнымъ теченіемъ процессовъ его ассоціаціи. Поэтому изученіе ассоціативной дѣятельности больного и представляетъ для психіатра задачу первостепенной важности. Одинъ изъ объективныхъ методовъ, предложенныхъ въ послѣдніе годы для изслѣдованія этой дѣятельности, является такъ называемый экспериментъ надъ ассоціаціями, который все болѣе входитъ въ употребленіе.

При этомъ мы должны тутъ же замѣтить, что экспериментъ надъ ассоціаціями имѣетъ въ нормальной психологіи меньшее значеніе, чѣмъ въ патологической. Такъ напр., *Wundt*, хотя и не вѣритъ, чтобы этотъ методъ былъ способенъ обнаружить болѣе глубокия психологическія качества ассоціаціи, все же считаетъ эти эксперименты надъ ассоціаціями, «весьма поучительными въ практически-психологическомъ отношеніи и возможно, что они еще когда-нибудь будутъ играть большую роль какъ діагностическое вспомогательное средство для характеристики индивидуальныхъ направленій сознанія и ихъ патологическихъ отклоненій». Психіатры же, которые работали съ этимъ методомъ, придаютъ ему гораздо большее значеніе и горячо рекомендуютъ его широкое примѣненіе. Такъ, въ рукахъ *Sommer*'а экспериментъ надъ ассоціаціями является средствомъ, чтобы прослѣдить теченіе болѣзни, все равно какъ перкуссіонный молоточекъ даетъ возможность терапевту слѣдить за теченіемъ плевропнѣ. *Bleuler* теперь уже діагностируетъ на основаніи этихъ экспериментовъ во многихъ случаяхъ раннее слабоуміе, эпилепсію, врожденное слабоуміе, нѣкоторыя формы истеріи, не говоря уже о вихрѣ идей и тому подобнымъ состояніямъ. Другіе психіатры думаютъ, что благодаря экспериментамъ надъ ассоціаціями они получаютъ возможность не только проникнуть въ сознаніе другого, но и освѣтить многіе закоулки

темной бессознательной психической сферы. Цюрихской школой психiatров и многими их послѣдователями удается, по их мнѣнію, этимъ методомъ не только освѣщать бессознательную психическую сферу, но и находить на самомъ, такъ сказать, днѣ причины многихъ болѣзней, скрытыми тамъ съ самаго дѣтства. Отсюда мы видимъ, какое громадное значеніе приобрѣлъ этотъ методъ въ глазахъ нѣкоторыхъ психiatровъ. Методъ этотъ примѣнялся уже неоднократно при изслѣдованіи душевно больныхъ. Мы не будемъ приводить здѣсь литературу всѣхъ соответствующихъ трудовъ, такъ какъ она уже собрана въ диссер. д-ра Завадовскаго. Специально изслѣдованія свободно возникающихъ ассоціацій у больныхъ съ маниак.-меланх. психозомъ производили *Sommer, Uexkull, Bouman*, и особенно обстоятельно *Achaffenburg, Isserlin, Sommer* отбѣтилъ въ отвѣтахъ больныхъ явленія повторенія раздражителя, римованныя ассоціаціи (по созвучію), ассоціаціи, состоявшія изъ цѣлаго ряда словъ. *В. Ф. Уксъ* нашелъ у изслѣдованнаго имъ случая мании значительное укороченіе времени реакціи. Совершенно рптивно-положительный результатъ получилъ *Achaffenburg*. Согласно его изслѣдованіямъ надъ 11 больными, время реакціи у маниакальныхъ больныхъ не укорочено, а скорѣе замедлено въ сравненіи съ нормой. Этотъ же авторъ нашелъ, что благодаря маниакальному возбужденію обычная связь представленій по ихъ содержанию нарушается, уступая свое мѣсто другой связи представленій, именно по привычкѣ и упражненію. Съ усиленіемъ возбужденія ассоціаціи по содержанию замѣняются римованными ассоціаціями. Въ ассоціаціяхъ маниак. больныхъ часто встрѣчаются перечисленія цѣлыхъ рядовъ предметовъ. Вѣглость идей представляетъ собою частичное явленіе общаго облегченія психомоторныхъ процессовъ. Тождественные результаты съ маниакальнымъ возбужденіемъ производитъ алкоголь, голоданіе и истощеніе. Въ депрессіи время реакціи замедлено.

Isserlin, производившій изслѣдованія по тому же методу надъ 13 больными съ маниак. меланх. психозомъ, въ общемъ подтверждаетъ результаты опытовъ *Achaffenburg'a*. Онъ также находитъ, что время реакціи у маниакальныхъ больныхъ не короче, чѣмъ у нормальнаго человѣка, съ другой стороны маниак. иногда очень быстро реагируютъ. Типъ реакціи болѣе наскѣй или поверхностный: преобладаютъ ассоціаціи словесныя надъ ассоціаціями по содержанию. Въ противоположность *Achaffenburg'у* авторъ допускаетъ, что черезъ сознаніемъ маниакальнаго больного въ единицу времени протекаетъ больше представленій, чѣмъ у здороваго, если только эти представленія текутъ свободно. Въ смѣшанныхъ состояніяхъ, а также въ депрессивныхъ авторъ отмѣчаетъ довольно часто эгоцентрическія реакціи и повтореніе слова-раздражителя.

Эти немногочисленные изслѣдованія не привели еще къ полному единогласію во взглядахъ, и нѣкоторые вопросы до сихъ поръ должны еще считаться открытыми, тѣмъ болѣе, что результаты экспериментальныхъ изслѣдованій *Achaffenburg'a* находятся въ полномъ противорѣчій съ клиническими наблюденіями большинства авторовъ. Въ громадномъ большинствѣ учебниковъ при описаніи мании рѣчь идетъ объ ускореніи ассоціаціи идей. Такъ, *Ball* говоритъ о настоящемъ потоцѣ идей, «о потоцѣ воспоминаній, который производитъ наводненіе въ духовномъ полѣ зрѣнія». Объ ускореніи теченія представленій говоритъ и *Krafft-Ebing, Wernicke, Ziehen* и многіе др. Многіе авторы находятъ даже, что во время маниакальнаго возбужденія происходитъ обостреніе умственныхъ способностей, улучшеніе ихъ въ качественномъ отношеніи.

Мы полагаемъ, что съ одной стороны небольшое количество имѣющихся изслѣдованій надъ маниак.-меланх. психозомъ, а съ другой стороны частота этой формы и большое разнообразіе ея проявленій служить достаточнымъ оправданіемъ и для нашей попытки произвести изслѣдованія въ этомъ направленіи. Постановка нашихъ опытовъ нѣсколько отличалась отъ обычно употребляемаго метода. Мы произносили данное слово и просили больного отвѣтить какъ можно скорѣе первое пришедшее ему въ голову слово по поводу нашего слова. Мы однако не ограничивались первымъ отвѣтомъ, а заставляли больного дальше ассоціировать въ теченіе цѣлой минуты. Въ виду извѣстной трудности и утомительности такой задачи, мы ограничивались въ каждомъ опытѣ 10 словами, при чемъ съ каждымъ испытываемымъ мы производили такіе опыты въ теченіе 10 дней. При этомъ мы считали необходимымъ произвести подобныя изслѣдованія и надъ здоровыми, во первыхъ въ виду того, что такія систематическія изслѣдованія надъ здоровыми, насколько намъ извѣстно, еще не производились^{*)}, а во вторыхъ, личностъ экспериментатора довольно рѣзко сказывается на постановкѣ подобныхъ опытовъ. Какъ велика эта роль личности экспериментатора, видно изъ того, что каждый, работавшій съ такимъ точнымъ инструментомъ, какъ хроноскопъ Нирра, находилъ однако разныя цифры при измѣреніи скорости реакціи, цифры, которыя при этомъ представляли весьма большую разницу въ своей величинѣ. Мы вовсе не считали своей задачей прибавить еще одну лишнюю цифру къ найденнымъ уже многими другимъ и къ тому еще вѣроятно отличную отъ всѣхъ остальныхъ. Видя, что разницы у многихъ изслѣдователей составляютъ цѣлыя секунды, мы не нашли нужнымъ гнаться за тысячными долями секунды, тѣмъ болѣе что хроноскопъ Нирра, представляющій къ тому еще разныя неудобства при изслѣдованіяхъ больныхъ, мы могли бы примѣнять

^{*)} Одновременно съ нами производилъ аналогичныя изслѣдованія д-ръ Войцеховскій надъ здоровыми женщинами (см. его диссерт.).

только въ незначительномъ числѣ нашихъ случаевъ. Мы поэтому пользовались наряду съ большинствомъ изслѣдователей секундомеромъ, позволяющимъ отсчитывать время до $\frac{1}{2}$ секунды. Намъ не такъ важно было установить точную скорость реакціи, какъ сравнить эту скорость, вычисленную однимъ и тѣмъ же путемъ у больныхъ и у здоровыхъ.

Считаемъ нужнымъ еще разъяснить, насколько терминъ «свободная ассоціація» можетъ имѣть свое оправданіе. Намъ кажется, что въ этомъ терминѣ, если понимать его въ точномъ смыслѣ, кроется нѣкоторое недоразумѣніе. Дѣло въ томъ, что какъ здоровый, такъ и больной отвѣчаетъ на самомъ дѣлѣ не первой свободно возникающей ассоціаціей, а онъ старается отвѣтить словомъ, имѣющимъ то или другое отношеніе къ слову-раздр., онъ реагируетъ, такъ сказать, съ извѣстной установкой (*Einstellung*) на данное слово. Въ этомъ мы могли убѣдиться на здоровыхъ, которымъ мы въ началѣ предлагали произносить слово *послѣ* нашего, независимо отъ того, имѣется ли связь между ними. Оказывалось, что здоровые весьма часто отвѣчали словами, дѣйствительно не имѣвшими никакой связи съ сл.-раз. *). Для своихъ отвѣтовъ они заимствовали преимущественно названія окружающихъ ихъ предметовъ или же у нихъ былъ уже заранѣе заготовленъ отвѣтъ. Поэтому во избѣжаніе недоразумѣній мы считали правильнѣе предлагать имъ отвѣчать *по поводу* данного слова, такъ какъ цѣлью нашихъ изслѣдованій было на самомъ дѣлѣ получить ассоціацію именно на данное слово.

Весьма сложнымъ и труднымъ является вопросъ о распредѣленіи полученныхъ ассоціацій, объ ихъ классификаціи. Этотъ вопросъ представляетъ дѣйствительно «*crux experimentatorum*». Несмотря на множество предложенныхъ классификацій, ни одна не можетъ считаться вполнѣ удовлетворительной. Одни кладутъ въ основаніе своей классификаціи чисто логическую точку зрѣнія, другіе чисто психологическую, третьи смѣшанную. Мы считаемъ излишнимъ входить здѣсь въ изложеніе всѣхъ предложенныхъ классификацій. Онѣ приведены въ книгѣ Claparède'a «*L'association des idées*». Наиболее употребительной является, по нашему мнѣнію, классификація *Aschaffenburg'a*, нѣсколько видоизмѣненная *Jung'омъ*. На ней придется нѣсколько остановиться. Она имѣетъ слѣдующій видъ:

Координація, предикатъ, причинная зависимость. Смежность (существованіе), идентичность, рѣчеводигательн. Дополнител. слова, звуковыя, рима.

Ассоціаціи по координаціи, по отношенію къ сказуемому и по причинной зависимости причисляются къ «внутреннимъ», осталь-

*) Этихъ сокращеній мы будемъ пользоваться для термина словесный раздражитель.

ныя къ «внѣшнимъ» или выдѣляются въ отдѣльную группу. Принципомъ для раздѣленія ассоціацій на внутреннія и внѣшнія служатъ, согласно Wundt'у, ассоциативное родство и ассоциативное управленіе. Въ основаніи внутреннихъ ассоціацій лежитъ ассоц. родство, связь по содержанию представлений, въ основаніи внѣшнихъ ассоціацій лежитъ управленіе, привычка видѣть предметы, слышать или произносить слова вмѣстѣ. Какъ эта классификація ни является простой по принципу, но на практикѣ она представляетъ большія затрудненія. Кромѣ того она должна вызвать нѣкоторыя возраженія по существу, о которыхъ мы скажемъ нѣсколько ниже. Наибольшія практическія затрудненія при этой классификаціи состоятъ прежде всего въ неувѣренности, къ какой категоріи приходится часто относить данную ассоціацію. Для рѣшенія сомнѣній приходится или обращаться за содѣйствіемъ къ самому испытуемому, который сплошь да рядомъ самъ не можетъ разобраться, является ли связь данныхъ представлений для него по родству или по управленію, или же приходится дѣйствовать по своему усмотрѣнію. Особенно такое «усмотрѣніе» экспериментатора примѣняется при опытахъ надъ больными. Отсюда ясно, какъ такой произволь экспериментатора долженъ отразиться на результатахъ распредѣленія ассоціацій по группамъ. Для иллюстраціи мы приведемъ нѣсколько примѣровъ. На слово «дѣсь» больной отвѣчаетъ «деревья». Одинъ будетъ склоненъ считать это за внутреннюю ассоціацію, видя въ ней связь по содержанию (субординація), другой за внѣшнюю, такъ какъ испытуемый привыкъ оба объекта видѣть вмѣстѣ (по смежности). Или судъ — свидѣтель, праведникъ — рай, календарь — мѣсяцъ, голова — рука и т. д. Видѣ такихъ отвѣтовъ очень много. Слѣдуетъ кромѣ того имѣть въ виду, что одна и та же ассоціація, полученная отъ двухъ испытуемыхъ, можетъ принадлежать къ разнымъ категоріямъ, смотря по индивидуальности испытуемыхъ. У одного зрительные образы ярки, и данная ассоціація будетъ внѣшней (по смежности), у другого зрительный образъ совершенно не является и та же ассоціація для него будетъ внутренней. Наконецъ, намъ кажется, что самый принципъ раздѣленія на внутреннія и внѣшнія ассоціаціи нѣсколько терять свое значеніе при данной классификаціи. Въдѣ внутреннія ассоціаціи признаются болѣе глубокими, болѣе существенными, такъ сказать, болѣе высокой марки, а внѣшнія считаются поверхностными, низшаго качества. Посмотримъ на нѣсколькихъ примѣрахъ, насколько этикетка, выдаваемая классификаціей *Aschaffenburg-Jung'a* каждой ассоціаціи, дѣйствительно соответствуетъ ея качеству. Такъ, къ внутреннимъ ассоціаціямъ (по координаціи) относятся ассоціаціи по сходству и контрасту, слѣд. по этой классификаціи мы должны считать такія обычныя простыя ассоціаціи, какъ богатый — бѣдный, красный — синий, высокой — низкой за внутреннія. Къ внутреннимъ же отно-

сятся ассоциация предикативная, т. е. ответы, где указывается действительность или качество сл.-разд., следов. птица—летает, дом—высокий, город—большой. Такие ассоциации вряд ли можно считать очень глубокими по содержанию. Самъ Aschaffenburg говорит, что такая ассоц. онъ преимущественно встрѣчалъ у людей мало одаренныхъ. Съ другой стороны, къ высшимъ ассоциациямъ относятся такія реакціи, какъ бабочка—крылья, барабанъ—солдаты, Святик—елка, пирь—бутылка. Мы не думаемъ, чтобы эти ассоциации были менее глубокими, чѣмъ вышеприведенныя. Даже идентичныя реакціи, какъ ницета—бѣдность, деревня—село, адъ—чистилище, представляются для насъ не менее существенными, чѣмъ приведенныя нами внутреннія ассоциации по классификаціи Aschaffenburg-Jung'a. На этомъ основаніи мы рѣшили не воспользоваться этой классификаціей, какъ предоставляющей съ одной стороны слишкомъ большой произволъ экспериментатору, а съ другой стороны не совсѣмъ соответствующую той цѣли, которую эта классификація имѣетъ въ виду при дѣленіи ассоциаций на внутреннія и внѣшнія. Кромѣ того, большое количество рубрикъ, содержащихся въ этой классификаціи, въ значительной мѣрѣ осложняетъ распредѣленіе реакцій по группамъ. Мы поэтому предпочли упростить классификацію и сдѣлать ее болѣе практичной для клиническихъ опытовъ: при этомъ мы нисколько не претендуемъ на науучность предлагаемой нами классификаціи и вполнѣ сознаемъ ея недостатки, но въ практическомъ отношеніи мы считаемъ ее удобной по крайней мѣрѣ для нашего матеріала. Мы ограничимся всего 2 группами ассоциаций; внутренними и внѣшними. Въ основаніе первой группы мы кладемъ связь рактивного слова съ сл.-разд. по содержанию, по смыслу; во вторую группу входятъ всѣ ответы, которые служатъ только реакціей на данное слово, а не на его содержаніе, т. е. связь является внѣшняя. Сюда относятся во-первыхъ всѣ реактивные слова, которыя вмѣстѣ съ сл.-разд. весьма тѣсно связаны въ разговорной рѣчи и весьма часто произносятся вмѣстѣ. Эти ассоциации вслѣдствіе частаго упражненія и повторенія являются какъ бы механизированными. Примерами такихъ привычныхъ ассоциаций служатъ: Пирь—горой, кормить—поить, адъ—кромѣшный, тяжелый—кровать и т. д. Эти ассоциации мы и будемъ называть привычными. Во-вторыхъ, къ внѣшнимъ мы отнесли и тѣ реакціи, которыя содержатъ сходные звуки съ сл.-разд., напр.: пирь—пирושка, стронть—постройка, ножницы—ножикъ и т. д. Эти ассоциации мы будемъ называть звуковыми. Внутреннія ассоциации будутъ следов. реакціи по *содержанію*, внѣшнія—по *формѣ*. Выразаясь языкомъ Wernicke, мы можемъ сказать, что въ общемъ реакція по внутренней ассоциации происходитъ послѣ вторичной идентификаціи, для реакціи по внѣшней ассоц. достаточно первичной идентификаціи, т. е. испытуемый долженъ только воспринять

звукъ, но не самый образъ, или по терминологіи Wundt'a первого рода ассоциация происходитъ при помощи апперценціи, второго рода при помощи только перцепціи. Въ общемъ это соответствуетъ основной классификаціи Ziehen'a на словесная ассоциация (Wortassocationen) и предметныя ассоциация (Objectassocationen), но только безъ дальнѣйшаго дѣленія на подгруппы. Реакціи цѣлыми предложениями или длиннымъ рядомъ словъ мы выдѣлили въ особую группу, какъ уклоняющіяся отъ обычнаго нормальнаго типа реакціи здоровыхъ. Реакціи предложениями мы также дѣлили по тому же принципу на внутреннія и внѣшнія. Если реактивное предложение включало въ себя поговорку или поговорку, мы относили его къ внѣшнимъ, если же оно представляло собою сужденіе, то къ внутреннимъ. Часто больные реагировали 2 словами, въ такихъ случаяхъ мы руководствовались первымъ словомъ, напр. ненависть—ненавидитъ человекъ мы считали звуковой ассоциацией, дѣвочка—маленькая дѣвочка—внутренней.

Встрѣчающіяся единичныя реакціи, гдѣ трудно найти связь съ сл.-разд., мы относили къ внутреннимъ, такъ какъ онѣ въ большинствѣ случаевъ являются реакціями опосредствованными (mittelbare), т. е. онѣ имѣютъ связь съ какимъ-нибудь словомъ, промелькнувшимъ въ сознаніи, но не произнесеннымъ, напр. забота—(зобъ) глѣухъ.

Мы вполнѣ допускаемъ возможность, что и при этой классификаціи возможны ошибки, вытекающія изъ нашей субъективной оцѣнки, но во всякомъ случаѣ гораздо меньше, чѣмъ при классификаціи Jung'a. На 3 примѣрахъ, именно на первомъ здоровомъ, первомъ маниакальномъ и первомъ меланхоличѣ, мы укажемъ въ скобкахъ, какъ мы классифицировали. Послѣ еще вопроса, какъ вычислятъ скорость реакціи. Одинъ изъ исследователи вычислялъ среднюю арифметическую скорость, другіе (Kraepelin) считаютъ этотъ способъ вычисленія неправильнымъ и предлагаютъ для опредѣленія скорости реакціи другую величину, именно такъ назыв. вѣроятную среднюю. Они не признаютъ за цифрами, такъ сказать, имущественнаго ценза, а считаютъ ихъ всѣхъ равноправными. Всѣ цифры располагаются по порядку по своей величинѣ и мѣриломъ средней скорости реакціи считается цифра, находящаяся какъ разъ въ центрѣ. Напр. при 25 словахъ на среднюю скорость реакціи укажетъ 13-ая цифра, при 100 словахъ, какъ это имѣетъ мѣсто въ нашемъ случаѣ, мы должны найти среднюю изъ 50-ой и 51-ой цифръ по величинѣ. Въ большинствѣ случаевъ «вѣроятная средняя» оказывается нѣсколько меньше, обычно на 0,2 секунды, средней арифметической; только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ попадаются часто медленныя реакціи въ родѣ 20—30 секундъ, какъ это бываетъ у меланхоликовъ, разница между обоими способами вычисленія является довольно значительной, доходя до 2—3 секундъ. Мы затруд-

яемся сказать, какой способ вычисления является более правильным, поэтому мы приводим цифры, полученные по тому и другому способу.

Прежде чем приступить к изложению протоколов, мы скажем несколько слов о постановке наших опытов. Мы заставляли испытуемых после произнесенного нами слова говорить в течение минуты и записывали все их ответы. Для того чтобы исключить возможность приспособления их скорости произнесения слов к темпу нашего записывания, мы им предлагали не смотреть на нашу тетрадь. При наших опытах мы просили больных не повторять нашего сл.-разд., а если они все же повторяли, то мы только отмечали в протоколах, но не считали это за реакцию, а записывали только следующую ответ. Как мы могли убедиться на здоровых и на себя лично, повторение или желание повторить сл.-разд. происходит тогда, когда недостаточно быстро является реакция: повторение является как бы средством, усиливающим нашу концентрацию внимания. Что больные сами не считали это повторение за реакцию, видно из того, что они произносили это слово тихо, чем настоящую реакцию. Кроме того мы просили испытуемых говорить отдельными словами, если же они говорили фразами, мы просили говорить, если возможно, словами, 100 выбранных нами слов распадается на 35 конкретных, столько же абстрактных, 15 прилагательных и столько же глаголов. Эти слова были следующие.

1. Самоварь	21. коляска	41. табачный	61. книга
2. строгость	22. любовь	42. купаться	62. пние
3. ножницы	23. душевный	43. бабочка	63. барабань
4. счастье	24. разстрелять	44. преступлене	64. множество
5. бархатный	25. занавѣс	45. праведникъ	65. легкий
6. хоронить	26. несчастье	46. обидя	66. любить
7. картина	27. часовня	47. соленный	67. берева
8. веселье	28. дѣйствие	48. танцовать	68. молитва
9. памятникъ	29. голодный	49. дѣвочка	69. офицеръ
10. желанье	30. выпивать	50. Святки	70. музыка
11. тяжелый	31. лѣсъ	51. священникъ	71. высокий
12. кататься	32. надежда	52. преслѣдованье	72. читать
13. озеро	33. календарь	53. горячий	73. магазинъ
14. нищета	34. тоска	54. судить	74. забота
15. желудокъ	35. морозный	55. икона	75. перчатки
16. страданье	36. обѣдать	56. здоровье	76. сложение
17. холодный	37. бумага	57. тюрма	77. комната
18. раздѣвать	38. награда	58. пиръ	78. адъ
19. голова	39. деревня	59. гадкий	79. круглый
20. выстрѣль	40. ненависть	60. гулять	80. строить

81. врачъ	86. умъ	91. пѣтлокъ	96. настроеніе
82. грѣхъ	87. солнце	92. талантъ	97. красный
83. крестьянинъ	88. радость	93. стаганъ	98. кормить
84. страхъ	89. глубокій	94. рай	99. человекъ
85. церковь	90. помидовать	95. орель	100. богатство

Реакціи на 10 словъ въ большинствѣ случаевъ отъ 11—20, мы будемъ приводить цѣнкомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больные реагировали фразами, мы будемъ приводить реакціи на другія аналогичныя слова, гдѣ не встрѣчается фразъ. Во всѣхъ случаяхъ мы такимъ образомъ приводимъ реакціи словами на 6 существит., 2 прилагат. и 2 глагола. Это дастъ намъ возможность сравнить общую скорость теченія ассоціаціи у всѣхъ испытуемыхъ при аналогичныхъ условіяхъ. Въ остальныхъ 90 словахъ мы будемъ приводить иногда кромѣ первой реакціи еще нѣсколько примѣровъ.

Протоколы опытовъ.

Здоровые.

№ 1. Г. О. (врачъ).

1) Самоваръ : 1,0 чай (внутр. асоц.), сахаръ, чайникъ... 2) строгость : 1,6 наказаніе (внутр.), школа... 3) ножницы : 2,0 стричь (внутр.), матерія.. 4) счастье : 2,6 судьба (внут.), измѣчивость... 5) бархатный : 1,6 плюшевый (внут.), дороговизна... 6) хоронить : 3,0 смерть (внут.), церковь... 7) картина : 2,4 художникъ (внут.), пейзажъ.. 8) веселье : 1,6 вечеринка (внут.), гости.. 9) памятникъ : 2,0 великій человекъ (внут.), заслуга... 10) желанье : 2,2 мечта (внут.), мысленно... 11) тяжелый : 1,2 трудъ (привычн. ас.), жизнь, существованіе, борьба, семья, дѣти, образованіе, достиженіе цѣли, врачебная профессія, служба, школа, жизнь, желѣзо, земля. 12) кататься : 1,4 коньки (прив.), прудъ, зима, катокъ, ледь, музыка, веселье, гонки, призъ, побѣда, музыка, ученики, праздникъ, лошади, лодки, автомобиль, велосипедъ, санки. 13) озеро : 1,6 прудъ (внут.) вода, стоячее, растительность, рѣка, рыба, птицы, природа, лѣса, луга, лебеди, лодка, ледь. 14) нищета : 1,4 fortuna (внут.), шалость, несправедливость, социальныя условія, трудъ, работа, болѣзнь, несчастье, увѣче, смерть, денги, городъ, благотворительность, богатѣльня, больница. 15) желудокъ : 1,0 пища (внут.), пищеводъ, работа, химич. условія, часть организма, желудоч. сокъ, ракъ желудка, болѣзнь, катарръ, пищевареніе, переработка, человекъ. 16) страданье : 1,4 несчастье (внут.), жизненныя условія, случайность, рана, удары судьбы, участіе, помощь,

2,6 Ярв.. 61) 2,2 дорогая.. 62) 3,2 голось.. 63) 1,2 солдат.. 64) 1,6 жень.. 65) 2,4 легкия.. 66) 1,6 жену.. 67) 1,2 ббля.. 68) 1,2 святая.. 69) 1,6 война.. 70) 1,2 играть.. 71) 1,4 дубь.. 72) 0,8 книгу.. 73) 3,8 Добрушинь.. 74) 1,0 тяжеля.. 75) 2,0 лайвокая.. 76) 2,2 опыта.. 77) 1,6 большая.. 78) 1,2 рай.. 79) 1, 8 шарт.. 80) 1,2 домт.. 81) 2,2 лѣчбвица.. 82) 1,0 тяжкй.. 83) 1,4 голодный.. 84) 1,2 смерть.. 85) 1,4 молебень.. 86) 1,8 глупь.. 87) 1,8 затме-ние.. 88) 1,2 горе.. 89) 1,6 рѣка.. 90) 2,2 Государь.. 91) 1,8 аро-мать.. 92) 1,6 Пушкинъ.. 93) 1,2 разбить.. 94) 2,2 Адамъ.. 95) 1,6 клювь.. 96) 1,2 подавленное.. 97) 1,4 цвѣтъ.. 98) 1,2 грудь.. 99) 1,2 звѣрь.. 100) 1,8 радость..

Внутреннихъ ассоц. 61, вѣшнихъ 39, изъ нихъ 6 звуковыхъ. Испытуемый повторилъ сл.-разд. 2 раза. Средн. ариом. скорость первой реакціи 2,01 сек., вѣроятная сред. 1,6. Въ минуту испыты-ваемый произносилъ въ среднемъ 10,2 словъ. Какъ характерное явление у этого испытуемаго слѣдуетъ отмѣтить то, что въ пер-вые 30 секундъ приблизительно онъ произносилъ слова довольно скоро, за то во вторыя 30 секундъ мы находимъ очень мало словъ, часто даже ни одного.

№ 3. Б. Б. (студентъ).

1) 0,8 чай.. 2) (повт.) 6,6 строгость.. 3) 1,4 бумага.. 4) (повт.) 4,8 веселье.. 5) 2,8 околышекъ.. 6) 1,6 похороны.. 7) 2,4 галле-рея.. 9) (повт.) 2,2 магазинь.. 10) 2,2 хѣтъ.. 11) 1,2 камень, гири, вѣсы.. 12) 0,8 на конькахъ, на санкахъ, снѣгъ, дорога, лошадь, лыжи, лѣсъ, на лошади, верхомъ, лодка, рѣка, берега, виды. 13) (повт.) 3,0 вода, горизонтъ, лодка, лѣсъ, кунальни, мостъ, прачки, бѣлье, песокъ, грязь, рыба, рыбакъ, удочки, утки. 14) 2,4 нищій, лохмотья, калѣка, улица, грязь, милостыня, сердобольная барынька, пригаваніе, голодь, болѣзнь. 15) 1,6 вища, голодь, кушанье, обѣдь, ужинъ, обстановка, кухня, посуда. 16) 1,0 боль, крики, кровь, плачь, физическая, моральная, лицо, выраженіе лица, со-страданіе, окружающіе. 17) 1,6 желѣзо, ледь, сунъ, камень, вода, холодь, морозъ, пальто, печка, огонь, каминь. 18) (повт.) 2,6 ре-беночъ, мать, кровать, кунальня, вода, скамейка, одежда, крикъ, вечеръ, постель, часы. 19) 1,4 волосы, гребешокъ, зеркало, шапка, городской голова, дума, выборы, лысина. 20) 1,0 ружье, револьверъ, пуля, дымъ, огонь, цѣль, винтовка, солдатъ, пушка, ядро, крикъ, кровь, полиція, магазинъ, оружіе. 21) 1,4 ребенокъ.. 22) 8,4 къ животнымъ.. 23) 1,4 запахъ.. 24) 2,4 людей.. 25) 3,4 окно.. 26) 3,8 горе.. 27) 1,4 церковь.. 28) (повт.) 9,2 оскорбленіе дѣйствіемъ.. 29) 1,8 мужикъ.. 30) 0,8 водку.. 31) 1,2 деревья.. 32) 1,4 спасе-ніе.. 33) 1,6 число.. 34) 1,2 родина.. 35) 1,0 воздухъ.. 36) 1,8 вѣтъ.. 37) 2,2 писчая.. 38) 0,8 за службу.. 39) 1,2 село.. 40) 1,0

къ людямъ.. 41) 0,6 дымъ.. 42) 0,8 море.. 43) 1,4 насѣкомое.. 44) 1,2 наказаніе.. 45) 2,2 грѣшникъ.. 46) 1,6 панесеніе.. 47) 1,6 куся.. 48) 1,4 танцы.. 49) 1,2 маленькая.. 50) 1,6 игра.. 51) 1,8 понь.. 52) 1,0 преступникъ.. 53) 1,4 сунъ.. 54) 2,6 судья.. 55) 2,2 Божьей Матери.. 56) 2,6 болѣзнь.. 57) 1,4 преступленіе.. 58) 2,4 парушка.. 59) 1,2 мальчикъ.. 60) 1,6 лѣсъ.. 61) 1,2 читать.. 62) 1,4 лѣвица.. 63) 1,4 бой.. 64) 1,8 чисель.. 65) 0,8 пухъ.. 66) 1,6 людей.. 67) 0,8 дерево.. 68) 1,8 церковь.. 69) 1,2 военный.. 70) 1,2 военная.. 71) 2,0 башня.. 72) 1,0 книга.. 73) 2,6 лавка.. 74) 1,6 горе.. 75) 1,4 замшевая.. 76) 1,2 тѣлосложеніе.. 77) 1,6 большая.. 78) 1,8 чистилище.. 79) 1,2 шартъ.. 80) 1,0 домъ.. 81) болѣзнь.. 82) 2,4 наказаніе.. 83) 1,3 мужикъ.. 84) 2,2 врага.. 85) 2,4 костель.. 86) 2,2 мышленіе.. 87) 1,6 звѣзда.. 88) 1,0 горе.. 89) 1,0 ровъ.. 90) 0,8 преступника.. 91) 1,4 полевой.. 92) 2,0 геній.. 93) 2,2 стекло.. 94) 2,6 адъ.. 95) 1,0 птица.. 96) 1,2 хорошее.. 97) 3,0 шартъ.. 98) 1,0 ребенка.. 99) 1,4 двуногое животное.. 2,6 бѣд-ность..

Внутреннихъ ассоц. 60, вѣшнихъ 40, изъ нихъ 7 звуковыхъ. Испытуемый повторилъ сл.-разд. 6 разъ. Сред. ариомет. скорость первой реакціи 1,86 сек., вѣроятная сред. 1,5. Въ среднемъ испы-туемый произносилъ въ минуту 11 словъ. И въ данномъ случаѣ отмѣчается то же явление, что и въ предыдущемъ, именно скорое истощеніе запаса реакціи.

№ 4. М. Г. (женщина зуб. врачъ).

1) 0,8 Скатерть.. 2) 1) 1,8 скудость.. 3) 1,2 ножь.. 4) 1,8 не-счастье.. 5) 1,8 шелковый.. 6) 6,2 похороны.. 7) 2,2 красота.. 8) 1,6 радость.. 9) 2,0 ограда.. 10) 2,2 неудача.. 11) 1,4 легкой, под-вижной, свободный, скорый, медленный, близкій, далекий, трудный, удачный, глупый, умный, образованный, неучъ, глупый, подвижной, красивый. 12) 1,6 плясать, гулять, смѣяться, прыгать, скакать, веселиться, дурачиться, острить, говорить, читать, писать, работ-ать, прыгать, ѣздить, скакать, сидѣть, летать, умереть, философ-ствовать, шутить, болтать. 13) 1,4 рѣка, море, прудъ, вода, огонь, электричество, газъ, дрова, уголь, печка, отопленіе, лѣто, весна, мѣсяцъ, годъ, солнце, луна, день, ночь, температура, освѣщеніе, небо. 14) 1,8 бѣдность, счастье, богатство, довольство, роскошь, радость, неудача, недовольство, глупость, тупость, ненаходчивость. 15) 2,0 пищеводъ, сердце, почки, печень, аорта, горло, связки, гортань, языкъ, ротъ, глаза, носъ, уши, голова, волосы, шея, руки, ноги, тѣло, туловище, скелетъ, кости, мясо, мышцы, кровь, кожа, пальцы, ногти, зубы, десны. 16) 1,8 несчастье, горе, ужась, бо-лѣзнь, неудача, любовь, чувство, желаніе, довольство, охота. 17) 1,2 горячий, теплый, мрачный, недовольный, мутный, ясный, голу-

бой, синий, веселый, шумный, тихий, глухой, смѣшной, хороший, добрый, мягкий, сердечный, приветливый, гостеприимный. 18) 1,6 одвѣвать, наряжаться, туалеты, зонтики, наряды, портной, шить, портить, сердиться, недовольный, весенний. 19) (повт.) 3,4 думать, размышлять, рассуждать, философствовать, мозгъ, извилина, черепъ, кости, бугорки, нервы, вѣтви артерій, развѣтвленія, мышцы, волосы, перхоть, локоны. 20) 1,6 револьверъ, пистолетъ, ружье, пушка, война, солдатъ, офицеръ, военный, битва, смерть, рана, болѣзнь, эпидемія, разстрѣлъ, обмундировка, ранецъ, палатки, шапки, ремни, офицеръ, будки, госпиталь, перевязка. 21) 1,2 тѣла. 22) 1,8 мечта.. 23) 2,0 сирень.. 24) 1,4 повѣсить.. 25) 1,2 штормы.. 26) 1,0 счастье.. 27) 1,4 перковь.. 28) (повт.) 4,2 страхъ.. 29) 2,2 сытый.. 30) 1,6 ѣсть.. 31) 1,2 поля.. 32) 2,0 симпатія.. 33) 1,2 число.. 34) 1,4 смерть.. 35) 1,0 холодный.. 36) 0,8 ужинать.. 37) 1,0 скатерть.. 38) 1,2 отличие.. 39) 1,0 село.. 40) 1,0 нелюбовь.. 41) 1,0 сигары.. 42) 1,2 море.. 43) 1,8 стрелкоза.. 44) 1,0 наказание.. 45) 1,2 священникъ.. 46) (повт.) 9,6 нанести.. 47) 1,0 кислый.. 48) 10 пласать.. 49) 1,2 мальчикъ.. 50) 1,6 праздникъ.. 51) 1,2 проповѣдникъ.. 52) 1,8 убійство.. 53) 1,0 теплый.. 54) 1,0 судья.. 55) 1,4 священникъ.. 56) 1,2 болѣзнь.. 57) 1,8 преступленіе.. 58) 1,2 торжество.. 59) 1,0 плохой.. 60) 0,8 веселиться.. 61) 0,8 тетрадь.. 62) 1,8 концертъ.. 63) 1,3 стучать.. 64) 1,6 количество.. 65) 1,0 тяжелый.. 66) 2,2 чувствовать.. 67) 1,2 липа.. 68) 1,6 молиться.. 69) 1,0 солдатъ.. 70) 1,2 пѣние.. 71) 1,0 низкий.. 72) 0,8 писать.. 73) 1,0 лавка.. 74) 1,4 несчастье.. 75) 1,8 каша.. 76) 0,8 вычитаніе.. 77) 1,4 столовая.. 78) 1,8 тюрьма.. 79) 1,2 тяжелый.. 80) 1,2 зданіе.. 81) 2,0 лѣчить.. 82) 2,4 наказание.. 83) 0,8 мужикъ.. 84) 1,2 боязнь.. 85) 1,2 костель.. 86) 2,0 дарованіе.. 87) 1,2 свѣтить.. 88) 1,0 печаль.. 89) 1,0 низкий.. 90) 1,4 спасеніе.. 91) 3,2 красивый.. 92) 3,2 художникъ.. 93) 1,2 блондъ.. 94) 1,4 адъ.. 95) 1,4 летить.. 96) 2,0 веселое.. 97) 1,0 синий.. 98) 1,6 кормилца.. 99) 1,2 люди.. 100) 2,0 радость..

Внутренн. асоц. 67, вѣвшихъ 33, изъ нихъ 8 звуковыхъ. Повтореніе сл.-разд. 3 раза. Сред. ариом. скорость первой реакціи 1,61 сек., вѣроятная сред. 1,4. Въ среднемъ испытываемая произносила 18,3 словъ въ минуту. Слѣдуетъ отмѣтить, что испытываемая въ своихъ реакціяхъ часто придерживалась одинаковыхъ съ сл.-разд. грамматическихъ формъ, т.-е. на прилагательныя она реагировала прилагательными и т. д.

№ 5. М. Ф. (женщина зуб. врачъ).

1) 1,2 поднось.. 2) 2,0 милосердіе.. 3) 1,8 ножки.. 4) 1,8 счастье.. 5) 3,0 трезвый.. 6) 2,0 жить.. 7) 1,8 грубость.. 8) 2,0 нужда.. 9) 3,0 величіе.. 10) 2,2 удовлетвореніе.. 11) 3, 0 трудъ,

легкий, вѣрный, улаченный, незабвенный, глупый, немислимый, тяжеловѣсный, обработанный, здоровый, дорогой, вредный, полезный, улаченный, деньги, монеты, народный, правительственный, казенный, дикий, немислимый, строй, правовой, международный. 12) 2,6 сапочки, любовь, легкой, лыжи, свѣтъ, красота, звѣзды, небо, электричество, музыка, военщина, кадеты, офицеры, любвеобильный, свободный, румянецъ, щеки, молодость, приятный, дешевой, легкий, умный. 13) 2,0 Женевское, тихое, очаровательное, на берегу, Швейцарія, иностранцы, англичане, вѣмца, русскіе, небрежность, перяшество, мапера, нехорошая, невоспитанность, тихая, кроткая, вразумительный, выдержка, отношенія, плохія, хорошія, несправедливость, манежность. 14) 4,0 хорошая, гордая, скрытая, открытая, пощечина, невозможная, нищенствующая, глупая, русская, еврейская, городская, сельская, крестьянская, вѣмецкая, буржуазная, мѣщанская, богатство, добыча, развращающая, среда. 15) 1,6 переполненный, голодный, жадный, утрированный, легковѣсный, тяжеловѣсный, требовательный, плохой, добродетельный, саркоматозный, хороший, богатый, бѣдный, мѣщанскій, вкусъ, избалованный, скромный, откровенный, шикарный, случайный, воспитанный, природный, нохъ, испорченный. 16) 2,8 любовь, челоѣчество, отношенія, славныя, милья, некультурныя, выработанныя, обработанныя, культура, западная, европейская, отвратительная, привитая, привычка, дурная, подростокъ, школьный, возрастъ, Толстой, эпоха, толстовцы, приверженцы, анаема, священники. 17) 2,4 металл, горный, Кавказскій, инородный, російскій, дикий, блестящій, алмазъ, рѣзущій, стекло, простое, шифованное, красивое, строевое, относительное, понятіе, понятливость, невозможныя отношенія, ножь, рѣзать, жестокость. 18) 1,8 платье, палто, шляпа, мысли, разъявлять, раскрывать, скрывать, недоѣвѣрять, довѣренность, вѣжливый, злостный, властный, сильный, сила, свысока, гордыня, преклоняться, преклонный, вѣкъ, старость, скверный, бѣдность, обставленный, удобная, везеніе, счастье. 19) 2,2 глупая, пустая, верхній этажъ, обработанная, проклеторіумъ, ученцы, ученики, 12 парь, нервы, vagus, центръ, зрительный, слуховой, сининной, можжечекъ, волосы, вырастать, ухаживать, мыть, чистоплотный, грязный, чистый, аккуратный, неприязательный, роскошный. 20) 1,8 далекий, дальновидный, ухаживать, дуэль, американская, чудовищная, варварская, далекий, барьеръ, шапи, секунданты, ножки, кинжалъ, револьверъ, браунингъ, республика, конституція, растерянность, переполохъ, возмутительный, несправедливый, неотложный, необходимый, кровь, смѣтая, погребенная. 21) 2,0 дуколесная.. 22) 1,8 неземная.. 23) 2,0 цѣвѣтокъ.. 24) 2,0 преступника.. 25) 1,4 кисейный.. 26) 2,4 любви.. 27) 2,2 Богоматери.. 28) 2,0 ариомегическое.. 29) 1,2 волкъ.. 30) 1,8 на тощакъ.. 31) 1,4 темный.. 32) юношество.. 33) 2,4

Юлианский.. 34) 1,6 смертная.. 35) 1,6 день.. 36) 2,0 плотно.. 37) 1,6 пятная.. 38) 2,6 недостойная.. 39) 2,6 двбуточная.. 40) 1,8 глупая.. 41) 2,8 магазинь.. 42) 1,6 въ рѣкѣ.. 43) 1,6 наказание.. 45) 2,2 странний.. 46) 2,0 странная.. 47) 1,2 огурець.. 48) 1,4 балъ.. 49) 2,0 ребенокъ.. 50) (повт.) 2,6 праздникъ.. 51) 1,6 служба.. 52) 1,4 дѣйстви.. 53) 1,6 поцѣлуй.. 54) 1,8 человекъ.. 55) 2,4 поклонение.. 56) 3,6 надежда.. 57) 2,0 хранитель.. 58) 2,0 мѣрской.. 59) 2,8 отецъ.. 60) 5,4 хорошая вещь.. 61) 1,8 необходимость.. 62) 2,0 сладость.. 63) 1,8 инструментъ.. 64) 2,4 стадо.. 65) 2,4 дѣйствие.. 66) 1,4 человечество.. 67) 1,2 дерево.. 68) 2,0 надежда всѣхъ.. 69) 1,8 военщина.. 70) 2,2 приятная исторія.. 71) 1,2 идеаль.. 72) (повт.) 5,0 полезная вещь.. 73) 3,0 универсальный.. 74) 2,6 о людяхъ.. 75) 2,0 приходъ.. 76) 2,0 прелестное.. 77) 4,8 часть квартиры.. 78) (повт.) 2,0 Данте.. 79) 2,0 предметъ.. 80) 2,4 фантазия.. 81) 1,4 цѣлитель.. 82) 1,6 тяжесть.. 83) 2,2 народникъ.. 84) 1,6 глухость.. 85) 2,0 постройка.. 86) 2,0 мѣрской.. 87) 1,6 ясное.. 88) 1,6 блаженство.. 89) 2,0 колодець.. 90) 3,0 милостивое чувство.. 91) 1,6 растение.. 92) 2,2 искусство.. 93) (повт.) 2,8 хрустальный.. 94) 1,0 земной.. 95) 1,6 царить.. 96) 1,8 невеселое.. 97) 2,8 Гаршинъ.. 98) 2,4 землю.. 99) 1,6 звѣрь.. 100) 2,4 хорошая вещь..

Внутр. асосс. 62, вишн. 38, изъ нихъ 3 звуков.

Повторение сл.-разд. 3 раза. Сред. ариомет. скорость первой реакци 2,11 сек., вѣроят. средн. 2,0. Въ сред. испытываемая произнесла въ минуту 23,9 словъ.

На основаніи этихъ протоколовъ опытовъ, произведенныхъ надъ 5 здоровыми лицами, мы можемъ убедиться, что реакціямъ здоровыхъ присущи много сходныхъ чертъ. Для всѣхъ испытываемыхъ сл.-разд. является руководящимъ представленіемъ, влияние котораго ясно сказывается на послѣдующія реакци по крайней мѣрѣ въ теченіе извѣстнаго времени. У однихъ съ даннымъ сл.-разд. ассоциируются разныя зрительныя картины, у другихъ различныя событія, пережитыя лично или окружающими, у третьихъ сл.-разд. является какъ бы темой для размышленій. Во всякомъ случаѣ здоровые реагируютъ отдѣльными словами, характеризующими вызваннаыя даннымъ сл.-раздражителемъ въ ихъ сознаніи картины или событія, или размышленія. Въ процессѣ вызванія тѣхъ или другихъ образовъ большую роль играетъ индивидуальность: повидному, у людей, принадлежащихъ къ такъ называемому зрительному типу, данное слово вызываетъ преимущественно различныя картины или событія изъ жизни, лица же, принадлежація къ такъ наз. слуховому типу, повидному склонны больше къ разсужденіямъ. Иногда можно отмѣнить перечисленіе цѣлаго ряда однородныхъ предметовъ или явленій. Въ теченіе минуты направленіе представлений иногда нѣсколько разъ мѣнялось, но всегда можно вы-

дѣлать одно или нѣсколько представлений, вокругъ которыхъ группируются всѣ остальные. Что касается качества первыхъ реакцій, то у здоровыхъ большой разницы не наблюдается. Согласно нашему раздѣленію, число внутреннихъ ассоціацій колеблется между 60 и 67. Въ среднемъ у здоровыхъ было 63% внутренн. асосс. и 37% вишн. Средняя ариометич. скорость первой реакци составляетъ 1,8 сек., вѣроятная средняя 1,6 сек. Эта цифра весьма близко подходитъ къ цифрѣ, найденной Jung'омъ. Въ минуту здоровые произносили въ среднемъ 15,9 словъ. Общ. женщины произносили гораздо больше словъ, чѣмъ мужчины, иногда больше чѣмъ вдвое. Этотъ матеріалъ конечно слишкомъ недостаточенъ и не даетъ основанія высказаться съ опредѣленностью за случайность или закономерность этого явленія. У 2 лицъ можно было отмѣтить послѣ начального равномернаго произношенія реактивныхъ словъ значительныя паузы—явленіе, которое мы нашли рѣзко выраженнымъ у меланхоликовъ. Наконецъ сдѣдуетъ еще отмѣтить, что всѣ испытываемые повторили сл.-разд. отъ 2 до 6 разъ.

Послѣ этой краткой характеристики ассоціацій здоровыхъ, мы переходимъ къ изложенію протоколовъ опытовъ надъ маниакальными больными.

№ 6. X—емъ (гипоманіак. состояніе).

1) Самоваръ: 1,2 труба (внутр).. 2) строгость: 2,0 хороша во время при извѣстныхъ условіяхъ (предлож.). 3) ножицы: 1,6 острая (внутр).. 4) счастье: 1,4 несчастье (виук).. 5) бархатный: 0,8 кафтанъ (прив).. 6) хоронить: 1,8 покойника (прив).. 7) картина: 1,6 писанная (внутр).. 8) веселье: 2,4 чрезмѣрное (внутр).. 9) памятникъ: 1,6 Пушкинъ (прив).. 10) желанье: 1,4 нравится (прив).. 11) тяжелый: 1,8 молотъ (прив.), бьетъ по наковальнѣ, во время работы кузнеца, кушаго топоръ, серпъ, вилаы, бакалцы, штампы, части для прессы, для парового молота, для токарнаго станка. 12) кататься: 4,2 на лошади (внутр.), верхомъ, доставляетъ удовольствіе, въ экипажѣ изнѣживаешь, ясная погода, острова, деревья, цвѣты, прогулки на лодкѣ. 13) озеро: 2,6 Ильмень (прив.), Ладожское, Онежское, большое, глубокое, прозрачное, несчастье, вода съ серебристымъ отливомъ, на поверхности отгнѣваются окружающіе предметы. 14) Нищета: 1,8 богатство (внутр.), налива, грабежъ, обмѣръ, честность, справедливость, вѣрность, измѣна, визость, неправоподобное, вѣроятное, невозможное. 15) желудокъ: 1,6 человекъ (внутр.), животнаго, птицы, звѣря, змѣя, удава, кишечникъ, прямая кишка, пища, твердая, жидкая, пищевареніе, запоръ, поносъ, катарральное состояніе, гастрическое разстройство. 16) страданіе: 3,2 уныніе (внутр.), безуміе, бредъ, бредонница, сумасшествіе, идиотизмъ, кретинизмъ, бшен-

ство, половое, дурачество, обмант, симулянт. 17) холодный: 1,4 поть (прив.), сонь, скука, ознобъ, жарь, испарина, влага, жарь, холодъ, голодь, недомоганіе, болъзнь, смерть, воскресеніе, памятникъ. 18) раздѣвать: 2,0 большого (внут.), слабога, немощнаго, старога, старика, паралитика, прогрессивнаго, большои, здоровый, бодрый, сильный духомъ и тѣломъ, разбойникъ, охотникъ, дикарь. 19) голова: 2,4 рыба (внут.), расъ, кошка, собака, мышь, кроть, селезень, фазанъ, курица, приликъ, поле, ягода, дерево, трава, башня, овинокъ, гумно, хата, крестьянинъ. 20) выстрѣль: 2,2, пушка (прив.), ружье, картечь, бомба, порохъ, селитра, соль, уголь, нитроглицеринъ, гремучій студень, оболочка, ударникъ, сотрясеніе, взрывъ, все разрушено, погибла масса народа. 21) коляска: 1,8 сани (внут.).. 22) любовь: 2,2 дѣвушка (внут.).. 23) душистый: 2,8 порошокъ (внут.).. 24) разстрѣльть: 1,4 преступника (внут.).. 25) занавѣсь: 1,6 тюлевый (внут.).. 26) несчастье: 2,8 любовь (прив.).. 27) часовня: 1,4 образъ (внут.).. 28) дѣйствіе: 1,6 правильное (внут.), на войнѣ. 29) голодный: 2,0, человѣкъ (внут.).. 30) выпивать: 1,8 вредно человѣку какъ больному, такъ и здоровому (предл.).. 31) лѣсъ: 2,2 строевой (прив.), употребляется на постройку домовъ.. 32) надежда: 7,0 любовь (прив.), вѣра.. 33) календарь: 2,2 стѣнной (прив.).. 34) тоска: 1,6 радость (внут.).. работа, забота, заводъ.. 35) морозный: 1,2 морозный день полезенъ для здоровыхъ (предл.).. 36) обѣдать: 1,4 во-время полезно, безъ времени вредно (предл.).. 37) бумага: 2,8 писчая (прив.).. 38) награда: 1,4 дается человѣку за отличную службу (предл.).. 39) деревня: 2,2 хорошая (внут.).. 40) ненависть: 2,2 зависть (звук.).. 41) табачный: 1,2 дымъ (прив.).. 42) купаться: 2,0 полезно людямъ тучнымъ, малокровнымъ вредно (предл.).. 43) бабочка: 2,0 ласточка (звук.).. 44) преступленіе: 8,2 грѣхъ (внут.).. 45) праведникъ: 2,8 великій (внут.), разумный, нормальный, лодка, червь.. 46) обидца: 3,6 невыносимо (внут.).. 47) соленый: 1,4 огурецъ (прив.).. 48) танцовать: 1,4 польку (прив.).. 49) дѣвочка: 1,0 маленькая (внут.).. 50) Святки: 3,4 Святки веселыя (звук.).. 51) священникъ: 1,6 старый (внут.).. 52) преслѣдованіе: 2,6 за убійство (внут.).. 52) горячій: 1,0 супъ (прив.).. 54) судить: 2,0 человѣка (внут.).. 55) икона: 1,0 серебряная (прив.).. 56) здоровье: 2,6 болъзнь (внут.).. 57) торья: 1,4 крѣпка стѣнами и рѣшетками (предл.).. 58) пиръ: 1,2 горой (прив.).. 59) гадкій: 1,2 человѣкъ (прив.).. 60) гулять: 1,6 хорошо въ теплую погоду, когда свѣтитъ солнце и поеть соловей (предл.).. 61) книга: 1,2 научная полезна, когда читаешь ее съ вниманіемъ (предл.).. 62) лѣние: 2,2 концертное (прив.).. 63) барабанъ: 1,8 военный (внут.).. 64) отблугать пузыремъ, издаеть сильный звукъ.. 64) множество: 8,0 животныхъ (внут.).. 65) легкій: 5,4 звукъ (внут.).. 66) любить: 2,4 дѣвцу (внут.).. 67) береза: 1,2 кудрявая (прив.).. 68) молитва: 3,0 къ Богу (внут.).. 69) офицеръ: 1,8 блестящій (прив.)..

70) музыка: 3,2 духовая (прив.).. 71) высокій: 1,2 человѣкъ (внут.).. 72) читать: 2,2 читать книгу (звук.).. 73) магазинъ: 2,6 суконныхъ товаровъ (прив.).. 74) забота: 2,4 горе (внут.).. 75) перчатки: 0,8 лайковыя (прив.).. 76) сложеніе: 1,4 красивое (прив.).. 77) комната: 1,2 большая (внут.).. 78) адъ: 0,8 крошечный (прив.).. 79) круглый: 1,4 шаръ (прив.).. 80) строить: 1,2 дома (прив.).. 81) врачъ: 1,4 психіатръ (прив.).. 82) грѣхъ: 1,2 великій (внут.).. 83) крестьянинъ: 1,8 зимой ѣздитъ на дровняхъ, а лѣтомъ запрягаетъ лошадей въ телѣгу (предл.).. 84) страхъ: 2,4 радость (внут.).. 85) церковь: 1,2 православная (прив.).. 86) умъ: (повт.) 4,4 твердый (прив.).. 87) солнце: 1,0 мѣсяць (внут.).. 88) радость: 1,8 горе (прив.).. 89) глубокий: 1,2 прудъ (прив.).. 90) помидовать: 0,8 преступника (внут.).. 91) цѣтокъ: 2,0 душистый (прив.).. 92) таланти: 1,8 великій (внут.).. 93) стаканъ: 1,2 хрустальный (внут.).. 94) рай: 1,4 адъ (внут.).. 95) орель: 1,8 двуглавый (прив.).. 96) настроеніе: 1,4 бываетъ повышенное (внут.).. 97) красный: 0,8 флагъ (прив.).. 98) кормить: 1,0 стариковъ (внут.).. 99) человекъ: 1,8 разумный (внут.).. 100) богатство: 1,6 бѣдность (внут.)..
Внутренн. ассоціій 48, вышн. 42, изъ нихъ 5 звуков. Реакцій предложеніями 10, изъ нихъ 8 по внутренн. ассоц. Большой повторилъ сл.-разд. 1 разъ. Сред. арном. скор. первой реакц. 2,03 сек., въроятн. сред. 1,8. Въ минуту большой произносилъ въ средн. 16,6 словъ. Особенности характера его ассоціій въ отличіе отъ здоровыхъ состоятъ, помимо 10 реакцій цѣлыми предложеніями, еще въ болѣе частой перемѣнѣ представленій, въ неожиданныхъ переходахъ отъ однихъ представленій къ другимъ, въ частыхъ однородныхъ перечисленіяхъ и въ наклонности къ болѣе связнымъ реакціямъ.

№ 7. 0—овъ (гипоманіак. состояніе послѣ глубокой депрессіи).

1) 1,0 мѣдный.. 2) 3,0 воспитаніе.. 3) 2,8 кроить.. 4) 11,0 судьба.. 5) 2,0 коверъ.. 6) 2,8 покойника.. 7) 3,8 большая.. 8) 5,4 общество.. 9) 2,4 Гоголь.. 10) 3,2 предѣльное.. 11) 1,6 крестьянъ.. 12) 1,6 санки.. 13) 5,4 имѣніе.. 14) 8,8 несчастье.. 15) 2,0 запоръ.. 16) 4,4 физическое.. 17) 2,4 поть.. 18) 5,6 сонь.. 19) 2,6 умная.. 20) 4,6 дуэль.. 21) 2,0 лошади.. 22) 2,0 чувство.. 23) 1,8 макъ.. 24) 2,0 казнь.. 25) 1,4 театръ.. 26) 0,8 счастье.. 27) 1,8 крестьянъ.. 28) 1,0 бездѣйствіе.. 29) 0,8 сытый, вѣрнѣе (сытый голодному не вѣрнѣе), ашкетизъ, діота, смерть, урожай, неуражай, жертвованіе, пожертвованіе (правильнѣе), народное горе, голодь, бичъ Божій, помощь правительства. 30) 0,8 водка, запой, болъзнь, привычка, лѣченіе, вредъ, наследственность, болъзнь, излѣчивость, организмъ, распущенность, потеря воли, безхарактерность. 31) 1,0 рубяць, цепки, летѣть, письмо, шумить дубрава, дрова, чугушка, засуха, неуражай, голодь, каменный уголь, каменная постройка, культъ деревни. 32) 0,6 любовь, питать, юношей, старцу, отрада, подавать,

поддержка, вѣра, болѣзнь, выздоровленіе, имя, доля. 33) 1,0 крестьян, Гатдукъ, стѣнной, настольный, восходъ, заходъ солнца, стиль, новый, старый, Россія, заграница, 13 дней, праздники, неприсутственные дни. 34) 1,4 родина, изнывать, щемить, сердце, предметная, безотчетная, болѣзнь, душа, лѣченіе, чувство, тяжелое, плачь. 35) 0,8 день, воздухъ, холодъ, мороженное, кататься, санки, коньки, ледъ, ледаколь, румянецъ, дѣдушка, елка. 36) 2,0 аппетитъ, вкусъ, прожорливость, интеллигентность, чистоплотность, средства, кабинетъ отдѣльный, ресторанъ, компанія, кутежъ, пьянство, неприличіе. 37) 0,8 перо, чернила, письмо, сочиненіе, тема, рисованіе, сочиненіе, обложка, обертка, турускъ, обон, писчал, тетрадки, листы книгъ, сахарная обложка (объясняетъ связь), синяя бумага. 38) 1,6 заслуга, отличіе, служба, милость, выгода, достоинство, самолюбіе, деньги, честь, здоровье, болѣзнь, память, дорожитъ, заслуга, моральное вознагражденіе. 39) 0,8 село. 40) 2,0 зло.. 41) 0,8 дѣмь.. 42) 1,0 рѣка.. 43) 1,2 мотылекъ.. 44) 0,8 наказаніе.. 45) 5,8 достойный жизни.. 46) 0,8 кровная.. 47) 0,8 горькій.. 48) 3,4 полкъ.. 49) 0,6 мальчикъ.. 50) 1,2 Рождество.. 51) 0,8 нопь.. 52) 1,2 толпа.. 53) 0,8 холодный.. 54) 1,2 миръ.. 55) 1,0 образъ.. 56) 0,6 болѣзнь.. 57) 1,4 арестантъ.. 58) 5,2 гора.. 59) 2,4 неблагодарный.. 60) 1,8 Лѣтній садъ.. 61) 0,6 печаль.. 62) 0,8 свистъ.. 63) 1,2 бой.. 64) 1,0 единца.. 65) 0,8 тяжелый.. 66) 1,2 сердце.. 67) 0,8 осина.. 68) 0,6 Дѣва.. 69) 0,8 нижній чинъ.. 70) 1,0 игра.. 71) 1,0 низкій.. 72) 1,0 пѣніе.. 73) 1,2 лавка.. 74) 0,8 печаль.. 75) 0,6 рука.. 76) 0,6 вычитаніе.. 77) 1,4 кровать.. 78) 1,0 кромѣшннцъ.. 79) 1,2 животъ.. 80) 0,6 домъ.. 81) 2,0 докторъ.. 82) 1,2 паденіе.. 83) 2,4 мужикъ.. 84) (повт.) 2,2 боязнь.. 85) 1,5 крестъ.. 86) (повт.) 1,0 разумъ.. 87) 1,0 луна.. 88) (повт.) 2,6 улыбка.. 89) 0,8 мелкій.. 90) 0,8 царь.. 91) 2,4 суверенръ.. 92) 0,8 даръ.. 93) 1,0 ложка.. 94) 0,8 адъ.. 95) 1,0 птица.. 96) 0,6 духъ.. 97) 1,0 бѣлый.. 98) 1,0 голодь.. 99) 1,4 обезьяна.. 100) 1,2 бѣдность..

Эти опыты произведены надъ больнымъ вторично. Первый разъ мы произвели такіе же опыты нѣсколькими мѣсяцами раньше, когда больной находился въ глубокой депрессіи (протоколы см. дальше). Первые 25 помѣщеннхъ здѣсь опытовъ не должны итти въ счетъ, такъ какъ они произведены въ такое время, когда больной находился въ переходномъ состояніи изъ депрессив. въ маниакальное. По утрамъ онъ находился еще въ нѣсколько подавленномъ состояніи, а къ вечеру оживлялся и нѣсколько возбуждался. Последніе же 75 опытовъ мы произвели уже черезъ 1—1½ мѣсяца послѣ, когда больной былъ въ чистомъ гипоманиакальномъ состояніи. Время реакціи мы вычислили только изъ 75 послѣднихъ опытовъ.

Средн. ариомет. скорость первой реакціи 1,27 сек. вѣроятная средн.

1,0. Въ минуту больной произносилъ въ среднемъ 15,3 слова. Это число слѣдуетъ собственно нѣсколько увеличить, такъ какъ больной иногда во время реакціи пытался объяснить ихъ происхожденіе и связь. Внутренн. ассоц. было 55, вѣшн. 45, изъ нихъ 2 звуков. Повтореніе сл.-раздр. было 3 раза. По характеру эти ассоціи мало отличаются отъ обычнаго типа у здоровыхъ, если не считать большаго числа вѣшннхъ ассоц. въ сравненіи съ нормой.

№ 8. Ю—лч (маніак. сост.).

1) 1,2 чайникъ.. 2) (повт.) 5,0 розги.. 3) 1,6 портной.. 4) 3,0 счастье не въ деньгахъ, а въ здоровьѣ.. 5) 1,8 кафтанъ.. 6) 3,6 покойника, кладбище, бюро похоронныхъ процессій, провознате, грусть, трауръ, вѣнки, поминки, факелъ, могильщикъ, саванъ, одѣяніе, елка, лошади, катафалкъ. 7) 1,6 рама.. 8) (повт.) 1,8 музыка.. 9) 2,0 могила.. 10) (повт.) 4,0 искренне мое попать какъ можно скорѣе на квартиру домой.. 11) (повт.) 3,8 крестъ достался мнѣ на долю, вѣсы, гири, пшеница, рожь, овесъ, измѣне, садъ, лошади, коровы, молоко, масло, сливки, пчелы, медъ, улей, фрукты, картины, усадьба. 12) 2,0 на саняхъ очень приятно.. 13) 3,2 рыба, лодка, неводъ, берегъ, раки, камни, глубина, вулканическія явленія, горы высіяя, пѣвцы, уженіе рыбы доставляетъ удовольствіе, пароходы, желѣзныя дороги, несчастье. 14) 3,6 бѣдность не пороку, нужда скачетъ, нужда пляшетъ, нужда пѣсенки поеть.. 15 (повт.) 6,2 геморрой, слабительная вода Франца-Иосифа, зубной порошокъ, каскаринъ, клистеръ, докторъ, аптека, болынина, молоко, куриный супъ. 16) 7,6 болѣзнь. Я страдалъ ожиреніемъ сердца.. 17) 2,0 зима.. 18) 2,2 до нага.. 19) 2,6 ность, уши, глаза, ротъ, шея, туловище, рука, нога, волосы, брови, подбородокъ, пальцы, ногти, кисти, болѣзнь, ревматизмъ. 20) 1,2 ружье, револьверъ, бульдогъ, пуля, охотникъ, ягдташъ, зубры, собаки, медвѣдь, фазанъ, рябчикъ, заяцъ, котъ сибирскій, тюлень, левъ, пантера, жираффа, леопардъ. 21) (повт.) 2,2 лошади.. 22) (повт.) 3,2 коварство, непостоянство, измѣна, ревность, жена, любовникъ, негодй, выстрѣлъ, убійство, тюрьма, ссылка, судъ, конвойный, каторга, сенатъ, Государ. Дума, императоръ, партія. 23) 1,8 дѣтны.. 24) 2,8 преступникъ слѣдуетъ.. 25) 1,4 шторы.. 26) 5,0 счастье, рѣка, мость, нождъ, паровозъ, тунель, рельсы, машинистъ, кочегаръ, мость, звонокъ, стрѣлочникъ, телеграфъ, пароходъ, корабль, ледъ, ледаколь, глубина, галерея, горы. 27) 1,6 церковь.. 28) 2,6 театръ.. 29) 2,0 сытый голоднаго не понимаетъ, соловья баснями не кормятъ.. 30) 2,6 водку не хорошо. Пьяный высипитъ, а дуракъ никогда.. 31) (повт.) 3,0 хвойный.. 32) 3,0 юношей питаеть, на Бога надѣйся, а самъ не полай.. 33) 2,0 число.. 34) 3,4

тоска это очень нехорошая вещь... 35) 1,8 день сегодня, очень приятно было гулять.. 36) 2,4 приятно, если вкусный обед.. 37) 1,2 перо.. 38) 2,6 чиновники ждуть награды съ большим интересом.. 39) (повт.) 4,0 в деревнѣ жить хорошо.. 40) 3,6 я ненавижу все нехорошее. 41) 2,8 издѣлье, я очень люблю курить.. 42) 2,2 приятно, лѣтомъ въ хорош. рѣкѣ.. 43) 2,6 лѣтомъ бываетъ много бабочекъ.. 44) 3,0 каторга.. 45) 1,6 Иоаннъ Кронштадтскій былъ очень праведный человекъ.. 46) 4,8 обидѣть можно человекъ зря.. 47) 2,0 огурецъ.. 48) 5,0 балъ, праздникъ, свадьба, университетъ, институтъ, академія, студенты устраиваютъ балы, для студ. товарищей съ благотворит. цѣлью. 49) 2,8 и мальчикъ.. 50) (повт.) 2,6 на Рождествѣ.. 51) 2,2 Щербаковскій былъ проинзанъ 21 пулями японскимъ.. 52) 2,6 преступниковъ надо преслѣдовать.. 53) 1,0 чай приятно пить, кипяткомъ ставится безопасно на всѣхъ Сибир. дорогахъ.. 54) 1,6 ридить. Правда и милость да царствуютъ въ судахъ.. 55) 3,6 хорошая естъ икона Алекс. Невскаго на углу Петрозаводской.. 56) (повт.) 2,8 дороже денегъ.. 57) 2,0 куда сажаютъ преступниковъ.. 58) 2,2 на весь міръ.. 59) 1,2 человекъ, женщина, въ людяхъ ангелъ, не жена, дома съ мужемъ сагана.. 60) 1,4 приятно въ саду.. 61) 1,8 читать книгу хорошо и приятно.. 62) 2,8 приятно очень слушать. Я люблю ходить въ оперу.. 63) 2,0 хорошей барабанъ бываетъ у солдатъ.. 64) 4,4 лицъ естъ негодяи.. 65) 6,6 возъ, своя ноша не тяжела.. 66) 5,6 любовь не картошка, ее не выкинешъ за окошко, я люблю трудиться.. 67) 2,2 очень хорошее дерево.. 68) 2,4 молиться Богу обязательно нужно.. 69) 2,0 офицеромъ много въ Русской арміи.. 70) 2,2 рояль.. 71) 1,4 человекъ, башня, въ Москвѣ естъ колокольня Ив. Великаго.. 72) 1,4 я люблю читать журналы.. 73) 2,0 торговать.. 74) 1,8 о дѣтяхъ.. 75) 1,6 цосить.. 76) 1,8 чисель.. 77) 2,0 залъ.. библиотека, аптека.. 78) 1,6 кромѣшный, чертъ, чѣмъ чертъ не шутить, когда Богъ спитъ.. 79) 2,2 озеро, мячъ, шаръ земли круглый, бильярдные шары круглы, апельсинны, яблоки бываютъ круглыя и продолговатыя.. 80) 2,0 дома.. 81) 1,6 лѣчить, много естъ врачей, которые пошадютъ на скамью подсудимыхъ.. 82) 1,8 да бѣда на кого не живеть.. 83) 1,4 нашетъ, лѣгчай.. въ деревнѣ бабы умнѣе мужиковъ.. 84) (повт.) 8,0 боязнъ, напр. бѣшен. собаки часто кусаются.. 85) 2,0 икона.. 86) 3,6 у животныхъ естъ тоже умъ.. 87) 1,8 свѣтить, грѣть лѣтомъ.. 88) 5,0 приятно, иногда приходится радоваться заблаговременно.. 89) 2,0 оврагъ.. 90) 2,0 можетъ только Государь Императоръ.. жалуетъ царь, да не милуетъ псарь.. 93) 1,8 граненный.. графинъ, филтъръ, вода, уголь, англійскій, побѣдъ.. 94) (повт.) 8,4 Богъ.. естъ въ Вильвѣ садъ подъ названіемъ рай.. 95), 2,0 высоко летаетъ.. лучше синица въ руки, чѣмъ орда въ небѣ.. 96) 1,6 бываетъ разное.. 97) 1,8 кумачъ.. 98) 2,2 приятно дѣтей маленькихъ, которыя не могутъ сами ѣсть.. 99) (повт.)

8,0 родится, живеть.. бьется какъ рыба о ледъ, и не знаетъ, что его впереди ждетъ, сегодня живъ, а завтра мертвъ.. 100) 2,8 блудному сыну не въ прокъ отцово наслѣдство..

Внутренн. ассоц. 41, вѣшн. 27, изъ нихъ 1 звукон.

Реакціи предложеніями было 32, изъ нихъ 16 по внутр. ассоц.. 10 привычн. и 6 звуков. Средняя аримет. скорость первой реакц. 2,71, вѣроятная ереди. 2,2 сек. Въ минуту большой въ среднемъ произносили 17,5 словъ. Повтореніе сл.-разд. было 14 разъ.

Характерныя явленія въ ассоціаціяхъ даннаго больного сводятся прежде всего къ склонности реагировать фразами. Съ трудомъ мы могли подыскать 10 словъ, гдѣ въ реакціяхъ больного (въ теченіе минуты) не было бы фразъ. Если онъ и начиналъ реагировать отдѣльными словами, то онъ скоро переходилъ на связанный рассказъ или на реакціи предложеніями. Въ реакціяхъ больного мы находимъ много воспоминаній изъ личной жизни. Слѣшь да рядомъ мы находимъ эгоцентрическа реакціи, т.-е. такія, гдѣ ясно выступаетъ личность самого больного, его субъективное мнѣніе или чувство. Если разсматривать однѣ только первая реакціи, то мы найдемъ въ 15% эгоцентризмъ, но если разсматривать всѣ ряды ассоціацій, то мы находимъ въ большинствѣ случаевъ отдѣльныя реакціи, гдѣ такъ или иначе сказывается личность больного. Въ реакціяхъ больного мы находимъ очень много примѣровъ. Бросятся въ глаза частое повтореніе сл.-разд.

№ 9. Э.—ичъ (маніак. сост.).

1) 3,0 стаканъ, стѣна, столбъ.. 2) 3,5 ступить, стремиться.. 3) 1,0 нога, пось.. 4) (повт.) 1,8 собака.. 5) 2,0 Богъ.. 6) (повт.) 2,0 хвалъ.. 7), 2,0 канадецъ.. 8) 2,2 весь.. 9) 7,2 Пинкертонъ.. 10) 1,2 жена.. 11) 2,4 Тимоновъ, тяжесть, тянуть, тяга, тра-га-га, трикотажный, трамбулзи, 3, 30, 13, трикотажный, трамвай, тримай, тумба, трахъ, крахъ, Толстой. 12) 1,0 конь, книга, карандашъ, констебль, Кременчугъ, Каль, кумулусъ, кишки, конецъ, конструкция, конь. 13) 1,8 Онега, онъ, она, очи, отчаяніе, обыкновенный, Ориксъ, облачный, обмороченный, обиженный, обманчій, оцѣненный, оцѣнка, оцѣняться. 14) 0,8 начальство.. 15) 0,8 жена.. 16) (повт.) 2,0 сѣчь.. 17) 2,2 хилый.. 18) 1,4 расказывать.. 19) 0,6 голый.. 20) 1,6 Викторъ.. 21) 1,0 ко—, конь.. 22) 1,8 Люба.. 23), 0,8 духъ.. 24) 1,2 расказать.. 25) 1,4 назаваться.. 26) 2,0 нахаль.. 27) 1,0 часъ.. 28) 2,0 Дина.. 29) 1,0 голодь.. 30) 0,4 выгнать.. 31) 1,0 лугъ.. 32) 2,4 нога.. 33) 1,8 каналья.. 34) 1,2 тануть.. 35) (повт.) 2,4 молантъся.. 36) 1,4 онъ.. 37) (повт.) 1,2 бугля.. 38) 2,8 нагонъ.. 39) 0,8 домъ.. 40) 1,0 нужный.. 41) 1,4 Тимоновъ.. 42) 1,2 Кумберляндъ.. 43) (повт.) 1,6 Влумбергъ.. 44) 0,8 преступать.. 45) 1,2 правильно.. 46) 1,0 обидчивый.. 47) 1,0 си-

ний.. 48) (повт.) 2,4 танець.. 49) 1,4 день.. 50) (повт.) 2,8 святость.. 51) 1,0 снобизм.. 52) 0,8 чернильница.. 53) 0,8 говня.. 54) 1,0 судь.. 55) 1,4 Иконников.. 56) 5,0 пища, жирный.. 57) 2,8 темно.. 58) 1,4 фда.. 59) 2,6 негодай.. 60) 3,6 ходить.. 61) 1,8 шрифть.. 62) 2,4 голось.. 63) 3,8 кожа.. 64) 2,0 безконечность.. 65) 2,4 тяжелый.. 66) 3,8 вбжность.. 67) 2,8 липа.. 68) 4,2 Матерь Божия.. 63) 2,0 тьма.. 70) 2,6 бречать.. 71) 1,8 низкий, вышина, метр, голова, образованный, тонкий, полный, преступник, Ахиллес, Ахилл, Давид, Голяос. 72) 1,2 переводы, книги, буквы, соотношение, грамматика, слог, быстро, медленно.. 73) 1,6 табачный, полки, прилавок, кассир, приказчик, торговля, чудочный.. 74) 1,8 мать, деньги, смерть, подштанники, умь, заботливость, бдность, подвал.. 75) 1,8 дамекя, мужекя, галоши, офицерскя, бйля, желтя, красня.. 76) (повт.) 1,8 ариометика, вычитание, умножение.. 77) 1,2 Zimmer, большая, малая, поль, линеумь.. 78) 1,4 неч, жар, жаркий, небо, треск, гром, молния, церковь, температура.. 79) (повт.) 4,2 rund, алигсь, парабол, сферический, поверхность, круглый, комплект, круглое колесо, круглое колбно, кружиться.. 80) 1,2 строение, строила, окна, створки, сьни, зданіе, соборь, сомфваться, земля, самь, сама, снять, съемка, нивелировка, установка, планировка, известь.. 81) (повт.) 1,4 лфчить, врачевать, врать.. 82) 1,0 грфшить.. 83) 1,2 кресть, креститься, плугь.. 84) 3,0 трусость, ударять, прыгать, открытие.. 85) 1,8 молитьсь.. 86) 1,6 разумь.. 87) 2,8 луна.. 88) 1,4 горсть.. 89) 2,0 оврагь.. 90) 1,8 кого, царь, за что.. 91) 1,8 дфйти.. 92) 4,2 Кошуть, ударять, ломь.. 93) 1,4 чашка, колбно, ложка.. 94) 2,0 земной.. 95) 2,0 кондорь.. 96) 3,6 музыка.. 97) 1,0 фиолетовый.. 98) 1,4 поить.. 99) 1,2 хороший.. 100) 4,0 счастье..

Если в других случаях можно с некоторой оговоркой еще говорить о свободном течении ассоциаций, то в данном случае мы не имеем на то никакого права. Как видно из протоколов опытов, больной реагировал с определенной «установкой» (Einstellung): он подыскивал всевозможные слова, начинающиеся с той же буквы. Несмотря на наши многократные просьбы не подыскивать таких слов, больной все продолжал реагировать подобным же образом. Мало того, когда мы прочитали больному несколько образцов других реакций, он после 1—2 совершенно несоответствующих реакций продолжал произносить слова, начинающиеся опять с той же буквы. В конце концов, мы должны были просить его реагировать по смыслу наших слов, чтобы получить аналогичные реакции с другими непытуемыми. Такие реакции начинаются с 55-го сл.-разд.

Внутренн. ассоц. оказалось 31, внешних 69, из них 60 звуков. Сред. ариомет. скор. первой реак. 1,91, вброятн. средн. 1,8 сек. В минуту больной произносил в среднем 15,4 слова

(при установке на звук) или 18,2 (без установки). Повторение сл.-разд. 12 раз. Характер ассоциаций этого больного резко отличается от обычного типа. В данном случае мы не замечаем, чтобы сл.-разд., как руководящее представление, имело бы влияние на ход ассоциаций больного. Если он и реагировал одним или несколькими словами на него, то тут же совершенно неожиданно переходил на другие предметы и слова (представления) без видимой связи. Не замѣтно таких слов, вокруг которых, как вокруг центров, группировались бы все ассоциации. Реакции подбираются как бы случайно.

№ 10. В—ерь (маніак. сост.).

1) 1,4 кипить и грѣть.. 2) 2,8 слабыя силы русской арміи, окошко, луна.. 3) 3,4 ножик, вила, ванны.. 4) 2,8 несчастный случай на Днѣпрѣ рѣкѣ.. 5) 2,0 кафтань.. 6) 3,6 это кладбище очень красиво.. 7) 1,8 летаютъ птицы и веселятъ.. 8) 2,8 въ пирю похмѣлье.. 9) 1,8 въ лѣсу дремучемъ стоитъ веранда и въ ней написано, что скончался генералъ Ванновскій.. 10) 1,8 я имѣю хорошую вещь, которую желаю продать за 50 руб.. 11) 1,8 это трудъ усердный и дешево оплачивается фабрикантомъ.. 12) 2,6 мы сегодня ѣдемъ на острова.. 13) 2,2 теперь текутъ рѣчки, а въ скоромъ времени будутъ распускаться и деревья.. 14) 1,6 Пасха богатая всѣми угодіями.. 15) 5,4 этотъ человекъ страдаетъ болыю живота.. 16) 1,6 зубная боль придаетъ слишкомъ тяжкое страданіе.. 17) 1,8 воздухъ, теперь очень свѣжій, англійская сода.. 18) 2,0 дѣти въ школу собираются, пѣтушокъ давно пропалъ, попроворный одѣвайтесь.. 19) 5,2 этотъ умъ достоинъ всякой похвалы.. 20) 2,2 часовой даль выстрѣлъ.. 21) 2,6 телега, панцырь.. 22) 1,0 красота, подруга, красивая женщина, любовная связь, любимое кушанье, любимая женщина.. 23) 2,4 это дерево очень пахуче.. 24) 1,8 преступникъ разстрѣлявъ, солдатъ даль выстрѣлъ, разстрѣлъ убицы, разстрѣлъ шпіона, разстрѣлъ изъ лука.. 2,8) перчатки, сияніе, полотно, бѣлая скатерть, обручальное кольцо, подвѣщенное платье, занавѣсь у дома.. 26) 3,2 несчастный исходъ.. 27) 3,2 у часовни стоитъ сторожъ.. 28) 1,0 военныя дѣйствія, дѣйствующій.. 29) 4,2 морь, жалко глядѣть на голодную собаку.. 30) 1,6 я выпилъ стаканъ вина.. 31) 2,0 дремучій, дрова въ лѣсу напилены.. 32) 1,0 вѣра, любовь и надежда, вѣрный хронометръ англійскій, безусловная надежда, надежный.. 33) 1,4 чисельникъ, разумный, списокъ, книга, тетрадь, Сытинскій календарь, торговый календарь, библиотека, драматургъ.. 34) 1,0 мучение, стосковался.. тоскливое дѣло, тасканіе.. 35) 1,6 холодный, 40° мороза, моросить.. 36) 2,0 теплый обѣдъ, обѣдня.. 37) 2,8 Parier, деревянный столъ.. 38) 2,0 100 руб. награды.. 39) 1,4 въ деревнѣ пожаръ.. 40) 1,6 ленавистный че-

ловѣкъ, ненавистное животное, неприятное ощущение, ненавижу, неавидѣли, ненавистное чудовище. 41) 2,2 махорка.. 42) 1,0 плоть, купальня, купанье, окунуться, купальный сезонъ, въ купальнѣ хорошее освѣщеніе, теплая вода, купельникъ. 43) 1,0 ласточка.. 44) 1,2 арестантъ закованъ въ кандалы.. 45) 3,8 правильный, антихристъ.. 46) 1,8 обиженный, несчастная обида, поражение турокъ при Синоѣхъ.. 47) 0,8 кислый, горько соленый, солено, соленая вода, солончакъ, солонка, соль съ хлѣбомъ, солонепекъ, краденая соль, салоль. 48) 0,6 пляска, пляска Св. Витта.. 49) 2,0 маленькая дѣвочка.. 50) 1,6 хороший священникъ.. 51) 2,0 хороша Святки, Святитель, Никола Мученикъ.. 52) 1,6 преступникъ пойманъ.. 53) 1,2 пыльное сердце, невоздержанность, оберъ-прокуроръ Свят. Синода, тепло.. 54) 1,6 законы судить очень неправильно.. 55) 0,8 образъ.. 55) 1,0 нездоровый человекъ.. 57) 0,8 тюремный надзиратель убить арестантомъ, ограда.. 58) 1,4 былъ пиръ на весь міръ, пирушка, Пироговскій сѣвядъ.. 59) 0,8 скверный.. 60) прогулка.. 61) 1,2 книжный магазинъ, арестъ библиотеки, революціонное собраніе, глядись въ книгу, а видишь фигу.. 62) 2,2 пѣние Марсельезы.. 63) 2,0 бой барабановъ, бой на открытомъ полѣ.. 64) 0,8 умноженіе, многословіе, число, многіе люди заболѣваютъ психикой.. 65) 1,8 легкое заболѣваніе министра императора двора, воспаленіе легкихъ.. 66) 1,4 страдала я, любила я.. 67) 1,0 осина.. 68) 1,4 молитвословъ.. 69) 1,4 мундиръ.. 70) 3,0 когда убилъ Нахимова, была громкая музыка.. 71) 2,0 высокое дерево, могучій дубъ, малъ золотникъ, да дорогъ.. 72) 1,2 писанное, чтеніе, счетъ.. 73) 1,8 мастерская.. 74) 1,2 заблудные люди.. 75) 2,6 перчатка казаковъ.. 76) 3,8 слагаемое, сложеніе вини, осложненіе на Балканахъ.. 77) 1,0 комнатный воздухъ.. 78) кромѣшный адъ.. 79) 1,4 яблоко, слива, круглая деревья, грудастый, жеребачій, круглая ноги, деревня. 80) 1,4 постройка.. 81) 1,4 докторъ мед.. 82) 3,2 блудный грѣхъ.. 83) 3,8 крестьянскій союзъ.. 84) 1,6 страшное избиеніе русскихъ консуловъ въ Персіи.. 85) 2,0 богорухство.. 86) 1,4 умственное напряженіе. 87) 1,2 солонепекъ, солнечный ударъ, Семипалатинская область, полетъ шара при солнцѣ, солнечный, подсолнухи, жара, жаркое лѣто. 88) 2,6 радостное настроеніе войска.. 89) 1,8 яма глубока.. 90) 1,6 помидованіе преступника.. 91) 1,0 ароматные цвѣты.. 92) 2,0 умъ.. 93) 2,0 налейте стаканъ вина.. 94) (повт.) 2,6 Адамъ и Ева были въ раю.. 95) 1,0 по волѣ гулялъ орелъ молодой.., Орлеанскій король.. 96) 2,4 буйное настроеніе.., настройщикъ настраиваетъ.. 97) 0,8 снѣгъ.. 98) 1,0 кормленіе ребенка грудью матери.. 99) 0,8 человекъ и звѣрь, и птичка.. 100) 2,6 искусственное богатство..

Внутрени. ассоц. 29, вѣшши. 43, изъ нихъ 27 звуковыхъ. Реакцій предложеніями 28, изъ нихъ 18 по внутр. ассоц., 10 по вѣшней. Средн. аримет. скор. первой реак. 1,88, вѣроятн. сред.

1,8 сек. Въ минуту большой произносилъ въ средн. 11,4 словъ. Характерныя особенности реакцій данного больного заключаются прежде всего въ отмѣченной нами уже у другихъ больныхъ наклонности реагировать фразами. Больной старается составить фразу, куда входилъ бы слов-раздѣлкомъ или въ нѣсколько измѣненнымъ видѣ. Для него руководящую роль играетъ не содержаніе слова, а его звукъ, какъ это показываютъ переходы большого отъ однихъ представленій къ другимъ (тоска—тасканіе, пиръ—Пироговскій сѣвядъ, обѣдъ—обѣдья и т. д.). Перемена представленій бываетъ нерѣдко совершенно неожиданная и весьма частая.

№ 11. П-ова (маніак. сост.).

1) 5,0 самосудъ, сова, сѣвядъ, Сибирь, способъ, село.. 2) 2,0 отчаяніе, современность.. 3) 2,0 неволя, нижній, пужный, нахальство.. 4) 1,2 безуміе, бремя, суета, глушій, шумъ, воздухъ, микробы, вода, луна, лунатизмъ.. 5) 2,4 скользкій, безвременный, сухость, руль безъ парусовъ, колеса.. 6) 2,0 хоронить время.. 7) 3,0 видъ.. 8) 1,6 страданье.. 9) 2,2 безславный, безумство, хроническій недугъ.. 10) 1,8 напрасно, всегда духъ противорѣчія.. 11) 1,0 грестъ, подъемъ духа.. 12) 1,2 въ санкахъ, безъ колесъ можно и на камняхъ.. 13) 1,0 болото, гниль.., млекопитающія и пресмыкающія.. 14) 1,6 отъ себя, и въ себѣ самомъ, отъ труда, безумство, неуверенность, распушенность, безнравственность, какъ хотите, каждый и каждая что дѣлать. 15) 3,0 проба, пища.. 16) 1,2 страданіе неминуемо бываетъ у всѣхъ, даже у животныхъ.. 17) 1,2 ледъ бываетъ всегда, когда онъ стынеть въ воздухѣ.. 81) 1,2 можно всегда когда угодно и для чего угодно.., а кто о комъ знаетъ, тотъ того и ругаетъ.. 19) 1,2 съ мозгами.. 20) 1,2 старый закалъ.. 21) 1,6 съ рельсами, безъ стеколъ, граммофонъ, орудіе для слуха, напряженіе и всякія машины для производства и изобрѣтенія, шагнешь впередъ, идешь назадъ, прогрессивный и даже часто очень противный.. 22) 1,0 беззвучна.. 23) 1,8 конечно ароматъ.. 24) 1,0 кого, почему, примѣръ всегда воочию.. 25) 2,2 буквально для всѣхъ, причина, работа, занятіе, роль, картина.. 26) 1,8 со всякимъ можетъ случиться.. 27) 1,8 религія.. 28) 1,4 руками, членораздѣленіе, хватка, бравость, крупный, ходкій, впечатлительный, здравомыслящій, безпамятный, толковый, приходящій, безнравственный, научный, скучный, драчливый.. 29) 1,4 невѣрующій, (сытый голодомъ не вѣритъ), помнящій.. 30) 1,0 заливать.. 31) 1,0 дремучій, густой, мохъ, трава, стручуха, роса, облака, атмосфера, почва, болото, глина, апель-утантъ, горилла, змѣя, лягушка, черепаха, ящерица, снѣгъ, градъ. 32) 1,0 безъ времени, цвѣтъ, ткани, твари, творить, издавать, созавать, горчица, лѣкарство, ледъ, кипяченая вода, соли, калий, натрій.. 33) 1,6 срочный, телеграфный,

лѣтосчисленіе, огромный, союзъ, процессъ, извѣн. извѣн толковыхъ, декаденты, инструменты. 34) 1,8 отчего.. 35) 2,0 время года.. 31) 1,0 во-время.. 37) 1,2 терпѣт все.. 38) 1,2 за что, за уходъ за больными, за службу.. 39) 2,0 околица.. 40) 1,0 отчего.. 41) 1,8 смрадъ вліяетъ на воздухъ.. 42) 1,8 гдѣ. нужно знать качество воды.. 43) 1,6 насѣкомое.. 44) 1,8 за наказаніе.. 45) 1,6 да, да, очень часто бываетъ.. 46) 1,2 ну я не вѣрю, всякій виноватъ.. 47) 3,0 что, что можетъ быть солений, вода, пища, питье, потъ, моча, но не азотъ, онъ прѣсный. бѣлки, ферментъ, пигментъ, сѣяна, вообще изверженія. 48) 2,0 если есть силы.. 49) 1,0 поль.. 50) 1,2 празднество.. 51) 2,4 риза.. 52) 2,6 жемчужина.., преслѣдованіе ходоковъ, вообще манія, включая клептоманію.. 53) 1,6 пшль, рѣка, источникъ, земля, горизонтъ, цилиндри, самоваръ, кофейникъ, чайникъ, вообще посуда, обиходъ. 54) 1,6 по себѣ можно, только не всегда, яркіе напитки, благоуханіе, ароматъ, обстановка, кожа, болѣзни ихъ, производство, продуктивность, корзина, подушки, звонокъ. 55) 3,0 въ церквяхъ всякихъ.. 56) 1,2 вредное.. 57) 1,6 рѣшетки.. 58) 1,6 на весь міръ.. 59) 2,0 условия жизни.. 60) 1,2 когда есть желаніе.. 61) 3,0 книга въ головахъ.. 62) 2,0 по желанію.. 63) 2,4 вообще неприятный звукъ.. 64) 2,0 что, смотря къ количеству, протекцій.., переводовъ, сводовъ.. 65) 2,8 нажива.. 66) 2,0 кого угодно, свободно.. 67) 1,8 ну конечно дерево.. 68) 1,4 кому гдѣ удается произносить.. 69) 2,0 мундиръ.. 70) 2,0 отъ звуковъ, колебаній воздуха, инструмента, играющаго, понимающаго, сочиняющаго.. 71) 1,8 островъ.. 72) 2,2 что хотѣть можно, когда есть желаніе и конечно настроеніе.. 73) 2,4 отъ устройства.. 74) 1,8 отъ времени.. 75) 1,4 разнаго цвѣта, изъ всевозможной кожи.. 76) въ смыслъ чего.. 77) 1,4 обширная.. 78) 1,2 крошечный.. 79) 1,4 объемъ.. 80) 2,0 вообще что возможно съ деньгами.. 81) 2,2 спеціальнѣ, нигилистъ.. 82) 1,6 у всякаго на своей душѣ.. 83) 1,6 промышленность.. 84) 1,0 передъ цѣмъ.. 85) 1,8 постройка.. 86) 1,4 разумный, здравый смыслъ, терять можно при болѣзни, исходъ бываетъ при самоизлѣченіи конечно безъ приключеній.. 87) 1,2 планета.. 88) 1,6 зависѣть часто даже не отъ самой себя.. 89) 4,6 поверхность земного шара.. 90) 2,6 по заслугамъ можно но тоже осторожно.. 91) 1,4 растеніе.. 92) 2,8 подобно бываетъ развитію мозговъ.. 93) 1,6 соуездъ.. 94) 2,2 воображеніе въ головѣ у каждого человѣка.. 95) 2,0 конечно не насѣкомое.. 96) 2,0 зависѣть отъ многихъ условий жизни.. 97) 1,4 цвѣтъ.. 98) 1,4 нужно.. 99) 2,0 не вѣрѣ конечно.. 100) 1,2 не всѣмъ дается.

« Внутренн. асоц. 57, внѣшн. 25, изъ нихъ 8 звуковъ. Реакцій предложеніями 18, изъ нихъ 16 по внутр. асоц. Средн. армост. скор. первой реакціи 1,77 вѣроятная средн. 1,6 сек. Въ минуту болыая произносила въ средн. 16,4 слова. Всматриваясь въ характеръ этихъ ассоціацій, мы видимъ, что болыая не руководство-

валася слов.-разд., какъ главнымъ представленіемъ для образованія своихъ ассоціацій. Гораздо большую роль въ образованіи этихъ ассоціацій игралъ самый звукъ слова, или даже первая буква, какъ это мы можемъ убѣдиться изъ первыхъ ассоціацій. Въ рядѣхъ ассоціацій мы находимъ безсвязные, немотивированные переходы отъ однихъ представленій къ другимъ, часто безсвязные отрывки предложеній. Вообще асоц. крайне поверхностны. Многія асоц., которыя мы хотя и отнесли къ внутреннимъ, на самомъ дѣлѣ представляютъ собою одинъ только вопросъ, какъ напр. чего, за что, гдѣ, въ смыслѣ чего и т. д. Встрѣчаются часто и разсужденія.

№ 12. III-ина (маніак. сост.).

1) 1,0 чайникъ, чашка, сливочникъ.. 2) (повт. пѣск. разъ) 16, 8 кто строгъ? здѣсь начальница.. 3) 2,0 коленкоръ, бархатъ, пшюкъ, батистъ, зефиръ, альпакъ, рѣсѣ, кашемиръ, сукно, трико.. 4) 1,8 лошади, кошки.. 5) 5,4 бархатный грибъ.. 6) (повт.) 2,6 человека можно хоронитъ, сохранить провизію.. 7) 1,8 рисованная.. 8) (повт.) 4,6 когда человѣкъ забываетъ, что находится въ плохомъ настроеніи.. 9) 1,2 мраморный, малахитовый, хризантовый, чугунный, мѣдный, бронзовъ й.. 10) (повт.) 8,8 спать, ѣсть.. 11) 1,8 день, серпъ, приборъ тяжелый, камень, экипажъ, вагонъ, самоваръ, уютъ, сонъ. 12) (повт.) 3,2 съ горы, на конькахъ, на рѣкѣ, на сушѣ, по желѣзной дорогѣ, на лодкѣ, баржѣ, плотѣ. 13) (повт.) 2,8 большое, маленькое, искусственное, естественное, соленое, не такое, на 17-ой верстѣ есть очень бурное, очень красивое. 14) 6,4 нищій духомъ.. 15) (повт.) органъ пищеваренія у жвачныхъ животныхъ.. 16) 2,2 коня, растенія, которое не поливается, всходы, посянные неправильно, страданіе червей. 17) 1,8 супъ, кисель, лобъ, предметъ, осетръ.. 18) (повт.) 2,6 куку.. 19) 2,2 человѣка, лошади.. 20) (повт.) 5,2 изъ пушки.. 21) (повт.) 6,0 экипажъ.. 22) (повт.) 2,2 къ человѣку.. 23) 2,8 горошекъ.. 24) (повт.) 2,2 человѣка.. 25) (повт.) 2,4 закрывать окно отъ свѣта.. 26) (повт.) 4,0 человѣка, вѣтря, солдата, полковника, какъ ихъ называютъ, капитанъ, несчастье судна, парохода, машинныхъ котловъ. 27) 4,0 зданіе.. 28) (повт.) 9,0 армостическое.. 29) (повт.) 3,0 вольтъ, человѣкъ, голодная рыба, щука, голодная ворона, засохшій цвѣтокъ, голодный волосъ требуетъ увлажненія, ломается. 30) (повт.) 1,4 воду, водку, вино, чернила, гласы, пиво, брагу, жидкость, молоко быстро выпаривается. 31) 3,0 сумма деревень.. 32) (повт.) 3,0 на человѣка.. 33) (повт.) 3,0 тетрадь, сумма мужск. и женск. именъ.. 34) 2,0 по родинѣ.. 35) 3,2 температура.. 36) 3,0 принимать пищу.. 37) 2,2 писчая, вексельная, кизенная, ворованная, вязальная, фабричная, домашнее производство, кустарникъ, здѣсь не

имѣютъ понятія о бумагѣ. 38) 3,6 за трудъ.. 39) (повт.) 2,6 большая, маленькая, пригородная, захолустье, дачное мѣсто, дикая, темная, человѣка не видитъ, захолустье. 40) 2,0 къ конкѣ.. 41) 0,6 магазинъ.. 42) 1,6 въ рѣкѣ.. 43) (повт.) 3,2 летаетъ.. 44) (повт.) 5,0 въ романѣ, на сценѣ.. 45) 7,0 насмѣшка надъ человѣкомъ, кто лжетъ, говорить ему: «праведникъ иди къ черту!» 46) (повт.) 3,0 младшихъ по началству, или въ экстазѣ, тогда приходится извиняться.. 47) (повт.) 7,0 сигъ.. 48) (повт.) 3,2 на баду.. 49) (повт.) 2,4 маленькая.. 50) 1,0 праздники.. 51) 2,2 человѣкъ въ извѣстной формѣ съ широкими рукавами.. 52) 2,2 вора, убійцу.. 53) 2,8 мясо, хлѣбъ.. 54) 9,2 кумушки соберутся своихъ знакомыхъ судить-рядить.. 55) (повт.) 2,6 изображеніе святого.. 56) 5,2 не покупаютъ.. 57) 1,2 зданіе, острогъ.. 58) 3,8 людей.. 59) 3,0 чай.. 60) (повт.) 3,6 по шоссе.. 61) 1,6 учебная вещь.. 62) (повт.) 4,0 соловья.. 63) (повт.) 2,2 игрушка.. 64) (повт.) 3,6 иголокъ у меня разныхъ сортовъ.. 65) 1,4 ушибъ.. 66) 1,8 растеніе.. 67) 1,2 растеніе.. 68) (повт.) 3,0 ребенка.. 69) 1,0 человѣкъ.. 70) 2,4 звукъ нѣсколькихъ приборовъ или деревянныхъ или металлическихъ пластинокъ.. 71) (повт.) 3,0 человѣкъ.. 72) 1,6 книгу.. 73) (повт.) 3,8 часть ружья.. 74) 3,2 существительное, если разбирать, забота птицы, зѣбря, домашнего животнаго, забота птицы, которая устраиваетъ гнѣздо, забота сидѣлки, смотрительницы, надзирательницы, портнихъ, прикащика, забота каменщика, плотника, куша. 75) 2,8 одежда на рукѣ.. 76) 1,4 арифметическое дѣйствіе.. 77) 0,8 помѣщеніе для человѣка.. 78) (повт.) 3,4 Ади имя есть.. 79) (повт.) 4,4 приборъ.. 80) 2,4 зданіе.. 81) 2,6 человѣкъ съ извѣстнымъ образованіемъ послѣ исптанія, врачъ лѣчить конку отдѣльно, кролика отдѣльно.. 82) 4,2 попа.. 83) 0,8 человѣкъ, который не платитъ городу, а платитъ имѣнщику за пользование земли.. 84) (повт.) 3,0 человѣка, птицы.. 85) 1,0 зданіе, гдѣ собираются молящіяся.. 86) 3,6 птицы, собаки.. 87) (повт.) 2,6 свѣтлою небесною.. 88) (повт.) 2,0 человѣка, больного.. 89) (повт.) 2,0 сигѣтъ.. 90) (повт.) 4,8 на казнѣ.. 91) 1,0 растеніе.. 92) 6,4 древняя монета.. 93) 0,8 посуда для питья.. 94) 1,2 прекрасный садъ.. 95) 1,6 птица.. городъ еще есть.. 96) 8,8 бываетъ огъ пѣвня.. 97) (повт.) 1,6 цвѣтъ.. 98) 2,0 зѣбря.. 99) (повт.) 7,0 двурукій.. 100) (повт.) 2,6 человѣка..

Внутренн. ассоц. 68, внѣшн. 21, изъ нихъ 3 звуковъ. Реакцій предложеніями 11, изъ нихъ 9 по внутр. ассоц.; повтореніе сл.-разд. 44 раза. Среди аримет. скор. первой реак. 3,19, вѣроятн. сред. 2,6 сек. Въ минуту большая произносила въ среднемъ 13,0 словъ.

Несмотря на много реакцій по внутренней ассоціаціи, нельзя не отмѣтить, что онѣ крайне поверхностны. Онѣ заключаютъ въ себѣ много дѣтскаго и павнаго. Большая очень часто прибѣгаетъ къ опредѣленію даннаго сл.-разд., причѣмъ это опредѣленіе иногда

ограничивается одной внѣшностью (напр. священникъ: человѣкъ въ извѣстной формѣ съ широкими рукавами). Часто большая подобраетъ къ сл.-разд. существительное, которое является по отношенію къ данному сл.-разд. субъектомъ, обладающимъ указаннымъ въ словѣ понятіемъ (грѣхъ: попа, умъ: птицы, богатство: человѣка). Благодаря подобнаго рода реакціямъ и множеству опредѣленій и получается такое большое число реакцій по внутренн. ассоц.. Но мы тутъ же отмѣтимъ, что такого рода реакціи какъ разъ найдены и считаются характерными для имбецилловъ и малопителлигентныхъ людей. Кромѣ того мы находимъ очень много перечисленій однородныхъ предметовъ. Повтореніе сл.-разд. 44 раза указываетъ на большую отвлекаемость больной.

№ 13. О—овъ (меланхол. сост.):

1) Самоваръ: 2,2 (внут.).. 2) строгость: 2,8 дисциплина (прив.).. 3) ножницы: 3,6 стричь.. 4) счастье: 5,6 несчастье (звук).. 5) бархатный: 2,2 коверъ (внут.).. 6) хоронить: (повт.) 4,0 покойника (прив.).. 7) картина: 5,0 масляни краски (внут.).. 8) веселье: (повт.) 9,0 вечеръ (внут.).. 9) памятникъ: 2,8 Петру I (прив.).. 10) желаніе: 11,4 здоровья.. 11) тяжелый: 8,0 вопросъ (прив.), годъ, сердце, горе.. 12) кататься: 8,0 возитъ (внут.), тройка, весело, коньяк.. 13) озеро: 3,8 глубокое (внут.), Ладожское, лодка, рыба, бурное.. 14) ишчета (повт.): 10,0 богатство (внут.) бѣдность, милостыня.. 15) желудокъ: 5,4 пища (внут.) запоръ, массажъ, пищевареніе, большой.. 16) страданье: 26,6 смерть (внут.), душевное.. 17) холодный: 4,2 воздухъ (прив.), трупъ, ледь.. 18) раздѣвать: 8,4 вѣсы (внут.), ванны, платье, холодно.. 19) голова: 5,0 умная (прив.), животное, круглая, умъ, мозгъ, волосы.. 20) выстрѣлъ: 3,8 ружье (прив.), дуэль, огонь, рана, охота, война.. 21) коляска: (повт.) 6,0 лошади (внут.).. 22) любовь: (повт.) 3,2 чувство (внут.).. 23) душистый: (повт.) 4,8 садъ (внут.).. 24) разстрѣлять: 5,6 заряды (внут.).. 25) занавѣсъ: (повт.) 4,8 театр (прив.).. 26) несчастье: 21,2 болѣзнь (внут.).. 27) часовня: 4,2 гробъ (внут.).. 28) дѣйствіе: (повт. нѣк. разъ) 54,2 лѣкарство (прив.).. 29) голодный: (повт.) 7,2 годъ (прив.), неурожай.. 30) вышив: 5,6 запой (звук).. 31) лѣсъ: (повт.) 4,0 дремучій (прив.).. 32) надежда: 9,0 якорь (внут.).. 33) календарь: 9,4 висячій (внут.).. 34) тоска: 5,0 душа (внут.), тягастъ.. 35) морозъ: 4,0 холодъ (внут.).. 36) обдѣлать: 36,8 хлѣбъ (внут.).. 37) бумага: 2,8 газета (внут.).. 38) награда: 17,0 отличіе (внут.).. 39) деревня: 4,4 крестьяне (внут.).. 40) ненависть: (повт.) 6,0 враги (внут.).. 41) табачный: 5,6 магазинъ (прив.).. 42) кушать: 7,6 рѣка (прив.).. 43) бабочка: 10,4 лѣто.. 44) преступленіе: 2,8 наказаніе (прив.).. 45) праведникъ: 16,6 рай (внут.).. 46) обидя: 14,2 горькая (прив.), кровная.. 47) соленый: 4,0 огурецъ (прив.).. 48) танцовъ: 17,8 балъ (прив.).. 49) дѣвочка: 19,8

дочь (внут.).. 50 Святки : 7,8 маскарадъ (внут.).. 51) священникъ: причастіе (внут.).. 52) преслѣдованіе: 13,0 убійство (внут.).. 53) горячій: 10,0 характеръ (прив.).. 54) судить: 13,2 преступленіе (внут.).. 55) икона: 7,4 молиться (внут.).. 56) здоровье: 5,8 болѣзнь (внут.).. 57) тюрьма: 9,4 крѣпость (внут.).. 58) пиръ : 29,4 свадебный (прив.).. 59) гадкій : 4,6 брань (внут.).. 60) гулять : 5,4 погода (внут.).. 61) книга : 9,0 интересная (прив.).. 62) пѣніе : (повт.) 10,2 искусство (внут.).. 63) барабанъ : (повт. нѣск. разъ) 11,0 атака (внут.).. 64) множество : 13,4 группа (внут.).. 65) легкий : 10,6 нѣсъ (прив.).. 66) любить : 4,4 родственникъ (внут.).. 67) береза : 11,0 лѣто (внут.).. 68) молитва : 19,8 утѣшеніе (внут.).. 69) офиц. : 8,4 защитникъ (внут.).. 70) музыка : 8,0 нервы (внут.).. 71) высокій : 2,6 ростъ (прив.).. 72) читать : 3,6 газета (прив.).. 73) магазинъ : 5,4 товаръ (внут.).. 74) забота : 8,4 угнетеніе (внут.).. 75) перчатки : 5,8 руки (внут.).. 76) сложеніе : 11,6 математика (внут.).. 77) комната : 3,8 дверь (внут.).. 78) адъ : 10,8 мученіе (внут.).. 79) круглый : 8,2 форма (прив.).. 80) строить : 12,2 лѣса (внут.).. 81) врачъ : (повт.) 9,6 болѣзнь (внут.).. 82) грѣхъ : 14,0 дурныя дѣла (внут.).. 83) крестьян. : 4,4 деревня (внут.).. 84) страхъ : 20,6 болѣзнь (внут.).. 85) церковь : 14,2 звонъ (прив.).. 86) умъ : 21,6 мозгъ (внут.).. 87) солнце : 6,8 пасмурно (внут.).. 88) радость : 24,0 душа (внут.).. 89) глубокій : 4,0 смыслъ (прив.).. 90) помиловать : 4,0 царь (внут.).. 91) цвѣтокъ : 27,0 поле (внут.).. 92) талантъ : 5,0 человекъ (внут.).. 93) стаканъ : 4,2 чай (прив.).. 94) рай : 10,8, Адамъ и Ева (внут.).. 95) орель : 5,8 гербъ (внут.).. 96) настроеніе : 17,4 отчаяніе (внут.), тяжелый, плачь, тоска. 97) красный : 22,4 свобода (внут.).. 98) кормить : 16,4 дѣти (внут.).. 99) человекъ : 14,0 разумъ (внут.).. 100) богатство : 23,0 деньги (внут.)..

Внутренн. асоц. 71, виѣшн. 29, изъ нихъ 2 звуков. Средн. аримет. скор. первой реакціи 10,42, вѣроятн. сред. 8,0 сек. Въ минуту большой въ средн. произносилъ 4,2 словъ. Повтореніе сл.-разд. было 14 разъ.

№ 14. Б.—овъ (меланхол. соет.).

1) 1,2 чайникъ.. 2) 3,4 профессоръ.. 3) 3,4 халать.. 4) 5,8 человекъ.. 5) 2,6 столъ.. 6) 3,2 гробъ.. 7) 3,0 Васнецовъ, кисти.. 8) 4,0 свадьба.. 9) 2,8 гробница.. 10) 6,0 воля.. 11) (повт. нѣск. разъ) 36,2 камень, мостовая, молокотъ.. 12) 3,4 улица, народъ.. 13) 3,6 лодка.. 14) 4,2 сума, изба, человекъ, труба, крыша, чечка, машина, свистокъ, заяць.. 15) 3,4 пицца.. 16) 18,4 война.. 17) 2,0 ключевой.. 18) 60,0—19) 10,2 волосы.. 20) 2,0 ружье.. 21) 3,6 кучеръ.. 22) 19,0 луна, метеоръ.. 23) 2,2 цвѣтокъ.. 24) 4,8 солдатъ, яма, новязка.. 25) 2,0 окно.. 26) 6,0 колодець, пожаръ.. 27) 2,6 икона.. 28) 8,8 маляръ.. 29) 50,0 годъ.. 30) 11,0 огурецъ, стаканъ..

31) 2,0 ягода.. 32) 13,2 якорь.. 33) 3,0 Гатцукъ.. 34) 10,6 сердце.. 35) 3,0 ледъ.. 36) 5,2 блюдо.. 37) 3,4 карандашъ.. 38) 2,2 медаль.. 39) 5,0 село.. 40) 7,4 зубы, щука, котъ.. 41) 4,4 плантайн.. 42) 7,4 кувшинъ.. дугъ.. 44) 3,4 висѣлица.. 45) 4,8 святой.. 46) 13,4 ученикъ.. 47) 1,6 огурецъ.. 48) 5,0 бракъ, паркетъ.. 49) 6,0 обручъ.. 50) 5,0 елка.. 51) 3,8 камиллавка, перковь, крестъ, скіюамъ, домъ, лужайка, ограда, береза, конюшня, садъ, вишня, дорожка, цвѣты.. 52) 5,2 разбойникъ, каторга, цѣпь, острогъ, Рязань, городской, сабля, воръ, мошенникъ, часовой, ружье.. 53) 4,0 ключевой, ручей, Висбаденъ, кушальня, сѣра, минераль, Кавказъ, горы, хребетъ, алмазь, снѣгъ, облака, растеніе.. 54) 6,4 судья, лента, орденъ, Андрей Первозванный, Кіевъ, купель, Дніпръ, островъ, крестъ, пещера, фундаментъ, зпаніе, корень, цѣпь.. 55) (повт.) 6,2 монастырь, часовня, Москва, извожникъ, городской, башня, часовня, крестъ, крыша, гробница, свѣчи, молящійся, монахъ, дверь, зданіе, церковь.. 56) 3,0 человекъ, докторъ, ножницы, лѣкарство, пузырекъ, ядь, искусная эссенція, бутылка, шкафъ, мышьякъ, мышь, муха, грибокъ, ящерица, трава, мухоморъ.. 57) 7,6 Индія, англичане, океанъ, корабль, водолазь, жемчугъ, рыба, ракъ, берегъ, Африка, Египеть, жирафка, песокъ, пустыня, пирамида, Наполеонъ, Гренадеръ, султанъ, Турція, мечеть, мусульманнъ, чама, казакъ.. 58) 3,4 бутылка, студентъ, трактиръ, половой, цвѣты, спичъ, фракъ, крестъ, палка, коверъ, стигматизація.. 59) 6,4 жаба, болото, идолъ, Богъ, земля, насыпь, рельсы, паровозъ, дымъ, труба.. 60) 3,4 садъ, скамейка, дорожка, цвѣты, лужайка, дрожки, оглобли, хомутъ, дворъ, быкъ, собака, куестъ, орѣхъ, желудъ, свишня, корень, фундаментъ, чистота.. 61) 2,4 писатель, Русь, Толстой, приятель, школа, Аонны, Спарта, траншея, пушка, валъ, эпюлеты, фуражка, форма.. 62) 5,4 хоръ.. 63) 2,6 войско.. 64) 6,8 толпа.. 65) 2,6 пухъ.. 66) 6,2 роза.. 67) 5,0 плакучій.. 68) 6,6 храмъ.. 69) 6,8 сабля.. 70) 5,2 оркестръ.. 71) 2,4 шницъ.. 72) 4,0 писмо.. 73) 7,4 коньки.. 74) 8,6 пѣтухъ (промелькнуло слово зобъ).. 75) 3,8 рука.. 76) 2,4 вычитаніе.. 77) 3,8 постель.. 78) 14,4 бѣсъ.. 79) 3,2 шаръ.. 80) 2,6 домъ.. 81) 1,8 большой.. 82) 16,8 аналой.. 83) 4,0 серпъ.. 84) 4,0 волкъ.. 85) 3,8 куполь.. 86) 3,6 сердце.. 87) 11,0 писаніе.. 88) 4,0 лицо.. 89) 2,0 колодець.. 90) 7,0 преступникъ.. 91) 5,0 роза.. 92) 6,4 скрипаль.. 93) 3,8 вино.. 94) 3,4 мечъ.. 95) 5,6 степь.. 96) 11,6 гадость.. 97) 2,6 фонарь.. 98) 4,8 молоко.. 99) 5,2 органъ-утангъ.. 100) 3,2 деньги..

Внутренн. асоц. 74, виѣшн. 26, изъ нихъ 1 звукон.

Средн. аримет. скор. первой реакціи 6,07, вѣроятн. средн. 4,0 сек. Въ минуту большой произносилъ въ средн. 14,7 словъ.

Повтореніе сл.-разд. было 2 раза. На одно слово въ теченіе минуты не получалась реакція, только черезъ 1 мин. 23 сек. большой далъ отвѣтъ.

По характеру ассоциаций этого больного несколько отличается от обычного типа здоровых. Здесь мы часто находим быстрые неожиданные переходы от одних слов к другим без видимой связи между ними. Перефразирования представлений происходит гораздо чаще, чем у здоровых. Мы склонны объяснить это явление большей отвлекаемостью внимания у больного. Несмотря на весьма резко выраженную психомоторную задержку у больного, течение его представлений, повидимому, не находилось под влиянием этой задержки. Правда, первая реакция довольно значительно замедлена, но в течение минуты больной произносил не меньше слов, чем здоровые мужчины. Против задержки в интеллектуальной сфере говорить и следующее обстоятельство. Мы предлагали всем нашим больным писать небольшие сочинения на заданные нами темы, и в то время как другие melancholici написали в 15—20 минут только несколько кратких предложений, этот больной в течение 10—15 мин. успевал написать всегда весьма содержательные, иногда поэтически длинные рассказы. В истории болезни мы привели один (самый краткий) из таких рассказов на заданную тему.

№ 15. Р—ть (melanchol. сост.).

1) (повт.) 2,2 труба.. 2) (повт.) 4,2 розги.. 3) (повт.) 5,6 портной.. 4) (повт.) 20 лотерея.. 5) (повт.) 10,0 магазин.. 6) 1,0 покойника.. 7) 1,8 художник.. 8) 2,4 танцы.. 9) 2,8 герой.. 10) (повт.) 7,0 доброта.. 11) 3,0 камень, желто, золото, труд, путь, задача, математика, тригонометрия, геометрия. 12) 3,0 на тройке, одиночка, санки, дрожки, санный путь, зима, лето, лодка, велосипед, автомобиль, коляска, ландо. 13) 6,6 глубина, рыба, лодки, рыболовство, купанье, водяные цветы, буря. 14) 5,0 бедность, бездомие, голод, холод, попрошайничество, надежда на добрых людей. 15) 3,0 здоровый, пищеварение, запор, ослабление, пищеварение, людской, животный. 16) 2,8 боль, любовь, терпение, выносливость, мучение, боли, недуги, сердечный, тлесное. 17) 2,4 погода, человек, лед, вода, вѣтер, купанье, прием, встреча, провод. 18) 3,4 платье, обувь, чулки, белье, дѣти, куклы, манекены, 19) 3,6 ученая, сахара, слона, умная, забывчивая. 20) 2,2 ружье, пушка, порох, огонь, дым, война, маевры, проба пушек, полигон, артиллерия, револьвер, ружье. 21) 5,4 лошади.. 22) 5,0 юноша.. 23) 1,4 горох.. 24) 2,2 преступника.. 25) 2,8 окошко.. 26) 2,6 пожар.. 27) 2,0 образа.. 28) 4,4 театральная пѣса.. 29) 3,8 нищий, больной, волк.. 30) 7,0 минеральная вода.. 31) 1,8 дерья.. 32) 4,4 имя собственное, упование на Бога.. 33) 2,6 мѣсяц.. 34) 4,0 по родинѣ.. 35) 3,4 зима.. 36) 3,6 сунѣ.. 37) 2,4 писчая.. 38) 2,4 заслуга.. 39) 2,8 избы.. 40) 3,0 вражда.. 41) 4,0 магазин..

42) 1,8 озеро.. 43) 9,0 ночная.. 44) 2,4 уголовное.. 45) 5,0 честный человек.. 46) 5,2 словесная.. 47) 2,8 огурец.. 48) 2,6 вальс.. 49) 3,4 маленькая.. 50) 2,8 Рождество.. 51) 6,4 протоейер.. 52) 3,4 законное.. 53) 3,6 человек.. 54) 2,8 правдиво.. 53) 3,0 Николай Чудотворца.. 56) 2,6 крышок.. 57) 3,6 пре—, одиночная, преступник.. 58) 1,8 свадебный.. 59) 5,0 характер.. 60) 4,8 в саду.. 61) 1,8 страница.. 62) 3,8 оперное.. 63) 3,4 барабанщик.. 64) 2,6 людей.. 65) 3,8 воздух.. 66) 3,8 святое чувство.. 67) 3,4 дерево.. 68) 2,6 воззвание к Богу.. 69) 2,4 военная служба.. 70) 5,4 оркестр.. 71) 3,6 гора.. 72) 2,2 газета.. 73) 3,8 товар.. 74) 5,0 о здоровьи.. 75) 3,4 пять пальцев.. 76) 4,0 цифра.. 77) 3,0 мебель.. 78) 2,6 Hülle.. 79) 2,8 стол.. 80) 2,2 дом.. 81) 3,6 боль, 82) 7,4 люди.. 83) 3,4 деревня.. 84) 2,4 перед смертью.. 85) (повт.) 5,6 каменное здание, ограда, кресты.. 86) 5,0 человеческой, ум за разум зашел.. 87) 5,0 небо.. 88) 7,6 веселье, жизнь, приятное сообщение.. 89) 4,2 ама.. 90) 1,8 преступника.. 91) 3,8 роза.. 92) 3,2 музыка.. 93) 4,2 хрусталь, фарфор, сервиз.. 94) 7,2 посмертная заслуга.. 95) 2,4 птица, хищная, перья, клюв.. 96) 6,2 веселое.. 97) 2,4 цвет, яйцо.. 98) 4,2 ребенка, больного, насыщенный хлеб, питание.. 99) 6,2 создание Бога.. 100) 4,4 деньги, выигрыш, имѣния..

Внутрен. асоц. 72, виѣшн. 28, изъ нихъ 1 звуков. Средн. аримет. скор. первой реакци 3,81 сек., сред. вѣроятн. 3,4 сек. Въ минуту большой произносилъ въ средн. 8,7 словъ. Повторение сл.-разд. было 7 разъ.

Ассоциация этого больного въ сущности мало чемъ отличается отъ нормального типа. Нѣкоторую разницу можно пожалуй видѣть въ большей, такъ сказать, привязанности къ сл.-разд., отъ котораго какъ отъ руководящаго представления ему трудно освободиться, чемъ здоровому человеку. Иногда всѣ ассоциации сплошь приурочены къ данному слову-разд., напр. 17).

№ 16. Н-ская (melanchol. сост.).

1) 6,0 стол.. 2) 2,2 терпение.. 3) 2,0 нитки.. 4) 18,4 глупость.. 5) 3,4 гладкий.. 6) 3,0 плакать.. 7) 3,4 впечатлитель.. 8) 4,4 подавленность.. 9) 1,8 воспоминание.. 10) 4,4 смерть.. 11) 2,2 грустный, впечатлитель, задача, условно, грязь. 12) 3,8 санки, встреча, удовольствие, быстрота, бумага, тройка, стремление, отчаянность. 13) 11,0 топь, лодка, поверхность, граница. 14) 7,4 бедность, дух, нравственность, побѣда, группа, неправда. 15) 3,2 пищеварение, изучение, тяжесть, неправильность. 16) 4,6 всѣзнающ. 17) 3,0 ледь, сердечный.. 18) 10,0 бедность, безпомощность.. 19) 1,6 мозг.. 20) 2,8 убийство.. 21) 2,0 фхаль, шинель, Гоголь, удовольствие.. 22) 6,2 отвращение, дружба.. 23) 8,0 красивый.. 24) 8,0 преступ-

никъ.. 25) 9,0 красивый, узоръ.. 26) 3,4 горе.. 27) 5,6 икона.. 28) 6,2 умысль.. 29) 2,0 бѣдность, ницета.. 30) 3,6 вода.. 31) 2,4 деревья.. 32) 4,2 выздоровленіе.. 33) 2,4 заніе.. 34) 3,8 періодъ, уединеніе.. 35) 3,4 холодный.. 36) 4,8 пища.. 37) 2,0 чистота, письмо.. 38) 3,0 прибыль.. 39) 2,0 крестьяне.. 40) 6,0 злодѣта, письмо.. 38) 3,0 прибыль.. 42) 2,6 полотно, купальня.. 43) 2,8 красота.. 44) 6,0 законъ.. 45) 3,2 святой.. 46) 2,4 горечь.. 47) 5,4 неприятный.. 48) 5,6 возбужденіе.. 49) 2,2 диво, красота.. 50) 1,8 Рождество.. 51) 1,4 духовенство, глупость, обрядность, черная сотня, фальшь, молебень, похороны, взятки, лицемѣріе, ханжество, ненависть, кощунство, безнравственность, плодovitость, принужденіе. 52) 1,0 бѣгъ, заяцъ, охота, стрѣлки, поле, трусость, безпомощность, растерянность, лѣсъ, домъ, больница, спасеніе, безнадежность, цѣль, совѣтъ, вещь, лѣстница, книга. 53) 1,8 скорый, вспылчивый, раздражительный, кипитокъ, страхъ, вода, жизнь, песокъ, солнце, кровь, сердце. 54) 4,8 грѣхъ, преступленіе, тюрьма, безстыдство, осужденіе, клевета, глаза, чернильница, бумага, занавѣсъ, пень. 55) 2,2 мольба, образъ, кощунство, обрядность, святой, лишній, образность, неправильность, живопись, рисованіе, художникъ, пониманіе, чувство, страданіе. 56) 2,8 надежда, безпомощность, дерево, ноги голова.. 57) 4,0 люди, темнота.. 58) 2,2 веселье.. 59) 3,4 палачъ.. 60) 2,2 удовольствие, пустота, руки, аллея.. 61) 1,6 чтеніе.. 62) 2,8 пѣвчій.. 63) 1,6 стукъ, солдатъ.. 64) 0,8 толпа.. 65) 2,0 ледъ.. 66) 5,0 страданіе.. 67) 3,2 вѣтви.. 68) 1,2 мольба.. 69) 2,4 форма.. 70) 1,8 лѣвнѣ.. 71) 2,0 стройность.. 72) 2,2 книги.. 73) 1,4 товаръ.. 74) 1,8 хлопоты.. 75) 1,6 рука, номеръ, качество.. 76) 1,8 вычитаніе.. 77) 1,8 мебель.. 78) (понт.) 4,0 чертъ.. 79) 2,2 гладкій.. 80) 1,4 домъ.. 81) 1,6 лѣвненіе.. 82) 2,0 страданіе, совѣтъ.. 83) 1,4 трудъ, поле, соха, теорія, Толстой, рисовка, Каятъ.. 84) 1,8 узасъ.. 85) 1,6 служба.. 86) 1,4 знаніе.. 87) 1,6 свѣтъ.. 88) 2,6 страхъ.. 89) 1,8 колодець, 90) 2,0 нищій.. 91) 1,6 красота.. 92) 1,6 геній.. 93) 1,8 вода.. 94) 1,8 цвѣтъ.. 95) 2,0 полеть, крылья, добыча, представительность, гербъ, больница, шумъ, стремленіе, волненіе, качаніе, переутомленіе.. 96) 1,6 грусть, тоска.. 97) 3,4 революціонеръ, волненіе.. 98) 1,0 хлѣбъ, деревня.. 99) 5,8 Андреевъ, жизнь, представленіе.. 100) 1,2 деньги, скупой, нажива, мірѣдь, фабрикантъ..

Внутренн. асоц. 82, вѣтшихъ 18, изъ нихъ 5 звуков.

Средн. ариомет. скор. первой реакціи 3,31 сек., вѣроятн. сред. 2,4 сек. Въ теченіе второй половины опытовъ больная реагировала значительно быстрѣе. Въ то время какъ въ первую половину отвѣтовъ больная произносила въ среднемъ 6 словъ, во вторую половину она произносила 15 словъ, т.е. столько же, сколько и нормальный.

Повтореніе сл.-разд. было 1 разъ.

Что касается характера ассоціацій, то кромѣ большого числа реакцій по внутр. связи, можно отмѣтить иногда быстрые неожиданные переходы отъ однихъ представлений къ другимъ съ частой переменною направленіемъ ассоціацій. Въ этомъ отношеніи мы находимъ большое сходство съ характеромъ асоц. большого Б—ова.

№ 17. Ф—ова (мезанхол. сост.).

1) 1,2 варъ, чай.. 2) 2,6 милосердіе.. 3) 3,6 нитки.. 4) 7,6 вѣра.. 5) 4,8 ситцевый.. 6) 2,8 беречь.. 7) 3,2 нарисованная художникомъ.. 8) 5,8 душевное спокойствіе.. 9) 4,2 могила.. 10) 2,4 надежда.. 11) 3,6 легкой, путь.. 12) 1,8 на лодкѣ, далеко.. 13) 1,6 широко, вода чистая, берега, деревья, трава, села, лѣсъ.. 14) 2,0 горе, жизнь, траты, болѣзнъ.. 15) 2,4 хороший, здоровый, пища, хлѣбъ, чай, сонъ.. 16) 2,4 успокоеніе, желаніе, опасность, разлука, молитва.. 17) 2,6 зима, осень, морозы, безучастный, странный, вѣтеръ.. 18) 1,8 ребенка, укладывать, капризный, нянька, родители, спальня, дѣтская.. 19) 2,6 здоровая, туловище, руки, ноги, шея, потеря времени, appetite.. 20) 1,4 посылалися, изъ ружья, уцѣлся, въ лагеряхъ, солдаты, маленькіе ученики.. 21) 1,6 дрожки.. 22) 2,2 ненависть, дружба.. 23) 1,4 цвѣтокъ.. 24) 2,0 преступника.. 25) 2,2 окошко.. 26) 2,2 покой.. 27) 1,8 церковь.. 28) 3,8 работа.. 29) 2,6 бѣднякъ.. 30) 2,4 водку.. 31) 2,4 трава.. 32) 2,2 на Бога.. 33) 2,4 время.. 34) 5,4 безнадежность.. 35) 2,2 ясный.. 36) 2,0 appetite.. 37) 3,2 чернила.. 38) 2,8 радость.. 39) 3,2 поселене.. 40) 1,8 злоба.. 41) 1,8 дымъ.. 42) 2,2 здорово.. 43) 2,2 мотыльки.. 44) 1,6 судъ.. 45) 2,2 святой.. 46) 1,6 досада.. 47) 1,8 кислый.. 48) 1,8 учиться.. 49) 1,8 играть.. 50) 2,0 наряженныя.. 51) 2,8 церковь.. 52) 1,8 врага.. 53) 2,8 характеръ.. 54) 2,2 преступника.. 55) 4,2 молитва.. 56) 2,2 богатство.. 57) 2,8 наказаніе.. 58) 2,8 веселье.. 59) 4,6 непокорный.. 60) 2,0 на воздухъ.. 61) 1,6 интересная.. 62) 2,6 удовольствіе.. 63) 2,4 солдаты.. 64) 2,0 народа.. 65) 1,4 вѣтеръ.. 66) 2,4 друга.. 67) 2,4 лица.. 68) 2,4 вѣра.. 69) 2,0 солдаты.. 70) 2,8 лѣвнѣ.. 71) 4,2 домъ.. 72) 2,4 интересоваться книгой.. 73) 1,6 шляпный.. 74) 2,8 печаль.. 75) 2,4 чулки.. 76) 2,0 красивое.. 77) 2,2 зала.. 78) 1,8 рай.. 79) 1,8 столъ.. 80) 2,4 домъ.. 81) 2,4 священникъ.. 82) 2,8 прошеніе.. 83) 1,8 работа.. 84) 4,6 храбрость.. 85) 3,0 молитва.. 86) 2,0 развитіе.. 87) 2,0 мѣсяць.. 88) 1,8 печаль.. 89) 1,6 прудъ.. 90) 2,0 жалѣть.. 91) 2,0 растение.. 92) 2,0 геній.. 93) 3,0 чашка.. 94) 2,6 адъ.. 95) 7,8 птицы.. 96) 1,4 духа.. 97) 1,6 черныи.. 98) 2,4 дѣтей.. 99) 10,0 умный.. 100) 1,4 почести..

Внутренн. ассоціацій 79, вѣтшн. 21, изъ нихъ 1 звуков.

Средн. ариометич. скор. первой реакціи 2,83 сек., вѣроятн. сред. 2,3 сек. Въ минуту больная произносила въ среднемъ 5,7 словъ.

Изъ ассоціацій этой больной слѣдуетъ отмѣтить одну особенность, которую мы констатировали и у нѣкоторыхъ здоровыхъ, а именно: въ началѣ больной произносила слова безпрерывно и равномерно, послѣдніе же 20—30 сек. она произносила очень мало словъ, чаще даже ни одного.

№ 18. К.—ова. (легк. депрессивн. сост.).

1) 2,4 домъ, садъ.. 2) 5,6 вліяніе.. 3) 5,0 ножикъ.. 4) 4,2 равнодушіе.. 5) 7,0 свѣтлый, пріятный, морской.. 6) 3,8 церковь.. 7) 4,4 рисунокъ.. 8) 2,0 грусть.. 9) 2,2 крестъ.. 10) 2,0 намѣреніе.. 11) 5,6 близкій, трудный, переломъ, отзвѣчивость, упрямый, ненадежный. 12) 2,6 гулять, ѣздить, плавать, думать, предпринимать, читать, работать, увлекаться, сочинять. 13) 2,4 прудъ, рѣка, вода, заливъ, море, рѣка, болото, озеро, роща, лѣсъ. 14) 2,4 бѣдность, отзвѣчивость, ровность, братство, трудъ, работа, лѣсоводство, культура. 15) 5,8 рука, шея, глаза, лицо, слухъ, зрѣніе, обоняніе, осязаніе. 16) 5,2 боль, муки, терпѣніе, выносливость, перенороте, переломъ, жизнь. 17) 3,2 вѣрннй, неустойчивый, брезгливый, неустойчивый, неуравновѣшенный, бездарный. 18) 4,2 наряжаться, обувать, надѣвать, трудиться, пѣть, болѣть, играть, веселиться. 19) 3,8 мозгъ, сердце, нога, ность, черепъ, туловище. 20) 2,2 ружье, пушка, пистолеть, револьверъ, кинжалъ, лафеть, конница, лошадь. 21) 2,2 тройка.. 22) 2,8 ненависть.. 23) 8,0 букеть.. 24) 5,0 помиловать.. 25) 2,4 штормъ.. 26) 3,6 горе.. 27) 3,4 икона.. 28) 5,6 ходить.. 29) 3,8 холодный.. 30) 3,6 исполнять.. 31) 2,6 болото.. 32) 2,0 вѣра.. 33) 3,4 книга.. 34) 2,2 грусть.. 35) 1,8 холодный.. 36) 2,2 ужинать.. 37) 6,2 карандашъ.. 38) 7,4 звезда.. 39) 4,2 изба.. 40) 4,6 любовь.. 41) 2,8 дымъ.. 42) 2,2 плавать.. 43) 4,4 пчела.. 44) 4,2 наказаніе.. 45) 14,6 вѣрннй.. 46) 1,8 зло.. 47) 3,0 горькій.. 48) 2,6 веселиться.. 49) 4,2 няня.. 50) 8,6 наряжаться..

Внутри. ассоціацій 78%, внѣшн. 22%, изъ нихъ 6% звуков.
Средн. ариемет. скор. первой реакц. 4,02 сек. вѣроятн. сред. 3,6 сек. Въ минуту больная произносила въ среднемъ 7,7 словъ.

Общіе результаты изслѣдованія ассоціацій.

При изложеніи протоколовъ опытовъ, мы уже отмѣтили тѣ характерныя особенности, которыя выступали въ ассоціаціяхъ каждаго больного въ отдѣльности. Теперь мы попытаемся обобщить всѣ эти особенности и выяснитъ, насколько онѣ могутъ считаться характерными, такъ сказать, специфическими для маниакально-

меланхолическаго психоза. Прежде всего мы коснемся ассоціацій въ меланхолическомъ состояніи, какъ менѣе уклоняющихся отъ обычнаго нормальнаго типа ассц. у здоровыхъ. Болѣе всего бросается въ глаза довольно рѣзкое замедленіе реакціи въ сравненіи съ здоровыми. Средняя (аритм.) скоростъ первой реакціи составляетъ 2,83—10,42 секундъ. Что касается характера ассоціацій у меланхолическихъ больныхъ, то мы находимъ болѣе въ сравненіи съ нормой количество реакцій по внутренней связи. Другими словами, больной старается вникнуть болѣе въ понятіе слова и реагируетъ на его содержаніе и менѣе на его форму (слово, звукъ). Понятіе, данное въ словесномъ раздражителѣ, является для него руководящимъ представленіемъ, котораго онъ часто строго придерживается въ теченіе всего ряда ассоціацій. Это руководящее слово (представленіе) часто направляетъ всѣ его дальнѣйшія ассоціаціи по опредѣленному пути и не позволяетъ ему переходить на другія родственныя представленія. Поэтому смѣна ихъ часто бываетъ рѣже, чѣмъ у здоровыхъ. Но съ другой стороны мы должны отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ это можно видѣть у больныхъ В-ова и Н-ской, наоборотъ происходитъ болѣе частая смѣна представленій. Часто мы замѣчаемъ совершенно неожиданные переходы отъ однихъ словъ (представленій) къ другимъ, весьма отдаленнымъ и, повидному, не имѣющимъ никакой связи съ предыдущимъ. Замѣчательно то, что это явленіе можно было отмѣтить у 2 больныхъ, у которыхъ психомоторная задержка была болѣе всего выражена. Это обстоятельство только лишь разъ подтверждаетъ намъ несостоятельность мнѣнія о параллелизмѣ психической задержки въ области мышленія, чувствъ и воли. Повтореніе сл. разд. мы встрѣчаемъ въ большинствѣ случаевъ, у одного больного оно имѣло мѣсто 14 разъ. Повтореніе даннаго слова происходитъ тогда, когда не устанавливается во-время реакція, а это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, по нашему мнѣнію, либо при психической задержкѣ, либо при отвѣдаемости вниманія. Этими особенностями въ сущности нечерпываются ассоціаціи меланхолическихъ больныхъ.

Гораздо болѣе особенностей мы находимъ въ характерѣ ассоціацій маниакальныхъ, къ разбору которыхъ мы и переходимъ. Прежде всего эти ассоціаціи выделяются изъ обычныхъ уже внѣшней своей формой. Мѣсто реакціи отдѣльными словами мы находимъ почти во всякъ случаѣхъ болѣе или менѣе значительное число реакцій цѣлыми предложениями или длиннымъ рядомъ словъ. Это явленіе не представляетъ собою какую-нибудь случайность въ ассоціаціяхъ маниакальныхъ больныхъ, а должно считаться типичной, характерной особенностью для нихъ. Несмотря даже на нѣкоторое давленіе съ нашей стороны, заключающееся въ просьбѣ говорить, если возможно, отдѣльными словами, больнымъ все же не

удавалось отдѣлаться отъ типичнаго для нихъ способа реагирования. Слѣдуетъ замѣтить, что реагированіе фразами предложениями было констатировано разными исследователями въ нѣкоторыхъ другихъ патологическихъ формахъ. Такъ, *Wehrlin* считаетъ реакціи предложениями типичными для имбецилловъ, *Jung*, который нашелъ эти реакціи и при эпилепсіи, полагаетъ, что онѣ вообще свойственны состоянію слабоумія, *Владычико* и *Завадовскій* нашли ихъ у параноиковъ. Последний авторъ считаетъ ихъ весьма типичными для этой группы больныхъ и находитъ даже объясненіе этому явленію въ особомъ психическомъ складѣ параноиковъ. «Привычка больныхъ такого рода останавливать на всемъ свое вниманіе и подвергать обсужденію обусловила при настоящихъ опытахъ сравнительно большое вмѣшательство апперцепціи». (стр. 240). Мы не можемъ согласиться съ такимъ объясненіемъ. Въ самомъ дѣлѣ, если даже допустить существованіе апперцепціи въ родѣ какой-то верховной души, задающей тонъ всей нашей психической дѣятельности, то позволительно спросить, какая можетъ быть рѣчь о большомъ вмѣшательствѣ апперцепціи у имбецилловъ, эпилептиковъ и маниакальныхъ больныхъ; мы думаемъ скорѣе наоборотъ, что для реагирования фразами требуется меньше психической активности, чѣмъ для реакцій отдѣльными словами. Все, что привычно для насъ, совершается какъ-то болѣе автоматически, а что употребленіе фразъ представляетъ собою болѣе обычный способъ выраженія нашихъ мыслей, въ этомъ не можетъ быть сомнѣнія. Прислушайтесь къ бреду больного при бѣлой горячкѣ или при инфлюэнциальной болѣзни и вы замѣтите, что его бредъ облекается въ форму именно предложений. А вѣдь тутъ обѣ апперцепціи и помину нѣтъ. Мы также не согласны съ *Jung*'омъ, который считаетъ реакціи предложениями характерными для слабоумія. Большее число такихъ реакцій у маниакальныхъ больныхъ, изъ которыхъ ни одинъ не можетъ считаться слабоумнымъ, опровергаетъ это мнѣніе. Мы можемъ только признать, что реагированіе фразами, какъ болѣе привычнымъ для насъ способомъ выраженія, представляетъ болѣе поверхностныя реакціи, т. е. является, по выраженію *Jung*'а, «уплощеннымъ типомъ реакціи». Какъ на болѣе поверхностный типъ реакціи маніакъ больныхъ указываетъ употребленіе ими большого числа поговорокъ, пословицъ и вообще привычныхъ выраженій, которыя представляютъ собою механизированную связь отдѣльныхъ словъ вслѣдствіе частаго упражненія. Слѣдующей особенностью ассоціаціи маніакъ больныхъ слѣдуетъ признать ихъ реакціи на звукъ даннаго слова. Не понятіе послѣдняго, а именно слово, какъ таковое, является для нихъ важнымъ стимуломъ для ассоциированія новыхъ словъ (представленій). Если мы такіа ассоціаціи по созвучію находимъ меньше въ первыхъ реактивныхъ словахъ, то въ среднѣхъ рядовъ ассоц. мы часто за-

мѣчаемъ такіе переходы отъ однихъ словъ къ другимъ, гдѣ связующимъ звеномъ служитъ именно звукъ. Такія ассоціаціи по созвучію, хотя и не являются для насъ привычными, все же должны считаться весьма поверхностными. По мнѣнію *Jung*'а онѣ представляютъ собою самыя примитивныя реакціи по сходству и стоятъ только немногимъ выше простого повторенія даннаго слова. Онѣ играютъ еще большую роль въ дѣтскомъ возрастѣ при развитіи нашей рѣчи, но съ теченіемъ времени онѣ вытѣсняются совершенно изъ нашего обихода. У нѣкоторыхъ больныхъ мы могли отмѣтить даже значительное вліяніе первой буквы на образованіе ассоціаціи, которое выразилось въ томъ, что больные подбирали слова, начинающіяся съ той же буквы (аллитерація). Одинъ больной Э—ичъ даже сплошь реагировалъ такимъ образомъ. Третьей характерной особенностью въ ассоціаціяхъ маниакальныхъ больныхъ должны считаться быстрые и неожиданныя переходы отъ однихъ словъ (представленій) къ другимъ. Въ нормальныхъ ассоціаціяхъ здороваго человѣка данное слово служитъ руководящимъ представленіемъ, обуславливающимъ въ теченіе извѣстнаго времени дальнѣйшій ходъ ассоціаціи. Это руководящее слово (представленіе) служитъ какъ бы фокусомъ, вокругъ котораго группируются отдѣльныя слова (представленія). Отъ одного изъ нихъ здоровый человѣкъ обычно переходитъ къ сосѣднему представленію, служащему въ свою очередь центромъ для образованія новыхъ реакцій. Однимъ словомъ, въ длинномъ рядѣ ассоціаціи здороваго мы почти всегда можемъ находить отдѣльныя группы словъ (представленій), во главѣ которыхъ стоитъ обычно одно какое-нибудь руководящее. Совсѣмъ не то мы обыкновенно находимъ у маниакальныхъ больныхъ. Здѣсь связанныя однимъ общимъ руководящимъ словомъ или представленіемъ группы весьма невелики, или же отдѣльныя представленія разбросаны безъ всякой видимой связи между ними. Для маниакальнаго больного въ гораздо меньшей степени чѣмъ для здороваго, имѣетъ значеніе подчиненіе отдѣльныхъ словъ (представленій) одному главному, руководящему. Всѣ представленія являются для него равноцѣнными и равноправными. Поэтому сочетанія его представленій и кажутся часто намъ случайными и немотивированными. Затѣмъ одну особенность, на которую обратилъ вниманіе *Aschaffenburg*, мы могли отмѣтить и у нашихъ больныхъ, хотя она встрѣчалась и не такъ часто. Больные иногда ассоциировали однородные предметы, которые они перечисляли съ весьма большой быстротой, такъ что намъ не удавалось даже всѣ ихъ записать. Пятой особенностью, по нашему мнѣнію, должно считаться явленіе повторенія словеснаго раздр. Правда, это явленіе встрѣчается и у здоровыхъ лицъ, но оно было выражено въ гораздо болѣе рѣзкой степени у маниакальныхъ больныхъ. У одной больной мы встрѣчаемъ это явленіе даже 44 раза. По нашему

мнѣнію, столь частое повтореніе сл.-разд. является въ данномъ случаѣ слѣдствіемъ большой отвлекаемости, и оно служитъ какъ бы средствомъ для усиленія концентрации вниманія. Что касается эгоцентризма въ ассоціаціяхъ маниакальныхъ больныхъ, то мы и это явленіе могли отмѣтить у многихъ изъ нихъ. Особенно рѣзко былъ выраженъ этотъ феноменъ у большого Ю—ича. Въ очень многихъ реакціяхъ такъ или иначе сказывается его личность то въ видѣ субъективнаго сужденія, то въ видѣ многихъ личныхъ воспоминаній изъ прежней жизни. Эгоцентрической характеръ реакцій былъ найденъ и при параноѣ. Очень возможно, что возникновенію такого рода ассоціацій способствуютъ такіа патологическія формы, гдѣ самочувствіе больного является повышеннымъ, и гдѣ личность его находитъ такое яркое выраженіе во время болѣзни.

Наконецъ, мы должны коснуться еще нѣкоторыхъ особенностей, которыя, правда, не могутъ считаться типичными, но въ отдѣльныхъ случаяхъ были рѣзко выражены. Кстати, эти особенности выяснятъ намъ источникъ происхожденія столь большого числа внутреннихъ ассоціацій у 2 больныхъ женщинъ Н—овой и П—иной и такимъ образомъ устранятъ кажущееся на первый взглядъ противорѣчіе между обычнымъ поверхностнымъ типомъ реакцій у маниакальныхъ больныхъ и довольно рѣзкимъ уклоненіемъ отъ этого типа у данныхъ больныхъ. Если всмотрѣться въ реакціи больной Н—овой, то мы увидимъ, что онѣ, несмотря на большое число «внутреннихъ» ассоціацій, крайне поверхностны. На очень много словъ больная реагировала вопросами въ родѣ кого, чего, къ кому и т. д. Эти реакціи мы также отнесли къ «внутреннимъ», но ясно, что онѣ весьма поверхностны. Такого рода вопросы, вѣроятно, возникаютъ и у здороваго, но они проходятъ у него, такъ сказать, ниже порога сознания и лежатъ какъ бы на пути, ведущемъ отъ словеснаго раздражителя къ настоящей реакціи. У другой больной П—иной большое число внутреннихъ ассоціацій объясняется прежде всего ея тенденціей опредѣлять данное слово, на которое она смотритъ, какъ на вопросъ, напр. лѣсъ: сумма деревьевъ, перчатки: одежда на рукъ и т. д. $\frac{1}{4}$ часть реакцій состоитъ изъ такихъ опредѣленій. Другая весьма часто встрѣчающаяся особенность въ реакціяхъ этой больной, это—подскакиваніе ею субъекта для понятія, указаннаго въ данномъ словѣ, напр. голова: человекъ, умъ: птицы, грѣхъ: попа и т. д. И тѣ, и другія реакціи *Wehrlein* нашелъ какъ разъ у имбецилловъ и считаетъ ихъ весьма характерными для послѣднихъ. Это обстоятельство даетъ намъ поводъ нѣсколько остановиться на томъ дифференціально-диагностическомъ значеніи, которое отводится нѣкоторыми авторами эксперименту надъ ассоціаціями. Мы считаемъ своимъ долгомъ предостеречь отъ увлеченій нѣкоторыхъ авторовъ подчеркивать специфичность для патологическихъ формъ всѣхъ тѣхъ особенностей, которыя

они находятъ въ реакціяхъ при данныхъ формахъ болѣзней. Какъ мы видѣли, совершенно одинаковыя особенности реакцій встрѣчаются въ разныхъ патологическихъ состояніяхъ, и сдѣлать обратное заключеніе по этимъ особенностямъ о формѣ болѣзни, совершенно непозволительно. Это значило бы допустить ту же ошибку, въ которую впадали старые клиницисты, диагностировавшие болѣзни по такимъ отдѣльнымъ грубымъ симптомамъ, какъ возбужденіе, настроеніе, галлюцинаціи и т. д. Экспериментъ надъ ассоціаціями можетъ пріобрѣсти большое значеніе въ діагностикѣ, но только въ связи съ другими методами. Самъ по себѣ онъ не въ состояніи съ точностью выяснитъ намъ форму болѣзни, и мы оказали бы плохую услугу этому эксперименту, не пріобрѣтшему еще прочнаго мѣста въ ряду многихъ другихъ объективныхъ методовъ, если бы мы переоцнили его значеніе и отвели бы ему слишкомъ почетное, незаслуженное имъ мѣсто среди диагностическихъ пріемовъ. Никто не будетъ оспаривать громаднаго значенія реакцій перерожденія въ діагностикѣ нервныхъ болѣзней, но ни одинъ невропатологъ не рѣшится на основаніи одной только реакцій перерожденія поставить діагнозъ или даже заключить о локализациі пораженія. Точно также экспериментъ надъ ассоціаціями можетъ дать важное указаніе на наличность патологическаго состоянія, но для рѣшенія вопроса о характерѣ данного состоянія мы должны пользоваться и другими методами.

Намъ остается еще разобрать вопросъ, который много дебатировался и все еще долженъ считаться открытымъ, а именно вопросъ о скорости теченія ассоціацій у маниакальныхъ больныхъ. Въ то время какъ цѣлый рядъ извѣстныхъ, весьма наблюдательныхъ клиницистовъ находитъ несомнѣнное ускореніе теченія представленій у маніак. больныхъ, *Kraepelin* на основаніи психологическаго эксперимента находитъ замедленіе теченія ассоціативныхъ процессовъ. Является вопросъ, откуда происходитъ такое рѣзкое противорѣчіе между наблюдаемыми клиникой и экспериментомъ. Дѣйствительно, всякій, наблюдавшій маниакальныхъ больныхъ и видѣвшій, какъ они цѣлыми часами подрядъ безъ усталы могутъ говорить, такъ что трудно бываетъ уловить моментъ, чтобы ихъ прервать, не можетъ не удивиться, что экспериментъ не подтверждаетъ наблюдаемаго нами въ клиникѣ факта. Впрочемъ, въ результатахъ экспериментальныхъ изслѣдованій мы не находимъ единогласія. Въ то время какъ *Чижовъ*, *Валицкая* нашли значительное ускореніе реакцій въ маніак. состояніи, *Aschaffenburg* въ своихъ обстоятельныхъ изслѣдованіяхъ нашелъ замедленіе ея въ сравненіи съ нормой. То же самое нашелъ въ общемъ и *Isserlin*. Посмотримъ, что намъ дали наши изслѣдованія. Для болѣе удобнаго обзора мы тутъ помѣщаемъ таблицу результатовъ для всѣхъ нашихъ испытуемыхъ.

	Ассоциация Предложениями		Сред. скорость 1-ой реак.		Повтор. сл. разд.	аритмет. средняя	вбросит. средняя	Сред. количество словъ въ минуту.
	Внутр.	Внѣшн.	по внут. асс.	по внѣш. асс.				
Здоровые	Г. О.	64 36	—	—	2	1,43	1,4	16,1
	Л. Г.	61 39	—	—	2	2,01	1,6	10,2
	Б. Б.	60 40	—	—	6	1,86	1,5	11,0
	М. Г.	67 33	—	—	3	1,61	1,4	18,3
	М. Ф.	62 38	—	—	3	2,11	2,0	23,9
Маниакальные	Х—смъ	48 42	8	2	1	2,03	1,8	16,6
	О—овъ	55 45	—	—	3	1,27	1,0	15,3
	Ю—ичъ	41 27	16	16	14	2,71	2,2	17,5
	Э—ичъ	31 69	—	—	12	1,91	1,8	15,4
	В—ерь	29 43	18	10	—	1,88	1,8	11,4
	Н—ова	57 25	16	2	—	1,77	1,6	16,4
	П—ина	68 21	9	2	44	3,19	2,6	13,0
Депрессивные	О—овъ	71 29	—	—	14	10,42	8,0	4,2
	Б—овъ	74 26	—	—	2	6,07	4,0	14,7
	Р—ть	72 28	—	—	6	3,81	3,4	8,7
	Н—ская	82 18	—	—	1	3,31	2,4	15,0
	Ф—ова	79 21	—	—	—	2,83	2,3	5,5
	К—ова	78 22	—	—	—	4,02	3,6	7,6

Средн. скорость (аритметич. и вбросит.) первой словесной реакціи для всѣхъ здоровыхъ 1,80 или 1,6, для маниакал. 2,11 или 1,8, для меланхолик. 5,08 или 4,0 сек.

Изъ этой таблицы мы можемъ убѣдиться, что въ среднемъ маниакальные больные реагируютъ действительно медленнѣе, чѣмъ здоровые. *Hitzig* въ дебатахъ по поводу доклада *Aschaffenburg'a* высказался въ томъ смыслѣ, что маниакальный больной прежде чѣмъ реагировать, долженъ предварительно покончить со всеми побочными ассоціациями, которыя вторгаются въ его сознание, и этимъ объясняется найденное замедленіе реакціи. Мы не знаемъ, насколько побочныя ассоціации являются помѣхой для быстрой реакціи маниакальнаго больного. Мы можемъ только высказать, что причина замедленія реакціи маниак. больныхъ кроется въ тѣхъ патологическихъ особенностяхъ, которыя мы обнаружили уже у этихъ больныхъ при изслѣдованіи ихъ умственной работоспособности, а именно въ ихъ неспособности установить сразу свою нервно-психическую дѣятельность на извѣстнаго рода работу. А

что реакція на данное слово требуетъ извѣстной установки, и не является продуктомъ „свободнаго“ теченія ассоціаций, объ этомъ мы уже достаточно говорили раньше. Мы поэтому вполнѣ согласны съ *Liepmann'*омъ, который видитъ причину нарушенія ассоціаций у маниакальныхъ больныхъ въ разстройствѣ ихъ вниманія. Способность сосредоточиться, которая является необходимымъ условіемъ для установки нашей нервно-психической дѣятельности на извѣстную работу, какъ разъ и нарушена у маниакальныхъ больныхъ. Въ тѣхъ же случаяхъ маниак. состоянія, гдѣ такого нарушенія сосредоточенія не имѣется, мы можемъ ожидать дѣйствительное ускореніе реакціи. И въ самомъ дѣлѣ, больной О-овъ, находившійся въ гипоманиакальномъ состояніи, могъ въ достаточной степени сосредоточиться на этихъ опытахъ. Его ассоціации по характеру мало въ сущности отличаются отъ нормальнаго типа (развѣ нѣсколько большее количество внѣшнихъ ассоц.), а что касается скорости реакціи, то она больше, чѣмъ у всѣхъ здоровыхъ. Итакъ, замедленіе или ускореніе реакціи обусловливается, по нашему мнѣнію, исключительнo состояніемъ процесса сосредоточенія. Въ случаяхъ его нарушенія, какъ это бываетъ у преобладающаго большинства маниакальныхъ больныхъ, мы найдемъ замедленіе реакціи, при нормальномъ теченіи этого процесса—ускореніе. Сказанное нами относится и къ дѣльмъ рядомъ ассоціаций въ теченіе извѣстнаго времени. Пока больной находится подъ влияніемъ установки, которая ему дается съ такимъ трудомъ, онъ дѣйствительно произносить въ минуту не больше словъ, чѣмъ здоровый. Но въ такой психической активности больной въ общемъ не долго остается: онъ скоро сбивается съ „темы“ и переходитъ на связанный разсказъ. Въ такихъ случаяхъ онъ произноситъ въ единицу времени гораздо больше словъ, чѣмъ здоровый, и нѣтъ никакой возможности записать все имъ сказанное. Вотъ такимъ, безъ всякой установки на опредѣленную задачу, мы наблюдаемъ маниакальнаго въ клиникѣ, и нельзя не согласиться съ *Isserlin'*омъ, что нашъ экспериментъ совершенно видоизмѣняетъ тотъ „вихрь“ идей, который мы наблюдаемъ въ клинической обстановкѣ у маниак. больного. Здѣсь действительно мы можемъ наблюдать его „свободное“ теченіе ассоціаций, насколько вообще можетъ быть рѣчь о свободѣ ассоціаций. Въ экспериментѣ же больной, несмотря на то, что онъ постоянно теряетъ свою задачу изъ виду, все время однако испытываетъ ея влияние. Въ этомъ мы могли убѣдиться изъ частыхъ просьбъ больныхъ въ среднѣхъ рядахъ ассоціаций повторить имъ словесный раздражитель, который они забыли и къ которому они все таки хотѣли подыскивать соотвѣствующія реакціи.

Выводы

1) Психологический эксперимент обнаруживает у больных с маниакально-меланхолическим психозом различные отклонения в проявлениях психических функций по сравнению с здоровыми лицами.

2) В психопатологии больных с маниакально-меланхолическим психозом эксперимент обнаруживает много *общих особенностей в обихих фазах болезни.*

3) Интенсивность сосредоточения, resp. внимания, устойчивость его и приспособляемость *понижены в обихих фазах* маниакально-меланхолического психоза в сравнении с нормой. Это понижение выражено в большей мере в *маниакальной стадии* при размагивании *качественной* стороны работы, при определении же *количественной* стороны понижение вышеозначенных особенностей сосредоточения resp. внимания, сказывается резко в *меланхолической стадии.*

4) Умственная работоспособность при вычислении простых арифметических действий значительно *понижена* в обихих фазах маниакально-меланхолического психоза, в меланхолической фазе в более резкой степени.

Способы выполнения умственной работы маниакально-меланхолическими больными и здоровыми совершенно различны. В то время как нервно-психическая деятельность здоровых проявляется с самого начала работы в полном напряжении, у маниакальных и меланхолических больных она развивается постепенно. Больные должны приспособляться к работе, постепенно втягиваясь в нее.

6) Краткий перерыв во время исполнения работы влияет на маниакально-меланхолических больных иначе, чем на здоровых. Действие перерыва в постановке наших опытов было всегда благоприятно на продуктивность работы здоровых, между тем как на больных перерыв оказывает в общем неблагоприятное влияние в виду утраты ими во время перерыва приспособления к работе, или «рабочей готовности».

Неблагоприятное влияние перерыва в работе больных сказывается также и на *понижении устойчивости внимания* в противоположность здоровым.

7) Ассоциации маниакальных больных более поверхностны, чем ассоциации здоровых (реакции предложениями, по созвучию, привычными выражениями). В ассоциациях их заметна значительная отвлекаемость, выражающаяся в быстрых неожиданных переходах от одних слов (представлений) к другим и в частом повторении словесного раздражителя (Reizwort).

8) Ассоциации меланхоликов совершаются в большей степени по внутренней связи реакции с данным словом, чем у здоровых. В некоторых случаях и в ассоциациях меланхоликов обнаруживается резкая отвлекаемость, сказывающаяся в неожиданных переходах от одних слов (представлений) к другим без видимого влияния руководящего представления на ход ассоциации.

9) Скорость словесной реакции у меланхолических больных значительно замедлена в сравнении с нормой. У маниакальных больных она в общем также несколько замедлена, хотя в отдельных случаях она бывает и ускорена.

10) Причина замедления словесной реакции у маниакальных больных заключается в нарушении процесса сосредоточения. В тех немногих случаях, где этот процесс совершается правильно, у маниакальных больных наблюдается ускорение реакции в сравнении с здоровыми.

В заключение своей работы считаю своим приятным долгом выразить глубокую свою благодарность многоуважаемому профессору Владимиру Михайловичу Бехтереву как за предложенную тему, так и за содействие, которое он мне оказал при исполнении этой работы.

Весьма признателен также многоуважаемому приват-доценту Александру Федоровичу Лазурскому за многие его полезные указания во время этой работы.

Многоуважаемому товарищу Аристарху Владимировичу Ильну весьма благодарен за много начерченных им для меня диаграмм.

ЛИТЕРАТУРА КЪ КЛИНИЧЕСКОЙ ЧАСТИ РАБОТЫ.

1. *Alberti*. Osservazioni statistiche e cliniche sulla frenosi man.-depress. Giorn. di Psichiatri. clin. e tecn. manic. 1905. Реф. Jahresbericht Iacobsohn'a 1906 г.
2. *Albrecht*. Die psychologischen Ursachen der Melancholie. Monatsschrift f. Psychiat. 1906. № 1.
3. » Manisch-depress. Irresein u. Arteriosclerose. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiat. 1906. Bd. 63.
4. *Anthéaume*. Les psychoses périodiques. Journ. de Neurologie. 1907. № 17.
5. *Baccelli*. Nuovi documenti clinici per la dimonstrazione della frenosi man.-depress. Giorn. di Psichiatri. clin. Fasc. 36. Реф. Centralbl. f. Nervenheilk. 1909.
6. *Baillarger*. Recherches sur les maladies mentales. 1890.
7. *Baller*. Man.-depress. Mischzustände. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1907. Bd. 64.
8. *Ballet*. La mélancolie intermittente. Presse médicale. 1902. № 39.
9. » Traité de Pathologie mentale. 1903.
10. *Бемтеревъ*. Ueber periodische acute Paranoia simpl. als besondere Form periodischer Psychosen. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol. 1899. 5.
11. » Классификація душевныхъ болѣзней. 1891.
12. » О соотношеніи между маниакальными и меланхолич. состояніями. Обзоріе психіатри 1909.
13. *Berger*. Klinische Beiträge sur Melancholiefrage. Jahresversam. in Köln u. Bonn. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat. 1909.
14. *Бернштейнъ*. Man.-depress. Irresein u. circuläre Paralyse. Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift 1903. № 52.
15. *Binswanger*. u. *Siemerling*. Lehrbuch der Psychiatrie. 1907. II Aufl.
16. *Bleuler*. Ueber periodischen Wahnsinn. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1902. № 11.
17. *Bolton*. Man.-depress. insanity. Brain. 1908.
18. *Bumke*. Ueber die Umgrenzung des man.-depr. Irreseins. Centralbl. f. Nervenheilk. 1909. № 11.
19. *Cahn*. La cyclothymie. Thèse 1909. Paris.
20. *Chotzen*. Ueber man.-depr. Irresein bei organischen Gehirnkrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1905. Bd. 62. (демонстр.).
21. *Clouston*. Melancholia and the toxic theory. The Scottish med. and surg. Jour. 1902. Реф. Centralbl. f. Nervenheilk. 1903.
22. » Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ. 1885.
23. *Deny*. De la folie man.-depress. Archiv. de Neurologie. 1906.
24. » La cyclothymie. Semaine médicale. 1908. № 15.
25. *Deny et Canis*. La psychose maniaque-depressive. 1907.
26. *Dreyfus*. Die Melancholie ein Zustand des man.-depr. Irreseins. 1907.
27. *Ducosté*. A propos de la psychose man.-depress. Le progrès médic. 1907. № 35.
28. » De l'involution présénile dans la folie man.-depr. Annal. méd.-psycholog. 1907. № 2.
29. *Eisath*. Zur Kasuistik der periodisch verlaufenden Geistesstörungen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiat. 1903. Bd. 60.
30. *Emmerich*. Ueber cyclische Seelenstörungen. Schmidt's Jahrbücher. 1881. Bd. 190.
31. *Ennen*. Paranoia oder man.-depr. Irresein? Centralbl. f. Nervenheilk. 1909. № 12.
32. *Eschle*. Grundzüge der Psychiatrie. 1907.
33. *Falvet, I. P.* Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques. 1864.
34. *Falvet, I.* Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. 1890.
35. *Fausser*. Zur Kenntnis der Melancholie. Centralbl. f. Nervenheilk. 1906.
36. *Forster*. Ueber das man.-depr. Irresein. Докладъ въ Berl. Gesell. f. Psych. Centralbl. f. Nervenheilk. 1909. № 7.
37. *Fuhrmann*. Diagnostik u. Prognostik der Geisteskrankheiten. 1903.
38. *Ганнушкинъ и Сухановъ*. Къ ученію о мании. Медиц. обзоръ. 1902 № 19.
39. *Ганнушкинъ и Сухановъ*. Къ ученію о меланхолии. Корсаков. журналъ. 1902.
40. *Ганнушкинъ и Сухановъ*. О циркулярномъ психозѣ и циркулярн. теченіи. Медиц. Обзор. 1903. № 1.
41. *Gaupp*. Ueber die Grenzen psychiatrischer Erkenntniss. Centralbl. f. Nervenheilk. 1903.
42. » Kraepelin's Stellung in der Psychiatrie. München. medic. Wochenschr. 1904. (докл.).

43. » Die Depressionszustände des höheren Lebensalters München. med. Wochenschr. 1905. № 32.
44. *Geist*. Zur Lehre von der periodischen Manie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1905. Bd. 62.
45. » Ueber die Classification der Psychosen, insbesondere der periodischen. Allgem. Zeit. f. Psychiatr. 1907. Bd. 64.
46. *Givens*. Manic-depressive insanity. Medic. Century. 1905.
47. *Goldstein*. Ein Fall von man.-depress. Mischzustand. Arch. f. Psychiatr. 1907. Bd. 43.
48. *Gregor*. Ein Beitrag zur Kenntnis des intermittierenden Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1906. Bd. 63.
49. *Griesinger*. Die Pathologie u. Therapie der psychischen Krankheiten. 1871. III Aufl.
50. *Gucci*. Mania, Melancholia e psicosi man.-depr. Rivista di pat. nerv. e ment. 1899. Ref. Neurolog. Centralbl. 1899.
51. *Guistain*. Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten. 1854.
52. *Hecker*. Die milden Verlaufsarten des circulären Irreseins. Arch. f. Psychiatr. Bd. 29. 1897 (докладъ).
53. » Die Cyclothymie eine circuläre Gemütherkrankung. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1897, № 1.
54. *Heißbronner*. Zur Psychopathologie der Melancholie. Monatsschr. f. Psychiatr. 1907.
55. *Hinrichsen*. Statistische Beiträge zur Frage nach der Häufigkeit der einfachen acuten Manie im Verhältnis zu den periodischen Formen derselben. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1898. Bd. 54.
56. *Hitzig*. Ueber die nosologische Auffassung u. über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. Berlin. klin. Wochenschr. 1898. № 1.
57. *Hoche*. Ueber die leichteren Formen des period. Irreseins. 1897. (Samml. zwanglos. Abhandl.).
58. » Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1906. Bd. 63. Ref.
59. *Hübner*. Klinische Studien über die Melancholie. Arch. f. Psychiatr. 1907. Bd. 43.
60. » Ueber die klinische Stellung der Involutionsmelancholie. Neurolog. Centralbl. 1907.
61. » Ueber das Greisenalter in psycholog., psychopatholog. u. forensischer Beziehung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1908. Bd. 65. Ref.
62. *Hudovernig*. Ueber die circuläre Geistesstörung. Pester med.-chirurg. Presse. 1899. Ref. Jahresbericht Jacobs. 1900.
63. *Jahrmärker*. Zur Frage der Amentia. Centralbl. f. Nervenheilk. 1907.

64. *Imboden*. Ein Beitrag zur Frage der Combination des man.-depress. Irreseins mit der Hysterie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1908. Bd. 65.
65. *Jolly*. Referat über Kraepelin's Lehrbuch der Psychiatrie. Arch. f. Psychiatr. 1896. Bd. 28.
66. *Juliusburger*. Zur Symptomatologie der Melancholie. Monatsschr. f. Psych. 1905.
67. *Kahlbaum*. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. 1863.
68. » Ueber cyclisches Irresein. Irrenfreund. 1882. № 10.
69. *Kirn*. Die periodischen Psychosen. 1878.
70. *Ковалевский*. Душевные болѣзни. 1905.
71. *Kölpin*. Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Arch. f. Psychiatr. 1904. Bd. 39.
72. *Корсаковъ*. Учебникъ психіатріи. 1891.
73. *Koster*. Die Gesetze des periodischen Irreseins u. verwandter Nerven Zustände. Pev. Irrenfreund. 1882.
74. *Kraepelin*. Psychiatrie. I—VIII Aufl.
75. » Ziele u. Wege der klinischen Psychiatrie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1896. Bd. 53 (докладъ).
76. » Die klinische Stellung der Melancholie. Monatssch. f. Psych. 1899. VI.
77. » Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Centralb. f. Nervenheil. 1905.
78. *Kraft-Ebing*. Lehrbuch der Psychiatrie. I—VII Aufl.
79. » Die Melancholie. 1874.
80. *Lambranzi*. Contributo allo studio della frenosi man.-depr. e della malancolia da involuzione. Giorn. di psich. clin. 1903. Ref. Neurolog. Centralbl. 1903.
81. » e Perazzolo. Le recidive nelle frenosi man.-depr. Giorn. di psich. clin. 1906. Ref. Корсаков. журналъ. 1906.
82. *Liepmann*. Ueber Ideenflucht. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 1903. Autoreferat.
83. *Lipschütz*. Zur Aetiologie der Melancholie. Monatsschr. f. Psychiatr. 1905. № 3.
84. *Magnan*. Recherches sur les centres nerveux. 1893.
85. » Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1897.
86. *Marcé*. Traité pratique des maladies mentales. 1862.
87. *Martini*. La frenosi man.-depr. all'osservazione clin. dell' Esquirol. Giorn. di psich. clin. 1907. Ref. Centralb. f. Nervenheil. 1909.
88. *Masselon*. La mélancolie. 1906.
89. *Mayser*. Beitrag zur Lehre von der Manie. Neurolog. Centralbl. 1898. № 11. Ref.

90. *Mendel*. Leitfaden der Psychiatrie. 1902.
91. » Die Manie. 1881.
92. *Meynert*. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890.
93. *Meyrer L.* Ueber circuläre Geisteskrankheiten. Arch. f. Psychiat. 1874. Bd. 4.
94. *Morcl*. Traité des maladies mentales. 1860.
95. *Муратовъ*. Заболѣваніе надпочечниковъ при периодическомъ психозѣ. Соврем. психіат. 1907.
96. *Neisser*. Referat über Hecker's Cyclothymie. Jahresbericht Jacobsohn'a. 1897. S. 1242.
97. » Referat über Kraepelin's Lehrbuch. Centralb. f. Nervenheilk. 1897.
98. » Beitrag zur Aetiologie der periodischen Psychosen. Arch. f. Psychiat. Bd. 36. 1903.
99. *Nissl*. Zur Lehre von den periodischen Geistesstörungen. Centralb. f. Nervenheilk. 1899.
100. » Die Frage des period. m. circulären Irreseins. Centralbl. f. Nervenh. 1899 (докл.).
101. *Nitsche*. Ueber chronische Manie. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psychiat. 1907.
102. *Oppenheim*. Zur Lehre von der Periodicität nervöser Krankheitserscheinungen. Neurol. Centralbl. 1908. № 1.
103. *Pailhas*. Periodicité et alternances psychiques. Psychoses périodiques. Journ. de Neurolog. 1907 № 9—11.
104. *Paton*. Psychiatry. 1905.
105. » Studies in the man.-depr. insanity. Americ. Jour. of insanity 1902. Ref. Centralb. f. Nervenheilk. 1903.
106. *Peixoto*. Folie man.-depressive. Annal. méd.-psychologiq. 1905. № 2.
107. *Pfersdorff*. Rededrang im man.-depr. Irresein. Centralbl. f. Nervenheilk. 1908.
108. » Die motorische Erregung im man.-depr. Mischzustand. Centralb. f. Nervenh. 1905.
109. *Pick*. Circuläres Irresein. Eulenburg's Real-Encyclopaedia. III—IV Aufl.
110. » Ueber Aenderungen des circulären Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. 1899. № 51.
111. *Pilcz*. Die periodischen Geistesstörungen. 1901.
112. » Lehrbuch der speciellen Psychiatrie 1909.
113. *Régis*. Manuel pratique de médecine mentale. 1892.
114. *Rehm*. Verlaufsformen des man.-depr. Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psychiat. 1907.
115. *Reich*. Zur Symptomatologie der Manie u. verwandter Krankheitsformen. Centralb. f. Nervenheilk. 1908 (докл.).
116. *Rémond*. Précis des maladies mentales. 1904.

117. *Ritti*. Traité clinique de la folie à double forme. 1883.
118. *Rocha Franco*. La psychose man.-depressive. Annal. méd.-psycholog. 1906. № 2.
119. *Roemheld*. Ueber die leichteren Formen der periodischen Störungen des Nerven = u. Seelenlebens (Cyclothymie). Klinik f. psych. u. nerv. Krankheiten 1907. II Bd.
120. *Rogues de Fursac*. Manuel de Psychiatrie. 1903.
121. *Розенбагъ*. Обь отношеніи т. наз. dementia praecox къ другимъ формамъ душев. разстройства. Русск. врачъ 1907. № 41.
122. » Оцѣнка ученія о ман.-депр. помѣшательствѣ. Русск. врачъ. 1908. № 2.
123. *Rückle*. Ist die Melancholie ausschliesslich eine Psychose des Rückbildungsalters? In-Diss. Ref. Jahresbericht Jacobsohn'a. 1899.
124. *Sachs Helene*. Statistischer Beitrag zur Kenntnis der einfachen u. period. Melancholie. In-Diss. Ref. Neurolog. Centralbl. 1900.
125. *Saiz*. Untersuchungen über die Aetiologie der Manie, der period. Manie u. des circul. Irreseins. 1907.
126. *Schenk*. Die periodische Melancholie. Deut. medic. Zeit. 1899. Ref. Jahresber Jacobs. 1900.
127. *Schott*. Beiträge zur Lehre von der Melancholie. Arch. f. Psychiat. 1903. Bd. 36.
128. » Klinischer Beitrag zur Lehre von der chron. Manie. Monatsschr. f. Psych. 1904. № 1.
129. » Beiträge zu der Lehre von der Ideenflucht bei der Manie. Centralb. f. Nerv. 1904.
130. *Schüle*. Klinische Psychiatrie. 1886.
131. *Séglas*. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerv. 1895.
132. *Сербскій*. Руководство къ изученію душевныхъ болѣзней. 1906.
133. » Contribution à l'étude des formes mixtes. Annal. méd.-psychol. 1906. № 3.
134. *Sommer*. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1901
135. *Specht*. Ueber den Angstaffect im man.-depr. Irresein. Centralb. f. Nervenh. 1907.
136. » Ueber die Struktur u. die Stellung der Melancholia agitata. Centralb. f. Nerven. 1908.
137. » Chronische Manie u. Paranoia. Centralb. f. Nervenh. 1905.
138. » Ueber die klinische Kardinalfrage der. Paranoia. Centralb. f. Nervenh. 1908.

139. *Stevens*. Manic-depress. insanity with the raport of a typical case. The Jour. of Nerv. and ment. disease. 1904.
140. *Stransky*. Ein Beitrag zur Lehre von der period. Manie. Monatsschr. f. Psych. 1902.
141. *Сухановъ*. О ман.-депрессив. психозъ. Практич. врачъ. 1907.
142. » Циклотимія и психастенія и ихъ отношеніе къ нейрастеніи. Русск. врачъ. 1908.
143. » О современной классифик. душевныхъ болѣзней. Соврем. псих. 1907.
144. *Taalman*. Кір. v. Ерр. Acute Manie. Allg. Zeltschr. f. Psych. 1898. Bd. 54.
145. *Thalbitzer*. Melancholie u. Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1905. Bd. 62.
146. » Die manio-depressive Psychose—das Stimmungsirresein. Arch. f. Psych. 1907. Bd. 43.
147. *Thomsen*. Ueber circuläres Irresein. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1903.
148. » Aperçus et demonstrations sur la folie man.-depr. Jour. de Neurolog. 1904. № 2.
149. » Dementia praecox u. man.-depress. Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1907. Bd. 64.
150. *Tommasi*. Il metodo morfologico nella fren. man.-depr. Gior. di psich. 1907. Реф. Соврем. псих. 1908.
151. *Townsend*. Mental depression and melanc. considered in regard to auto-intoxication. Jour. of mental science. 1905. Ref. Neurol. Centralb. 1905.
152. *Urstein*. Die dementia praecox u. ihre Stellung zum manisch-depress. Irresein. 1909.
153. *Vedrani*. La melancolia psicosi d'involuzione. Bullet. di manicom. di Ferr. 1899. Ref. Neurol. Centralbl. 1900.
154. » Documenti per la patologia della fren. man.-depr. Giorn. di psich. 1907. Ref. Centralb. f. Nervenh. 1909.
155. » Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali. Gior. di psich. 1908. Ref. Centralb. f. Nervenh. 1909.
156. *Walker*. Ueber manische u. depressive Psychosen. Arch. f. Psych. 1907. Bd. 42.
157. *Wernicke*. Grundriss der Psychiatrie. I—III Bd.
158. *Westphal*. Man.-depr. Irresein u. Lues cerebri. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1908. Bd. 65.
159. » u. *Kölpin*. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Specht: Ueber den Angststaeft. Centralbl. f. Nervenh. 1907.
160. *Weygandt*. Atlas u. Grundriss der Psychiatrie. 1902.
161. » Ueber die Mischzustände des man.-depr. Irreseins. 1899.
162. » Ueber das manisch-depressive Irresein. Berl. klin. Wochenschr. 1901. № 3—4.

163. *Wilmanns*. Die leichten Fälle des man.-depr. Irreseins (Zyclothymie) u. ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Samml. klin. Vorträge. 1906.
164. » Zur Differentialdiagnostik der „functionellen“ Psychosen. Central. f. Nerven. 1907.
165. *Wizel*. Einige Worte betreffs der Benennung «man.-depr. Irresein». Neurol. Centralb. 1908.
166. *Ziehen*. Psychiatrie II—III Aufl.
167. » Die Erkennung u. Behandlung der Melancholie in der Praxis. 1907.
168. » Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. 1898. № 1.
169. » Ueber seltenere periodische Menstrualpsychosen. Ref. Neurol. Centralb. 1906.
170. » Seltener Fälle des period. u. circulären Irreseins. Allg. Zeit. f. Psych. 1906. Ref.
171. *Чижъ*. Учебникъ психіатріи. 1902.

ЛИТЕРАТУРА КЪ ПСИХОЛОГИЧ. ЧАСТИ РАБОТЫ.

172. *Amberg*. Ueber den Einfluss von Arbeitspausen auf die geistige Leistungsfähigkeit. Psycholog. Arbeiten Bd. I H. 2—3.
173. *Анфимовъ*. Сосредоточеніе resp. вниманіе и психич. работоспособность при эпилепси. Обзорніе псих. 1908. 11—12.
174. *Aschaffenburg*. Experimentelle Studien über Associationen. Psychol. Arb. Bd. I H. 2—3.
175. » Associationen in der Erschöpfung. Psychol. Arb. Bd. II H. 1.
176. » Die Ideenflucht. Psychol. Arb. Bd. IV. H. 2
177. *Вершинштейнъ*. Эксперим.-психологическія схемы интеллектуальныхъ расстройствъ при душевныхъ болѣзняхъ. 1908. вып. I.
178. *Васмеревъ*. Объективное изслѣдованіе душевно-больныхъ. Обзор. псих. 1907. 10—12.
179. *Binet et Henri*. La fatigue intellectuelle. 1898.
180. *Bleuler*. Ueber die Bedeutung von Associationsversuchen. Diagnost. Assoc.-studien. 1906. Bd. I.
181. *Bolte*. Associationsversuche als diagnostisches Hilfsmittel. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1907. Bd. 64.
182. *Botman*. Associationen bei Geisteskranken. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. 1907. Bd. II.

183. *Cimbal*. Tabellen u. Curven aus einer experim. psycholog. Arbeit über das man.-depr. Irresein. Ref. Centralbl. f. Nervenh. 1935.
184. *Claparède*. L'association des idées. 1903.
185. *Heumann*. Ueber die Beziehungen zwischen Arbeitsdauer u. Pausenwirkung. Psychol. Arb. Bd. IV, H. 4.
186. *Hoch* u. *Kraepelin*. Ueber die Wirkung der Theebestandteile auf körperliche u. geistige Arbeit. Psychol. Arb. Bd. I.
187. *Hutt*. Rechenversuche bei Manisch-depressiven. Psychol. Arb. Bd. V, H. 3.
188. *Hylan* u. *Kraepelin*. Ueber die Wirkung kurzer Arbeitszeiten. Psychol. Arb. Bd. IV, H. 3.
189. *Плюинъ*. О процессахъ сосредоточенія у слабоумныхъ душ.-больныхъ. Дисс. 1909.
190. *Isserlin*. Psychologische Untersuchungen an Manisch-depressiven. Monatsschr. f. Psych. 1907. H. 4—6.
191. » Die diagnostische Bedeutung der Associationsversuche. Münch. med. Wochenschr. 1907.
192. » Associationsversuche bei einem forensisch begutachteten Falle von epileptischer Geistesstörung. Monatsschr. f. Psych. 1905. Erg.-H.
193. *Jung* u. *Riklin*. Experimentelle Untersuchungen über Associationen Gesunder. Diagnost. Associat.-stud. Bd. I. 1906.
194. *Jung*. Ueber das Verhalten der Reactionszeit beim Associationsexperiment. Diagnost. Assoc.-stud. Bd. I.
195. » Analyse der Associationen eines Epileptikers. Diagnost. Assoc.-stud. Bd. I.
196. » Psychoanalyse u. Associationsexperiment. Diagnost. Assoc.-stud. Bd. I.
197. *Кармазина* и *Сухова*. Вліяніе настроенія на характеръ и быстроту ассоціацій. Вѣстн. психол. Т. I, вып. 8.
198. *Корольковъ*. Эксперимент. данныя по вопросу объ ассоціаціяхъ. Вѣст. психол. Т. I, в. 5.
199. *Kraepelin*. Die Arbeitscurve. Philos. Studien. 1902. Bd. 19.
200. » Der psychologische Versuch in der Psychiatrie. Psych. Arb. Bd. I.
201. *Лазурекій*. Очеркъ науки о характерахъ. 1908.
202. *Liepmann*. Ueber die geistige Leistungsfähigkeit der Menschen. Ref. Neurol. Centralb. 1904.
203. *Lindley*. Ueber Arbeit und Ruhe. Psych. Arb. Bd. III, H. 3.
204. *Mayer* u. *Orth*. Zur qualitativen Untersuchung der Associationen. Zeitschr. f. Psycholog. 1901. Bd. 26.
205. *Mazurkiewicz*. Ueber den. reactiven Charakter der Denkvorgänge. Neurol. Central. 1908.

206. *Meumann*. Vorlesungen zur Einführung in die experimentelle Pädagogik. 1907. Bd. I—II.
207. *Münsterberg*. Beiträge zur experimentellen Psychologie. H. 1—4.
208. *Нечасовъ*. Ассоціація сходства. 1905.
209. *Oehrn*. Experimentelle Studien zur Individualpsychologie. Psych. Arb. Bd. I.
210. *Павловская*. Эксперим.-психологическое изслѣдованіе надъ больными съ нарастающимъ паралитич. слабоуміемъ. Дисс. 1907.
211. *Pillsbury*. L'attention. 1906.
212. *Поваринскій*. Вниманіе и его роль въ простѣйшихъ психич. процессахъ. Дисс. 1906.
213. *Ranschburg* u. *Balint*. Ueber quantitative u. qualitative Veränderungen geistiger Vorgänge in hohem Greisenalter. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1900.
214. *Rehm*. Psycholog. Versuche bei man.-depr. Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1906. Bd. 63 (докл.).
215. *Ribot*. Psychologie de l'attention. 1889.
216. *Riklin*. Kasuistische Beiträge zur Kenntnis hysterischer Assoc.-phänomene. Jour. f. Psychol. Bd. VII.
217. *Rivers* u. *Kraepelin*. Ueber Ermüdung u. Erholung. Psychol. Arb. Bd. I.
218. *Заводовскій*. Характеръ ассоціацій у больныхъ съ хронич. первичн. помѣшательствомъ. Дисс. 1909.
219. *Scholl*. Versuche über die Einführung von Complexen in die Associationen von Gesunden u. Kranken. Klinik f. psych. u. nerv. Krank. Bd. III. H. 3.
220. *Sommer*. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungs-methoden. 1899.
221. *Specht*. Ueber klinische Ermüdungsmessungen. Arch. f. Psychol. Bd. IV.
222. *Taalman Kir v. Erp*. Ueber die Factoren, welche die verschiedenen experiment. Associationen bedingen. Ref. Neurolog. Centralb. 1908.
223. *Vaschide*. La courbe du travail intellectuel d'après Kraepelin et son école. Revue de Psychiat. 1905.
224. *Валуцкая*. Къ вопросу о психо-физическихъ измѣненіяхъ у душ.-больныхъ. Вѣстн. клин. и судеб. псих. VI. в. I.
225. *Wehrlin*. Ueber die Associationen von Imbecillen u. Idioten. Diagn. Assoc.-stud. Bd. I.
226. *Weygandt*. Die Forschungsrichtung der «Psycholog. Arbeiten.» Centralb. f. Nervenh. 1903. № 156—8.
227. » Ueber die Beeinflussung geistiger Leistungen durch Hungern. Psychol. Arb. Bd. IV, H. 1.

228. *Владычко*. Вниманіе, умственн. работоспособность и संबодно возникающія ассоціаціи у больныхъ съ раннимъ слабоуміемъ. *Обозр. псих.* 1908. № 6.
229. » Характеръ ассоціаціи у больныхъ съ хронич. первичн. помѣшательствомъ. 1909.
230. *Войцеховскій*. О вліяніи менструаціи на нервно-психическую сферу женщинъ. *Дисс.* 1909.
231. *Wolfskehl*. Auffassungs- u. Merkstörungen bei manischen Kranken. *Psychol. Arb.* Bd. V.
232. *Wreschner*. Die Reproduction u. Association von Vorstellungen. *Zeitsch. f. Psychol. Erg.* Bd. 3.
233. » Eine experimentelle Studie über die Associationen in einem Falle von Idiotie. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* 1900. Bd. 57.
234. *Ziehen*. Leitfaden der physiologischen Psychologie. VII. Aufl.
235. » Die Ideenassociation des Kindes. *Zit. nach Claparède u. Sommer.*
236. » Ueber Messungen der Associationsgeschwindigkeit bei Geisteskranken, namentlich bei circulär. Irresein. *Neurol. Centralb.* 1896. № 7.
237. » Zur Lehre von der Aufmerksamkeit. *Monatsschr. f. Psych.* Bd. 24. H. 2.
238. *Циоць*. Измѣненіе времени элементарныхъ психич. процессовъ у душ.-больныхъ. *Вѣст. клин. и суд. псих.* Т. III, в. 2.
239. » Время ассоціаціи у здоровыхъ и душ.-больныхъ. *Невролог. вѣстн.* т. II, в. 2.
240. *Щегловъ*. Обь умственной работоспособности малолѣтнихъ преступниковъ. *Дисс.* 1903.

Положенія.

1. Меланхолія, манія, ихъ періодическія формы и циркулярный психозъ представляютъ собою разновидности одного и того же болѣзненнаго процесса.

2. Экспериментальныя изслѣдованія обнаруживаютъ много общихъ чертъ въ психопатологическихъ проявленіяхъ маниакальнаго и меланхолическаго состояній.

3. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ легкаго маниакальнаго возбужденія (пуроманія) можно констатировать экспериментальнымъ путемъ дѣйствительное ускореніе ассоціаціи идей.

4. Истерическія явленія наблюдаются при многихъ функциональных и даже органическихъ психозахъ, и наличіе этихъ явленій не даетъ намъ еще права діагносцировать «истерическій» психозъ.

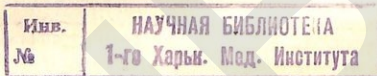
5. Спинная сухотка и прогрессивный параличъ могутъ развиваться только на почвѣ сифиліса.

6. Въ виду того, что начальныя стадіи прогрессивнаго паралича весьма часто смѣшивается съ неврастеніей, слѣдуетъ быть осторожнымъ съ назначеніемъ т. наз. шотландскихъ душъ, которые должны считаться безусловно вредными при прогрессивномъ параличѣ.

7. Въ развитіи психозовъ внѣшнія психическія причины играютъ второстепенную роль по сравненію съ внутренними въ смыслѣ наследственнаго предрасположенія и самоотравленія организма вслѣдствіе нарушенія обмена веществъ.

8. Учащенный пульсъ и широкіе зрачки въ депрессивномъ состояніи указываютъ на переживаемый больнымъ аффектъ страха.

9. Однимъ изъ величайшихъ бѣдствій русскаго народа является алкоголизмъ. Врачи-психіатры, ближе другихъ знакомые съ его вредными послѣдствіями, должны энергично бороться съ этимъ зломъ и сами подавать примѣръ полнаго воздержанія отъ алкоголя.



Curriculum vitae.

Лазарь Герсонович (Григорьевич) Гутманъ, сынъ купца, еврей родился въ 1875 г. По окончаніи Ливавской Николаевской гимназій съ серебряной медалью въ 1897 г. поступилъ въ Московскій Университетъ на медицинскій факультетъ, который окончилъ въ 1902 г. Экзамены на степень доктора медицины сдалъ при Московскомъ Университетѣ.

Въ октябрѣ 1902 г. поступилъ на службу въ частную психіатрич. лѣчебницу д-ра Тэриана въ Москвѣ. Въ началѣ весны 1904 г. поѣхалъ для усовершенствованія за границу, гдѣ работалъ сначала въ Гейдельбергской психіатр. клиникѣ, а съ мая 1904 г. по май 1905 г. въ психіатрической и нервной клиникѣ проф. Ziehen'a въ Берлинѣ. Въ маѣ 1905 г. поступилъ на службу въ частную психіатрич. лѣчебницу v. Ehrenwall'я въ Ahngweiler'ѣ. Оттуда въ августѣ былъ призванъ на военную службу, гдѣ оставался въ качествѣ младшаго врача Венденскаго полка до апрѣля 1906 г. Затѣмъ поступилъ опять на службу въ психіатрич. лѣчебницу д-ра Тэриана, которую завѣдывалъ съ августа 1907 г. до февраля 1909 г. Съ февраля 1909 г. до послѣдняго времени занимался въ клиникѣ первыихъ и душевныхъ болѣзней проф. В. М. Вехтѣрева.

Имѣетъ слѣдующіе труды:

1. Untersuchungen über die Unterschiedsempfindlichkeit auf dem Gebiet der Schallempfindungen bei Nerven- u. Geisteskranken. Monatssch. f. Psych. 1908.

2. Руководство по электродиагностикѣ и электротерапии Toby Sohn'a. Переводъ съ нѣмецкаго (совмѣстно съ Ф. Г. Гутманъ).

3. Законъ Weber-Fechner'a въ области слуховыхъ ощущеній у нервно- и душевно-болѣзныхъ при различныхъ пораженіяхъ органа слуха. Обзор. псих. 1909.

4. Вниманіе и умственная работоспособность при ман.-депрессивн. психозѣ.

Докладъ, читанный въ научномъ собраніи Клинич. врачей 5 ноября 1909 г.

5. Маниакально-депрессивный психозъ и характеръ ассоціацій при немъ.

Докладъ, читанный въ С.-Петерб. Обществѣ психіатровъ 7 ноября 1909.

6. Экспериментально-психологическія изслѣдованія въ маниакально-меланхолическомъ психозѣ. Эта работа представляется въ качествѣ диссертатіи на степень доктора медицины.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Предисловіе.	3
Глава I. Историческій очеркъ литературы по вопросу о маниакально-меланхолическомъ психозѣ. — Современное состояніе этого вопроса. — Симптоматология	5
Глава II. Экспериментальная часть. — Состояніе сосредоточенія resp. вниманія при ман.-мел. психозѣ.	56
Исторія болѣзни изслѣдованныхъ больныхъ. — Интенсивность вниманія, его приспособляемость и устойчивость. — Упражняемость, или постоянный прочный навыкъ. — Индивидуальныя основныя качества при умственной работѣ (упражненіе, утомленіе, приспособленіе). — Вліяніе перерыва на легкую умственную работу у здоровыхъ и больныхъ. — Заключение.	
Глава III. Умственная работоспособность.	104
Количество и качество работы у здоровыхъ и больныхъ. — Упражняемость. — Способы выполненія работы здоровыми и больными. — Вліяніе перерыва во время работы на здоровыхъ и больныхъ въ смыслѣ повышенія количества работы, улучшенія въ качествѣ и повышенія устойчивости вниманія. — Сравненіе результатовъ у здоровыхъ и больныхъ. — Заключение.	
Глава IV. Изслѣдованіе «свободныхъ» ассоціацій.	135
Методика. — Критика классификаціи Ascheffenburg-fung'a. — Протоколы опытовъ надъ здоровыми и больными. — Заключение. — Выводы.	180
Положенія. — Curriculum vitae.	193

