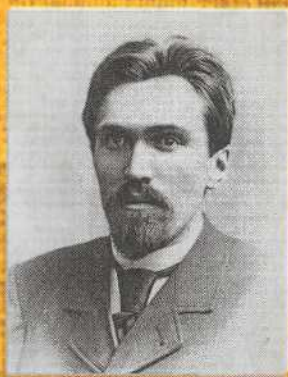


п с и х и а т р и я

# Учение о галлюцинациях



В. А. Гиляровский

классика и современность

УДК 613.83  
ББК 74.200.55  
Г47

Печатается по изданию:  
В. А. Гиляровский. Учение о галлюцинациях. —  
М.: Издательство академии медицинских наук СССР, 1949.

**Гиляровский В. А.**  
Г47 Учение о галлюцинациях / В. А. Гиляровский. Пос-  
лесл. А. Н. Голика. — 2-е изд. — М.: БИНОМ. Лаборато-  
рия знаний, 2003. — 240 с: ил.

ISBN 5-94774-032-X

В научном исследовании классика отечественной психиатрии дана всесторонняя оценка проблемы галлюцинаций, которая сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Книга посвящена одной из проблем расстроенного восприятия — галлюцинаторным расстройствам. Описа- на клиника галлюцинаторных состояний различного генеза, особое внимание уделено психогенным и токсическим галлюцинациям.

Книга принесет несомненную пользу научным работникам: психи- атрам, неврологам, психологам и др., а также студентам и практикую- щим врачам соответствующих специальностей.

УДК 613.83  
ББК 74.200.55

По вопросам приобретения обращаться:  
В Москве  
«БИНОМ. Лаборатория знаний» (095)955-03-98, e-mail: lbz@aha.ru  
в Санкт-Петербурге  
«Диалект» (812)247-93-01, e-mail: dialect@sndlct.ioffe.rssi.ru

Научное издание  
Гиляровский Василий Алексеевич  
УЧЕНИЕ О ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ

Редактор А. Голик  
Корректор Л. Хмельнова  
Художник Н. Лозинская  
Компьютерная верстка Е. Голубова

Лицензия на издательскую деятельность № 06331 от 26 ноября 2001г.

Подписано в печать 15.01.03. Формат 60×90 У.  
Бумага офсетная. Гарнитура Тайме. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 15. Тираж 3000 экз. Заказ 416

Издательство «БИНОМ. Лаборатория знаний»  
Телефон: (095)955-0398. E-mail: lbz@aha.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов в ПФ «Полиграфист»  
160001, г. Вологда, ул. Челюскинцев, 3.

ISBN 5-94774-032-X © Голик А. Н., идея проекта, послесловие, 2003  
© БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	7
Введение. Основные моменты в развитии учения о галлюцинациях	9
Различные определения понятия «галлюцинации»	9
Психические галлюцинации и псевдогаллюцинации	10
Неврологические теории галлюцинаций	12
Синдром Кандинского—Клерамбо	15
Речеводвигательные галлюцинации Сегла	17
Анализ концепций французских исследователей	18
Пути изучения галлюцинаций	20
Экспериментальные галлюцинации	23
Работы отечественных авторов	25
Вопрос о классификации галлюцинаций	29

## ЧАСТЫ

Глава 1. Клиника галлюцинаторных состояний	31
Галлюцинаторные расстройства при поражении периферических сенсорных аппаратов	31
Галлюцинации после операции катаракты	33
Галлюцинации типа Шарля Бонне	36
Расстройства зрительного восприятия при отслойке сетчатки	37
Галлюцинации у слепых	39
Галлюцинации у глухих	44
Замена выпавшего анализатора другим в сложных галлюцинаторных расстройствах	47
Глава 2. Галлюцинаторные расстройства при органических поражениях мозга	50
Общие замечания	50
Случаи с поражением зрительных путей	52
Роль поражения слуховых чувствующих путей	54
Травматический синдром Кандинского—Клерамбо	60
Речеводвигательные галлюцинации	66
Функциональные галлюцинации	71
Генез галлюцинаций при органических заболеваниях	73
Глава 3. Токсические галлюцинации	76
Общие замечания	76
Отравления химическими веществами	76
Отравления алкалоидами	79
Экспериментально вызванные галлюцинации	83
Галлюцинаторные расстройства при гиповитаминозах	85
Роль вегетативной нервной системы в оформлении токсических галлюцинаций	90
Соотношение экзогенных и эндогенных моментов в возникновении и структуре токсических галлюцинаторных синдромов	92
Значение токсических галлюцинаций для проблемы патогенеза галлюцинаций	99
Глава 4. Инфекционные галлюцинаторные состояния	101
Общие замечания	101

Делирий при крупозной пневмонии . . . . .	102
Психические изменения при гриппе . . . . .	104
Галлюцинаторные расстройства при эпидемическом энцефалите . . . . .	106
Патогенез инфекционного делирия . . . . .	109
Мозговые изменения при инфекционных галлюцинаторных расстройствах . . . . .	114
<b>Глава 5. Галлюцинаторные расстройства у соматических больных. . . . .</b>	<b>119</b>
Галлюцинации у здоровых . . . . .	119
Галлюцинации у больных туберкулезом . . . . .	121
Галлюцинации при раке внутренних органов . . . . .	124
Генез галлюцинаций у соматических больных . . . . .	129
<b>Глава 6. Психогенные галлюцинации . . . . .</b>	<b>133</b>
Общая характеристика психогенных галлюцинаций . . . . .	133
Галлюцинации религиозного содержания . . . . .	133
Аффектогенные галлюцинации . . . . .	140
Галлюцинации криминальных больных . . . . .	142
Психогенные галлюцинации у детей . . . . .	144
Условия развития психогенных галлюцинаций . . . . .	147
Отношение психогенных галлюцинаций к представлениям . . . . .	149
<b>ЧАСТЬ II</b>	
<b>Глава 7. Вопросы патогенеза в проблеме галлюцинаций . . . . .</b>	<b>151</b>
Взгляды разных авторов на вопросы патогенеза . . . . .	151
Анализ галлюцинаций у больных, лечащихся длительным сном . . . . .	153
Функциональное состояние кортикосенсорных центров . . . . .	163
Данные электроэнцефалографии . . . . .	166
Анализ клиники галлюцинаторных состояний в свете лабораторных данных . . . . .	174
Опыт наложения субъективных переживаний галлюцинанта на физиологическую канву . . . . .	184
Общие выводы . . . . .	195
<b>ЧАСТЬ III</b>	
<b>Глава 8. Галлюцинации и бред . . . . .</b>	<b>197</b>
Типология бредовых состояний . . . . .	197
Делирии и бредовые идеи . . . . .	200
Бредообразование при галлюцинозах . . . . .	202
Галлюцинаторно-параноидные синдромы при органических заболеваниях . . . . .	203
Бредообразование при эпилепсии . . . . .	210
Галлюцинации и бред при шизофрении . . . . .	211
Основные моменты в шизофреническом бредообразовании и отношение бреда вообще к галлюцинациям . . . . .	217
<b>Послесловие . . . . .</b>	<b>219</b>
<b>Литература . . . . .</b>	<b>231</b>
<b>Литература, добавленная редактором . . . . .</b>	<b>235</b>
<b>Предметный указатель . . . . .</b>	<b>237</b>
<b>Именной указатель . . . . .</b>	<b>239</b>

Советская психиатрия за последние годы обогатилась многими ценными исследованиями по клинике травматических психозов, судорожных заболеваний, по психогениям и соматогенным расстройствам. Меньше внимания обращалось исследователями на проблемы общей психопатологии, в частности на теоретические вопросы познавательной деятельности душевнобольных. При анализе клинических картин внимание обращалось преимущественно на высшие психические процессы: на расстройства синтетической деятельности, интеграции, межфункциональные нарушения; подразумевалось при этом, что отдельные, более элементарные функции сами по себе мало изменены или даже совсем не нарушены.

Между тем марксистско-ленинская теория познания исходит из положения, что в ощущениях, являющихся основным источником познания, заключены уже элементы суждения. Таким образом, приходится придавать большое значение расстройствам восприятия. Естественно, что проблема расстроенного восприятия тесно связана с бредообразованием.

Это побудило нас приступить к собиранию данных по галлюцинаторным расстройствам для того, чтобы попытаться осветить теоретические вопросы их патогенеза. Мы учитывали при этом, что основоположники русской психиатрии, например С. С. Корсаков, придавали большое значение процессам восприятия и что для освещения этих процессов много сделали наши физиологи, начиная с И. М. Сеченова. Мы придерживались той точки зрения, что в процессе галлюцинирования имеются как центральные, так и периферические компоненты. Поэтому мы считаем очень важными успехи, достигнутые советскими исследователями в области физиологии органов чувств. Мы исходим из положения, что изучение галлюцинаций и их патогенеза не может происходить оторванно, без освещения состояний, при которых они наблюдаются. Поэтому в основу своей работы мы положили описание клиники галлюцинаторных состояний различного генеза. Особенное внимание мы обращали на то новое, что было достигнуто благодаря опыту военного времени; это в особенности относится к психогенным и токсическим галлюцинациям.

В этой области очень продуктивно работают наши исследователи. Для лучшего понимания современного положения учения о галлюцинациях изложению основного содержания книги я предпосылаю исторический очерк. Ознакомление с ним будет полезно всем интересующимся галлюцинациями и читающим работы в этой области. Из этого очерка можно видеть, что на раннем этапе наш исследователь В. Х. Кандинский внес очень много ценного и оригинального в учение о галлюцинациях. Его работа о псевдогаллюцинациях остается классической до настоящего времени. В дальнейшем очень много было сделано В. П. Осиповым, Е. А. Поповым, С. Н. Рончевским. К ранним работам по вопросу о психогенных галлюцинациях принадлежат малоизвестные исследования П. Н. Якобия. Ввиду того что работы советских исследователей не ограничиваются только описанием симптоматики, но входят в рассмотрение вопросов патогенеза, их результаты излагаются в соответствующих местах книги.

В собирании материала и его обработке большую помощь оказала мне С. А. Гиляровская. Выражаю ей глубокую благодарность.

## Введение

# ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ В РАЗВИТИИ УЧЕНИЯ О ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ

### Различные определения понятия «галлюцинации»

Наиболее существенным в душевном расстройстве нужно считать нарушение понимания окружающего, измененное отношение к нему вместе с соответствующим изменением поведения.

Познание внешнего мира и самого себя у душевнобольного расстроено. Так как основным источником познания являются ощущения, то понятно, что при изучении душевной болезни, прежде всего, приходится считаться с патологическими изменениями в этой области. Это факт настолько существенный, что на него было обращено внимание уже на заре создания психиатрии как науки. Изучение галлюцинаций было начато Эскиролем. Клод и Эй, много работавшие над вопросом о галлюцинациях, называют Эскироля родоначальником всех теорий о галлюцинациях, отделившим иллюзии от галлюцинаций и давшим определение последних.

Эскироль предложил понятие «галлюцинации» для всех тех случаев, когда субъект верит, что воспринимает ощущения того или другого органа чувств, тогда как никакого объекта, способного вызвать эти ощущения, не существует. Следует указать на то, что на первых порах все развитие разнообразных теорий о галлюцинациях представляло перефразировку определения Эскироля. Везде цитируется его формулировка — галлюцинантом мы называем того, у кого существует внутреннее убеждение, что он действительно воспринимает известные ощущения, тогда как в действительности объектов, могущих вызвать их, не имеется<sup>1</sup>. По Эскиролю при галлюцинациях не только нет никакого внешнего объекта, действующего на чувство, но подчас и сами чувства не функционируют; по его мнению, место возникновения галлюцинаций — мозг, центральная чувствительность, а не периферия, не чувствующие органы.

Галлюцинация — это мозговой, психический симптом. Принято думать, что для Эскироля галлюцинация представляет собой восприятие без объекта. Будучи верным в своей второй части («без объекта»), такое толкование не точно, так как Эскироль не говорил, собственно, о восприятии и своим определени-

<sup>1</sup> Esquirol, Des maladies mentales 1838 V 1, p 159

ем не давал права понимать его именно таким образом. Он говорил, собственно, об убеждении, вере (conviction, croyance).

### **Психические галлюцинации и псевдогаллюцинации**

Большое значение имело в истории развития учения о галлюцинациях выделение Байарже психических галлюцинаций (1844 г.). Он считал необходимым выделение двух родов галлюцинаций. К первому относятся психосенсориальные или полные галлюцинации, являющиеся результатом совместной деятельности воображения и органов чувств. Другого рода галлюцинации имеют в основе произвольную деятельность памяти и воображения; это неполные, или психические, галлюцинации, совершенно независимые от органов чувств и лишенные поэтому сенсориального момента. Принято рядом с психическими галлюцинациями Байарже ставить псевдогаллюцинации Кандинского, употребляя то и другое выражение в качестве синонимов; между тем это совсем не одно и то же. Кандинский, работавший много позднее, чем Байарже, критикуя взгляды Гагена, развил свою концепцию галлюцинаций, которая оказалась очень продуктивной. Гаген, современник Эскироля, под названием псевдогаллюцинации подразумевал те случаи, когда больные подставляли на место пережитого в действительности измышленное ими; иногда это были высказываемые с большой живостью идеи бреда, большей частью относящиеся к обманам воспоминаний (представление, возникшее когда-то как продукт фантазии, больной принимает за воспоминание действительно имевшего место восприятия). Понятие псевдогаллюцинации у Гагена было, таким образом, расплывчатым и включало в себя неодинаковые явления. Из этой общей массы Кандинский выделил псевдогаллюцинации в собственном смысле этого слова, понимая под ними случаи, когда в результате субъективного возбуждения кортикальных сенсориальных областей в сознании появляются весьма живые и чувственные до крайности образы, которые, однако, резко отличаются от самого воспринимающего сознания тем, что не имеют характера объективной действительности. В то же время они сознаются как нечто новое, необычное, отличающееся от образов воспоминания и фантазии. В противоположность последним они появляются спонтанно и не могут быть удалены усилием воли. Кандинский отмечал, что Байарже знал лишь слуховые психические галлюцинации и притом говорил, что они лишены сенсориального элемента. Между тем слуховые псевдогаллюцинации Кандинского имеют чувственный характер и отличаются от истинных галлюцинаций только отсутствием

признака объективности. Внутренние голоса, псевдогаллюцинации Кандинского характеризуются наличием определенного тембра и высоты. Кроме того, у своих больных Кандинский наблюдал, что не меньшую роль играют зрительные псевдогаллюцинации. Объединяет концепции Байарже и Кандинского то, что оба они отличают описываемые ими явления, как и галлюцинации вообще, от представлений.

Байарже в работе, относящейся к 1842 г., дал анализ условий, при которых появляются галлюцинации. Он обращал внимание на то, что состояние перехода от бодрствования ко сну и наоборот влияет определенным образом на возникновение и течение галлюцинаций. По его мнению, три условия обязательны для возникновения галлюцинации: 1) произвольное усиление памяти и воображения, 2) задержка внешних впечатлений и 3) внутреннее движение чувствующих аппаратов. Наиболее характерным для галлюцинаций Байарже считает чуждость их личности больного. Эта черта объединяет как собственно галлюцинации, истинные галлюцинации, так и те, которые Байарже выделил в качестве психических галлюцинаций, не обладающих объективностью в пространстве, но локализующихся в нем определенным образом. По мнению Моро де Тур, психические галлюцинации в отличие от истинных не отражают собой предметов с их сенсориальными качествами, но представляют как бы чуждые тела. Однако происхождение тех и других он в известном смысле считает одинаковым: галлюцинации вообще, по его мнению, это мысли, чуждые личности, трансформированные в ощущения, причем здесь имеет место настоящее «помешательство» мысли. По вопросу о характере этой трансформации Фальре (1854 г.) высказывался в том смысле, что речь здесь идет не об активном процессе воображения, а о пассивной по существу продукции.

Уже на первых порах, таким образом, определились различия в понимании сущности галлюцинаций, развившиеся в особые направления, существующие и в настоящее время. Являются ли галлюцинации особого рода восприятием, восприятием без объекта или трансформированной мыслью, результатом воображения, на этот вопрос исследователи отвечали по-разному. В 1855 г. в Медико-биологическом обществе в Париже имела место особая дискуссия, которая, главным образом, была посвящена вопросу об отношениях между галлюцинациями, восприятиями и представлениями. Уже цитированный Фальре и Гринингер считали, что галлюцинации — это усиленные представления. Байарже доказывал, что между представлениями, как бы интенсивны они ни были, и галлюцинациями имеется принципиальная разница, так

как галлюцинации феномен патологический. Такой взгляд нужно считать совершенно правильным. Если бы мы стали на другую точку зрения и трактовали галлюцинации как особенно живые представления, пришлось бы допустить, что они представляют собой явления, не зависящие от душевного расстройства и не представляющие ничего необычного для нормальной психики.

Чрезвычайно интересно отметить, что Кандинский, описавший независимо от Байарже так называемые психические галлюцинации, но под названием псевдогаллюцинаций, в том же смысле, как и Байарже, высказывается по вопросу о существовании галлюцинаций. По его мнению, галлюцинации не могут возникать из восприятий и чувственных образов, т. е. только в результате увеличения степени внимания или интенсивности представления. Увеличение степени интенсивности ни в коем случае не является основным условием. В полном согласии высказываются два исследователя, работавшие при различных условиях по одному и тому же вопросу и выделившие особый вид галлюцинаций именно по признаку меньшей яркости и отсутствия определенной локализации в пространстве. Эти признаки как раз сближают данный вид галлюцинаций с представлениями, и если оба автора все же резко отделяют галлюцинации от представлений, то причину этого нужно видеть в том, что между теми и другими существуют принципиальные отличия. Наибольшие трудности для исследователей с самого начала представлял вопрос о роли впечатлений органов чувств. На упомянутом заседании в парижском Медико-биологическом обществе были высказывания в том смысле, что местом образования галлюцинаций является периферический чувствующий орган. Даже для сторонников происхождения галлюцинаций из представлений впечатления органов чувств играли известную роль: следы восприятия, остающиеся в латентном состоянии в мозгу, являются причиной живости воображения, создающего процесс галлюцинирования.

### **Неврологические теории галлюцинаций**

Для понимания первых периодов развития учения о галлюцинациях нужно принять во внимание, что это было время установления правильных взглядов на душевное расстройство, как на мозговое заболевание. Установлению этого взгляда содействовали систематические вскрытия, производившиеся Эскиролем, Гринингером и позже Мейнертом. В мозговых изменениях, важность которых для психоза была доказана с полной определенностью, стали искать объяснения генеза психического заболевания

и отдельных явлений его. Как известно, эксперименты Фритча и Гитцига, показавшие наличие в коре особых двигательных центров, были толчком к другим аналогичным открытиям. В данном случае большое значение имели исследования Феррье, приведшие к открытию кортикальных центров зрения и слуха. Психологически понятно, что по аналогии с объяснением генеза судорожных движений стали пытаться объяснить и возникновение галлюцинаций раздражением соответствующего чувствующего центра. Так возникла неврологическая теория галлюцинаций, отражение которой можно видеть вплоть до последнего времени. Именно Лейбушер (1852 г.) стал объяснять возникновение галлюцинаций механическим возбуждением психосенсорных центров, хотя для него было неясно, в силу каких причин получается живость воображения, внешняя объективность. Паршапп предполагал, что большую роль здесь играют изменения коры полушарий, которые придают особое свойство продуктам воображения, превращая их в галлюцинации.

В различных странах появляются многочисленные варианты этой, возникшей на французской почве, неврологической теории, по которой основное заключается в механическом раздражении. Такую теорию развивал в Германии (1866 г.) Кальбаум. Он полагал, что в данном случае имеет место различной интенсивности патологическая концентрация нервного возбуждения в определенных мозговых участках. Иногда эта концентрация имеет место по отношению к одному чувствующему центру и держится длительно: это дает галлюцинации, соответствующие именно ему; иногда в зависимости от меняющейся локализации возбуждения меняется и характер галлюцинаций.

Несколько позже в том же смысле высказывался в Италии Тамбурини. Факты, указывающие на существование сенсорных центров, подтверждают, по его мнению, возникновение в результате их раздражения галлюцинаций. Основной причиной галлюцинаций Тамбурини считает состояние возбуждения корковых чувствующих центров. Как раздражение двигательных центров продуцирует дезорганизованные движения, так возбуждение сенсорных центров дает патологические ощущения.

В краткой и образной форме ту же мысль выразил французский исследователь Сури: «Галлюцинации — это эпилепсия сенсорных центров».

По-поводу рассматриваемой неврологической теории галлюцинаций приходится сказать то же, что будет справедливо по отношению к другим направлениям в разработке общей проблемы галлюцинаций. В каждом из них имеется нечто верное, но



при переоценке одного момента и одностороннем развитии его общая концепция галлюцинаций оказывается ошибочной.

Не подлежит сомнению, что особое состояние сенсорных центров, возбуждение или, наоборот, торможение, играет определенную роль. Известно, что с давних времен наличию определенных галлюцинаций придавалось диагностическое значение. Считалось, что они указывают на место локализации процесса, в частности опухоли. Геншен, например, зрительные галлюцинации считал почти патогномоничными для опухолей затылочной доли. Приходится считаться с таким определенным клиническим фактом, как слуховые и обонятельные галлюцинации при опухолях височной доли. Уже на первых порах неврологическая теория встретила большое количество возражений. Байарже, хотя придавал значение внутреннему движению чувствующего аппарата, считал это движение только одним из условий для возникновения галлюцинаций. Еще более определенно высказывался в этом отношении Моро де Тур, который считал обязательным наличие при галлюцинациях «особого состояния интеллектуального органа». Уже в работах первого периода французскими исследователями были намечены пути, по которым шла их научная мысль в попытках более точно определить общее состояние психики галлюцинанта. Байарже, как мы видели, говорил, что галлюцинации особенно легко продуцируются в состоянии перехода от сна к бодрствованию и обратно. Это положение впоследствии было развито в очень характерном для французской психиатрической мысли учении об ониризме, об онирическом состоянии и галлюцинациях. Идеи Моро де Тур о том, что галлюцинации в некоторых случаях представляют чуждые тела, были развиты в концепцию воздействия со стороны, отчуждения, влияния. По Джексону, к работам которого за последнее время нередко возвращаются в литературе, особенно французской, галлюцинации — это восприятия, протекающие на низком уровне. Мысли Джексона впоследствии особенно полно были развиты школой Клода и Клерамбо. Ученик Клода — Анри Эй исходил из мысли об особой иерархии различных психизмов, как бы трех ступеней — более низкой с ассоциативной и случайной активностью, более высокой ступени аффективного мышления, выше которой стоит волевая и рассудочная деятельность. При переходе по тем или другим причинам от высшего мышления к более низким ступеням оно становится все более неуправляемым, автоматичным. Все большее значение получают рефлекторные акты, связанные с внешними воздействиями, лишенные намерения, представляющие систему ассоциаций, механически приводящиеся в действие.

Также менее управляемыми, автоматическими становятся аффективные порывы, желания и стремления. Ослабленное мышление должно оставаться на более низком уровне, и в этих условиях зарождаются такие явления, как галлюцинации и, может быть, бредовые идеи. В норме человек действует, думает, говорит с чувством своей спонтанности, но иногда он удивляется своим мыслям, словам, действиям, хотя смутно, и сознает их, как свои; в патологических же случаях может быть, что некоторые мысли и слова представляются по своей независимости от воли и желания чем-то чуждым; они звучат как воспринимаемые со стороны, становятся галлюцинаторными.

### **Синдром Кандинского—Клерамбо**

Галлюцинаторные явления по своему генезу и по своим особенностям различны. Кроме иллюзий, ошибочных дополнений к восприятию, Эй выделяет собственно галлюцинации как проекции в мир несуществующих предметов, псевдогаллюцинации — восприятия несуществующих внутренних объектов, представляющие в известной степени объективирование явлений мышления и речи. Во всех галлюцинаторных явлениях, особенно в псевдогаллюцинациях, наряду с сенсорными, имеются моторные компоненты. Вместе с Клодом Анри Эй выделяет состояние галлюциноза, применяя этот термин в ином смысле сравнительно с тем, в каком он употреблялся Вернике. Для Клода и его учеников это состояние определяется наличием галлюцинаций с характером пространственной проекции, сопровождаемых сильным чувством, но для больного не имеющих реальности; у больного сохраняется сознательное отношение к ним именно как к явлениям, не имеющим места в действительности. Мысль о том, что галлюцинации в некоторых случаях представляют какие-то чуждые образования, привели к концепции, очень характерной для французской психиатрической мысли о синдроме внешнего воздействия. Как определяет Клод, синдром внешнего воздействия представляет собой особое сложное состояние, характеризующееся, помимо галлюцинаций, и другими признаками, но само выделение его ценно с точки зрения генеза некоторых галлюцинаций, именно псевдогаллюцинаций. В этом отношении взгляды Клода близки к концепции Клерамбо о состоянии психического автоматизма, которое самими больными оценивается как результат воздействия со стороны. Псевдогаллюцинации в данном случае отличаются от настоящих галлюцинаций своей текучестью, глубокой эффектностью и связью с целыми комплексами представлений, составляющих в основном синдром

внешнего воздействия. Что касается собственно душевного автоматизма, то он выделен Клерамбо. Последний различает три вида автоматизма: чувственный, двигательный и идейно-словесный. К первому относятся различные парестезии, ко второму — насильственные, импульсивные действия, равно как и задержки двигательных актов; наибольшее значение имеет третий вид автоматизма — идейно-словесный. К нему как раз относятся псевдогаллюцинации, внутренние голоса, наплывы мыслей, мантизм, эхо мыслей. Сюда относится насильственное мышление, развертывание воспоминаний, внутренние голоса, повторяющие каждую мысль больного, комментирующие и передразнивающие.

Описание псевдогаллюцинаций, данное Кандинским, полностью предвосхищает то, что сорок лет спустя говорил по этому вопросу Клерамбо. Поэтому следует говорить не о синдроме Клерамбо, а о синдроме Кандинского—Клерамбо. Автоматизм понимается Клерамбо в том смысле, что соответствующие мозговые центры находятся под влиянием патологического раздражения. Последнее может быть результатом имевшего место раньше поражения мозга — травматического, инфекционного, токсического или какого-либо иного характера. Клерамбо, таким образом, стоит на точке зрения неврологического генеза. Этим он отличается от Клода, который настаивает в основном на аффективном генезе, отражая в этом отношении старую концепцию Бриер де Буасмона о психогенном развитии галлюцинаций; согласно ей, если какое-либо воздействие особенно сильно, оно начинает воспроизводиться в соответствующих образах.

Изменение в том или другом направлении общего состояния стало считаться чем-то обязательным. Для одних исследователей генез галлюцинаций связывается с тем, что психическая деятельность смещается на аффективный, более низкий уровень. Жанэ говорит о снижении психического напряжения, Балле — о диссоциации, дезагрегации (скоропреходящей или длительной) личности. Блейлер кладет в основу генеза галлюцинаций общие нарушения. Некоторые авторы наибольшее значение придают расстройству сознания, переходному состоянию между сном и бодрствованием, спутанности сознания. По взглядам Мурга, для возникновения галлюцинаций необходима особая деперсонализация, сопровождаемая чувством автоматизма.

Уже Байарже в числе условий, необходимых для возникновения галлюцинаций, считал внутренние движения чувственного аппарата. Когда процесс галлюцинирования стали связывать с общими изменениями психики, естественно стали интересоваться и моторными изменениями, поскольку еще со времени

Рибо движение считали неотъемлемым ингредиентом психической жизни. Выяснению роли движения в особенности способствовал более или менее прямо высказываемый взгляд, что галлюцинации — это измененные особым образом восприятия. Между тем относительно последнего не только бихевиористы, но и исследователи других направлений высказывались в том смысле, что это — акт поведения, т. е. движение. На такой точке зрения стоял Жанэ. По его мнению, восприятие, в котором нельзя изолировать отдельных ощущений, связано с реактивным актом (*acte réactionnelle*), иными словами — с движением. Восприятие не есть интеллектуализированное ощущение, оно связано с движением.

### Речеводвигательные галлюцинации Сегла

Большое значение для выяснения участия моторных актов в процессе галлюцинирования имели исследования Сегла. В работе 1888 г. он выделил особый тип слуховых галлюцинаций — вербальный и по-новому подошел к изучению сущности галлюцинаций вообще. Слуховые галлюцинации характеризуются вербальной формой, выражаются в голосах, которые произносят слова, сопровождаются автоматической артикуляцией. То, что слышатся именно слова, для Сегла является доказательством того, что проблема галлюцинации связана не только с вопросами восприятия, но и патологии внутренней речи. Сегла при этом отличал: 1) чистые вербально-моторные галлюцинации, представляющиеся субъекту просто как ощущения чистых артикуляторных движений; 2) вербально-моторные слуховые галлюцинации, характеризующиеся примесью сенсорного слухового элемента, 3) расстройства с характером псевдогаллюцинаций внутренней кинэстетической природы. Он доказывает, что психические галлюцинации Байарже имеют моторный характер, так как: 1) вербальная артикуляция в результате мозговых изменений ложится в основу психических галлюцинаций; 2) имеет место функциональное раздражение двигательных артикуляционных центров, причем больные, слышащие голоса, не слышат их ухом, а чувствуют их через посредство двигательного артикуляционного аппарата; слова как бы сходят с их губ и языка. Могут быть вербально-моторные галлюцинации, сопровождающиеся легкими движениями речевого аппарата без произнесения слов. Иногда дело может ограничиться вербальными импульсами. Известна монография Сегла «*Troubles du langage chez les aliénés*», относящаяся к 1892 г. В этой работе вербальные галлюцинации он рассматривает, как эхо мыслей. В более поздней работе о психи-



ческих галлюцинациях (1914 г.) Сегла различает вербально-моторные кинэстетические галлюцинации, заключающиеся в восприятии артикуляции слов, вербально-моторные псевдогаллюцинации, представляющие собой гиперпродукцию внутренней речи (гиперэндофазию). Последняя может выражаться в форме монолога или диалога и связана с чувством автоматизма.

#### **Анализ концепций французских исследователей**

Моторная сфера может участвовать в процессе галлюцинирования не только в форме внутренней речи, движений речевого двигательного аппарата. Анри Эй высказывается в том смысле, что двигательные образы могут включать движения, что мышление является внутренним руководством к действию и состоит из рождающихся движений. Галлюцинации не являются восприятием в собственном смысле, в какой-то мере они содержат в себе моторные компоненты; они стоят в связи с общими нарушениями мышления и, следовательно, движения. Но восприятие в то же время такой акт, для которого известные моторные аппараты должны находиться в полной готовности и действительно находятся в состоянии известного напряжения. Французские психиатры развивают концепцию *attitudes motrices* известного состояния напряжения моторного аппарата, обуславливающего готовность к процессу восприятия. Оно по времени предшествует самому восприятию (в частности тому, элементы которого принимают участие в процессе восприятия). Здесь речь может идти о следующем. Органы чувств являются не только рецепторными, но и рецепторно-рефлекторными. Как зрительные, так и слуховые восприятия происходят в результате активности мышц, обуславливающей явления адаптации. Если ухо человека не поворачивается, как у многих животных, в сторону звука, то происходит имеющее то же значение напряжение *m. stapedii*, напряжение кортиева органа, обуславливающее определенную установку. То же самое происходит со зрительным восприятием, требующим особого напряжения и специальной установки не только внутренних, но и наружных мышц глаза. Физиологи точными исследованиями устанавливают тесную связь мышечного тонуса с сенсорным возбуждением (например, световым). Во всяком случае, не подлежит сомнению, что кора затылочной доли (*area 17*) регулирует двигательные автоматические реакции на раздражение сетчатки, равно как лобная кора определяет реакции фиксации. Уже давно никто не считается серьезно с периферической теорией галлюцинаций. Давно отказались от мысли, что генез их можно свести к пятнам роговицы, каким-либо эн-

топтическим явлениям или местным изменениям слухового аппарата. Но привлечение внимания к состоянию периферических рецепторных аппаратов имело большое значение, так как дало возможность изучить такие явления, которые, даже если не имеют никакого значения в происхождении галлюцинаций или очень малое, имеют тесное отношение к их оформлению. Коровый зрительный центр, зрительные пути, сетчатка, глазодвигательный аппарат образуют одно целое, поражение которого, где бы оно ни произошло, может иметь то или иное отношение к расстройству зрительного восприятия, к галлюцинаторным расстройствам и их структуре. То же относится к расстройствам в области слуховых восприятий. В частности, нельзя отрицать, что периферические изменения могут сыграть известную роль в возникновении галлюцинаций. Изменения в роговице или вообще в светопреломляющих средах глаза, равно как и какие-либо процессы в среднем ухе, могут быть добавочными раздражениями, толчком к возникновению определенных (зрительных или слуховых) галлюцинаций, если общие предпосылки для них имеются налицо. Большую роль в восприятии как в норме, так и в патологии играет лабиринт. Весьма интересно, что впервые на это указал наш старый отечественный физиолог Цион, которому принадлежит заслуга описания роли лабиринта в процессе слуха и зрения. Мургу в своей монографии, посвященной галлюцинациям, стоит именно на точке зрения двигательной готовности *attitudes motrices*, но понимает ее в более широком смысле, привлекая для объяснения ее и вегетативную нервную систему. Основное положение, из которого он исходит, заключается в том, что моторная активность необходима для сохранения существования и что перцепция представляет собой не только интеллектуальную функцию, но и сенсомоторный комплекс, взятый в целом. В него входит и проприоцептивность со стороны глазных мышц, статика и динамика которых говорят о расположении и форме окружающих нас предметов.

Близкую к Мургу позицию в учении о галлюцинациях занимает Барюк. Он разделяет основные положения Байарже относительно условий, при которых развиваются галлюцинации; в то же время относительно существа галлюцинаций он во многом повторяет Сегла. По мнению Барюка, бывают галлюцинации несомненно сенсорияльного характера, и для них в особенности нужно предполагать участие локальных изменений мозга. Однако не все галлюцинации одинаковы. В некоторых случаях сенсорияльный момент является минимальным и преобладает психический. Многочисленные определения галлюцинаций соответствуют различ-

ным механизмам их возникновения. В некоторых случаях это восприятия без объекта (как определяет их Байль), в других — восприятия, связанные с бредовой уверенностью, в третьих галлюцинации — это вид расстройства суждения.

Барюк в согласии с Сегла в генезе галлюцинаций придает большое значение расстройствам внутренней речи. В общем в качестве галлюцинаций выступают то расстройства психосенсорияльные в собственном смысле, то расстройства интеллектуальных процессов. К последним относятся: а) психические галлюцинации (Байарже), б) психомоторные галлюцинации (Сегла), в) апперцептивные аутопредставления, г) психический автоматизм (Клерамбо). Между первой и четвертой группами существуют всевозможные переходы. В самом легком случае больной находится во власти впечатления, что его мысли от него ускользают, что он не хозяин над ними, в более тяжелых случаях мысли от него убегают и галлюцинаторный автоматизм переходит в полный автоматизм.

Механизмы развития галлюцинаций у авторов, таким образом, различны; они одни при корковых поражениях, например при корковой слепоте, иные при ониризме и при диффузных изменениях. Чем сложнее галлюцинации, тем теснее они связаны с измененным психизмом, с диффузными изменениями, с токсическими процессами. В этом последнем пункте Барюк приближается опять к Мургу, по которому галлюцинации можно рассматривать как своего рода секреторный феномен. Мург считает, что если психизм глубоко изменен какими-либо деструктивными процессами, то процесс галлюцинирования становится затруднительным.

Излагая данные учения французских психиатров о галлюцинациях, необходимо указать также на порочность их исходных позиций, отметить выраженный идеалистический характер их общих концепций. Особенно ярко идеализм французских психиатров получил свое выражение у Мурга в его совершенно неприемлемом положении, что «мир управляется инстинктами», в основе которых лежит мистическая сила, религиозное начало «горме». Открытый реакционно-идеалистический характер этих концепций Мурга уже получил в нашей литературе должную критику.

### **Пути изучения галлюцинаций**

Основные этапы развития учения о галлюцинациях от Эскироля до наших дней в основном следующие. Не только на первых этапах, но долгое время после своего возникновения

проблема галлюцинаций мыслилась как проблема восприятия. Если сам Эскироль исходил из мысли о представлении, убеждении, все же лейтмотивом всех последующих концепций была мысль о расстройстве восприятия. Для большинства исследователей весь вопрос был в том, чем эти восприятия без объекта отличаются вообще от восприятий, равно как и от представлений, от заблуждений мысли. Такая постановка вопроса, естественно, не случайна. Для того чтобы понять, как складывалось учение о галлюцинациях у французских психиатров в период его возникновения, необходимо учесть время, в которое они жили. И здесь, как и в других случаях, подход к разрешению проблем в какой-либо специальной области определяется общими философскими концепциями своего времени. Пинель и Эскироль, установившие материальную природу душевного заболевания, были учениками французских материалистов XVIII века — Дидро, Гельвеция, Ламетри. Французские материалисты XVIII столетия считали, что единственным источником познания являются ощущения. Не учитывалось, что ощущения только начальное звено познания, с которым оно составляет единство. Это приводило к переоценке роли ощущений как таковых, а также к переоценке роли восприятия. Благодаря тому же стремлению, естественному и необходимому для того времени, утвердить материальную природу психических явлений, аналогичной переоценке подвергалась роль отдельных мозговых систем.

Для Эскироля и его современников-психиатров ясна была роль галлюцинаций в общей картине психозов. Они представлялись выражением глубокого расстройства познания окружающего. Ясно поэтому, что они трактовались в плане изменений восприятия.

Механицизм французской философской мысли того времени обуславливал то, что причину галлюцинаций видели в местных раздражениях периферических органов чувств или самого мозга. Успехи мозговой анатомии и патологии дали возможность обосновать эту концепцию вновь полученными научными данными и говорить, что галлюцинации — это своего рода судорога сенсорных центров, на которые падает раздражение, как впечатления-молоточки на клавиши музыкальной машины, которую по Дидро представляет человек. Укреплению таких взглядов способствовала развившаяся несколько позже атомистическая ассоциативная психология Вундта, бывшая долгое время фундаментом для основных психиатрических концепций. Основное в психологии Вундта шло по той же линии понимания психики как механической смеси из отдельных элементов — ощущений, представляющих свое-

го рода кирпичики, из которых строится здание. Концепция изолированных ощущений, следы которых сохраняются в отдельных группах нервных клеток, была очень удобна для психиатрической теории генеза галлюцинаций, исходящей исключительно из местного, изолированного раздражения.

Как мы видели, исследователями накоплено было очень много данных для доказательства того, что местное раздражение играет какую-то роль по крайней мере для части случаев, но считать его единственно определяющим во всех случаях могли бы только, подходя с предвзятой точки зрения, в свете односторонних общих установок.

Изучение галлюцинаций, которое велось очень интенсивно не только во Франции, но и в других странах, накопило, однако, много новых данных, которые в дальнейшем заставили психиатров отступить от первоначальных взглядов. Уже необходимость выделения психических галлюцинаций (Байарже — Кандинский) показала, что кроме местного раздражения, «внутреннего движения чувствующего аппарата», большое значение имеет общее психическое состояние. Существенную роль в установлении более правильного понимания сыграло выяснение значения двигательных компонентов, показавшее, что галлюцинации, если смотреть на них с точки зрения расстроенного восприятия, являются не чисто перцепторным актом, а гораздо более общим и затрагивающим различные компоненты. Выяснилось, что в галлюцинаторных расстройствах много разных сторон, заставляющих думать, что они представляют собой нечто сложное и с точки зрения существа не всегда единое. В соответствии с этим иначе стали смотреть на вопрос о материальном субстрате галлюцинаций. По Лейбушеру и Тамбурины можно было думать о психосенсорном раздражении, т. е. о корковой локализации. Но в дальнейшем наблюдения, главным образом советских исследователей над эпидемическим энцефалитом в особенности, указали на роль подкорковых изменений. Правда, изучение их убедило в том, что здесь играют роль не столько местные, сколько общие изменения. Что касается данной локализации, то она оказалась важной, главным образом, потому, что здесь заложены центральные отрезки вегетационной системы, поражение которых ведет к расстройству обмена и токсикозу. Наблюдения над энцефалитом подтвердили наличие и раньше отмечавшейся связи между галлюцинациями и состоянием сна и подчеркнули верность французской концепции об ониризме как состоянии, характеризующемся помимо сонливости обильными галлюцинациями. Вообще стали отказываться от попыток определить

точную локализацию материального субстрата для галлюцинаций, видя основное в общих, в частности в токсических, изменениях. Несомненно корреляции со сном, засыпанием заставляли поставить вопрос о более точной патофизиологической характеристике центральной нервной системы галлюцинанта. Если галлюцинации близки к состоянию сна, то приходится считаться с тем, что здесь имеют место не только процессы возбуждения, которые первоначально только и имелись в виду, но также торможение. Если же это в той или другой мере расстройство восприятия, то при освещении общей проблемы сущности галлюцинаций должно быть учтено все, что выяснено относительно сущности процессов восприятия различных впечатлений в норме. Начавшись с подхода к пониманию галлюцинаций как расстройства местного, затрагивающего только какой-либо ограниченный участок мозга, научное изучение пошло по пути расширения материальной базы галлюцинаций, видя ее в изменениях всего мозга. Для некоторых авторов давно стало ясно, что во многих случаях приходится думать о токсикозе как об основе для галлюцинаций. Отсюда понятен все более проявляющийся интерес к экспериментальным отравлениям как методу изучения галлюцинаций.

### **Экспериментальные галлюцинации**

Указание на то, что галлюцинации связаны с изменением общего химизма и притом иногда на почве токсикоза, привело к мысли о возможности вызывать галлюцинации для экспериментального изучения какими-либо химическими веществами.

Так возникло экспериментальное направление в изучении галлюцинаций. Оно особенно интенсивно стало разрабатываться с недавнего времени, когда стало возможно говорить об экспериментальной психиатрии. Наиболее существенным результатом экспериментов в этой области нужно считать данные, полученные де Ионном и тем же Барком, касающиеся кататоний у животных, но эксперименты эти много дали и для учения о галлюцинациях.

Экспериментальные исследования галлюцинации начались еще со времен Моро де Тур, который применял дурман для лечения различных больных с галлюцинаторными расстройствами, причем нередко добивался прекращения галлюцинаций. К тому же времени относятся эксперименты Моро де Тур с гашишем.

Экспериментирование с различными химическими веществами при изучении галлюцинаций может дать очень многое. Галлюцинаторные расстройства наступают с известной правильностью, через определенные промежутки времени, что создает

благоприятные условия для наблюдения. Эти эксперименты производятся в главной массе на здоровых, нередко врачами на самих себе или над другими врачами или над лицами, осведомленными о характере эксперимента и умеющими наблюдать и анализировать. Это дает возможность ставить имеющие большое научное значение опыты о своих переживаниях. Хотя в таких случаях многое можно получить и при простом наблюдении над состоянием и поведением подвергшегося опыту, но гораздо большее значение имеют внутренние переживания, состояние сознания, содержание его, точная характеристика выплывающих иллюзорных и галлюцинаторных образов, отношение к ним личности, связь их с общим течением интеллектуальных процессов, с тем или другим настроением. Все это вскрывается, главным образом, в самонаблюдении и тем полнее и точнее, чем более вооружена для такого наблюдения личность. Имеет значение также и то, что в условиях такого эксперимента, несомненно, болезненные феномены вызываются в течение некоторого времени у лиц, у которых не бывало каких-либо болезненных явлений ни до эксперимента, ни после него. С другой стороны открывается возможность экспериментировать и над больными, у которых наблюдаются различные сдвиги в психическом функционировании. Такое экспериментирование тем более допустимо с врачебной точки зрения, что, не принося вреда, если не считать тогда неприятных субъективных ощущений и легких расстройств вегетатики, оно иногда может принести заметную пользу. Естественно, что этот путь изучения галлюцинаций привлекает к себе большое внимание. Конечно, для изучения галлюцинаций дают ценный материал также и случайные отравления, например, атропином, индийской коноплей. При всех экспериментальных исследованиях обращается внимание не только на галлюцинаторные расстройства, но и на другие психопатологические феномены, но первые обычно представляют наиболее красочные и поэтому легче изучаемые явления. Паскаль и другие французские исследователи применяли особый фармакодинамический метод — исследование реакции в психике после введения того или другого фармацевтического вещества. Введение новых активных методов лечения открыло широкое поле для изучения галлюцинаторных и других феноменов, развивающихся при лечении длительным сном, инсулином, коразолом.

По вполне понятным причинам при изучении галлюцинаторных расстройств эксперименты над животными не играли большой роли.

Исследования наших отечественных психиатров в области галлюцинаторных расстройств получили свое наибольшее развитие за последние 40 — 50 лет. Особенность их можно видеть в том, что они все больше уходят от понимания галлюцинаций как интенсифицированных представлений. Нужно иметь в виду, что В. Х. Кандинский, работавший во второй половине прошлого столетия (скончался в 1889) возражал против определения Эскиролем галлюцинанта как человека, у которого существует внутреннее убеждение, что на его органы чувств действуют впечатления, в действительности не имеющие места, возражал именно против того, что речь идет об убеждении. Рано погибший В. Х. Кандинский оставил после себя ряд очень ценных исследований не только по вопросу о галлюцинациях, и наши психиатры должны принять упрек, что ими он незаслуженно забыт. Для него ясна была связь галлюцинаций с ощущениями. В главе о патогенезе мы приводим данное Кандинским развернутое определение галлюцинаций, в основу которого положена мысль о возбуждении центральной чувственной области, а здесь сообщим некоторые фактические подробности его наблюдений над своими галлюцинантами. Характерной чертой в его описаниях является то, что в них галлюцинации и псевдогаллюцинации выступают не изолированно, а вместе с другими расстройствами — особыми ощущениями и иллюзиями, мыслями о каких-то враждебных воздействиях. В. Х. Кандинский четко дифференцирует псевдогаллюцинации от интенсифицированных представлений: псевдогаллюцинаторные образы более отчетливы и живы; появляясь спонтанно, они не могут быть устранены усилием воли. Характерно для галлюцинантов В. Х. Кандинского отсутствие связи между отдельными псевдогаллюцинаторными образами, равно как чувства собственной внутренней активности.

В том же направлении в вопросе о сущности галлюцинаций шла мысль у несколько позже работавшего С. С. Корсакова. По его определению, всякая галлюцинация происходит от сочетания какого-нибудь представления, хранившегося в запасе и восстановившегося в сознании с ярким чувственным впечатлением. Для того чтобы появились галлюцинации, необходимо, с одной стороны, возбуждение сенсориальных центров, с другой, чтобы эти ощущения сливались с каким-нибудь представлением. Галлюцинации, по мнению С. С. Корсакова, сложные явления, для которых нужно предполагать изменение деятельности и центров ощущений и центров представлений.

В связи с тем что нашими исследователями галлюцинации рассматриваются как своего рода восприятия, понятно обращение внимания на сопутствующие галлюцинациям расстройства акта зрения или слуха, изменения в вестибулярной системе, в глазодвигательном аппарате. Здесь сказывается влияние нашего великого физиолога И. М. Сеченова, по выражению которого человек, рассматривающий предмет, как бы ощупывает его глазами.

Влиянием другого нашего корифея физиологии И. П. Павлова нужно объяснить, что именно ленинградские психиатры в своих работах большое значение придают физиологической стороне. Это нашло себе отражение и в исследованиях, касающихся галлюцинаций. Ценными нужно считать работы проф. В. П. Осипова и его сотрудника С. П. Рончевского. Не случайно, что к ленинградской школе примыкает и много сделавший для учения о галлюцинациях проф. Е. А. Попов. Как у него, так и у С. П. Рончевского помимо журнальных статей по вопросам галлюцинаций имеются и специальные монографии.

В. П. Осипов, применяя малые дозы снотворных, недостаточные для вызывания сна, получал галлюцинаторные состояния. Это было экспериментальное вызывание состояний, промежуточных между сном и бодрствованием. В эту же область нужно отнести описание некоторыми нашими авторами галлюцинаторных состояний при вынужденной продолжительной бессоннице.

Е. А. Попову принадлежит мысль, что патофизиологической основой галлюцинаций является торможение коры полушарий. В происхождении галлюцинаций он придает значение и эйде-тизму. К исследованиям Е. А. Попова мы возвратимся позже, когда будем говорить об условиях развития галлюцинаций.

С. П. Рончевский к изучению галлюцинаций подходил и как клиницист, и как экспериментатор. Представляют интерес его эксперименты над собой с применением мескалина и описание им своих переживаний. Следует отметить, что он до конца почти в полной мере сохранял способность наблюдать за собой и анализировать свое состояние. Это дало возможность установить ряд явлений, не являющихся галлюцинациями, но, по нашему мнению, несомненно относящихся к условиям их развития. Здесь в особенности нужно выделить нарушения пространственного восприятия, на роль которых указывал еще В. М. Бехтерев. Вначале мескализированный ощущал тяжесть, особые изменения самочувствия с утратой активности. Через 15 мин после введения мескалина всплыло большое количество цветных образов, заполнивших все пространство — красных, зеленоватых, синеватых; контуры этих образов были неотчетливы и находились

в движении. Виделись необычайно яркие красивые рисунки, временами сверкание, точно это была мозаика из драгоценных камней. Изменялась перспектива окружающего: оно представлялось как-то удаленным. Когда экспериментируемый вышел на улицу, последняя казалась ему удлиненной, а дома сплюснутыми и находящимися в движении. Через некоторое время также неожиданно появились собственно галлюцинации и притом очень яркие. Чем дальше они развевывались, тем больше к ним приковывалось внимание.

С. П. Рончевскому и Б. В. Скальской принадлежат интересные эксперименты с темновой адаптацией, когда в темной комнате испытуемый должен был рассматривать освещенный маленький экран. Применяя этот метод, удавалось получить галлюцинации у больных, страдавших ими в прошлом, но ко времени исследования уже их не имевших.

Заслуживают внимания и оригинальные взгляды С. П. Рончевского на механизм возникновения галлюцинаций. Не отвергая мысли Е. А. Попова о значении кортикального торможения и в некотором отношении развивая ее, центральным моментом он считает «структурные изменения сознания». Самое существенное в нем не в изменении степени ясности, а в соотношении психизмов, в нарушении слитности потока психических переживаний. Нарушение в области соотношения афферентных систем высвобождает подчиненные, как бы ниже лежащие ощущения, становящиеся галлюцинациями.

М. А. Джагаров также произвел эксперимент над собой, но с применением не мескалина, а атропина. После введения в 3 приема 15 мг атропина<sup>1</sup> он ощущал слабость, сухость во рту, ощущение жара, дрожание во всем теле, далее — расстройство способности сохранять равновесие, чувство тяжести в конечностях; последние казались при этом чрезвычайно длинными, огромными; появилось ощущение, что голова совершенно отделяется от туловища. Окружающие предметы отдалялись, вытягивались, причем контуры их все более расплывались, контуры предметов окрашивались в желтый цвет, переходящий в розовый, далее появлялись собственно зрительные галлюцинации: в комнату входили какие-то врачи, которые начинали вести разговор о шизофрении у экспериментируемого. В дальнейшем наступила полная потеря сознания. По пробуждении на следующее утро экспериментируемый мог рассказать о своих переживаниях, в частности галлюцинаторных. Характерно, что отношение у него к ним было совершенно спокойное, как само собой подразумева-

<sup>1</sup> Это было сделано ошибочно, так как предполагалось ввести только 1,5 мг

ющееся. Особенно ярко запечатлелись два зрительных образа: это были две неподвижные мужские фигуры в странных коричневого цвета костюмах. Считаю нужным подчеркнуть, что они виделись только на периферии поля зрения, если же взгляд фиксировался именно на них, они исчезали.

Аналогичные данные были констатированы проф. В. Б. Шостаковичем у больных при отравлении атропином. Он отмечает склонность к микроманическим галлюцинациям: виделись клопы, мелкие букашки, жуки; один больной видел гигантское лицо своей сестры. Слуховые галлюцинации наблюдались в виде исключения. Характерно отмечаемое автором отношение к галлюцинациям как к чему-то чуждому.

В исследованиях по тому же вопросу проф. М. А. Гольденберга мы считаем нужным обратить внимание на расстройства зрения, зависевшие, видимо, от пареза аккомодации: больной при ходьбе постоянно натывался на стены, на столы и на другие предметы.

Представляют интерес работы проф. А. К. Стрелюхина с применением гашиша, тем более что такого рода наблюдения редко описывались в литературе.

К несколько более раннему периоду времени относится работа Н. Н. Топоркова о кокаинизме. При нем, как вообще известно, также наблюдаются микроманические галлюцинации и особые кожные ощущения, могущие считаться галлюцинациями общего чувства. Одному больному, как сообщает автор, казалось, что у него под кожей ползают клещи: он не только осязал, но и видел их и пытался достать из-под кожи пинцетом.

Советские исследователи вообще очень много работали в области токсических и инфекционных психозов, сопровождающихся галлюцинациями, и накопили много данных, представляющих интерес для изучения рассматриваемой проблемы. Особенно ценным мы считаем тот факт, что во всех этих случаях зрительные, равно как и слуховые, галлюцинации наблюдаются в окружении признаков, указывающих на поражение вестибулярного и мышечного аппаратов, участвующих в акте зрения и слуха. Это уже одно делает более чем вероятным, что в процессе галлюцинирования играют большую роль расстройства акта зрения и слуха.

Бросая взгляд на развитие учения о галлюцинациях, можно сказать, что в его истории выделяются три периода. Первый начинается с Эскироля и характеризуется акцентом внимания на представлениях, которые при известных условиях принимают характер галлюцинаций. Второй период начинается исследова-

ниями В. Х. Кандинского, видевшего основное в возбуждении кортикально-сенсорной области. Третий период, по времени совпадающий с началом текущего столетия, характеризуется стремлением положить в основу физиологические исследования. Это направление оказалось особенно плодотворным у советских исследователей. Неопределенное понятие Байарже о переходном состоянии между сном и бодрствованием они заменили развернутой физиологической характеристикой процессов, протекающих в мозгу галлюцинанта.

### Вопрос о классификации галлюцинаций

Литература по галлюцинаторным расстройствам огромна. Накоплено очень большое количество наблюдений, собрано много точных фактов, высказано много мнений о их сущности, создано немало концепций, которые стремятся обобщить все имеющиеся данные с какой-либо единой точки зрения, но все же каждая новая теория галлюцинаций ставит больше новых вопросов, чем разрешает старых. О том, что сущность галлюцинаций еще не выяснена, говорит то, что они всюду по трафарету все еще разделяются по органам чувств. В психопатологии давно уже стало аксиомой, что сущность какого-либо феномена — не в свойственном ему содержании сознания, а в механизмах развития, в патогенетической характеристике. При таких условиях классифицировать галлюцинации по органам чувств означает брать в основу далеко не самый существенный признак. К тому же, если в отдельных случаях нередко имеет место преобладание зрительных, слуховых или каких-нибудь иных галлюцинаций, то все же редко бывает, чтобы у больного наблюдались только одни из них. Что разделять галлюцинации по этому признаку нерационально, в особенности ясно из экспериментов. При отравлении гашишем, в особенности мескалином, иногда возникают галлюцинаторные расстройства такого рода, что отнести их к тому или другому органу чувств невозможно.

Есть признаки, свойственные вообще восприятиям, независимо от их чувственного знака: термины — интенсивность, насыщенность, понятие светлого, прозрачного применяются одинаково к краскам и музыкальной мелодии. Закон (Иоганна Мюллера) специфической энергии органов чувств теперь трактуется совсем иначе, чем прежде. История развития человека показывает, что имеющиеся у него в настоящее время органы чувств являются результатом дифференцировки из первоначальных, более примитивных. В каждом процессе восприятия много компонентов, из которых знак того или другого органа чувств не является самым



главным. Если деление восприятий по органам чувств не может считаться единственно правильным, то это еще в большей мере относится к галлюцинациям. Обзорение основных работ по галлюцинациям указывает на сложность этого феномена, не дающую права трактовать его как чисто перцепторное расстройство. С полным правом делается сближение с представлениями; для ряда авторов галлюцинации представляют собой своего рода ошибки суждения. Ряд авторов полагает, что галлюцинации могут возникать из бреда. Другие рассматривают галлюцинации и бред как явления, неразрывно друг с другом связанные.

Различные состояния, характеризовавшиеся наличием интенсивно выраженных галлюцинаций, рассматривались как клинические картины, требующие описания и классификации.

Малая разработанность учения о сущности галлюцинаций была причиной того, что в тени оставались явления патогенеза. Иначе не могло быть, если галлюцинации рассматривались, главным образом, как изолированные расстройства, имеющие причиной местные раздражения. Более продуктивным несомненно, будет такой путь, когда галлюцинации будут рассматриваться не только как результат местных раздражений, а как звучание всех мозговых систем, хотя и не в одинаковой мере.

Выяснить особенности структуры и механизмы развития галлюцинаций в той или другой клинической картине значит вскрыть особенности характерных для нее сдвигов, иными словами определить ее нозологическую принадлежность. Мы видим, что галлюцинации по своей структуре и механизмам развития различны, но это различие относится не столько к самим галлюцинациям, сколько к тем болезненным картинам, в рамках которых они наблюдаются. Точное выяснение механизмов развития галлюцинаций в той или другой клинической картине во многих случаях, таким образом, будет ключом для их понимания.

Руководствуясь всеми этими соображениями, в центре своей работы мы ставим изучение клиники различных галлюцинаторных состояний. Отправляясь от галлюцинаций как от отдельного симптома, от анализа современного положения учения о них, изучая клинику галлюцинаторных состояний в свете данных о психопатологической сущности этого признака, мы обратимся в конце всей работы к вопросам патогенеза, чтобы выяснить сущность его на расширенной базе.

# ЧАСТЫ

## ГЛАВА 1

### КЛИНИКА ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ СОСТОЯНИЙ

#### **Галлюцинаторные расстройства при поражении периферических сенсорных аппаратов**

Из сделанного нами исторического очерка видно, насколько разнообразны были подходы к пониманию существа галлюцинаций. С точки зрения теории механического раздражения сенсорных центров причины галлюцинаций лежат в изменениях центрального сенсорного аппарата. Диаметралью противоположна этой теории теория интенсификации образов. Согласно ей причину эту следует искать в общих психических изменениях, причем сенсорные раздражения не обязательны.

Вундт является представителем чисто психологического толкования галлюцинаций как образов воспоминаний, отличающихся от нормальных образований только своей интенсивностью. По Блейлеру, все обманы восприятия должны быть не чем иным, как представлениями, так как при отсутствии раздражений (как это имеет место при галлюцинациях) в психике ничего другого, кроме представлений, быть не может. Вундт не исключал роли сенсорного раздражения. Блейлер, как известно, галлюцинации относил к физиогенным расстройствам. Геншен, по мнению которого зрительные галлюцинации являются почти патогномическими для поражения затылочных долей, т. е. зависят непосредственно от раздражения заложенных здесь центров, близко примыкает к Лейбушеру и Тамбурини. Мургу на существование галлюцинаций смотрит по-иному. Считая, что оформление галлюцинаций происходит в коре, он причину их видит в активности инстинктивной сферы, конкретно — «органовегетативной нервной системы». Неодинаково смотрели на положение вещей и те исследователи, которые исходным пунктом брали восприятия. В наиболее упрощенной форме высказывался Байль: галлюцинации — это восприятия без объекта. У других эта мысль о роли перцепции выражалась в более сложных формулировках.

Галлюцинации рассматриваются обычно как нечто законченное, неподвижное. Между тем, если и зрительные галлюцинации

почти всегда нечто текучее, изменяемое, то это еще в большей степени относится к слуховым галлюцинациям. Очень редко речь идет о таких элементарных расстройствах, как шумы и неопределенные звуки: почти всегда галлюцинант слышит слова, речь, которая течет и воспринимается не сразу в форме моментальной звуковой записи, а последовательно. Есть вообще существенные различия между зрительными и слуховыми галлюцинациями. Особенно раскрываются они при динамическом изучении. Изучение именно галлюцинаторных состояний, а не отдельных галлюцинаций потому еще нужно считать единственно правильным, что в громадном большинстве случаев приходится наблюдать не изолированные расстройства этого рода, а целые комплексы их. Ставя себе целью изучение генеза и структуры галлюцинаторных явлений, мы должны возможно полнее обрисовать те состояния, при которых их приходится встречать. По традиции принято рассматривать галлюцинации как расстройства восприятия и делить их по органам чувств, определяя этим и порядок изучения. Такое решение вопроса, может быть, представляет известные удобства в дидактическом отношении, но с точки зрения существа дела оно нецелесообразно прежде всего потому, что речь идет не о галлюцинациях, а о галлюцинаторных состояниях. Если встает вопрос об их типологии и классификации, то приходится иметь в виду, что очень часто мы наблюдаем нарушения со стороны нескольких анализаторов одновременно. Не всегда можно говорить о соответствии их какому-либо одному определенному органу чувств. При экспериментальных отравлениях, например мекскалином, возможны галлюцинаторные переживания, которые трудно охарактеризовать определенно как слуховые или зрительные: звуки видятся или, точнее, ощущаются, как своего рода молнии, ощущаются, точно пронизывается все тело. Нечто подобное возможно и в клинике. Один наш пациент слышал шумы, которые состояли из ощущаемых им как бы мысленным зрением падающих на землю песчинок. Авторы, интересовавшиеся вопросами патогенеза, центральной проблемой считают объективирование, проекцию во внешнее пространство зрительных, слуховых или каких-либо других представлений. Есть очень много оснований полагать, что здесь играет роль проприоцепция мышц глазодвигательного или вестибулярного аппарата. Несмотря на то что еще не вскрыты ближайшие механизмы этой проекции, не подлежит сомнению роль в них перцепторных аппаратов.

Мы хотели бы положить в основу изучения материала изменения в деятельности сенсорных аппаратов с все более полным

включением целостной деятельности мозга. Поскольку в деятельности перцепторных аппаратов имеются более периферические и более центральные отделы, путь от периферии к центру, от таких галлюцинаторных расстройств, в которых звучание сенсорных компонентов особенно сильно, к постепенному убыванию их значимости нам представляется наиболее правильным. Периферия в данном случае — это рецепция высших органов чувств. Изучение галлюцинаторных расстройств в этой части будет просмотром так называемой периферической теории галлюцинаций. Далее должно следовать изучение роли внутрицеребральных чувствующих путей на всем протяжении последних к корковым центрам, еще далее следуют изменения мозга в целом, поскольку они дают галлюцинаторные расстройства, независимо от того, будут ли то органические заболевания в собственном смысле или процессы токсико-инфекционного характера.

### **Галлюцинации после операции катаракты**

Еще старым врачам были известны случаи развития зрительных галлюцинаций при различных заболеваниях глаз: кератитах, отслойке сетчатки, глаукоме, катаракте. Равным образом были известны случаи слуховых галлюцинаций при заболеваниях уха, ведущих к тугоухости или глухоте. Описаны случаи психозов с острым развитием галлюцинаторных состояний после операции катаракты. Вызванные местными заболеваниями зрительные или слуховые ощущения могут оказаться тем ядром, вокруг которого кристаллизуются основные компоненты галлюцинаторного процесса, способствуя оформлению галлюцинаций в определенном направлении, если имеются общие предпосылки для их развития. Добавочные раздражения, идущие, например, от пятен роговицы, при известных условиях могут сыграть роль, аналогичную надавливанию на глазные яблоки у больных с белой горячкой. Однако количество случаев, при которых такие раздражения возможны, очень незначительно. В больнице им. Гельмгольца в Москве на много тысяч больных с катарактой было констатировано только два случая галлюцинаторных расстройств и оба наблюдались в связи с операцией. Приводим извлечение из истории болезни такой больной, находившейся в клинике 2-го ММИ. В этом случае катаракта, как таковая, не играла особенной роли, но анализ его может много дать для понимания вообще всех случаев такого рода.

Больная С. 64 лет. Поступила в больницу им. Гельмгольца 5/ХП—39 г. В течение всей жизни ничем серьезным не болела. Училась дома, очень мало. Всю свою жизнь больная занималась домашним хо-

зайством. Всегда была придирчива, стенична. Последние два года стала раздражительна, сварлива, по каждому малейшему поводу раздражалась, сердилась и обижалась на своих близких. Последний год стала особенно тревожна, беспокойна. Высказывала опасения за дочь, за внука, когда те уходили из дома. Следила за домработницей, боясь, что та украдет что-либо, запирала предметы домашнего обихода. Боялась оставаться одна в комнате, говорила, что ее могут убить, запирала двери, окна. Ночи спала тревожно, часто просыпалась. Заболела катарактой. Известие о необходимости операции приняла с волнением, высказывала опасение, что ослепнет, умрет.

Операция была сделана под местной анестезией. В качестве средства, расширяющего зрачок, был введен 1 см<sup>3</sup> эзерина. Спустя 6 часов после операции больная стала тревожно озираться, с кем-то разговаривать, кого-то просить, чтобы ее оставили в покое. Внезапно вскочила с постели, бросилась ее отодвигать, пыталась сама спрятаться под кровать. Когда ее пытались удержать, стала кричать, плакать, просить о «пощаде». От лекарств отказывалась, всех отталкивала, никого к себе не подпускала.

Состояние возбуждения продолжалось у больной около 4 часов. На другой день она стала покойнее, лежала в постели, полузакрыв лицо одеялом, что-то говорила, с кем-то вела беседу. Врача встретила настороженно, спросила: «Кто вы такая?». Ориентировалась в месте не совсем точно, не знала, действительно ли находится в больнице и какой именно. Врача и няню спрашивала: «Что вы здесь делаете? Работаете?». Во времени не ориентировалась, называла 1916 год, месяц «зимний». Сама, начав рассказывать о пережитых ею неприятностях, сообщила следующее. После операции в комнату явились какие-то люди, дети. Сколько их было, не знает, наверное много. Незнакомые люди отвели ее в пустую большую комнату, где лежал на кушетке мужчина средних лет в белом халате. Он стал задавать ей вопросы: откуда она приехала, где родилась, есть ли у нее дочери, замужем ли они. Эти вопросы показались ей подозрительными. Она стала просить отвести ее в палату. На это мужчина «ехидно» засмеялся и вышел из комнаты, заперев за собой дверь на ключ. Больная пыталась открыть дверь, стучала в нее, подходила к окнам, пробовала, заперты ли они, высоко ли расположены. Высота показалась ей небольшой, и она решила разбить окно и убежать. В этот момент дверь открылась и вошла молодая женщина, которая стала цинично больную ругать, в чем-то обвинять ее. Больная обратилась к незнакомке с просьбой отпустить ее, ведь она старенькая, слабенькая, после операции должна быть в палате, в больнице. Женщина продолжала цинично ругать ее, при этом схватила за руки и насильно перевела в какую-то другую, несколько меньшую комнату. Туда сейчас же явилась еще одна женщина, тоже молодая, и обе стали бить больную, ломать ей руки, грозить убить ее совсем. Больная вырывалась, кричала, просила отпустить ее: «Ведь я старая, бедная женщина, что вам надо?». Подоспевшая третья женщина помогала первым двум бить ее и потребовала, чтобы она отдала свою одежду и деньги. Четвертая женщина была самая старшая из них – пожилая. К ней и обратилась больная, думая, что она сжалится над ней. Старая женщина злобно посмотрела на больную и

потребовала от нее деньги. Больная сказала, что у нее всего 15 рублей: «Возьмите 12, а 3 оставьте мне». Но все женщины набросились на нее, накинули одеяло ей на голову и стали жестоко избивать ее. Спустя некоторое время «напавшая» шайка отпустила ее, всю избитую, измученную, и кто-то повел ее через коридоры, множество комнат (может быть даже через улицу) в больницу, в палату. В палате, где, кроме больных, никого из посторонних не было, больная успокоилась и попыталась уснуть, но чувство «негодования» и сожаления о пропавших последних деньгах, которые дали ей дочери, не давало ей покоя. Вскоре в палату явился мальчишка лет пятнадцати и, подбежав к больной, несколько раз ударил ее по лицу, выхватил из ее рук полотенце и убежал из палаты. Это обстоятельство очень взволновало больную, так как полотенце было казенное и либо ей, либо дочерям придется за него отвечать. Обо всем этом больная рассказывала спонтанно, с соответствующими эмоциональными переживаниями. При упоминании о деньгах плакала. Рассказ больной изобилует многочисленными подробностями. По окончании его, через довольно короткий промежуток времени на вопрос о случившемся она с таким же жаром вновь начинала рассказывать все с самого начала. Когда ее пытались разубедить, она довольно быстро соглашалась: «Если так бывает от болезни, то может быть это у меня от болезни. Не знаю». Но через минуту, другую, она вновь была убеждена в полной реальности рассказанного ею происшествия.

Интеллект больной резко снижен. Не знает основных событий из общественной и политической жизни. Память у нее расстроена, главным образом на недавнее прошлое, на текущие события. Не помнит, что ела вчера, сегодня, не может запомнить имени врача, из названных пяти чисел не запоминает ни одного, совершенно не может передать содержание только что рассказанного ей рассказа. Эмоционально слабодушна, тревожна, несколько напряжена. Почти ни минуты не остается покойна, жестикулирует или встает и вновь ложится.

У больной до операции была довольно ясная картина старческого слабоумия с обычными для этой болезни страхами и бредом воровства, но у нее никогда не наблюдалось зрительных или каких-либо иных галлюцинаций. Возбуждение, которое развилось через 6 часов после операции, носило галлюцинаторный характер. Пока больная находилась в этом состоянии, с нею трудно было войти в контакт, но ее поведение можно было понять только как реакцию на устрашающие галлюцинаторные переживания слухового и зрительного характера. Ее оборонительные движения, попытки залезть под кровать, разговоры с кем-то, просьбы о пощаде говорят об этом с несомненностью. Более определенно о содержании галлюцинаций можно было судить на следующий день, когда она рассказывала о перенесенных ею страхах. Ее реакция носит характер известной стилизации, причем содержание своих галлюцинаторных переживаний она переплетает с ложными воспоминаниями, припоминая и бредовым образом перетолковыва-

вая действительные события, имевшие место еще до операции. Рассказы больной на следующий день представляли не критическую передачу содержания галлюцинаций с добавлениями, идущими в направлении дальнейшего "развития" бреда преследования. Если раньше были только мысли о воровстве, в котором она подозревала домашнюю работницу, то теперь появились грабители, в существовании которых она осталась убежденной и после того, как галлюцинации исчезли. Нельзя считать случайным, что в смысле содержания галлюцинации больной и ее бредовые идеи идут в одном направлении. И бред и галлюцинации являются как бы двумя возможностями в развитии одних и тех же представлений. Наличие бреда, хотя до операции и недостаточно оформленного, здесь, видимо, нужно считать основным явлением, обнаруживающим тенденцию к все большему развитию. Галлюцинаторные расстройства были только временным эпизодом на фоне идущего вперед процесса бредообразования. Его непосредственная связь с операцией, быстрое появление после нее и такое же быстрое исчезновение заставляют считать его реактивным, в своем существе стоящим в зависимости от каких-то сдвигов в организме, обусловленных операцией. Какие моменты здесь могли играть роль в возникновении галлюцинаций? Кратковременность последних говорит о том, что в данном случае можно думать только о временных моментах.

Страх перед операцией, страх ослепнуть мог усиливаться после операции, когда больная лежала с повязкой на глазах. Это положение могло усилить ее страх, хотя во время самой операции и непосредственно после нее она была покойна. Могло играть роль давление на глаза, связанное отчасти с самой операцией и в особенности вызванное повязкой. Затем нужно иметь в виду, что проприоцепция глаза была изменена и впрыскиванием эзерина. Однако большую роль сыграло общее психическое состояние больной — готовность видеть врагов, наличие которых она подозревала. При таких условиях, если операция сыграла какую-то роль, то едва ли ее можно приписать катаракте самой по себе.

#### **Галлюцинации типа Шарля Боннэ**

Если нет общих условий, как это было у нашей пациентки, то поражение того или другого органа чувств даже в старческом возрасте настолько редко дает галлюцинаторные картины, что такие случаи описываются. Сюда относится галлюцинаторный синдром, называемый по предложению де Морзье именем натуралиста XVII столетия Шарля Боннэ. Последний наблюдал у своего 89-летнего деда, страдавшего катарактой, видения (жи-

вотных и птиц). Понятия о галлюцинациях не было в то время, равно как не было точных сведений о том, что они имеют анатомо-физиологическое отношение в мозгу. Боннэ думал о физических внутренних причинах, действующих на чувствительные волокна, благодаря чему в «душе появляются образы различных предметов с такой живостью, как будто на эти волокна воздействовали сами предметы». Е. А. Попов в своей работе, посвященной галлюцинациям, мог описать около 10 таких случаев. В одном из них женщина 70 лет с глаукомой сначала перед сном, а после и в дневное время видела фигуры людей, они были в ярко окрашенных одеждах, двигались в разные стороны, поднимались, опускались, иногда перед ней разворачивались целые сцены, она видела подъезжающую карету, в которой сидела женщина в красивой шляпе. Подчеркивается, что в этом случае, как и в других, психика была в общем интактна. Более или менее общим для всех случаев является поражение того или другого органа чувств.

Е. А. Попов сообщает о двух случаях, где поражен был орган слуха. В одном из них больной 66 лет с ослаблением слуха (больше справа), преимущественно днем в тишине, слышал голоса, шум толпы, как бы при пожаре, музыку; голоса слышались и внутри головы, притом только справа. После появились и зрительные галлюцинации: какое-то мелькание перед глазами, черные тени. Другая больная страдала отосклерозом. Голоса она слышала, главным образом, сверху, часто детские голоса, иногда это были крики животных.

Интересно в этом случае содержание галлюцинаций: голоса говорили больной о возвращении сына, которого она ожидала. Этот момент — общность содержания галлюцинаций с направлением мыслей, должен считаться чем-то обычным.

#### **Расстройства зрительного восприятия при отслойке сетчатки**

Особенно большой интерес представляют такие случаи, когда галлюцинаторные расстройства можно поставить в связь с поражением самих воспринимающих нервных аппаратов глаза или уха. В этом отношении заслуживает большого внимания самонаблюдение А. Пика, подробно им описанное в одной из его работ. Пик за год до обнаружения у него зрительных галлюцинаций была сделана операция катаракты правого глаза. В связи с травмой у него развилась отслойка сетчатки того же глаза. Во время лечения (введением под соединительно-тканную оболочку глаза физиологического раствора) стали наблюдаться своеобразные зрительные феномены. Когда Пик смотрел на освещенную белую

поверхность, неожиданно для него на ней появилось имя знакомого ему врача, о котором он последнее время не думал. Потом стали видеться короткие сочетания букв, похожие на окончания слов или короткие бессмысленные слова, подобные тем, которыми пользуются для исследования памяти. Эти слова или фрагменты слов виделись обычно на том, на что смотрел Пик: один раз даже на щеке сотрудника, который стоял рядом с ним. Буквы были серовато-коричневого цвета, обычно были поставлены вкось и шли, уклоняясь вверх. Если Пик смотрел на какую-нибудь темную поверхность, буквы окружались светлым ободком. Буквы изменяли свою величину при конвергенции, в особенности, если она происходила быстро. Если он смотрел вдаль, буквы делались большими. Появление этих букв было для Пика совершенно неожиданно и настолько реально, что привело его в большое смущение. После он привык к этому и продолжал вести обычную работу. Видение букв для Пика носило характер полнейшей реальности, хотя он привык правильно оценивать их как болезненное явление. Эти зрительные расстройства имели черты галлюцинаций.

В этом случае особенно отчетливо можно вычлени роль периферического раздражения, определяющего характер галлюцинирования. Расстройства здесь очень своеобразны. Их можно называть галлюцинациями и не без основания. Зрительные образы носят, правда, элементарный характер — видения ограничиваются различными сочетаниями букв, но они проецируются наружу, носят характер объективности, хотя у самого пациента нет веры в их реальное существование. По этому признаку их правильно относить не к истинным галлюцинациям, а к галлюцинозам или галлюциноидам. Местное появление касается только одного глаза, но расстройство носит общий характер. Буквы видятся при смотреии не одним правым глазом, а при смотреии вообще. Независимо от того, направлено ли оно на один какой-либо предмет или поверхность или нет; буквы видятся как при закрытых, так и при открытых глазах. Нужно предполагать участие в процессе зрительных путей не только сетчатки, но и более центральных отделов, включая кору. Хотя в данном случае (Пика), как и во всех случаях галлюцинирования, приходится считаться с изменениями во всем мозгу, все же акцент здесь нужно поставить на раздражении периферических зрительных путей. Соответственно этому можно было бы говорить о локальном галлюцинозе по Нодэ. Особенностью случая нужно считать элементарность галлюцинаций, то, что они носят буквенный характер. Так как это были печатные буквы в различных сочетани-

ях, часто окончания слов, то можно думать об участии образов воспоминания, может быть последовательных зрительных образов у человека, постоянно имеющего дело с печатным материалом, причем местное раздражение сообщало им чувственный характер, а изменение проприоцепции способствовало их проецированию.

### Галлюцинации у слепых

Для оценки роли сенсорных раздражений в генезе и структуре галлюцинаций особенно много дают те случаи, при которых в результате того или другого заболевания полностью выпадает зрение или слух. В особенности интересны те случаи, когда слепота или глухота являются врожденными или настолько рано приобретенными, что больному незнакомы соответствующие ощущения и представления. Для разрешения проблемы, которая по-разному решалась на разных этапах, галлюцинации — восприятия или галлюцинации — представления, эти случаи несомненно могут дать нечто ценное. Конечно, у слепых, равно как и у глухих, могут быть общие заболевания, ведущие к галлюцинациям по таким же причинам, как и у больных, не страдающих такими дефектами. Но если те или другие чувствующие пути поражены до полного выпадения функции, то, сравнивая различные случаи этого рода, можно ближе подойти к пониманию роли местных раздражений. До известной степени это будет метод выпадения, который так много дает в невропатологии. Кроме того, в сложных процессах зрения или слуха принимают участие не только раздражения сетчатки или кортиева органа. Приходится считаться также с участием лабиринта. Это звенья одной цепи процессов, каждый из которых имеет свои отличия, находя свое отражение в патологии. На примере старушки с галлюцинаторным синдромом, развившимся после операции катаракты, можно было отчетливо видеть роль особенностей преморбидной личности. Психика слепых и глухих характеризуется вполне определенными чертами, неодинаковыми в том и другом случае. При развитии галлюцинаций у них возможно изучить влияние общего психического фона, на котором развиваются галлюцинации. Все это делает изучение галлюцинаций у слепых и глухих принципиально важным.

Нам приходилось неоднократно наблюдать душевнобольных слепых и глухих, страдающих галлюцинациями. Приведем краткое описание некоторых наблюдений.

Мужчина 21 года. Двух лет перенес корь, осложнившуюся заболеванием глаз, в результате которого ослеп. С детства занимался нищен-

ством. Нигде не учился. С 16 лет сильно пил, раза два в неделю бывал пьян. Год назад в пьяной драке получил сильный ушиб головы, но сознания не терял. Последние две недели пил особенно сильно. За четыре дня до поступления в стационар утром почувствовал странный вкус во рту — жжение, причем подумал о возможности отравления. Через два дня после этого у него появился сильный страх, ему стало казаться, что его хотят убить или отравить. Ночи он не спал — все боялся, что придут его убивать. Этот страх испытывал он и по отношению к своей жене.

При поступлении больного в стационар отмечено было следующее. Оба глазных яблока атрофированы, роговая оболочка совершенно сморщена и не прозрачна. Дрожание языка и рук. Удовлетворительно ориентируется в месте и времени. Обильные слуховые галлюцинации. Слышит голос жены и голоса своих знакомых, которые проникли в клинику с тем, чтобы его убить. Ясно слышит, как сговариваются его убить, обсуждают вопрос, как лучше с ним покончить, слышит угрозы по своему адресу, иногда же голоса его предостерегают: не ходи в уборную, там убьют.

Зрительных, равно как и обонятельных, галлюцинаций нет, но иногда наблюдаются совершенно особые явления. Больному вдруг начинает казаться, что к нему подступают с топорами и ножами, иногда при этом он слышит голоса и стук топоров. Но нередко бывает и так, что в данный момент он ничего не слышит, а ощущение, что ему именно сейчас угрожает опасность настолько ярко и определенно, что его ничем нельзя разубедить. Больной может указать, откуда грозит ему опасность. Сам больной объясняет, что сердце его чувствует, что ему угрожает беда и что кто-то к нему подходит. Такие состояния наступают в виде кратковременных приступов и представляют нечто большее, чем страх, так как самое существенное в них то, что страх локализован и связан с ощущением приближения врага, хотя больной его не видит и не слышит. Это не острое переживание бреда преследования и страха, это приступы каких-то ощущений. Они наблюдаются на фоне постоянного страха перед своими врагами, голоса которых он слышит. Больной убежден, что в палату проникли его знакомые, с которыми он занимался нищенством. Его враги, может быть, хотят убить его, чтобы он не раскрыл их мошеннических проделок. В то же время к врачам он относится доверчиво, просит у них защиты, хотя считает возможным, что они будут подкуплены его врагами.

Через 2—3 дня галлюцинации стали менее интенсивны, прекратились также приступы ощущений, что подступают враги. Еще через несколько дней прекратились и слуховые галлюцинации, одновременно с этим установилось критическое отношение к перенесенным переживаниям. Больной стал думать, что все страшное ему только мерещилось от вина, а может быть, и оттого, что ему что-нибудь подсыпали.

Несколько другая картина наблюдалась в другом случае галлюцинаторно-бредового состояния, тоже у алкоголика и слепого, но ослепшего сравнительно незадолго до начала душевного заболевания.

Больной И. П. 36 лет, столяр, из семьи алкоголиков. В прошлом каких-либо особых заболеваний не отмечалось. С молодых лет злоупотреблял спиртными напитками, в связи с чем страдал нервными явлениями. 3 года назад по поводу общего недомогания, тошноты и головной боли в качестве лекарства выпил полчаши метилового спирта, после чего на другой день заметил ослабление зрения, а на третий день совершенно ослеп. В глазной больнице было констатировано набухание сосков, через некоторое время перешедшее в атрофию. С этого времени у больного стал меняться характер — появилась раздражительность, подозрительность, боязнь посторонних. Он стал плохо спать по ночам, часто к чему-то прислушивался. Когда его выводили на улицу, боялся, что его заведут, «бросят в помойку». Иногда ему казалось, что он куда-то проваливается. Два месяца назад появились резко выраженные страхи. Он слышал голоса, которые грозили убить его, слышал, как кто-то говорил о нем по телефону, голоса куда-то звали его, заставляя петь песни. Часто, чтобы не слышать голоса, затыкал уши ватой. Иногда голоса кричали, что жена его убита и с ним будет то же. Месяца два больной оставался дома, причем старался продолжать свою работу столяра, хотя состояние его оставалось прежним. Часто ему казалось, что кто-то входит в комнату и подходит к нему, хотя в действительности никого не было. Несколько дней у него было состояние страха, связанное с ощущением, что его будут колоть иголками, иногда ему казалось, что это уже происходит. С месяц он пробыл в нервном стационаре. Состояние оставалось тем же, причем 2—3 дня были зрительные галлюцинации: больному виделись какие-то люди, которые дразнили его языками.

При исследовании было констатировано следующее. Жесткость и извитость лучевых и височных артерий. Полная слепота с отсутствием световой реакции. Речь, чувствительность не расстроены. Коленные и подошвенные рефлексы сохранены. Удовлетворительная ориентировка в месте и времени. В памяти нет особых дефектов. Последовательно рассказывает о развитии своего заболевания. Правильно оценивает свое положение. Говорит, что привык к своей слепоте. Галлюцинаций в настоящее время нет, но отношение ко всему окружающему недоверчивое и боязливое. Настроение несколько угнетенное, держится в стороне от других больных.

Не входя в подробный клинический анализ, можно сказать с полной определенностью о роли алкоголизма в том и другом случаях. У первого больного картина болезни подходит под понятие острого алкогольного галлюциноза. Можно было бы говорить о типической белой горячке, если бы не отсутствие зрительных галлюцинаций. Оценка второго случая гораздо сложнее. Здесь психоз возник на фоне подозрительности, развившейся в связи со слепотой и, видимо, также с алкоголизмом. Во многих отношениях этот случай приближается к психогенным параноидам у слепых и глухих, но здесь несомненно участие и алкоголизма. На это указывают и содержание слуховых



галлюцинаций и данные неврологического исследования, а также обычное при алкоголизме изменение отношения к жене.

Нас в данном случае более всего интересуют клинические особенности развившихся в связи с алкоголизмом галлюцинаторных картин и роль собственно слепоты в их генезе и структуре. У обоих больных были налицо общие условия для развития галлюцинаторных явлений, причем в первом случае можно было думать об исключительной роли алкоголизма. Весь предшествующий анамнез, начало заболевания — все было таким, как при белой горячке. Острое развитие устрашающих галлюцинаций имело место у хронического алкоголика в непосредственной связи с усиленным пьянством, сопровождалось бессонницей, дрожанием языка и рук, причем продолжалось несколько дней и закончилось выздоровлением. Что касается отсутствия зрительных галлюцинаций, то в этом нужно видеть проявление общей закономерности; психоз строится на той базе, которая имеется в том или другом случае. У больного не было зрительных ощущений, не было зрительных представлений, ясно, что вследствие этого не могло быть и зрительных галлюцинаций. Не отразилось ли выпадение зрения на структуре галлюцинаторных расстройств, не дало ли каких-либо особенностей, которые могли бы быть использованы в общей проблеме галлюцинаций? Само по себе понятно, что при неразвитии зрительного анализатора общие условия, имевшиеся налицо для развития галлюцинаций, привели к тому, что в центре психоза стояли слуховые галлюцинации, но исчерпывается ли картина только ими и нет ли в ней каких-нибудь явлений, заставляющих думать о чем-то ином, кроме участия слухового анализатора? В разбираемом случае мы должны обратить внимание на наличие приступов особенных состояний страха с ощущением, что кто-то подходит, причем больной может указать направление, откуда идет опасность. Очень существенно, что это не ощущение больным в определенном пространстве врагов, голоса которых слышны. Здесь имеет место тоже проецирование, но на основании каких-то иных, не слуховых ощущений. Описывая в 1913 г. этот случай, мы говорили о возможности трактовать его, как галлюцинации 6-го чувства слепых, как чувство у слепого приближения к нему или приближения его самого к какому-нибудь значительному препятствию. Не касаясь вопроса о целесообразности выделения такого 6-го чувства, мы должны сказать, что какие-то ощущения у нашего пациента заменяют собой зрительные и дают основание проецировать представление о какой-то реальной угрозе в определенном месте окружающего пространства. Эта про-

екция вовне, как мы видели, является центральным вопросом в проблеме галлюцинаций. На наших случаях можно видеть, что она не зависит непосредственно от зрительного или слухового характера ощущений, совершенно независима от поражения того или другого анализатора и, следовательно, представляет более общее и ближе стоящее к существу явлений расстройство.

Для уяснения сущности расстройства у наших слепых алкоголиков большое значение имеет ознакомление с такими случаями, когда аналогичные феномены чувства приближения наблюдаются не у душевнобольных. Психологи говорят о чувстве или «сознании присутствия» кого-то или чего-то постороннего. Джемс приводит описание переживаний, которые могут быть названы этим именем у слепого — интеллигентного, знающего, музыкально образованного человека. Однажды, во время напряженной игры на рояле, у него внезапно появилось чувство холода во всем теле, ползания мурашек в волосистой части головы, это заставило его обернуться; в этот момент он не видел, а как-то ощутил, что какая-то фигура бесшумно проскользнула, уплотняясь, через приотворенную дверь, приняла форму человека средних лет, направилась к кушетке и расположилась на ней. Появление этой фигуры повторялось в дальнейшем многократно, между 2 и 4 часами дня. Фигура исчезала, когда слепой делал какое-нибудь движение или начинал говорить. В этот период времени он имел обыкновение подкреплять себя крепким холодным чаем, и, когда отказался от этой привычки, беспокоившее его явление совершенно прекратилось. Он подчеркивает, что у него не бывает при этом каких-нибудь зрительных или слуховых ощущений. У него, как у очень многих слепых, были очень хорошо развиты слух и тактильное чувство. Он мог по признакам, непонятным для других, определить присутствие постороннего в комнате или приближение к нему. Признаками этими были легкие шумы, не ощущаемые для других, или такое же легкое изменение давления воздуха. Сам он думал, что в моменты появления фигуры, о которой идет речь, он не испытывал этого ощущения. Так как появлялись они тогда, когда он находился в состоянии утомления, близком ко сну, с которым он боролся при помощи крепкого чая, то сам он считал, что у него не могло сохраниться воспоминания об этих ощущениях; они не сознавались как таковые, но послужили толчком для образования галлюцинаторного образа. В конце концов, это были своеобразные зрительные галлюцинации.

Нечто подобное может наблюдаться не только у слепых. Это относится как к явлениям чувства присутствия, так и к соответствующим галлюцинаторным феноменам.

У Джемса приводится другое наблюдение, интересное в этом отношении. Описываемый им знакомый, человек образованный, сообщил следующее. Несколько лет назад у него однажды появилось чувство присутствия кого-то постороннего. Он уже лежал в постели, собираясь заснуть, и в этот момент почувствовал, как что-то проникло в его комнату и остановилось около постели, вместе с тем все его существо было охвачено каким-то невероятным чувством страха и какой-то тоской, локализовавшейся в груди. Он отрицает наличие около него какого-либо предмета, но в то же время ощущение присутствия чего-то постороннего было так живо, как никогда не бывало от присутствия какого-либо реального предмета или живого существа. Это что-то через одну-две минуты исчезло так же быстро, как явилось, исчезновение его характеризовалось каким-то течением воздуха по направлению к двери, представляя нечто обратное тому, что было вначале. И в этом случае можно признать, что появление призрака не было чем-то мистическим, сверхчувственным. Если не было собственно зрительных или слуховых ощущений, то налицо были те ощущения, которые кладутся в основу так называемого чувства приближения у слепых. Сам наблюдавший это явление говорит о волне, движении воздуха сначала при появлении по направлению от двери, после обратно. Не случайно также, что в ночь, предшествующую первому появлению «призрака», у больного в ночное время было ощущение, что кто-то берет его за руку.

Таким образом, и в этих случаях, как и у вашего слепого алкоголика, речь идет о галлюцинаторных явлениях. Это не приступы состояния страха с представлением, хотя и неотчетливым, о какой-то реальной опасности. Здесь имеются особые ощущения, изменения проприоцепции, приводящие к образованию галлюцинаций. Нужно подчеркнуть также, что все эти явления происходили, когда человек находился в состоянии большого утомления или прямо засыпания. Существенно, что здесь, так же как и в других случаях, имеется проецирование вовне возникающих образов, имеется в основе рецепция, хотя и не зрительная или слуховая, как это имеет место в большинстве случаев.

#### Галлюцинации у глухих

Галлюцинаторные расстройства при наличии глухоты гораздо более часты, чем при слепоте, но они сложнее и менее благо-

дарны для выяснения соответствия выпадения того или другого анализатора особенностям в структуре галлюцинаций. Глухота, даже если она периферического характера, гораздо чаще ведет к тяжелым изменениям личности с склонностью к параноидальным установкам. Известно, что психогенные параноиды несравненно чаще встречаются у глухих, чем у слепых. Генез их всегда гораздо более сложен. Это видно уже из того, что обычно они развиваются в возрасте около 40 лет и более, когда может сказаться влияние атеросклероза и каких-либо других экзогенных моментов. Положение здесь оказывается сложнее еще и потому, что рано обнаружившаяся глухота ведет обычно к потере речи, к глухонемоте. На примере нашего слепого алкоголика мы видели, что здесь особенно интересно изучение таких случаев, когда восприятие того или другого органа чувств выпадает с самого начала. Возможны ли слуховые галлюцинации у глухого?

А. Крамер описывает случай, когда глухонемой «слышал», как его бранили, называли онанистом и другими дурными словами. Необходимо войти в рассмотрение всех особенностей случая, чтобы понять, в чем дело. Глухонемой, о котором пишет Крамер, научился говорить по специальной методике для глухонемых. Известно, что по ней в основу обучения кладется вызывание у глухонемого движений речеводвигательного аппарата для произнесения того или другого звука. Средством для этого являются подражание движениям языка и губ говорящего вместе со стремлением вызвать у себя такие дрожания гортани (отражающие вибрацию голосовых связок), какие ощущаются у говорящего при прикосновении к его гортани пальцами. У глухонемого таким образом может получиться представление о звуке или слове, но не в виде слухового образа, а в виде представления об ощущениях, в частности мышечных, которые сопровождают произнесение звука или следа. На этой базе могут развиваться особые обманы восприятия, которые, не будучи по существу слуховыми, являются их гомологами. Мы наблюдали у глухонемого один случай психоза с бредом и обманами восприятия, которые можно было толковать именно таким образом.

Больной В. В. К. 40 лет. Глухим стал на первом году жизни после какой-то инфекции, осложнившейся менингоэнцефалитом. В наследственности ничего патологического не отмечается. Учился с успехом в школе для глухонемых, научился довольно удовлетворительно говорить и понимать несложные и короткие фразы. Обучился набивному делу. Больным считает себя с 30 лет. В этом возрасте стал мнительным и подозрительным, начал думать, что к нему плохо относятся, что он испорчен какими-то выпрыскиваниями. Понемногу пришел к мысли, что его сделали каким-то образом душевнобольным.

При наблюдении отмечено сходящееся косоглазие, зрачки узкие, на свет реагируют, коленные рефлексы сохранены. Жалуются на головные боли, боли и неприятные ощущения в коже, под которой ползают черви. В животе все двигается, двигаются кишки. Сосредоточен на своих ощущениях, предъявляет много гипохондрических жалоб. Наблюдается бред преследования, главным образом физического воздействия, думает, что его отравляют стрихнином. Считает, что его сделали «сначала нервноболезным, а потом сумасшедшим». Иногда ему отчетливо кажется, что его бранят и называют сумасшедшим. Настроение подавленное, тревожное. Весь заполнен своими ощущениями и тревожными мыслями, ничем заниматься не может. Со стороны памяти и формальных способностей нет особых изменений.

Несмотря на наличие большого количества особых ощущений и бреда физического воздействия, нет оснований трактовать данную болезнь, как шизофрению. Против такого предположения говорит доступность, сравнительная сохранность личности, сознание своей болезни, хотя и истолковываемой бредовым образом. Нет также прогрессирования болезни. Не случайным нужно считать, что при отсутствии слуховых галлюцинаций, объяснимом выпадением слуховых восприятий, наблюдается обилие ощущений со стороны кожи и общего чувства. Отсутствие слуховых галлюцинаций тем более не случайно, что, если галлюцинации чаще всего наблюдаются как часть галлюцинаторно-параноидного синдрома, то это прежде всего относится к слуховым галлюцинациям. С описываемым больным не так легко было вступить в контакт настолько, чтобы детально ознакомиться с особенностями его психологии. Поэтому оказалось невозможным выяснить многие существенные вопросы, относящиеся к взаимоотношению его речи и мышления. Но все же ясно, что здесь галлюцинирование протекает совсем по-иному. Образ того или другого слова может получиться в этом случае в результате довольно определенных восприятий, но составляется он на основании не слуховых, а главным образом, мышечных ощущений, отчасти зрительных впечатлений. Это относится, в частности, к слову «сумасшедший», фигурировавшему, главным образом, в его обмане восприятия. Появление на болезненной почве комплекса ощущений, соответствующих этому образу, могло привести больного к обману восприятия. В результате больному казалось, что он слышит бранное слово «сумасшедший». Бледность образов слов у него явилась причиной того, что вопреки громадному большинству галлюцинаторно-параноидальных картин «слуховые галлюцинации» его были очень скудны и неотчетливы. Это в особенности обращает на себя внимание при сравнении их с

обильными и яркими галлюцинациями тактильного и общего чувства.

### **Замена выпавшего анализатора другим в сложных галлюцинаторных расстройствах**

Как видно из анализа приведенных наблюдений, галлюцинации при выпадении той или другой группы ощущений представляют целый ряд особенностей, варьирующихся в зависимости от того, какой анализатор поражен. Не представляет ничего неожиданного, что при наличии общих условий, ведущих к галлюцинациям, галлюцинации строятся в зависимости от того, какие анализаторы сохранились, и что там, где должны были бы развиваться зрительные галлюцинации, при наличии врожденной слепоты они заменяются слуховыми. Но большее значение с точки зрения существа галлюцинаций имеет вопрос, как идет в таких случаях процесс образования представлений. Он к тому же стоит в связи с другим вопросом об особенностях бредообразования в этих случаях. Хотя восприятия и представления, как указывалось выше, не одно и то же, между ними имеется генетическое родство, или, как говорят некоторые авторы, между ними существуют все переходы. Здесь мы сталкиваемся с более общей проблемой роли ощущений в процессе мышления. Ощущения не являются единственным источником познания, так как большое значение имеет и размышление, дискурсивное мышление, которое может дать познание таких сторон изучаемых явлений, которые в ощущениях непосредственно не даны. Может ли страдающий врожденной слепотой быть знакомым со зрительными представлениями? Как будто бы естественным является отрицательный ответ, но вот Шербина, ослепший в детстве, мог излагать оптику, следовательно, имел довольно определенные представления о феноменах, которые к ней относятся. При выпадении одних групп ощущений приобретают особенную роль другие ощущения, и на их базе дискурсивное мышление строит то, что относится к области явлений, соответствующих отсутствующему анализатору. Всем органам чувств, всем ощущениям, какая бы ни была их специфика, свойственно одно: служить опорным пунктом для ориентировки в окружающем и для обеспечения своей безопасности. Так нужно понимать развитие особого чувства приближения — чувства присутствия кого-то, оно возможно и у здоровых, но особенно может быть развито у слепых. Его можно рассматривать, как своего рода компенсацию отсутствующего зрения. Такой компенсацией является более утонченный слух, но одного этого, видимо, недостаточно. Слуховые ощущения могут ориен-

тировать относительно направления, откуда ведет опасность (но только в очень малой мере), о степени близости ее. В силу необходимости из температурных, тактильных и слуховых впечатлений получают те представления, которые в нормальных условиях даются зрением.

Случаи галлюцинаторных расстройств у слепых и глухих дают, как нам думается, право на следующие заключения. При выпадении того или другого анализатора не только имеет место обострение ощущений сохранившихся органов чувств, но и создание на их базе представлений, до известной степени заменяющих выпавшие ощущения. В случае слепоты могут образоваться представления, выполняющие до известной степени функцию зрительных в смысле ориентировки в окружающем предметном мире. Их можно было бы назвать псевдооптическими. Ощущение видения фигуры в рассматриваемых нами случаях характеризуется, хотя и не ясным, но представлением о форме, величине, в одном случае даже о возрасте. Это наиболее существенные черты зрительного восприятия. Однако в ощущениях, которые легли в его основу, в описываемых случаях не было ничего зрительного. При аналогичных условиях может представиться возможность говорить о псевдоакустических ощущениях. Наши глухонемые «слышали», как их бранили, хотя на самом деле слышать они не могли. Как на базе нормальных зрительных и слуховых ощущений могут возникнуть зрительные и слуховые галлюцинации, так можно представить себе развитие галлюцинаторных феноменов, которые можно назвать псевдооптическими или псевдоакустическими. На примере рассматриваемых галлюцинаций в особенности ясно, что галлюцинации не могут быть просто восприятием. Это следует прежде всего из того, что, как видно на данном примере, им могут не соответствовать какие-либо определенные ощущения. Представления, соответствующие до известной степени зрительным и слуховым, могут образоваться в результате сложной психической переработки. Здесь в особенности ясно участие особого рода творчества, дающего очень сложные психопатологические образования, для которых те или другие ощущения были только отправным пунктом и своего рода ориентирами. Но хотя эти галлюцинации по сложности своей структуры ближе к представлениям, ясна и связь их с ощущениями. Результаты познавательной работы всегда носят на себе характер своего первоначального источника — ощущений со всеми их особенностями. Естественно, что и галлюцинаторные образы наших больных, будучи по существу своему истинными галлюцинациями, были бледны, неопределенны, лишены плоти

и крови: базой для них служили не яркие зрительные и слуховые восприятия, а только бледное, бесплотное подобие их, каким являются псевдооптические или псевдоакустические ощущения. Но эту неяркость, малую красочность рассматриваемых галлюцинаций нельзя понимать так, что они представляются безразличными для субъекта, не затрагивающими основ его существования. Можно говорить как раз об обратном. Видимо, именно потому, что они неопределенны со стороны характеристики, доступной глазу и слуху, и идут неизвестно откуда, они могут дать особенно сильный резонанс в витальной сфере, сопровождаясь резко выраженным чувством тоски и страха. Здесь, как и в других случаях, можно видеть проявление обычного положения — замену функции пораженных высокоразвитых органов функциями других низших органов, которые в нормальном состоянии особой роли не играют. Органы чувств дают опорные пункты для ориентировки в окружающем и для защиты от опасности. Между ними существует определенная иерархия, имеющая свое обоснование в фило- и онтогенетическом развитии. При поражении зрения или слуха функции ориентировки берут на себя более низшие чувства, выполняющие их не так совершенно. Они связаны с первоначальной протопатической психикой, которая ориентируется в окружающем мире не на основании данных точного знания (что характерно для более поздней дискриминативной психики), а на основании инстинктов, неоформленных ощущений, более примитивных эмоций и прежде всего страха. Хэдом описаны у больных с соматическими заболеваниями, страдающих галлюцинациями, особые состояния страха; он связывает их с изменениями протопатической чувствительности. Мурр говорит в таких случаях о *mal du Kaxon*, чувстве какой-то надвигающейся беды. Естественно, что страх, ожидание опасности сильнее в случаях с преобладанием низшей протопатической проприоцептивности, чем у больных, страдающих обычными слуховыми и зрительными галлюцинациями, рисующими, хотя и большую опасность, но понятную, конкретную, с которой можно бороться, а не непонятную, неизвестно откуда идущую, от которой неизвестно, в чем искать защиты.

## ГЛАВА 2

### ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА

#### Общие замечания

Область заболеваний, при которых чаще всего встречаются галлюцинации, это шизофрения и инфекционные болезни, равно как и токсические психозы. С точки зрения генеза галлюцинаций здесь можно найти много материала для изучения роли гуморальных факторов. Но процесс тут уже с самого начала носит общий характер, и выяснение роли местных изменений представляет большие трудности. Для ознакомления с этой стороной более пригодны органические заболевания. Интересно отметить, что процент паралитиков с галлюцинациями значительно больше в группе больных, леченных малярией. Это различие потому заслуживает внимания, что может помочь объяснить генез галлюцинаций.

Что нового вносит малярия в процесс, лежавший в основе прогрессивного паралича? Новое заключается, с одной стороны, в обострении местных изменений, с другой — имеет место внесение нового токсико-инфекционного начала.

Изучение взаимоотношений местных и общих поражений может привести к разъяснению проблемы галлюцинаций. Большой интерес в этом отношении представляют некоторые случаи размягчения, травматических повреждений и в особенности опухолей мозга. Анализ вариаций клинической картины в зависимости от локализации повреждения может быть исходным пунктом для попыток разрешения вопроса. Но и здесь разрешение вопроса не легко, как видно из следующего случая, хорошо изученного и в клиническом отношении и с патологоанатомической стороны.

Больной Ч. 54 лет, инженер. По характеру был задумчив, нелюдим. Женился 27 лет. Неудачи в семейной жизни были поводом для злоупотребления спиртными напитками. 2 года назад стал жаловаться на головные боли и понижение работоспособности, внутреннее напряжение, раздражительность. Часто засыпал за книгой. Иногда жаловался на боли в ногах. После попытки ограбления его квартиры стал бояться воров, высказывая идеи преследования. Прогрессирующее ухудшение привело к помещению его в клинику.

Осмотр установил склероз периферических артерий. Кровяное давление 125/105. Исследование крови и жидкости не обнаружило каких-либо изменений. Зрачки удовлетворительно реагируют.

Со стороны речи вначале были только незначительные затруднения в подыскивании слов, в дальнейшем речь стала бессвязной при сохранении грамматической правильности, еще позже выступили явления акалькулии, сенсорной афазии. Развитие новых явлений было связано с инсультами, после одного из которых появилась слабость правой ноги. В самое первое время пребывания в клинике наблюдались галлюцинации, на которые жаловался сам больной. Он видел каких-то кошек, собак и других зверей, ему казалось, что у него в глазах стоят призраки людей, которые до него «доходили смущенно» (неясно), слышал шумы, мяуканье кошек, лай собак, голоса людей. Беспокоили его и обонятельные галлюцинации: «я чувствую запах неприятного, запах острых трав, он похож на запах одеколона и валерьянки». Такие галлюцинации были ночью и днем. Вначале он сравнительно правильно ориентировался и обнаруживал некоторое понимание болезненности своего состояния. В дальнейшем появилось значительное ослабление памяти и соображения, появились нелепые ответы с персеверацией. В последнем периоде развились бульбарные явления, и через 2 года после начала болезни наступила смерть.

На вскрытии был обнаружен общий атеросклероз с преимущественной затронутостью мозговых сосудов и ряд размягчений в веществе карциноматозной опухоли. Опухоль исходила из эпендимы желудочка и дала несколько узлов, располагающихся вокруг желудочков: захвачены были слева кора височной доли с подлежащим белым веществом, значительная часть зрительных бугров (больше слева) и задняя часть правой лобной доли. Общая масса ткани опухоли была сравнительно невелика, и наличие ее можно было констатировать только при микроскопическом исследовании. Первое впечатление при вскрытии было, что смерть наступила от кровоизлияния на почве атеросклероза. Видимо, болезнь началась именно с атеросклероза, с которым и нужно связывать начальные стадии психических явлений. Сосудистыми расстройствами следует объяснять и различные очаговые явления. Злокачественную опухоль нужно считать не самым начальным явлением.

Что нужно думать об изменениях, лежащих здесь в основе галлюцинаций? С точки зрения локальных нарушений обонятельные галлюцинации можно было бы объяснить давлением на базальную кору височной доли, но нужно иметь в виду, что эти галлюцинации наблюдались у больного только в первое время, и вообще едва ли можно было думать о значительных явлениях сдавления. Слуховые и зрительные галлюцинации можно в данном случае сопоставить с пораженностью височных и затылочных извилин, но нельзя забывать, что они тоже характеризовали собой только известный период болезни и в дальнейшем с появлением инсультов и развитием слабоумия исчезли. То, что галлюцинации, многочисленные и разнообразные по характеру, были только эпизодом в общем течении болезни, делает возможным предположение, что здесь имело место

делириозное состояние, имеющее токсический генез. Такие делириантные синдромы нередки в картине злокачественных опухолей, но в данном случае более вероятно, что источником интоксикации была не карцинома, а всасывание продуктов размягчения в связи с инсультом. Такие явления возможны вообще после инсультов в период возвращения сознания. Здесь следует вспомнить, что А. Д. Сперанский получал у собак галлюцинации, производя путем замораживания асептические некрозы коры. Однако наличие несомненного токсикоза не исключает значения местных изменений. В нашем случае клиника и этиология представляют очень большую сложность, и установить, какие именно изменения привели непосредственно к галлюцинациям, не легко. Ключ к пониманию их может дать анализ более простых случаев.

#### **Случаи с поражением зрительных путей**

Таковыми можно считать случаи с затронутостью каким-либо мозговым процессом зрительных или слуховых путей. Нервные зрительные пути могут быть затронуты на различных отрезках своего протяжения от сетчатки до затылочных долей, и так как они почти никогда не поражаются изолированно, это дает возможность судить об удельном весе их изменений в общем комплексе процессов, сопровождающихся галлюцинациями. Существует большое количество наблюдений над галлюцинаторными расстройствами в случаях с атрофией зрительных нервов. Очень нередко явления галлюцинаций у паралитиков с атрофией зрительных нервов, но здесь примешивается влияние общих психических изменений, страха и бредовых идей. Большой интерес представляют случаи, где атрофия зрительных нервов вызвана каким-либо местным, по крайней мере на первых порах, процессом, например опухолью. Заслуживают в этом отношении внимания случаи опухолей мозга, поражающих основание и приводящих к слепоте.

Зрительные феномены в этих случаях очень напоминают картины при мускалиновом отравлении. В общем они довольно сложны. В них имеются более элементарные психосенсорные компоненты — видение расплывающихся зеленых и желтых пятен, движущихся в одном направлении или расходящихся в различные стороны. Они отчасти напоминают то, что наблюдается при заболеваниях сетчатки, например, при глаукоме, и могут считаться результатом раздражения зрительных волокон, приводящего к своеобразным психосенсорным расстройствам. Но они включают и более сложные феномены — видение фигур и ланд-

шафтов. Эти зрительные образы локализуются в определенном пространстве, имеют вполне определенную форму. Особенностью их является то, что сам больной не относится к ним как к реальной действительности, знает, что это только видения. В этом отношении они подходят под понятие галлюцинозов Клода. В связи с этим стоит другое их существенное отличие: зрительные галлюцинации совершенно не затрагивают личности пациента, его витальных чувств, оказываются для него совершенно безразличными.

В случаях опухоли мозга при лобной локализации галлюцинации менее часты, чем при какой-нибудь иной. При опухолях лобных долей они наблюдаются, главным образом, при сдавлении базальной поверхности, при сдавлении зрительных нервов, хиазмы и зрительных трактов.

Сетчатка и зрительные нервы представляют собой начало зрительного пути. Интересно выявить, что получается при поражении ее конечного звена — корковых зрительных центров. Материал в этом отношении очень большой, и именно некоторые случаи поражения затылочных долей дали повод Геншену утверждать, что зрительные галлюцинации являются симптомом раздражения этой области.

Таким образом, при поражении зрительных путей в начальных отрезках и в конечных затылочной области возможны зрительные галлюцинации, своеобразие которых заключается в том, что чем ограниченнее поражение, тем больше оптические феномены подходят под понятие галлюцинозов и именно ограниченных — локальных галлюцинозов. Гораздо сложнее явления в тех случаях, когда зрительные пути вовлекаются в процесс в средней своей части, потому что здесь неизбежно поражается диэнцефальная область. Наибольший материал в этом отношении дает клиника новообразований. По отношению к опухолям височной доли до недавнего времени была известна только возможность обонятельных и вкусовых галлюцинаций, зависящих от давления опухоли на подлежащую базальную поверхность. Но несомненно возможны также слуховые и зрительные галлюцинации. Опухоль, лежащая в глубине височной доли, поражает и зрительные пути. Это делает понятным как развитие гемианопсии, так и возникновение гемианопсических галлюцинаций в противоположной половине поля зрения.

Подвижность галлюцинаций связывается с поражениями вестибулярного аппарата. Существует значительное количество работ советских исследователей (М. О. Гуревич, А. С. Шмарьян) по вопросу о роли вестибулярного аппарата в процессах расстро-



енного восприятия. В общем можно считать в высшей степени вероятным, что раздражение его имеет своим результатом, помимо сообщения галлюцинаторным образом движения, их мультипликацию и уменьшение величины.

Галлюцинации представляют собой сравнительно частые явления при опухолях мозга, потому что здесь оглушение сознания является всегда более или менее выраженным симптомом. Раздражения центральных чувствующих путей имеют значение для возникновения галлюцинаций, однако сами по себе недостаточны для того, чтобы вызвать их. Роль раздражений едва ли ограничивается только тем, что они ориентируют в определенном направлении творческий психический процесс, дающий галлюцинации. Видимо, благодаря им, галлюцинации, проецированные вовне представления, в какой-то мере являются и восприятием. Роль этих местных сенсорных раздражений вполне определенно вырисовывается и при изучении опухолей мозга. Если бы дело было только в общих изменениях, в оглушенности и вообще изменении сознания, то, так как эти изменения приблизительно одинаковы во всех случаях, можно было бы ожидать, что галлюцинаторные явления будут наблюдаться одинаково часто при любой локализации опухоли, а этого нет. Мы видели, что в случаях опухолей лобных долей они встречаются, главным образом, там, где имеются сдавление зрительных нервов и хиазмы, слуховые же галлюцинации встречаются совсем редко. Между тем при опухолях височной доли галлюцинации наблюдаются приблизительно в половине всех случаев. В то же время при опухолях затылочных долей, при относительной частоте зрительных галлюцинаций слуховые представляют редкое исключение.

Антон в работе об опухолях височной доли сообщает, что в этих случаях галлюцинации нередко относятся к нескольким органам чувств. Галлюцинации, чаще слуховые, он видел преимущественно в случаях с судорожными припадками.

#### **Роль поражения слуховых чувствующих путей**

Изучение роли поражения центральных слуховых чувствующих путей в общем комплексе изменений, приводящих к слуховым галлюцинациям, представляет большие трудности ввиду того, что слуховые впечатления играют иную и в общем более сложную роль, чем зрительные. Сравнительно с последними они гораздо более текучи, более разнообразны. Самое существенное отличие заключается в том, что они состоят не только из шумов и отдельных звуков, но и из слов, имеют отношение к внутренней речи и мышлению. Это отражается и на структуре слуховых

галлюцинаций. Есть мнение, что само выражение «слуховые галлюцинации» не вполне соответствует сущности дела и могло бы быть заменено более правильным — «галлюцинации внутренней речи». Если восприятие отдельных звуков представляет собой сложный процесс, в котором участвует и вестибулярный аппарат, и напряжение определенной мускулатуры, и мышечная проприоцепция, то еще в большей степени это относится к восприятию речи. Как произнесение слова сопровождается рядом последовательных движений речевой мускулатуры, так то же в более или менее ясной форме имеет место при мысленном его произнесении. Каждое мысленное представление слова есть в то же время мысленное произнесение его, или, по крайней мере, оно сопровождается импульсом к выполнению комплекса соответствующих движений. Это в особенности ясно у ребенка, который думает вслух, и особенно в патологических случаях, даже таких легких, как разговор с собою у пожилых людей. Поэтому, схематизируя и неправильно отождествляя речь с мышлением, некоторые психологи еще недавно говорили, что мышление — это речь минус звук. Ввиду этого оценка процессов, являющихся основой слухового восприятия, очень не легка, а это затрудняет изучение развивающихся на этой базе галлюцинаций. Здесь приходится иметь в виду и изменения слуховых образов и общих речевых движений, необходимых для их произнесения. Положение затрудняется тем, что и в норме удельный вес тех и других компонентов индивидуально различен. Это находит отражение и в патологии.

Изучение роли раздражения периферических отрезков слухового чувствующего пути в генезе слуховых галлюцинаций затрудняется тем, что без наличия психоза или даже какой-либо вообще нервной патологии возможно восприятие различных шумов и звуков; они, воспринимаясь иллюзорно, могут создать условия, благоприятные для возникновения истинных обманов чувств. Мы уже обращали внимание на то, что и в норме образ восприятия не вполне соответствует воспринимаемому объекту. Можно сказать, что в восприятии всегда имеются элементы иллюзорности. Поскольку галлюцинации, по крайней мере истинные, всегда в какой-то мере являются восприятиями, все, что способствует образованию иллюзий, способствует и возникновению галлюцинаций. Мы отчасти видели уже на примере зрительных галлюцинаций, что такими моментами могут быть местные раздражения вследствие изменений в светопреломляющих средах глаза. Роль этих местных изменений по отношению к слуху гораздо более велика ввиду легкости, с которой возникают различные шумы: они сопровождают незначительные нару-

шения кровообращения, если даже те не выходят за пределы нормальных. Существует большое количество шумов сосудистого происхождения, характеризующихся ритмичностью, совпадающей с пульсацией артерии, изменением интенсивности в зависимости от сдавливания шейных сосудов, от нагибания головы. Эти шумы монотонны, бледны, иногда слышатся только в одном ухе, не сопровождаются явлениями глухоты. Шумы могут наблюдаться при застойных явлениях в лабиринте, и сторонники периферического происхождения галлюцинаций использовали эти случаи вместе с другими аналогичными данными для обоснования своей теории. Морель из клиники Ладама говорит, ссылаясь на данные отоневрологов о шумах в ушах или мышечных шумах. Эти шумы неясны, как бы затухавшие и иногда слышатся с одной стороны и при неослабленном слухе. При отосклерозе и пресбиакузисе обычны постоянные довольно интенсивные шумы. Они нередко имеют вполне определенный характер, напоминая шум моря, леса или звон отдельных колоколов; они тоже могут иметь ритмический характер. Все эти слуховые феномены воспринимаются в самом ухе или во всей голове и в нормальных условиях оцениваются правильно, как чисто субъективные явления.

Но при наличии общих условий, необходимых для развития галлюцинаций, они могут способствовать их появлению. В особенности это возможно, когда шумы стоят в связи с поражением нервного аппарата. Все эти шумы гораздо сильнее ночью в тишине, в условиях наступающей темноты; они как бы заглушаются обычными дневными шумами. Не случайно, что это наблюдается и по отношению к многим случаям галлюцинаций, которые усиливаются ночью. Возможно, что это явление имеет место как раз у тех шизофреников, которые лучше себя чувствуют в шуме беспокойного отделения и сами просят перевести их обратно, когда их помещают в более спокойные условия.

Роль местных изменений слухового аппарата в возникновении галлюцинаций очень ясна в следующем нашем случае.

Больной 45 лет, из наследственно неотягощенной семьи, хозяйственник. Всегда обладал хорошим здоровьем. 12 лет назад имело место специфическое заражение. Пролечен в течение ближайших 3 лет несколькими курсами лечения. Умеренный алкоголик. Последние два года стал жаловаться на головные боли, шум в ушах и ослабление слуха, в особенности слева. С год наблюдались раздражительность, ослабление памяти. Последние месяцы стало трудно работать, часто делал ошибки.

В клинике наблюдалось следующее. Зрачки неравномерны, реакция на свет ослаблена. Паретичность лицевой мускулатуры. Речь не вполне внятна, на длинных словах спотыкание. Дрожание языка и рук.

Коленные рефлексы повышены. Удовлетворительно ориентируется в окружающем. Жалуется на головные боли, шум в ушах. Хотя соглашается с тем, что ему необходимо лечение, но ясного сознания болезненности своего состояния нет. Причину болезни видит в переутомлении. Круг интересов сужен. Плохо разбирается в политических событиях. Мало интересуется окружающим. Память ослаблена, главным образом в смысле неточного указания дат. Настроение неустойчивое с колебаниями в сторону тоскливости и раздражительности. Ослабление слуха слева отиатр ставит в связь со специфическим поражением внутреннего уха. Жалуется на шум в голове и левом ухе, постоянный, но с колебаниями в интенсивности.

Ввиду наличия этих явлений, которые нужно оценивать как начальную стадию прогрессивного паралича, тем более что за это говорят и данные исследования ликвора, было проведено малярийное лечение.

Оно переносилось больным довольно хорошо, но после 5-го приступа усилились шумы в ушах, главным образом в левом ухе, и появились голоса, которых раньше совершенно не было. В течение ближайших недель они несколько усилились, а потом приняли стационарный характер. Голоса слышались только в левом ухе, причем они иногда воспринимались внутри, чаще больному казалось, что ему говорит кто-то в ухо извне, но определенной проекции в окружающем пространстве голоса не получали.

Галлюцинации носили почти исключительно характер голосов. Больной постоянно слышал бранные слова по своему адресу, эта брань была так обильна и разнообразна, что он говорил, что раньше никогда не представлял себе ничего подобного.

Содержание слышимого ничинно, часто даже совершенно не передаваемо. Больному припоминают его ошибки в прошлом и, извращая действительность, говорят о них как о тяжчайших преступлениях. Содержание слышимого не имеет какого-либо отношения к мыслям больного, не представляет их повторения, эха мыслей. Голоса слышатся громко, с отдачей во всей голове, которая при усилении голосов начинает болеть еще сильнее. В то же время больной сознает, что все это ему только кажется и что в действительности никаких людей, которые его бранят, нет, но иногда он начинает верить в их реальность. Голоса очень мучительны для больного, так как не дают ему чем-нибудь заниматься. В дальнейшем голоса стали несколько менее интенсивны, и больной до известной степени привык к ним. В течение ближайших месяцев они не исчезали, несмотря на некоторое улучшение памяти и уменьшение головных болей.

Этот случай нужно трактовать как прогрессивный паралич, давший под влиянием малярийного лечения, с одной стороны, улучшение общего состояния, с другой — обострение местных явлений, по существу сифилитического характера. В известной степени случай этот подходит под схему превращения под влиянием гипертермической терапии картины паралича в сифилис мозга. Каков характер наблюдаемых здесь оптических феноме-

нов? Это, конечно, не просто усиление шумов. Налицо имеются определенные слуховые образы, больной слышит ясно бранные слова, очень разнообразные, многочисленные, хотя и однообразные по своему неприятному для него характеру. То, что больной не считает их реальной действительностью, заставляет относить их не к истинным галлюцинациям, а, скорее, к галлюцинозам. Последние характеризуются именно тем, что больной относится к ним критически и при них не наблюдается других явлений психического расстройства, тем, что они могут переноситься во внешнее пространство, но никогда не имеют знака реальности. Заслуживает внимания их локальность, они слышатся с левой стороны и именно в самом ухе, точно кто-то произносит бранные слова, наклоняясь к уху. Они не ассимилируются, в отличие от истинных галлюцинаций, с реальными звуками в окружающем пространстве, не фиксируются строго в одном определенном пункте, а приурочиваются вообще к левой стороне, центрируясь около левого наружного слухового прохода. Эта локальная связанность слуховых галлюцинаций прямо указывает на определяющую роль специфического процесса в слуховом аппарате. За это же говорит самое первое появление галлюцинаций (в связи с обострением после малярийного лечения) вместе с усилением шумов, как бы вырастанием из них.

В этом случае, таким образом, можно говорить о строгой обусловленности галлюцинаторных расстройств местными изменениями, о локальном галлюцинозе. Местными изменениями обуславливается и его структура — однообразие образов не только в том смысле, что это исключительно слуховые образы, но и в смысле однотипности и стационарности. Но во всех этих случаях речь идет все-таки не об истинных или аутоптических галлюцинациях, как их называют Клод и Эй. Такие случаи говорят о том, что местные изменения чувствующих путей имеют большое значение для оформления, видимо, и для генеза галлюцинаций, хотя не заключают в себе всего для этого необходимого. В нашем случае, кроме того, дело ограничивается изменениями преимущественно в периферическом отрезке чувствующего слухового пути. Для образования галлюцинаций в собственном смысле необходимы еще какие-то другие условия. Выше мы констатировали, что при органических заболеваниях галлюцинации наблюдаются в тех случаях, когда местные изменения комбинируются с общими. Естественно предположить, что в рассматриваемом нами случае дело не дошло до таких общих изменений, которые составляют необходимые предпосылки для процесса галлюцинирования. Каковы должны быть эти общие изменения? Принимая во вни-

мание то, что мы говорили выше о роли в процессе галлюцинирования слухового восприятия, помимо собственно слуховых впечатлений, внутренней речи, речеводвигательного аппарата, понятно, что такие условия могут создаваться не при ограниченных, а при более обширных повреждениях, охватывающих прежде всего височную долю. Казалось бы, что чем диффузнее и глубже изменения, чем полнее они охватывают весь мозг, тем легче сенсорным образам, возникшим в результате местного раздражения, получить значение чего-то обособленного, не найти себе должной критической оценки и стать истинными галлюцинаторными феноменами. Но дело обстоит как раз не так. Видимо, именно более грубые и диффузные процессы, приводящие к слабоумию, исключают возможность возникновения галлюцинаций.

В своей работе о галлюцинациях в детском возрасте мы указывали на это по отношению к врожденному слабоумию. Галлюцинации редки при грубых деструктивных процессах. Если же они встречаются все-таки при грубых заболеваниях мозга, то, как правило, лишь в начале заболевания, когда преобладают явления раздражения. Они исчезают по мере деструкции и обнаружения психического распада. Так было и в нашем первом случае у больного с артериосклерозом и карциномой. Этот факт заслуживает того, чтобы на нем остановиться. Если дело не в грубых и диффузных изменениях, то очевидно, возникновение галлюцинаций нужно связывать с более тонкими и систематизированными в каком-то направлении изменениями. Известную ориентировку в этом отношении дает тот факт, что слуховые галлюцинации особенно часты при поражениях височных долей. Но дело не только в опухолях. Многочисленные картины нейролюэса также представляют различные сочетания местных изменений с общими и поэтому имеют в данном случае интерес. Благодаря своей особой динамике они имеют для изучения галлюцинаторных расстройств некоторое преимущество перед опухолями. Возможность терапевтического вмешательства с изменением взаимоотношений местного и общего, в частности, может дать нечто новое. Это относится и к последнему нашему больному. У него галлюцинации появились как раз не тогда, когда собственно паралитические изменения были более выражены, а тогда, когда они несколько сгладились и в то же время обострились явления местного раздражения. Это соответствует повседневному клиническому наблюдению. Известно, что галлюцинации гораздо чаще встречаются при сифилисе мозга, как таковом, а не при прогрессивном параличе; при последнем же бывают преимущественно в случаях, лечен-

ных малярией. Но и при прогрессивном параличе тоже приходится считаться с заинтересованностью местных отделов. Можно говорить об определенной закономерности, так как здесь, как при мозговых опухолях, в случаях со слуховыми галлюцинациями наибольшую роль играют височные доли. В психиатрической клинике 2-го ММИ К. А. Сворцов наблюдал ряд случаев слуховых галлюцинаций при сифилисе мозга и во всех случаях констатировал изменение слуха: иногда вследствие поражения среднего уха, а главное кохлеарного нерва. В одном случае под влиянием привитой малярии галлюцинации резко обострились, в другом они стали слабее после поясничного прокола. Больная, страдавшая бредовыми идеями, говорила, что, вероятно, «радио перенесли в другое место». Прежде голоса слышались в теменной области, после пункции все голоса перешли в область правого сосцевидного отростка и затем сосредоточились, как у нашего пациента, в области правого наружного слухового прохода.

Таким образом, можно утверждать, что слуховые галлюцинации сравнительно часты при поражении височных долей, какова бы ни была их этиология. Однако височные доли — это общее топографическое понятие, оно включает в себя значительное количество образований весьма различного функционального значения.

Выше мы говорили как о несомненном факте, что одно поражение чувствующих путей, будет ли то на периферии или в центре, не в состоянии само по себе дать галлюцинаций. Для их возникновения необходимы какие-то добавочные условия, поражение каких-то других систем или, может быть, какие-то изменения, охватывающие весь мозг в целом. Целесообразно поэтому проанализировать такие случаи органических поражений, где вместе с галлюцинациями, в частности слуховыми, имеются другие изменения, могущие дать возможность судить, в какой констелляции поражение центральных сенсорных путей приводит к галлюцинациям. В этом отношении заслуживает внимания следующий больной психиатрической клиники 2-го ММИ.

#### **Травматический синдром Кандинского—Клерамбо**

Больной В. С. С. 25 лет, слесарь, 5 лет назад работал забойщиком и был засыпан породой, с месяц лежал без сознания. Через год приступил к более легкой работе. Сначала беспокоили головные боли, но потом чувствовал себя неплохо. Еще через два года начались припадки с полной потерей сознания и общими судорогами. Последний год насту-

пило ухудшение, иногда блуждал по улицам, не отдавая себе в этом отчета. По ночам бывали кошмары. Голова стала болеть так сильно, что бывало ощущение, что выдавливает глаза. За последний год появились усиленные голод и жажда: «Желудок набит, а есть хочется». Внезапно, без всякой причины, иногда повышается на несколько часов температура до 39°. Стали отмечаться приступы потливости, сонливости, иногда полового возбуждения. У больного дефект в лобной части черепа с правой стороны. Энцефалография обнаруживает кисту в правой лобной доле, расширение третьего и боковых желудочков. Явлений пареза не отмечается. Зрение не расстроено, слух ослаблен, восприятие окружающего, особенно более сложных объектов, резко изменено. Отмечается значительная слуховая гиперестезия: ему трудно переносить шумы и громкие звуки. Часто слышит шумы, которые принимают музыкальный характер.

Шумы часто имеют какую-то форму, точно состоят из песчинок. Иногда бывают слуховые галлюцинации, но слышатся не слова, а музыка, точно включается радио. Отмечается значительное расстройство слухового неприятия. Ему трудно понимать слова собеседника, часто они для него только звуки без смысла. Временами во время разговора наступает такое состояние, когда он слышит только обрывки, начало или конец фразы.

Интеллектуальные функции у больного вообще нарушены. Ему трудно связать мысли, трудно удержать в голове то, что говорил собеседник, и найти ответ. Обычный разговор для него становится очень трудным: «поздоровался, а говорить не о чем» — не может найти темы для беседы. Часто ощущение пустоты в голове, отсутствия мыслей, иногда же бывают своеобразные наплывы, в особенности перед сном. В это время бывают и другие переживания, которые нужно оценивать как особые галлюцинаторные состояния. Лежа в постели, он видит яркие картины прошлого, они совершенно отчетливы, быстро сменяют друг друга, в общем соответствуют действительности, иногда носят характер фантастичности.

Перцепторные и гностические расстройства имеются у больного и по отношению к зрительному материалу. Окружающие предметы кажутся ему то слишком большими, то слишком маленькими, бильярдные шары, например, внезапно делаются большими и тут же принимают свою форму. Это изменение восприятия величины наблюдается только по отношению к зрению. Например, стакан, из которого пьет чай, ему часто кажется большим, но, если он берет его в руку, он принимает нормальные размеры. Расстройства восприятия иногда носят и более общий характер. Его собственные переживания кажутся ему чуждыми, принадлежащими не ему. Это распространяется на хорошо знакомые, принадлежащие ему предметы. Один раз он уверял, что его рубашка не его, потому что по фасону и цвету материала она казалась ему незнакомой. Иногда все окружающее кажется ему нежизненным и непонятным. Находясь в обществе людей, он не может отрешиться от впечатления, что окружающее — только кино. Это связывается и с расстройствами понимания: «не понимал, что к чему». Помимо обычных

головокружений, у него иногда наблюдаются своеобразные расстройства этого рода. Иногда все начинает валиться, у него появляется ощущение, что он идет по наклонной плоскости, причем наклон все увеличивается. Ему кажется, что все кругом начинает вращаться, причем общий поток вращения вовлекает и его, ему приходится взяться за что-нибудь, чтобы не упасть. Иногда бывает ощущение, точно он куда-то проваливается.

Настроение у больного подавленное, его тянет уйти куда-нибудь подальше от людей. Он чувствует, что стал иным, не таким, как все, видит к себе иное отношение со стороны товарищей, которые будто бы отворачиваются, встречаясь с ним, перестал их к себе приглашать — «живу не с товарищами, а между ними». Думает, что его обходят, стал мнителен, подозрителен. Часто испытывает тревогу, страх, что с ним что-то должно случиться.

Среди многочисленных и разнообразных расстройств больного галлюцинаторные расстройства стоят далеко не на первом месте, но это как раз дает возможность выяснить, что необходимо для их возникновения, помимо собственно раздражения центральных сенсорных путей. Наличие разнообразной, в общем хорошо изученной в патологии симптоматики позволяет определенно охарактеризовать мозговое поражение в целом.

В слуховой сфере приходится констатировать ослабление слуха, наличие шумов, иногда музыкальных, а также слуховых галлюцинаций. Все это наблюдается на фоне своеобразной слуховой гиперпатии вместе с затруднением слуховых восприятий, особенно сложного материала. Больной часто слышит не слова, а только звуки, смысл которых ему неясен, иногда понимает только конечные слова фразы, часто и отдельные слова для него существуют только как звуки, вместо слов слышится только гул. Сочетание слуховых галлюцинаций с симптомами сенсорной афазии определенно указывает на затронутость левой височной доли. В данном случае слышится не слово, а музыкальная мелодия. Это дает основание предполагать поражение переднего отдела верхней левой височной извилины. Но у больного наблюдается отчуждение собственной речи. Ему часто кажется, что говорит не он, а кто-то другой. Это указывает на то, что у нашего пациента дело не ограничивается поражением одной левой височной доли, а поражена и правая.

Что касается зрительных восприятий, то здесь некоторые расстройства носят элементарный характер, некоторые же более сложны. К числу первых относятся явления дисмегалопсии. Окружающие реальные предметы кажутся то большими, то маленькими. Эта особенность вообще может иметь место и по отношению к зрительным галлюцинаторным образам. Так было,

например, в цитированном выше случае А. Пика, когда буквы, которые виделись в окружающем пространстве, изменяли свою величину. Там эти явления можно было сопоставить с изменениями проприорецепции мышц глаза, галлюцинаторные образы увеличивались при смещении их вдаль. Явления макро- и микроспии нужно в общем считать оптико-вестибулярными расстройствами. Макропсихические или микропсихические галлюцинации (галлюцинации-лиллипуты) могут наблюдаться без того, чтобы периферическая проприорецепция страдала первично. Эта дисмегалопсия может быть мезоцефалического происхождения, в других же случаях необходимо участие коры.

Изменения оптического восприятия, вызываемые теми или иными причинами, обычно находят отражение и в галлюцинациях. Известен случай Дельбефа, когда больной в результате травматического повреждения все объекты окружающего воспринимал в искривленной форме, причем левые половины каждого предмета были значительно меньше. Такой же характер носили и его галлюцинации. В психиатрической клинике 2-го ММИ находилась на излечении старушка с органическим поражением мозга, у которой наряду с другими явлениями наблюдалась и дисморфопсия. Соответственно этому и наблюдавшиеся у нее зрительные галлюцинации носили особый характер: все видевшиеся ей фигуры были резко искажены.

О затронутое™ вестибулярного аппарата говорят и другие расстройства у нашего пациента. На них указывают не только головокружения, но и ощущения проваливания, кружения всего вокруг, причем в общее кружение вовлекается и сам больной. Сюда же нужно отнести ощущение, что он идет по наклонной плоскости. Быстро проносящиеся перед глазами и сменяющие одна другую картины также легко могут быть поняты, если вспомнить, что в экспериментах раздражение лабиринта у галлюцинанта дает усиленное движение галлюцинаторных образов. К более сложным расстройствам нужно отнести такие явления, когда все окружающее вдруг начинает больному казаться измененным, каким-то иным. К более простым случаям того же расстройства нужно отнести непризнание больным своими принадлежащих ему вещей, например, когда его рубашка кажется ему совсем иной: другого фасона и измененного цвета. Но эти простые явления могут дать ключ к пониманию и более сложных. Явления дисмегалопсии в данном случае стоят в связи с другими расстройствами оптического восприятия. В том, что все окружающее казалось больному временами измененным, причем дело доходило у него до состояния *jamais vu* (являющегося

состоянием известного расстройства сознания), определенную роль играют и элементарные расстройства, изменения восприятия, формы и цвета. Наплыв мыслей, насильственное мышление соответствуют тому, что носит название синдрома Клерамбо. В этих мыслях, хотя они идут помимо воли и желания больного, для него нет ничего непонятного. Такой же характер носит развертывание перед его глазами картин прошлого, в общем соответствующих его переживаниям, но иногда носящих характер чуждости. Как собственные предметы одежды кажутся больному не принадлежащими ему, так и собственные его мысли, воспоминания кажутся ему чужими. По Клерамбо, существуют различные автоматизмы. К чувственному относятся различные боли и парестезии, которые кажутся привнесенными откуда-то со стороны. Они могут, хотя это и необязательно, дать материал для создания бреда влияния. Насильственные движения, импульсы и насильственные задержки движения входят в двигательный автоматизм. Наиболее сложны и разнообразны явления психического или идеомоторного автоматизма. Сюда относятся: наплыв мыслей без какого-либо определенного содержания и не имеющих особого психологического обоснования, поток бессвязных мыслей, повторяющих мысли самого больного, как своеобразное эхо, иногда впереди идущее, как бы предвещающее эхо или комментирующее. В части, касающейся насильственного мышления, переживания нашего пациента полностью соответствуют описанию психического автоматизма, сделанному самим Клерамбо, но у него имеется нечто иное, не вполне подходящее под это понятие. Помимо насильственных мыслей, у него еще большую роль играют многочисленные зрительные образы, целые картины, проносящиеся в насильственном порядке, воспринимаемые мысленно, но имеющие определенную зрительную форму. Некоторыми чертами они напоминают грезовые состояния, но последние развиваются не без активного участия самой личности, удовлетворяющей в нем свои внутренние потребности, и не носят характера насильственности. Переживания же нашего больного в какой-то мере носят чувственный характер и являются галлюцинациями, хотя и психическими. Отличие от грезовых состояний здесь в том, что при последних, как и при сновидениях, возможен психологический анализ, могущий открыть психогенную, эмоциональную обусловленность переживаний и более или менее выраженную символизацию. Между тем содержание переживаний больного для него эмоционально безразлично, не центрировано около каких-нибудь пунктов, так сказать, атематично. Клерамбо, настаивая на отсутствии в них смысла и опре-

деленного содержания, ставит эти особенности переживания в связь с генезом автоматизмов. По его мнению, различные виды переживания возникают в результате воздействия на соответствующие чувствующие, двигательные или идеомоторные центры необычного патологического раздражения — инфекционного, токсического или травматического. Как известно, это чисто неврологическое истолкование рассматриваемых явлений с самого начала встретило справедливые возражения, прежде всего со стороны Клода. Для нас важно, что галлюцинаторные явления нашего пациента вполне точно соответствуют картине синдрома Клерамбо и что у него в основе всего заболевания имеется один из моментов патологического раздражения, указанных Клерамбо, — травматическое раздражение.

Нужно заметить, однако, что сам Клерамбо не дал ни одного описания своего синдрома травматического генеза. Нельзя считать, что галлюцинации в нашем случае, как и вообще, являются прямым последствием раздражения чувствующих центров или центральных чувствующих путей. Принять это — значит пойти по пути Лейбушера, Тамбурины и Сури. Но возникновение галлюцинаций в случаях типа синдрома Клерамбо говорит о какой-то роли раздражения сенсорных путей, хотя и не к нему одному сводится их генез. У нашего пациента имеется и ряд других расстройств, указывающих на то, что дело не ограничивается только поражением височных извилин. Приступы потливости, слюнотечения, беспричинные повышения температуры, половое возбуждение, различные неприятные ощущения типа гиперпатий, в особенности состояния тревоги с ожиданием какой-то беды, — все это говорит о значительных сдвигах вегетатики — о поражении межучного мозга. В этом нужно видеть необходимые предпосылки, при наличии которых местные раздражения могут дать галлюцинации. У нашего пациента имеется и ряд психических симптомов, которые, имея органическое обоснование, с клинической стороны сближают это состояние с шизофренией. Его замкнутость, избегание людей, мысли о том, что другие плохо к нему относятся, явления мантизма, все это так же сконструировано, как при шизофрении. Интересно его замечание, что он живет не с людьми, а между людьми. Такие факты не представляют ничего исключительного. Они по справедливости расцениваются многими исследователями как доказательство того, что шизофреническая симптоматика является не выражением какой-то неизвестной сущности, а имеет определенное патофизиологическое обоснование. Высказывания этого рода делаются, главным образом, по отношению к шизофреническо-



му аутизму с бредом воздействия и кататоническим симптомом, но это справедливо также по отношению к тому, что нас особенно интересует, — к галлюцинациям. Последние могут иметь одни и те же механизмы развития, будут ли они иметь место при эндогенных заболеваниях или токсико-инфекционных и травматических, вообще органических психозах. В этом отношении интересен следующий случай.

### **Речеводвигательные галлюцинации**

Больная Е. К. А. 52 лет, домашняя хозяйка. Поступила в клинику с жалобой на то, что язык помимо ее воли произносит неприятные слова, на то, что ее мысли как-то кружатся, воображаются и вертятся на языке. Отец больной — алкоголик, тяжелый психопат, сестра страдает тревожно-мнительным характером. Больная кончила 5 классов средней школы и после этого всю жизнь занималась домашним хозяйством, сначала у родных, с 28 лет при муже. 2 года работала телефонисткой. Всегда была тревожна, нерешительна, суеверна: «Что подумаю, то и случится». Была малообщительна, недоверчива. В возрасте 17 лет в течение недели у нее была бессонница и неопределенные страхи. В 27 лет был психотический приступ. Будучи в церкви, она вдруг почувствовала слабость, тошноту, ей начало казаться, что в нее вселился нечистый дух. Дома все показалось ей странным, чуждым, мужа она приняла за черта. После лечения гипнозом поправилась. Аналогичный приступ был у нее в 45 лет, развился он после гриппа. Сама себе она начала казаться странной, окружающие люди тоже казались ей измененными. Через 6 мес. она совсем поправилась. В 51 год у нее прекратились менструации, этот период сопровождался резко выраженными вазомоторными расстройствами, она долго была апатична. 5 мес. назад, после какого-то желудочно-кишечного заболевания со рвотой, у нее появились бессонница, страхи, навязчивые мысли. Ей стало казаться, что все к ней плохо относятся, что-то затевают против нее. Вместе с тем она начала замечать, что у нее стали застревать на языке отдельные слова, и она никак не могла от них освободиться. Язык помимо ее воли произносил разные слова, часто ругательные. Тревога у нее часто нарастала до того, что ей казалось, что она вот-вот умрет.

Отмечен заметно выраженный общий артериосклероз, кардиосклероз. Неврологическое исследование дает отрицательный результат. Удовлетворительно ориентируется в месте и времени. Подробно описывает беспокоящие ее явления и довольно тонко их анализирует. Все внимание больной сосредоточено на ощущениях и движениях в нижней части лица, главным образом в области языка. Последний, как она ощущает, постоянно движется и произносит неприятные слова, иногда это ругательство по ее собственному адресу или по адресу родных. Чаше всего это слова, связанные с ее болезнью: «отчаяние, я должна умереть, никогда не поправиться». Иногда это отдельные слова или звуки, имеющие как бы символическое значение. Например, «м» — мучение, буду мучить, «д» — дело плохо. Фразы, слова, звуки, насильственно появля-

ющиеся в сознании в виде представлений, затем ощущаются на языке, слышатся и, наконец, видятся на недалеком расстоянии от глаз, иногда на близлежащих предметах. Например, звук «ш» сначала слышится, потом видится в форме буквы. Во время беседы с врачом она видит слово «отчаяние» на его халате. Иногда слова, слышимые ею и ощущаемые на языке, она видит расположенными в воздухе справа или слева, причем начальные буквы располагаются у самого рта. Иногда ей кажется, что глаза ее поворачиваются внутрь и она видит «внутренним глазом», как движется язык или нёбо. Первый раз, увидя движение нёба, она очень удивилась и подумала: «До сих пор двигался только язык, а теперь уже и нёбо». Тут же не только почувствовала движения языка, но и увидела их в первый раз, раньше движение языка не видела, а только чувствовала. Все эти явления сопровождаются мучительным чувством их чуждости, навязанности откуда-то со стороны, непонятности для больной. Звуки слышатся со стороны и мысленно, беззвучно. Слова и буквы видятся на тех предметах, на которые она смотрит, иногда где-то перед глазами, точно на каком-то экране.

У больной наблюдаются и истинные галлюцинации не только в форме окликов. Она слышит разговоры о ней, неприятные фразы. Она слышит это вовне, без каких-либо внешних раздражений, но все-таки не на далеком расстоянии от уха. Эти обманы слуха стоят особняком в переживаниях больной, которая не считает их существенными, не переживает их эмоционально и не возвращается к ним так постоянно, как к ощущениям, связанным с языком.

Кроме перечисленных галлюцинаторных явлений, в которых больная более или менее разбирается и к части их относится как к симптомам болезни, у нее имеются выраженные идеи отношения. Ей кажется, что про нее постоянно говорят, что все знают о ее мучительной болезни, подобной которой нет ни у одной больной. Иногда ей кажется, что врачи и другие больные на нее посматривают как-то косо. Эти мысли мало ее беспокоят.

Гипнотическое лечение, которое раньше ей помогало, на этот раз оказалось безрезультатным. Больной в течение 5 дней был проведен непрерывный амиталовый сон. Больная, страдавшая вообще бессонницей, охотно подверглась этому лечению и сама о нем просила. Сон не был особенно глубок, хотя дозы давались более значительные, чем другим больным, спавшим очень крепко. Через 5 дней после пробуждения у больной отмечалось следующее состояние: она была оглушена, растеряна. Не верила, что ей проводили лечение длительным сном, думала, что его и не было. Соответственно этому число определяла на 5 дней назад. При закрытых глазах видела много ярких цветов, преимущественно зеленого цвета, какие-то красивые ландшафты, парки, лужайки. В ближайшие два дня после лечения отмечалась некоторая эйфория. Перед глазами у больной появились точки и какие-то «крючочки». Прежних галлюцинаторных явлений не было. Но она высказывала опасение, что они опять могут вернуться. Еще через несколько дней больная была выписана в хорошем состоянии.

С точки зрения Клерамбо состояние у нашей пациентки несомненно нужно оценивать как автоматизм и притом во всех видах: особенно ярко у нее представлены психические и моторные автоматизмы. Видя в психическом автоматизме результат патологического раздражения на почве того или другого процесса, Клерамбо считает его родственным шизофрении. Если не относить все случаи психического автоматизма к шизофрении, что было бы несомненно неправильно, то эту родственность нужно понимать в том смысле, что и при ней могут наблюдаться клинические симптомы и состояния, по механизмам развития и структуре тождественные с тем, что можно встретить в течение экзогенных заболеваний. Наша больная в смысле формального диагноза могла бы быть отнесена к шизофреникам, но в действительности это было бы неверно. На первом плане в картине ее болезни стоят не столько изменения личности и бредовые идеи преследования, сколько своеобразные расстройства восприятия окружающего и псевдогаллюцинации, на которых мы и остановим внимание. Они слишком разнообразны, чтобы быть исчерпанным понятием психического автоматизма Клерамбо. Вместе с обычными явлениями психического автоматизма в данном случае наблюдается расстройство типа речеводвигательных галлюцинаций Сегла, но также выходящее за рамки этого понятия. Здесь не только ощущение движения языка и слов, которые с него сходят помимо воли больной, имеет место и видение движений языка и даже движений нёба. Кроме того, движения идеомоторного автоматизма, по мнению Клерамбо, служат только материалом и фундаментом для бреда, предшествуют ему, но не являются сами по себе бредом, почему в первое время Клерамбо называл его основным, ядерным синдромом в том смысле, что он образует ядро для бреда. У нашей же больной переживания с внешней формой психического автоматизма развились в определенный гипохондрический бред. Так нужно оценивать утверждение, что ее глаза повернуты внутрь и она видит изнутри движения языка и нёба. Резко отличает этот случай от симптома Клерамбо и то, что здесь совсем нет никаких оснований говорить о «безыдейности», атематичности содержания галлюцинации. Звук «м», который больная ощущает на языке, и буква «м», которую она мысленно видит, для самой больной являются заместителями слова «мучение», которым она характеризует свое состояние. Сравнительно с галлюцинаторными явлениями, развивающимися на почве органических изменений, здесь приходится считаться с совершенно противоположным процессом — там процесс идет с периферии, здесь из центра.

Наша пациентка иногда видела буквы и целые слова на окружающих предметах, на лицах своих собеседников. А. Пик тоже видел буквы и целые слова на тех предметах, на которые он смотрел, в частности на лице стоящего рядом ассистента. Таким образом, с феноменологической стороны между этими случаями имеется полное тождество, со стороны же внутренней сущности, структуры они представляют собой полную противоположность. У А. Пика исходным пунктом было зрительное раздражение, стоящее в связи с отслоением сетчатки, иными словами, местные изменения. Здесь же галлюцинаторным явлениям предшествовали общие психические изменения, наполнившие сознание определенными аффективными переживаниями. Некоторые представления получили особую значимость благодаря своей эмоциональной насыщенности, но воспроизводились в галлюцинаторной форме. Они стали такими потому, что в физиологических процессах, сопровождающих внутреннюю речь, они нашли условия, аналогичные тем, которые у А. Пика привели к буквенным галлюцинациям. У нашей больной галлюцинации не только многочисленны и разнообразны, но и таковы, что нельзя даже сказать, какому органу чувств они соответствуют. «Мучение» представляется буквой «м», переживается и в речеводвигательной и измененной звуковой и зрительной областях. Это потому, что здесь происходит нечто обратное развитию изменений при локальных галлюцинозах, обусловленных ограниченными органическими поражениями. Там процесс идет от местных изменений на периферии и идет центрипетально, реализуясь в той мере, которая соответствует изменениям, охватывающим весь мозг. В нашем же случае общемозговой процесс ведет к опусканию на более низкий уровень, и сложное образование, получившееся в результате синтетической работы, как бы распадается на первоначальные слагаемые, которые раньше в этом более общем образовании утрачивали свою индивидуальность, а теперь почти известную самостоятельность. Можно поэтому говорить о психосенсорном распаде представлений, хотя бы того же «мучения», на свои речеводвигательные, слуховые и зрительные компоненты, учитывая, что они образовались в результате мыслительной работы, совершающейся при участии внутренней речи. Рассматривая психоз как мозговое заболевание, включающее в себя ряд определенных комплексов патофизиологических изменений, в данном случае можно было бы думать об особом участии в общих изменениях области интерпариетальной борозды, являющейся центром сенсорного синтеза. Для больной речеводвигательные компоненты играли особенно бо-

лыпую роль. Вспомним, что нередко бывало так, что она сначала подумает о движениях языка и тут же не только почувствует, но и увидит их. Это не является визуализацией представленной, наблюдаемой в некоторых случаях поражения затылочных долей, когда больной мысленно представляет себе какой-нибудь реальный предмет и тотчас начинает его видеть. У нашей больной самое существенное не в зрительных, а в речеводвигательных компонентах. Приведенные данные дают право заключить, что и у нашей больной, так же как и в раньше цитированных органических случаях, в генезе галлюцинаций играют роль расстройства в области центральной зрительной и слуховой чувствительности; и здесь они зависят не от изменений соответствующих сенсорных центров, а от распространения на них процесса диссоциации в результате расстройства синтеза, ведущего к сенсорному распаду, благодаря высвобождению каких-то самостоятельных слуховых, зрительных, речеводвигательных компонентов из сложного восприятия.

В данном случае эта диссоциация стоит в связи с поздним возрастом и артериосклерозом. Не случайно, что галлюцинаторные явления у больной появились только в последнее время, после прекращения менструации, хотя содержание их определялось болезненными переживаниями прошлого. Нужно искать в прошлом корни склонности у больной к навязчивым переживаниям, но изменилось их направление. Раньше это были мысли, до известной степени психологически понятные, теперь это стали навязчивые ощущения и галлюцинации. Интересно отметить, что, несмотря на ощущение чуждости этих переживаний, у больной не развивается на этой почве бреда влияния, преследования, хотя склонность к бредовым интерпретациям у нее имеются. Ее внимание все время занято ощущениями в области языка, ее переживания остаются в плоскости навязчивости, ипохондрического настроения, не переходят в бред. Этим ее состояние отличается от шизофрении, несмотря на формальное сходство с ипохондрическими ее формами. Случай нужно трактовать как ипохондрический симптомокомплекс на фоне инволюционных изменений у психопатической личности. Ведущим в данном случае нужно считать изменение общего чувства и связанное с этим появление особых ощущений в речеводвигательной мускулатуре. Их нужно считать активированием протопатической чувствительности. Если во всех предыдущих наших случаях галлюцинаторных расстройств первоисточником были непосредственные раздражения чувствующих путей или центра, то здесь его нужно искать в симпатической и парасимпатической

системе. В процессах восприятия вегетативная нервная система принимает участие наряду с анимальной, причем болезненным процессом в первую очередь может быть захвачена то одна, то другая. Известны при некоторых поражениях периферических нервов боли с характером каузалгии, зависящие именно от затронутости симпатических волокон. Нечто аналогичное нужно представлять себе и по отношению к оптической и слуховой чувствительности. Источники раздражения могут носить местный характер. У нашей больной такой зоной, видимо, является область нижней челюсти, где она испытывала особенные неприятные ощущения. Можно думать, что то же раздражение симпатической системы привело к особым ощущениям в речеводвигательной мускулатуре и может быть в области зрительного восприятия.

При органических заболеваниях галлюцинации чаще развиваются там, где налицо токсические моменты. Естественно поэтому, что в качестве таковых особенно часто фигурируют инволюционные психозы. С этой точки зрения нужно толковать следующий случай, представляющий интерес особенностями структуры галлюцинаций и их генеза.

### Функциональные галлюцинации

Больная Н. А. 3. 50 лет, уборщица. У отца ее в позднем возрасте после испуга наблюдалось какое-то душевное заболевание, то же было и у сестры. Училась больная только 2 года и осталась полуграмотной. Почти всю жизнь работала по домашнему хозяйству и по крестьянству. По характеру была застенчивая, любила быть одна. 18 лет вышла замуж. Беременностей не было. Год назад овдовела. С этого времени начался климакс.

Первые болезненные явления у больной стали отмечаться 4 месяца назад после поступления ее на фабрику Гознак. В шуме машин она начала слышать голоса, ей казалось, что машины поют песни. Вода, вылившаяся из крана, как ей слышалось, выговаривала: «Иди на фабрику, Наденька». Голоса так стали надоедать ей, что ей трудно было работать. Первое время они слышались только при наличии каких-либо реальных звуков. Последние 3 месяца они стали слышаться и сами собой в полной тишине. Больная убеждена в реальности этих явлений, думает, что поставлено радио, что на нее действуют какими-то лучами. Машины говорили, что заведующий интересуется ею и хочет на ней жениться.

При объективном исследовании отмечается следующее. Раздражение правого лабиринта. Некоторое снижение памяти при большой ограниченности интеллекта. Психический статус сводится, главным образом, к своеобразным слуховым феноменам. Они появляются только при наличии объективных звуковых явлений или шумов в окружающем пространстве шума: машины, трамвая, аэроплана, при неясном гуле го-

лосов, звуках музыки, радио, льющейся воды. Но все эти звуковые явления не воспринимаются в какой-либо извращенной форме, давая иллюзии, а представляются только условием для возникновения слуховых феноменов, которые нужно рассматривать как истинные галлюцинации. Раздражения, соответствующие каким-либо другим органам чувств, например зрительным, слуховым галлюцинаций не вызывают. Некоторые галлюцинации носят более элементарный характер: шумы, треск, отдельные звуки. Чаще слышатся человеческие разговоры, громкие или шепотом, пение, музыка, то более, то менее отчетливая, но во всяком случае с определенным звучанием и ясной локализацией в окружающем пространстве. Голоса слышатся оттуда, где слышатся и вызывающие их объективные звуки, из машин, из крана, из которого льется вода. Интенсивность звуковых образов стоит в прямой зависимости от силы объективно имеющихся звуков или шумов. Голоса слышатся обоими ушами, но справа они как будто звучат сильнее. При более или менее плотном закрывании ушей голоса исчезают. Что касается содержания галлюцинаций, то они сводятся к разговорам о заводе, о заведующем, о переходе из одной мастерской в другую, иногда это оклики по имени, приказания, довольно однообразные и часто повторяющиеся («иди домой, Наденька»), музыка, пение, передача ее собственных мыслей и повторение. Галлюцинации усиливаются при волнении, фиксации внимания на объективных звуках, они доступны до известной степени прямым и косвенным внушениям. Один раз она просила заведующего остановить машины, и голоса на некоторое время прекратились. Она решила, что заведующий остановил машину, производящую голоса. У больной существует уверенность в реальности слышимых ею звуков. На предположение, что это ей может быть только кажется, она заявляет: «Я не сумасшедшая». Она убеждена в существовании каких-то машин и здесь в клинике и просит сломать их. При ее крайней недалекости ее утверждения, что ее исследуют лучами, узнают ее мысли, нельзя трактовать в полной мере как бредовые. Особого развития мысли, могущей считаться рудиментом бреда, не получают, несмотря на некоторое ухудшение общего состояния. Здесь нечто большее, чем просто некритическое отношение к содержанию галлюцинаций: она убеждена в существовании каких-то специальных машин и аппаратов, действующих на нее. Этим она объясняет наблюдающееся у нее иногда чувство покалывания в коже.

Звуковые феномены в этом случае нужно рассматривать как функциональные галлюцинации Кальбаума, галлюцинации, возникающие тогда, когда соответствующие органы чувств (речь идет обычно о слухе) находятся в состоянии функционального возбуждения. У больной можно было экспериментально вызвать галлюцинации, приставляя к уху карманные часы или заводя метроном. Галлюцинаторные образы возникали вслед за внешними раздражениями, отражая их ритм. Наша больная, наблюдавшаяся в клинике К. А. Скворцовым, обнаруживает в общем ту же картину, которую описывал Соколов. Он изучил условия

возникновения галлюцинаций при шизофрении и зависимость их от внешних раздражений. У больных Соколова голоса возникали и исчезали всегда точно вместе со звуками камертона. Определенно констатировалось влияние ритма и тональности раздражителя. Рассматриваемые галлюцинации можно было вызвать и ритмическими прикосновениями к коже и раскачиванием перед глазами больной карандаша.

Случаи функциональных галлюцинаций редки, и из них трудно делать какие-либо общие выводы, касающиеся возникновения галлюцинаций. Однако они свидетельствуют о том, что состояние возбуждения сенсорного аппарата иногда может играть какую-то роль. Когда мы будем говорить об условиях возникновения галлюцинаций, к вопросам о функциональных галлюцинациях придется возвратиться. Пока мы можем сказать, что и в этом последнем случае, как и во всех предыдущих, возникновение галлюцинаций имело место тогда, когда к общим изменениям, вызванным органическим заболеванием, присоединились и местные раздражения сенсорной сферы. Даже при этом общем заболевании можно видеть отражение местных изменений. Галлюцинации были исключительно слуховые и притом больше слышались с правой стороны, на которой имелось раздражение лабиринта. Это, конечно, нельзя считать случайностью, равно как и то, что больная страдала некоторым ослаблением слуха. Цитированные выше случаи Соколова относятся к шизофрении. Несмотря на частоту при этой болезни слуховых галлюцинаций вообще, функциональные галлюцинации представляют большую редкость. Описанный случай, несмотря на известное внешнее сходство с шизофренией, заставляющее думать о возможности поздней шизофрении, все же должен считаться особой формой инволюционного психоза. Сенсорный автоматизм здесь обусловлен органически и стоит в связи с какими-то токсическими изменениями. Налицо зависимость галлюцинаций от переживаний прошлого, от элементов психического порядка. Общие условия для возникновения галлюцинаций в начале заболевания сами по себе не были достаточны, чтобы вызвать их, и нуждались в добавочном сенсорном раздражении.

### Генез галлюцинаций при органических заболеваниях

Изучение органических заболеваний, сопровождающихся галлюцинаторными расстройствами, показывает, таким образом, что последние чаще встречаются в тех случаях, когда более или менее резко затронуты сенсорные пути. Этого момента, однако, совершенно недостаточно для возникновения галлюцина-

ций. Характер галлюцинаций при органических поражениях зависит от обширности изменений и от того, какие системы затронуты кроме собственно сенсорных путей. Можно выделять особые локальные галлюцинозы, определяющим для которых является длительное раздражение сенсорных путей при наличии некоторых общих предпосылок для развития галлюцинаций. Соответственно этому они однотипны, так как состоят из расстройств одного какого-нибудь типа, зрительных или слуховых и притом обильных, несмотря на некоторое однообразие структуры и содержания. Последнее, естественно, определяется прошлыми переживаниями, а не органическими изменениями как таковыми. То, что в основном генез приходится связывать с этими органическими изменениями, делает понятным известное безразличие содержания галлюцинаций, а также его известную стабильность. Так как основное определяется местными изменениями, а не общими, которые отступают на задний план, отсутствуют выраженные бредовые идеи и имеется критическое отношение к сенсорным расстройствам, понимание их как результата болезни. Понимание субъективного характера переживаний может, правда, быть утрачено, но это имеет место временно при ухудшении общего состояния, при эмоциональных сдвигах, стоящих в связи иногда с усиленным наплывом галлюцинаторных образов. Соответственно органической основе такие галлюцинации бывают длительны и мало поддаются лечению. Примером такого галлюциноза может служить: в слуховой области наш паралитик, леченный малярией, в зрительной — больной с травматическим повреждением. Органические поражения мозга много могут дать для понимания некоторых особенностей, характеризующих как галлюцинации, так и близкие к ним явления, от которых их приходится отличать. Это относится к ощущению чуждости, неестественности, насильственности переживаний, независимо от того, будут ли то представления или восприятия. Область психических галлюцинаций по справедливости считается относящейся прежде всего к шизофрении, но на ряде примеров мы видели, что картины этого рода могут быть вызваны и органическими процессами. Если наша последняя больная представляет некоторые трудности для диагноза в смысле участия эндогенных компонентов, то картина у больного с травматическим повреждением не вызывает сомнения по своему генезу, а между тем в ней очень много типичного для синдрома Клерамбо. При органических поражениях могут быть и галлюцинации в собственном смысле. В ясной форме они наблюдались у больного с травматическими повреждениями, а также у последней бо-

льной. Для развития их необходимы более диффузные мозговые изменения с особой затронутостью некоторых отделов. Частота поражения височных долей в случаях с галлюцинациями, видимо, говорит не столько о важности изменения сенсорных чувствующих путей, сколько об участии диэнцефальной области, зрительного бугра, гипоталамической области с расположенными здесь центрами вегетативной нервной системы. Это говорит о важности в данном случае расстройств обмена, т. е. факторов токсического порядка. Такая постановка вопроса делает обязательным рассмотрение тех случаев галлюцинаторных расстройств, где акцент в генезе должен быть поставлен именно на токсических изменениях.

## ГЛАВА 3

### ТОКСИЧЕСКИЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

#### Общие замечания

Обозрение токсических психозов и более элементарных психических реакций при различных отравлениях говорит о том, что в картине их галлюцинации в более или менее интенсивной форме представляют постоянное явление. Для наших целей нет надобности давать подробное описание всех картин этого рода. С точки зрения освещения вопросов патогенеза мы считаем наиболее существенным установление основных типов токсических галлюцинаторных состояний. Это дает возможность выяснить, в каком окружении появляются галлюцинации, иными словами, на каком клиническом фоне, при каких условиях они возникают. Естественно, что в первую очередь нас должны интересовать наиболее простые случаи интоксикации. Такими в особенности нужно считать отравления определенными химическими веществами людей, ранее не представлявших никаких особенностей со стороны психической сферы. Случайные отравления этого рода приближаются к экспериментальным, но, как мы видели выше, для изучения галлюцинаций был применен и эксперимент в собственном смысле. Из всего многообразия клинических картин мы будем брать преимущественно малоизвестные и недостаточно освещенные в литературе, особенно обращая внимание на данные собственных наблюдений.

#### Отравления химическими веществами

Одним из ранних экспериментов является самонаблюдение Гемфри Деви, изучавшего на себе действие так называемого веселящего газа — закиси азота. Состояние при этом отравлении, по описанию Гемфри Деви, характеризуется обилием мыслей с очень живым течением. При этом устраняются все тягостные и неприятные ощущения, заменяясь веселым настроением и появлением смешных образов. В сознании проносятся живые зрительные картины, быстро сменяющие одна другую. При этом появляются совершенно новые ощущения: «я существую в новом мире». Прозрачный мир, в котором находился английский ученый, это мир его мыслей, ставших живыми образами. «Время не существует для меня; откуда-то издали идут полосы света». Ни на один момент он не утрачивал сознания своей личности и понимал свое состо-

яние. Он сравнивал его с самочувствием человека, только что проснувшегося и видевшего чудные сны: хочется восстановить убегающие образы. Деви отмечает у себя при этом ощущение прикосновения к рукам и ногам.

Закись азота не случайно называется веселящим газом. Она дает состояние повышенного самочувствия и притупления болевой чувствительности (почему и применяется при небольших, в частности зубных, операциях). Учитывая это ее свойство, мы перед войной начали применять ее при лечении шизофрении и получили известные результаты. К сожалению, обстоятельства военного времени не позволили нам продолжать опыты, обещавшие успех. Из наблюдений действием закиси азота для учения о галлюцинациях ценен тот факт, что живому течению мыслей соответствует и живая сменяемость соответствующих им галлюцинаторных образов. Заслуживает внимания и наличие измененного сознания.

Очень многие токсические вещества ведут к делириозным реакциям. При известном сходстве картин разной этиологии каждая из них характеризуется своими, свойственными ей признаками. За последнее время описан ряд отравлений, ранее неизвестных и характеризующихся определенными признаками. Сюда относятся отравления антифризом, этиловой жидкостью, в которую входит тетраэтилсвинец. Применение этой жидкости в авиационной, автомобильной и тракторной промышленности сделало возможным довольно частое отравление ею. Картины изменений, наблюдавшихся в этих случаях, описаны в советской литературе рядом авторов из Института профессиональных заболеваний. Особый интерес представляют работы Е. Т. Егоровской, давшей тщательную зарисовку психических изменений при подобных отравлениях. Картина психоза в начале болезни такая же, как при типическом делирии с сохранностью сознания своего «я» и отчасти ориентировки в окружающей обстановке. В дальнейшем больные все больше погружаются в фантастический мир устрашающих переживаний, в заколдованные лабиринты с допотопными зверями, чертями, многоголовыми людьми и все больше выступает бред преследования. Сравнительно с алкогольным делирием заболевание протекает более тяжело. Об этом говорят резко выраженные вегетативные расстройства, судорожные подергивания мускулатуры, главным образом лица, не столь редок смертельный исход. При сходстве с делириями другого происхождения наблюдается ряд особенностей, типических или даже специфических именно для этой формы: своеобразная группировка симптомов. Своеобраз-

ным, до известной степени специфичным симптомом являются тактильные галлюцинации: больным кажется, что «из зубов выходят не то волосы, не то солома», «во рту точно кусочки мяса». Типичны также слуховые галлюцинации угрожающего или императивного характера. В некоторых случаях с длительным течением картина болезни принимает большое сходство с шизофренией.

Прототип всех делириозных заболеваний — белая горячка — представляет во многих отношениях интерес с точки зрения условий развития галлюцинаций.

Представление о яркости галлюцинаций, множественности, устрашающем характере и фантастичности их может дать рисунок одного больного, страдавшего белой горячкой и отобразившего в нем свои переживания (рис. 1) Здесь обычный персонаж в алкогольном делирии — дьявол, открытый гроб, в котором видит себя пациент, смерть с косой, череп и скрещенные кости как символ смерти.

Связь содержания галлюцинаций с обычными для больного переживаниями лучше всего видна из явления так называемого профессионального бреда, когда делиранту в болезненном со-



Рис. 1  
Галлюцинации больного художника в белой горячке  
Зарисовано им самим по выздоровлении

стоянии кажется, что он продолжает свою обычную работу или что он весело проводит время за вином со своими приятелями. Заслуживает внимания и элементарность многих галлюцинаторных явлений, видение нитей паутины, полос. Это нужно поставить в связь с раздражением периферических воспринимающих аппаратов. То же говорит частота симптома Липмана у больных этого рода. Мы думаем, что тот же добавочный элемент сдвигания глазных яблок имеет место при положительном симптоме Рейхардта, когда больной, пристально рассматривая белый лист бумаги, видит на нем различные фигуры. Учитывая влияние момента фиксации взгляда и связанное с этим сокращение глазных мышц, мы применяем для вызывания обманов восприятия у галлюцинантов рассматривание себя в зеркале; при этом обычно появляются обильные зрительные галлюцинации. Представляет интерес и внушаемость зрительных, отчасти и слуховых галлюцинаций. Она свидетельствует об известном возбуждении оптико-сенсорной зоны, о готовности к восприятию зрительных образов. При этом представления, воспринятые от экспериментатора, визуализируются подобно тому, как это имеет место в некоторых случаях опухолей затылочных долей, когда больной, думая о каком-либо предмете, начинает его видеть.

### Отравления алкалоидами

Большой интерес представляют галлюцинации кокаинистов. Они привлекали внимание как иностранных (Маньян, Г. В. Майер), так и русских исследователей.

При них особенно большую роль играют периферические, в частности кожные, раздражения, являющиеся причиной известного признака Маньяна — ощущения ползания мурашек. Больным часто кажется, что по ним ползают вши. Одна наша пациентка-кокаинистка, испытывая сильный зуд в коже всего тела, была убеждена, что вши у нее находятся под кожей; она не только постоянно расцарапывала ее, но требовала, чтобы врачи разрежали ей кожу для освобождения ее от этих насекомых. В то же время ей постоянно казалось, что вши у ней развелись в голове и постоянно сыплются из носа.

Очень многочисленны зрительные галлюцинации, которые в отличие от алкогольных отличаются большей красочностью. В противоположность алкогольным они часто бывают неподвижны и чаще, тем те, носят микроскопический характер. Иногда галлюцинации носят более элементарный характер: видятся свет, искры, звезды. Обычно видятся цветы, бабочка, фигуры близких и знакомых, целые сцены; иногда все галлюцинаторные образы

сменяют друг друга, как в кинематографе. Сознание больных остается сохранным. С этим нужно поставить в связь то, что галлюцинаторные образы занимают определенное место в окружающем реальном пространстве среди действительно существующих предметов. Г. В. Майер сообщает, что иногда видения принимают характер, свойственный так называемым онейроидным состояниям; подобно переживаниям в сновидениях они фантастичны, не соответствуют тому, что наблюдается в действительности. Галлюцинации кокаинистов нередко носят комбинированный характер. Иногда они являются исключительно слуховыми. В затяжных случаях, как и при алкогольных расстройствах, часто выступают бредовые идеи преследования.

Указания на возможность при кокаинизме явлений, свойственных онейроидным состояниям, заставляют обратить внимание на более полную их характеристику, тем более что аналогичные указания имеются и по отношению к другим отравлениям. Онейроидное состояние как бы включается в своеобразно структурированное расстройство сознания. Больные с большой насыщенностью переживают ряд сменяющих одна другую сцен романтического, фантастического характера: катастрофы, празднества, погребение заживо, превращение в лед, тюремное заключение, кораблекрушение, войну, гибель мира. Кроме собственно процесса галлюцинирования играет роль иллюзорное истолкование действительно имеющих явления. Типичным нужно считать, что больные принимают живейшее аффективное участие во всех сценах с чувством ответственности за происходящее, все переживания нередко носят религиозно-мистический характер. С внешней стороны состояние иногда напоминает ступор, иногда больные находятся в оживленном движении. Больные кажутся дезориентированными, они с трудом фиксируют внимание на чем-либо, но, несмотря на это, сохраняют воспоминание о своих переживаниях, хотя и не без некоторых пробелов.

Онейроидные состояния, по немецким авторам, являются эндогенными, свойственными, главным образом, больным из маниакально-депрессивного круга, у которых, однако, в семье имеются более или менее выраженные случаи шизофрении. Считается, что экзогенные моменты не играют роли в их возникновении. Мы же думаем, что и в этих случаях приходится считаться с факторами токсического порядка. Поскольку при этих заболеваниях, в особенности при шизофрении, имеют место более или менее выраженные расстройства обмена, естественно думать о своего рода эндоинтоксикации, могущей

привести к галлюцинаторным реакциям. Это может иметь место и не в форме только онейроидных переживаний. Мы неоднократно наблюдали шизофреников, у которых в детстве были отдельные галлюцинации. Судя по их характеру и содержанию, они не были психогенными, а являлись результатом раздражения сенсорной зоны, вероятнее всего токсического характера. Один наш пациент, будучи еще школьником, видел в небе змея. Видение было так реально, что мальчик показывал этого змея своим товарищам: он был очень смущен, что товарищи никакого змея не видели и смеялись над ним.

На примере кокаинистов мы могли видеть, что выраженные галлюцинаторные расстройства могут дать алкалоиды, относящиеся к группе нервных ядов. То же можно сказать относительно атропина. При передозировке его могут возникать отравления, приводящие к особым атропиновым психозам. Наиболее полно они описаны советскими исследователями Шостаковичем, Погибко, М. А. Джагаровым, в особенности М. А. Гольденбергом, наблюдавшим 39 случаев атропиновых психозов. Из иностранных работ известно исследование Полиша, собравшего 70 описанных в литературе случаев. Картина делирия протекает остро, в течение часов, реже 1—2 дней. Выраженным обманам восприятия предшествуют мелкие движения пальцами, являющиеся, видимо, отражением каких-то ощущений. Вместе с зрительными обманами наблюдаются и тактильные. Больные что-то снимают с своего носа, с пальцев, чего-то сгребая с простыни, как будто вытягивают ниточки из своего платья. Вместе с тем больные видят фигуры людей, мелких животных. Зрительные образы обычно ярко окрашены, часто это движущиеся фигуры, сценopodobные картины. Обычно налицо интенсивное двигательное возбуждение: больные куда-то стремятся, наталкиваются на предметы, часто потому, что плохо видят их вследствие паралича аккомодации. Настроение обычно тревожное, напряженное. Состояние сонливо-оглушенное, о чем свидетельствует неполное воспоминание о пережитом. Следует отметить, что слуховые галлюцинации в противоположность зрительным не играют в картине болезни особенной роли.

Для нас имеет значение, что атропин дает только одну форму реакции — делириозную; галлюцинации носят почти исключительно зрительный характер. Можно думать, что готовность к зрительным галлюцинациям дается общим возбуждением центральной нервной системы и повышенным внутриглазным давлением.



Отравление атропином имеет место в медицинской практике, главным образом, при неправильной дозировке. Такую же картину может дать отравление ягодами красавки (волчьи ягоды) и ее корешками. Мы видели несколько таких случаев, в частности у девочки 8 лет, голодавшей во время немецкой оккупации. Вместе со своей подругой она наелась волчьих ягод; вечером у нее появилось состояние возбуждения, она не узнавала окружающих, галлюцинировала, не спала всю ночь; через сутки вполне успокоилась. Аналогичные случаи отравления корешками растений из того же семейства наблюдались в Ленинграде в период блокады.

Особого внимания заслуживают картины, развивающиеся при отравлении опиумом. Для понимания происходящих при нем собственно психических явлений очень важно учесть особенности общего действия опиума на центральную нервную систему. Основным является притупление болевой чувствительности вследствие паралича центров коры головного мозга, воспринимающих болевые ощущения. Подавляются также и другие неприятные ощущения, например чувство недомогания. Развивается особая эйфория, чувство блаженства с ощущением легкости и полноты переживаний, с субъективным и, может быть, объективным облегчением и повышением, хотя бы временным, интеллектуальной деятельности. При одновременном подавлении двигательных импульсов наблюдается склонность к углублению в свои переживания, в мир иллюзорных восприятий и видений. Эти особенности действия опиума объясняют не только стремление к опиуму в различных формах его употребления, но и известную обстановку притонов для курения опиума в различных городах Азии и Америки (например, в Сан-Франциско). Характерна картина плохо обставленного помещения с фигурами курильщиков опиума, неподвижно лежащими на циновках. Накурившиеся опиумом все более погружаются в видения, которые вначале бывают приятны, а позднее меняют свой характер.

Противоположностью галлюцинаторным переживаниям при отравлении опиумом является картина отравления экстрактом индийской конопли. При этом галлюцинации, как нам приходилось наблюдать у одной больной, возникают на фоне значительного психического возбуждения; больной кажется, что приходят в движение все окружающие предметы.

Особенный интерес для изучения токсических галлюцинаций, естественно, представляют экспериментальные случаи с применением гашиша и особенно мескалина.

### **Экспериментально вызванные галлюцинации**

Приводим из литературы отрывки из одного самонаблюдения при отравлении гашишем. Вначале наблюдалось чувство растворения собственного тела, которое казалось почти прозрачным. Принятый внутрь гашиш казался драгоценным камнем, излучающим миллионы искр. Окружающие люди воспринимались в качестве каких-то фантастических полулюдей, полурастений, которые превращались в ибиса, стоящего на одной ноге. Позже стали появляться собственно галлюцинации: виделись бабочки, гигантские цветы, кровати поднимались и двигались, излучая свет, напоминающий фейерверк. Собственный голос казался таким громким, что испытуемый боялся говорить, чтобы не разрушить стен здания, в котором находился. Еще при более сильном действии яда появились фантастические картины, какие-то старики-великаны. Все при этом быстро менялось. Находившийся рядом врач представлялся в виде турка с солнцем за спиной, то в виде пианиста, сидящего за роялем, причем извлекаемые из рояля звуки представлялись ракетами, вылетающими из клавишей в виде каких-то спиралей.

Большие результаты дало экспериментирование с мескалином. Из первых исследований действия мескалина, относящихся к девяностым годам прошлого столетия, наиболее значительные принадлежат Эллису, который проводил эксперименты на себе и знакомом художнике. Последний передавал, что сначала он стал чувствовать приступы боли в области сердца и страх смерти, которые его очень напугали; вслед за тем появилась чувствительность к свету, заставлявшая держать глаза закрытыми. Далее быстро развилась картина меняющихся видений. Сначала появилось голубое пятно на камине, превратившееся в разлитой голубой свет, в котором все реальные предметы казались блестящими, например, коробка с папиросами блестела, как аметист. Эта неожиданная иллюминация создала у испытуемого впечатление, что он сходит с ума; она казалась чем-то чуждым и в то же время интересовала. Когда он сделал движение, чтобы встать, цветные видения исчезли. Далее, после ряда кратковременных приступов дурного самочувствия с ощущением умирания, в промежутках между ними появились цветные видения: зеленая вода, заполняющая все поле зрения, кувшин с мутной водой, в которой виднелись миллионы каких-то существ. Первый период характеризовался хаосом красок и форм. Далее следовали различные ощущения: тяжесть в ногах, холод и жар внутри, ощущение металлического вкуса от чего-то зеленого, что виделось во рту, слышалось пение в ушах. Все тело казалось

изменившимся, неузнаваемым, и только разум сохранился прежним. Двигаться вообще не было ни сил, ни желания. Когда испытуемый поднял руки, чтобы дотронуться до врача, пальцы руки необычайно удлинились и вся она как бы отделилась от тела. Виделись цветы, спирали, арабески, предметы будничной обстановки или фантастические фигуры с гигантскими конечностями, скрюченными или сросшимися, рыбы канареечного цвета, летающие в клетке по воздуху. Все эти видения через 3 часа исчезли и притом сразу. У испытуемого получилось такое впечатление, точно он из зала с освещенной сценой после закрытия занавеса возвратился в помещение с обычным дневным светом. В последующие дни виделось только при закрытых глазах голубое сверкание.

Мы лично принимали активное участие в экспериментах с мескалином, которые проводились в психиатрической клинике Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ) А. Б. Александровским над самим собой, над другими врачами и над душевнобольными. Надавливание на глазные яблоки способствует выявлению галлюцинаций, когда спонтанно они еще не появляются. Очи носят зрительный характер — видятся цветные полосы с переливающимися цветами, орнаменты, то в виде готических, то закругленных фигур, реже это бывают люди и звери. Настроение изменяется больше в сторону угнетения, что нужно связывать и с ухудшением физического состояния. В характере наблюдающихся болезненных явлений отражаются и особенности личности. Сознание своего «я» более или менее значительно изменено. Прикосновение к голове кажется прикосновением к чему-то чужому. У алкоголиков, у которых были в прошлом приступы белой горячки, мескалин давал галлюцинации, повторявшие переживания прошлого. Один шизофреник после приема мескалина видел фигуры людей, движущихся на стене; они казались в каком-то отношении странными: «Это люди, но они почему-то синего цвета». К возникающим под влиянием отравления галлюцинациям у шизофреников не только нет критического отношения, но они истолковываются ими как нечто реальное и притом бредовым образом. Больной видит двух незнакомых людей, которые чего-то хотят от него, видимо, думают на него напасть. Иногда у шизофреника мескалин дает усиление вообще наблюдающихся у него расстройств. Большой интерес представляют наблюдающиеся у здоровых людей при приеме мескалина явления раздвоения, близкие к шизофреническому расщеплению. Отметим высказывания одного мескализированного алкоголика: «Во мне два человека — пьяный и

непьяный, я вижу себя непьяным, а другой пьяный, я сам второй, я борюсь, я хочу пьяного вытолкнуть».

С точки зрения генеза галлюцинаций большое значение имеет тот факт, что мескалиновое отравление расстраивает условные рефлексы, выработанные на световые раздражения, не меняя других (А. Б. Александровский). В иностранной литературе имеются указания на исследования Цуккер над слепыми; введение мескалина давало у них оптические галлюцинации. Приведенные данные говорят о большой роли центрального сенсорного раздражения, коркового и таламокортикального.

### **Галлюцинаторные расстройства при гиповитаминозах**

В приведенных нами случаях речь идет о галлюцинаторных явлениях, вызванных ядовитыми веществами, вводимыми в организм извне. Им можно противопоставить галлюцинаторные картины, развивающиеся на почве самоотравления в результате нарушения обмена, в частности гиповитаминозов. Сюда относятся делириозные расстройства при пеллагре и алиментарной дистрофии. Психические изменения при пеллагре описывались как в прежние времена (А. Д. Коцовским), так и в более новое. Приведем одно наше наблюдение, которое выбрано нами потому, что у больного не было других этиологических моментов, кроме алиментарной дистрофии.

Инженер 44 лет. В возрасте 22 лет у него была травма головы, сопровождавшаяся потерей сознания. С 26 лет началась раздражительность, ослабление памяти, изредка бывали головокружения и припадки с потерей сознания, последняя не всегда была полной. Иногда ему при этом казалось, что все кругом кружится. Такие состояния были у него при напряжении или во время пребывания в душном помещении. С середины 1939 г. таких припадочных состояний не наблюдалось. В 1939 г. обнаружилось снижение зрения. В январе 1940 г. появились покраснение тыла кистей, пигментация лица и шеи, поносы. Одновременно с этим началось угнетение настроения, появились мысли о самоубийстве: с трудом отвечал на вопросы. В апреле 1940 г. появились спутанность и возбуждение; вместо папиросы пытался закурить карандаш, не узнавал окружающих.

Осмотр показал следующее: сознание затемнено, но состояние сознания колеблется; больной то сравнительно ориентирован, дает правильные ответы, например, о характере наблюдающихся у него припадочных состояний, то не знает, где находится, не узнает врача. Окружающие предметы кажутся ему находящимися в оживленном движении. Имеются зрительные галлюцинации: ловит руками воображаемых блох, кладет их в рот, делает движения, точно ест их. Часто берет в рот завязки от наволочки, пытается использовать их как папиросы.

Такое состояние, характеризовавшееся обильными галлюцинациями, продолжалось с месяц. Спутанность и галлюцинации особенно усиливались по ночам. Больному казалось, что стены раскачиваются и в них открываются двери; стены палаты все время раскачиваются то в боковом направлении, то сверху вниз и обратно, за стенами открываются прекрасные виды: больной видел помещение с бассейном, в котором вода то поднималась, то опускалась с помощью особого насоса. Это делалось для каких-то экспериментальных целей. Появлялись также цветы, водоросли, камыши, бабочки, человеческие и какие-то мифические фигуры. Некоторые видения в основе имели искаженное восприятие какого-либо реального предмета, хотя не являющееся просто иллюзорным. Например, больной видел огромного петуха с большими глазами, причем можно думать, что так он воспринимал абажур на лампе, покрытый бумажным колпаком.

Наблюдались также слуховые галлюцинации: часто он слышал голоса, которые называли его по фамилии. Много было галлюцинаторных переживаний, имеющих характер сцен. Нередко больной жил в мире военных событий, принимал в них самое активное участие. Он, находясь на поле сражения, призывал к себе команду, отдавал приказания. Иногда же ему казалось, что он находится в тюрьме, причем с ним очень плохо обращаются. В галлюцинаторных переживаниях фигурировали также путешествия. Больному казалось, что он едет вместе с лечащим врачом на пароходе, пересаживается на поезд, причем оба они испытывают мучения. Многие заявления больного являются несомненно некритическим пересказом пережитого им в галлюцинациях. Так он сообщает, что он только что посетил Ноев ковчег, или утверждает, что он сегодня усилиями своих пальцев срезал с ноги кусок мяса и положил его на батарею. Смешению галлюцинаторных переживаний с событиями действительности способствует помрачение сознания, в котором все время находится больной. Этим же нужно объяснить невозможность для больного запомнить имя своего врача и уяснить себе, где он находится. Временами возбуждение заметно усиливается, причем больной стремится бежать. Иногда же он успокаивается и дает более или менее разумные ответы.

В дальнейшем появилось значительное улучшение. Галлюцинации исчезли и к ним установилось критическое отношение. Исчезли также боли в ногах, начиная с центральных отделов. Больной сообщил при этом, что во время болезненного состояния ему казалось, что ноги его тонут в густом клее или в густой пыли. Боли в ногах объясняются невритическими явлениями. Иногда они были так сильны, что заставляли больного кричать. Зрение восстановилось полностью.

В этом случае болезнь не сразу уступила лечению никотиновой кислотой, причем на первых порах усилились боли в ногах и появились делириозные переживания. Как обычно бывает, у этих больных после приема никотиновой кислоты больной испытывал чувство прилива крови и жжение в коже. У больного

большую роль играли несомненно невриты. Это в особенности ясно по отношению к заявлению, что он пальцами срезал мясо с своей ноги; в ногах как раз боли у него были особенно сильны.

Но могут быть комбинированные формы, в которых не всегда легко разобраться. Выявление шизофрении в таких случаях тем более возможно, что имеется общность некоторых явлений при обоих заболеваниях: при шизофрении очень часто имеются в той или другой форме гиповитаминозы. Для нас такие комбинированные случаи потому представляют интерес, что при них галлюцинаторные расстройства играют большую роль. Таков следующий случай.

Больная Т. М. 26 лет. Кончила десятилетку, работала стенографисткой. Полгода назад, когда были в Ашхабаде, у нее начались упорные расстройства кишечника. Через некоторое время появилось возбуждение и затемнение сознания, рвала на себе белье, была посуду. 4 месяца назад была привезена в Москву и помещена в Тропический институт, откуда была переведена в клинику.

При поступлении у больной отмечались: резкая пигментация тыла обеих кистей, суетливость и спутанность, многочисленные зрительные галлюцинации. О содержании их можно судить по тем отрывочным сведениям, которые удавалось получить в периоды некоторого просветления. Она видела каких-то мелких зверушек, кошек, китайские вазы, окружающее проходило, как в кино, были переживания каких-то фантастических превращений реального окружающего: люди кругом казались превращающимися в кошек, у врача ясно виделся хвост. Видела кошку, которая вытягивала шею, последняя становилась длинной, как у змеи.

Еще когда больная была дома, все ей казалось странным: отец и мать говорили измененными голосами какие-то непонятные вещи: будто бы не давать ей есть и не давали одежды, так что она принуждена была надевать на себя какие-то голубые брюки, принадлежащие отцу.

Состояние больной колеблется, но более всего характеризуется спутанностью и возбуждением. Она заражается возбуждением других больных, повторяет бредовые идеи больных, повторяет их слова, обнаруживает эхололию. По окончании возбуждения выяснялось обычно, что приступ его был связан с усилением зрительных и слуховых галлюцинаций.

Вместе с физическим улучшением наступило значительное успокоение и прояснение сознания. Больная начала тяготиться пребыванием среди беспокойных больных, просила перевести ее на покойную половину. Часто в голосе у нее при этом появлялись детские интонации. Она начала тяготиться бездеятельностью. Прежней озлобленности не было. В дальнейшем все же повторялись приступы возбуждения и спутанности. После них она обычно бывала замкнута, малоподвижна, молчалива, заявляла, что чувствует себя хорошо, но что накануне она «не совсем все хорошо понимала».

Характерным в этом случае, в отличие от обычных случаев шизофрении, нужно считать наличие обильных зрительных галлюцинаций, носящих характер сцен, появление их на высоте возбуждения вместе с затемнением сознания, возможность критического отношения к ним по окончании приступа возбуждения. Симптомы, импонирующие как кататонические, тоже наблюдались только в состоянии затемненного сознания.

Заслуживает внимания следующее. Такие переживания пеллагрозных больных, как видение огня, пожара, ставят обычно в связи с чувством жжения в коже. Нам думается, что такие ощущения могут быть и центрально обусловлены и не стоять в связи с местными изменениями кожи. Дело в том, что как психические симптомы нередко предшествуют обычным пеллагрозным, так то же наблюдается по отношению к чувству жжения и другим ощущениям. С другой стороны, изменения кожи, равно как и другие трофические расстройства, несомненно имеют центральную обусловленность. Хотя неверен взгляд, по которому патогенез пеллагры целиком относится за счет поражения подкорковой области, но роль центральных изменений несомненна. На чувство жжения в случаях без местных изменений нужно смотреть как на своего рода гиперпатии. Чувство жжения, частое у пеллагрозных больных, несомненно имеет отношение к нередким у них видениям огня, пожара, но связь явлений здесь может быть иная, чем в сновидении спящего человека, видящего во сне, после того как с него упало одеяло, что он замерзает.

В годы войны была возможность изучать изменения в нервно-психической сфере при алиментарной дистрофии, в частности картины делирия. В психиатрической клинике 2-го Московского медицинского института наблюдались психически больные этого рода. Вот один случай, выделяющийся особой яркостью картины.

Больная Гл. 63 лет. Поступила из соматической больницы 23 апреля 1943 г. Отец ее умер 63 л. от инсульта, пил. Дед и бабушка — алкоголики. Климакс начался с 40 лет. Всегда была спокойная, общительная. Последние месяцы плохо питалась, сильно ослабела, не могла ходить на занятия, все время лежала. В марте 1943 г заболела рожей и была помещена во 2-ю Градскую больницу. После купирования воспалительных явлений и падения температуры развилась картина делирия с яркими галлюцинациями. Больная видела целые сцены: по палате шествовали звери, которые предлагали ей вкусные блюда.

При поступлении в клинику была крайне истощена, очень слаба. Ходить может только с помощью. Кожа сухая, дряблая. На крестце и бедрах намечаются пролежни. Склероз периферических сосудов. Кровяное давление 120/80. Гемоглобин 61%, РОЭ 14 мм. Незначительное

увеличение щитовидной железы. Недостаточно ориентируется в месте и времени. Эйфорична. Яркие зрительные галлюцинации: на зеркальной поверхности видит большой сочный кочан капусты, а над ним в воздухе порхают котлеты. Перед ней стоит маленький турок, такой, что может уместиться на ладони, он в пестрой куртке, яркой феске, он режет ломтиками ветчину и кладет ей в рот, кидает в рот также бутерброды, которые больше самого турка. Перед ней поля спелой ржи, среди которой синие головки васильков, слышит пение жаворонка, видит его в голубом, бездонном небе. Охотно вступает в контакт, охотно рассказывает о своих галлюцинаторных переживаниях. На нее наехало метро «прямо на спинной мозг». Вагончики лезут один за другим, проскакивают через голову, сами пролетят, а рамочки оставят. В мозгу она чувствует металлические спирали: «как по голове стукнут, спираль с визгом, с воем, как сирена, протянется по всему мозгу». Говорит об этом, как об ощущении. В голове стучат молоточки, мешающие спать. Наблюдаются особогорода метаморфозии: лампа на ее глазах распадается на куски и все куски бегут к ней. Маятник отделяется от часов и тоже идет к ней, чтобы хлопнуть ее по голове. Все предметы кругом тоже движутся на нее. Она машет на них рукой, и они отступают. Эйфорична, но часто плачет. Память прошлого сохранена. Интересуется событиями на фронте.

Через 5–6 дней после поступления в клинику галлюцинации уже не отмечались, по словам больной, кошмары прошли. Место их заступили особые фантазии. Она начала в воображении представлять все, о чем ей говорят. Если спрашивают, не слышит ли она пение жаворонка, она сейчас же соглашается. Часто находится в состоянии грез, полусна. В следующем месяце началась вялость, на вопросы она отвечала неохотно. К своему состоянию относилась без достаточной критики. Думала, что вполне здорова и может возвратиться к своей прежней работе. Безразлично стала относиться к пище. В дальнейшем началось нарастание физической и психической слабости, резко снизилась память. Exitus—4 июля 1943 г.

На секции: алиментарная дистрофия. Резкое общее истощение и малокровие. Бурная атрофия печени и миокарда. Атрофия желудочно-кишечного тракта. Отек мягкой мозговой оболочки, артериосклеротический нефросклероз.

Этот случай для нас интересен во многих отношениях. В нем особенно отчетливо выступает связь содержания галлюцинаций с переживаниями последнего времени, когда больная голодала. Заслуживает внимания обилие галлюцинаций, их сценообразность и фантастичность. Существенный момент — подвижность галлюцинаций. Заслуживает внимания центрированность галлюцинаторных образов вокруг нее самой: на нее и через нее движутся вагончики, маятник движется к ней, чтобы хлопнуть ее по голове. Эти явления, видимо, стоят в связи с болезненными ощущениями в теле. Подвижность галлюцинаторных образов и распадение их на части свидетельствуют о затронутом™ вестибу-

лярной системы. Следует отметить, что галлюцинации в данном случае наблюдались на фоне известного психического возбуждения, о чем свидетельствуют эйфория и очень живое воображение. О том же дает право говорить внушаемость галлюцинаций, но здесь может играть роль и интеллектуальная сниженность.

#### **Роль вегетативной нервной системы в оформлении токсических галлюцинаций**

Рассмотренные нами токсические галлюцинаторные расстройства в наиболее ярких случаях отличаются целым рядом особенностей. По своему обилию, яркости и разнообразию они близко стоят к аналогичным инфекционным расстройствам.

Французские исследователи в работах о галлюцинациях отмечают два момента — *sensorialité* и *objectivité*. Сенсориальность, чувственность галлюцинаторных образов сама по себе не является причиной, почему возникающий образ получает знак объективности. И. П. Павлов также считал, что интенсификация представления сама по себе не может дать галлюцинаций.

Нужно вспомнить, что псевдогаллюцинации (Кандинский) при их яркости и образности не имеют признаков объективности, реальности для галлюцинанта. Галлюцинаторными образами с характером полнейшей объективности могут стать иногда очень бедные и плохо оформленные образы. Определяющим здесь нужно считать вопрос, в какой мере появляющиеся образы затрагивают витальную сферу и угрожают жизни больного. Важно то, что рассматриваемые галлюцинаторные образы при соматических заболеваниях всегда появляются на фоне измененного эмоционального состояния, характеризующегося чувством страха, ожиданием какой-то угрожающей и неотвратимой беды. Правда, это ощущение иногда появляется след за возникновением галлюцинаций, но это мало меняет дело. И в других случаях наблюдается, что эмоциональные реакции, страх как нечто осознанное выявляются после интеллектуального переживания, с которым это тесно связано. Здесь затрагивается первичная протопатическая эмоциональность, неопределенная, маломотивированная; потому-то она и вызывает чувство живейшего страха, что стихийна, неизвестно, откуда идет.

Рассмотренные нами галлюцинаторные расстройства при интоксикациях характеризуют наличие обоих моментов, «присущих галлюцинациям: чувственной яркости и объективности. Расстройство в этих случаях характеризуется резко выраженными вегетативными изменениями с несомненным участием центральных отрезков вегетативной нервной системы. Мы говорили,

что галлюцинации в этих случаях по своему генезу могут быть названы своего рода сенсорными гиперпатиями, потому что здесь *sensorialité* особо ярко выражена. Но мы видели также, что яркость образа не ведет непременно к признанию его за нечто реальное, объективно существующее. Следовательно, объяснение нужно искать в чем-то ином.

Делириозные картины токсического и инфекционного генеза обычно относят к так называемому экзогенному типу реакции. Нам приходилось указывать на то, что эта концепция находится в противоречии с данными, накопленными за последние десятилетия. Психические реакции на экзогенные вредности слишком разнообразны, чтобы говорить, например, что делирии при различных заболеваниях мало чем отличаются друг от друга. Приведенные нами описания картин говорят о том, что их невозможно подвести под один какой-нибудь тип. Кроме того, накопление новых данных не дает права говорить, как это делал Бонгеффер, что делирии — это общемозговая реакция, в формировании которой локальные изменения не играют роли.

Можно утверждать, наоборот, что все клинические особенности галлюцинаций: зрительный, слуховой или иной какой-либо характер их, подвижность, размеры зрительных образов, яркость — детерминированы определенными мозговыми изменениями и притом локального характера. Для объяснения однообразия делириозных реакций и независимости их от характера экзогений Бонгеффер, как известно, высказал предположение, что психические реакции вызываются не ядовитыми веществами непосредственно, а каким-то промежуточным веществом, всегда одним и тем же. Поиски этого гипотетического вещества оказались тщетны, потому что его в действительности не существует. На место этого мифического вещества советские исследователи могут поставить вполне конкретное промежуточное звено — выраженные экзогенные сдвиги в функциях вегетативной нервной системы с ее центральными отрезками. Вегетативная нервная система оформляет реакции на внешние воздействия, осуществляя свои адаптирующие и трофические функции. Поскольку она принимает на себя первый удар при внешних воздействиях, предохраняя в более или менее значительной мере кору полушарий как носителя высших психических процессов, можно говорить также о ее защитных функциях. Физиологи говорят, что всякая адаптация есть интеграция. Все это полно вырисовывает роль вегетативной нервной системы как промежуточного звена в механизме действия интоксикации, какого бы она ни была рода. При этом имеются основания говорить об особенной затрону-

тости подкорковой области. В процессе галлюцинирования играют роль центральные и периферические компоненты, имеет значение звучание и кортикальных и субкортикальных центров.

Некоторые токсические галлюцинации, в особенности мescalиновые, по своей недифференцированности, отсутствию определенного кортикального знака (благодаря чему невозможно сказать, зрительные ли это или слуховые галлюцинации) с несомненностью указывают на заинтересованность подкорковой области. О том же говорит частое появление их на фоне гиперпатий.

Учет соотношения процессов в корковых и подкорковых системах, процессов возбуждения и торможения, в частности изменений в вегетативной нервной системе, — общий принцип, в свете которого нужно рассматривать вообще психические явления. Он несомненно сохраняет свою силу и при рассмотрении сущности токсических, равно как и всяких других, галлюцинаций. Делирии — наиболее яркие галлюцинаторные реакции, и потому соответствующие им патофизиологические изменения выражены особо отчетливо. Отдельные галлюцинаторные феномены могут рассматриваться как рудиментарные делирии.

#### **Соотношение экзогенных и эндогенных моментов в возникновении и структуре токсических галлюцинаторных синдромов**

Установлено, что делирий — это реакция первично здорового мозга. В связи с этим мы и в прежних работах высказывались в том смысле, что его можно рассматривать как своего рода защитную реакцию. В осуществлении этих защитных функций вегетативная нервная система играет роль своего рода барьера. О нарушении его можно говорить в тех случаях, когда картина делирия затягивается или даже становится стойкой и необратимой. В особенности заслуживают внимания в этом отношении случаи алкогольных галлюцинозов, в картине которых галлюцинации, преимущественно слуховые, сочетаются с бредовыми идеями преследования. Почему в одних случаях алкогольное отравление дает белую горячку, в других — острый или подострый галлюциноз, который иногда может затянуться на более долгое время? Этот вопрос занимал уже давно исследователей. Некоторые авторы думают о наследственном предрасположении, свойственном шизофрении. Случаи так называемого алкогольного дебюта шизофрении говорят о возможности комбинирования алкогольных расстройств с шизофренией и выявления последней алкогольной интоксикацией. В частности, это возможно и без того, чтобы болезнь дебютировала ост-

рой галлюцинаторной вспышкой; она может развиваться и более медленно, хотя с несомненной провоцирующей ролью алкогольной интоксикации. По нашим наблюдениям, предрасположение к развитию галлюциноза может быть не только врожденным, но и приобретенным. Оно может создаваться в результате травмы головы, перенесенной в прошлом abortивной формы энцефалита.

Длительное отравление алкоголем само по себе может создать особое предрасположение к тому, чтобы галлюцинаторные расстройства обнаруживали наклонность зафиксироваться, создавая почву, благоприятную для развития бредовых идей. Помимо давно известных психиатрам черт алкогольной психики: эмоциональной возбудимости с наклонностью к патологическим аффектам, возможны и другие варианты приобретенных конституций. Б. Ф. Гойхер в своей докторской диссертации показал, что вегетативная нервная система резко изменяется у хронических алкоголиков. В связи с этим нужно ожидать и изменения характера психических реакций. Старые русские психиатры обратили внимание на то, что дипсомания обычно развивается на почве простого хронического алкоголизма. Развитие дипсомании принято объяснять конституциональными моментами, генетическим родством с эпилепсией или маниакально-депрессивным психозом. Но возможен и другой генез. Наклонность к периодичности может быть обусловлена изменениями в мезодиэнцефальной области. Это несомненно по отношению к инфекционным процессам. Известна волнообразность течения психических явлений при энцефалите. Такую волнообразность Ф. Ф. Детенгоф констатировал в течение малярийных психозов. Травматические повреждения, затрагивающие мезодиэнцефальную область, могут дать психозы, по своему течению и выраженности эмоциональных расстройств очень близкие к маниакально-депрессивному психозу. На такие случаи особое внимание обратила Р. Я. Голант. С точки зрения генеза болезненных явлений имеется очень много общего между инфекциями и интоксикациями. Изменения в центральной нервной системе, вызванные алкоголизмом, могут лежать в основе трансформации простого пьянства в запойное. Равным образом могут развиваться черты, сближающие личность алкоголика с шизоидным конституциональным характером.

Диагностическая оценка алкогольного, равно как и люэтического, галлюциноза принадлежит к числу труднейших в психиатрии. Он часто решается слишком упрощенно: затяжной характер галлюцинаторных расстройств и их сочетание с бредом преследования объясняются с точки зрения выявления скрытой

шизофрении. С внешней стороны сходство может быть очень значительно и в смысле особенностей бреда, и в смысле своеобразного изменения всей личности. Ряд инфекций и интоксикаций дает картины, очень близкие к шизофрении не только в смысле наличия слуховых галлюцинаций и бредовых идей. Представителем инфекционной группы является эпидемический энцефалит. Что касается интоксикаций, то здесь нужно указать на некоторые случаи кокаинизма, на психические изменения при хронических отравлениях ртутью. Это только наиболее яркие примеры шизофреноподобных синдромов на почве отравления. Сходство их с шизофренией объясняется тем, что в том и другом случаях поражаются одни и те же системы — а именно подкорковая область. Сходство это, однако, частично. Оно не является тождеством, потому что изменения не ограничиваются подкорковой областью, а охватывают весь мозг и притом различны и в смысле преимущественной локализации изменений и качества процесса. По отношению к интоксикациям, таким, как цианистые соединения, окись углерода, Ю. П. Фролов думает о первичном поражении коры. В частности, он указывает на малую токсичность для новорожденных животных окиси углерода и объясняет это недоразвитием коры полушарий. В какой мере можно использовать результаты этого эксперимента на животных, сказать трудно. Нужно учесть большую избирательность действия ядов на определенные мозговые системы. Действие алкоголя на центральную нервную систему является по анатомическим данным более диффузным, но затронутость вегетативной нервной системы в этих случаях не подлежит сомнению.

В свете этих данных рассмотрим один случай алкогольного галлюциноза, представляющий большой интерес с точки зрения генеза галлюцинаций.

Н. Н. П-ов. Родился в 1906 г. Поступил в клинику 2-го ММИ 31 октября 1944 г. с жалобами на шепот над головой по ночам — «он хочет слышать, он не услышит» и т. п., чувство страха, зрительные галлюцинации (видит рожи, мышей, крыс). Перед сном ведет беседы на самые разнообразные темы с какими-то мужчинами.

Наследственность: отец алкоголик, умер 53 л. в состоянии опьянения. По характеру был человеком горячим, вспыльчивым, жестоким («зверский человек, избивал жену и детей»). Мать жива — мягкая, спокойная, забитая тяжелым характером мужа женщина. Дед по линии отца умер внезапно в состоянии опьянения.

Личный анамнез: родился в деревне, в срок, близнецом (второй ребенок умер во время родов). Развитие в раннем детстве было правильное. Условия жизни в детстве были хорошими. С 10 л. условия ухудшились, так как переехал с матерью к отцу. Пьянство отца оставило

тяжелый след. Учиться начал с 7 лет. Учился очень хорошо. С 1923 по 1933 г. работал электромонтером в различных предприятиях. С 1934 по 1941 г. работал технологом, нормировщиком на двух предприятиях, с 1941 г. механиком по подъемным машинам. Женат с 28 лет. Детей нет. С женой отношения плохие из-за алкоголизма больного. Перенесенные болезни: в детстве — корь, в 1927 г. — энцефалит (после отравления цианистым калием), обморожение левой кисти — в 1937 г. (в результате его — ампутация 5 пальцев левой кисти до основных фаланг), ангина — в 1939 г. Характер у больного замкнутый, раздражительный, неустойчивый, во хмелю жесток, агрессивен.

Считает себя больным с 1933 г. Пьет с 1925 г. систематически; выпивал обычно в получку — начинал пить в компании, а продолжал пить и в одиночку. С 1933 г. находится под наблюдением райпсихиатра. Под влиянием лечения были периоды абсолютного воздержания — от 3 до 5 мес. Периоды запоя продолжаются от 4 до 5 дней, период выхода из опьянения сопровождается особенно тоскливым состоянием с большой аффективной возбудимостью. Признаки психического расстройства стал проявлять в 1939 г.: стал слышать голоса, называющие его сумасшедшим, приказывающие иногда убить других, голоса, как бы защищая его интересы, наталкивали его на тяжелые поступки. Лечился тогда в амбулатории. Состояние выровнялось, и больной продолжал прежний образ жизни.

Обострение вновь началось зимой 1943 г. Появилась упорная бессонница. Во время бессонницы при закрытых глазах он видел рожи, при открытых глазах — мышей, пробегающих по комнате, иногда ползающих по телу. Наиболее мучительным явлением были голоса, которые слышались всегда справа и сверху над головой, голоса (3 мужских и 1 женский) упорно повторяли разнообразные фразы, имеющие к нему отношение, например: «он не будет спать», «он сумасшедший», «они говорят про него, они хотят его выгнать» (о его родных). Он смотрит например, на свою спящую жену, и голоса ему говорят: «смотри, ее губы о тебе говорят», «убей ее, и она замолчит» и т. п. Вновь лечился амбулаторно, вновь состояние выровнялось, голоса исчезли.

Настоящее обострение началось с 23 октября. До того выпивал, как обычно, в получку. Началась бессонница, и опять появились голоса. На работе стал слышать, будто бы товарищи по работе сговариваются его убить, а «голоса» ему предложили шахту опустить на его сотрудников. Больной, находясь под влиянием этих голосов, не пошел на работу в шахту. Дома стал слышать, как за стеной жильцы называют его пьяницей, предлагают выселить его из Москвы. Голоса ему советовали: «пойди, убей их, возьми топор, убей их». Стали видеть при закрытых глазах лица, которые ведут с ним разговоры на производственные темы, и отвечает громко на их вопросы. В связи с вышеописанным самостоятельно обратился в нашу амбулаторию для лечения и был направлен в стационар.

Объективное наблюдение: высокого роста, астено-диспластической конституции. Нервная система: легкая анизокория, реакция на свет — живая, но быстро истощающаяся. Нистагмоидные движения

глазных яблок. Тремор век и пальцев рук. Высокие сухожильные рефлексy. Речь временами не вполне чистая.

Психическое состояние: больной в ясном сознании, полностью ориентирован. В контакт вступает легко, охотно сообщает о болезненных явлениях. У больного яркие слуховые галлюцинации: слышит голоса соседей, близких, которые осуждают его, называют его «пьяницей» или «сумасшедшим», а голоса-защитники (3 мужских и 1 женский) советуют ему то убить их, то сделать что-либо иное. Иногда голоса возражают ему, противоречат ему в его желаниях. Например, больной хочет заснуть, один из голосов говорит: «он хочет заснуть», другой — «он не заснет, он не заснет», третий — «нет, он будет спать». Иногда голоса говорят, что будут действовать на различные участки его мозга: один голос — «мы подействуем на его глазной центр», другой — «мы подействуем на его сонный центр», после чего третий голос — «ну, теперь он уснет». Больной критически относится к голосам, понимает, что это болезнь, но они настолько ярки, что у него стали закрадываться мысли, что «голоса» хотят привести его к смерти, хотят постоянными упорными требованиями привести к мучительному концу. Упорство, назойливость этих голосов приводят его к суицидальным мыслям. Наряду с яркими слуховыми галлюцинациями у больного имеются яркие зрительные галлюцинации, преимущественно гипнагогические. При открытых глазах он видит мышей, иногда ему кажется, что они ползают по его телу, и он их сбрасывает с себя. По вечерам перед засыпанием и в периоды большой бессонницы он видит, только при закрытых глазах, странные рожи: уродливые лица, лицо человека превращается в морду невиданного зверя, причем образы причудливо меняются — собака превращается в лошадь. Иногда он видит незнакомые лица, которые вступают с ним в производственные разговоры, он начинает вслух отвечать этим лицам. Эмоционально больной вял, угрюм, несколько тосклив. Просит освободить его от «слабости воли», т. е. прекрасно сознает свое болезненное состояние и причину его возникновения, но побороть влечение к алкоголю не может. Со стороны интеллекта отмечается ослабление внимания и памяти. Больной легко истощается при небольших интеллектуальных заданиях.

Больной около 2,5 месяцев провел в клинике. Первое время галлюцинации были очень интенсивны и носили, главным образом, слуховой характер. Ему постоянно твердили какую-либо неприятную фразу. Голоса особенно беспокоили его ночью, слышались в правом углу палаты, часто над его головой, справа один из голосов говорил: «он старается не слушать», другой: «но он будет слушать», а третий язвительно: «а все-таки он слушает». Наблюдались и зрительные галлюцинации, преимущественно при засыпании. Ночью он видел букашек, животных и людей, уродливые рожи («стоит посмотреть на какой-либо предмет, как из него вырисовываются рожи»). Приходят какие-то «оборванные люди», 2 старика и 1 женщина, и ложатся на его кровать. Через месяц голоса стали меньше беспокоить больного, но у него выявились стойкие идеи воздействия. Он стал утверждать, что голоса принадлежат действительно имеющимся людям или каким-то особым существам: «Современная наука многого еще не знает о самом человеке и мировой атмосфере». Он

считает, что находится под влиянием этих таинственных существ из неизвестного мира и они когда-либо погубят его.

При правильной ориентировке в окружающем, при желании лечиться от бессонницы и от влечения к вину у больного оставались стойкие идеи воздействия и убеждение, что голоса принадлежат каким-то реальным существам. С большой неохотой он соглашался с врачом, что голоса эти — результат болезни и злоупотребления спиртными напитками, но внутренне остается при своем убеждении.

В состоянии значительного улучшения больной был выписан и продолжал работу. Он все время чувствовал внутреннее напряжение, его «душила злоба», хотелось убить, ударить. В 1946 г. он снова с месяц провел в клинике, жаловался на бессонницу, голоса мало беспокоили его, но он по-прежнему был убежден в том, что находится под влиянием каких-то существ.

Принадлежность случая к алкогольному галлюцинозу здесь вряд ли может вызвать сомнения. Типично, что резкое проявление галлюцинаторных расстройств стало наблюдаться после длительной и усиленной алкоголизации. И в этом случае имело место то, о чем мы говорили выше: пьянство вначале не носило запойного характера и стало таким только впоследствии. Типичны обильные слуховые галлюцинации, носящие характер истинных галлюцинаций. Голоса не беззвучны, а носят характер живой человеческой речи, и больной определенно может сказать, что обычно говорят двое мужчин. Голоса слышатся в определенном пространстве палаты, в которой находился больной. То, что произносят голоса, носит неприятный для больного характер: его бранят, смеются над ним, отдают приказания, выполнение которых не соответствует его убеждениям, требуют, чтобы он убил жену, запрещают идти на службу. Имеются и зрительные галлюцинации, типичные для алкогольных расстройств: видятся мыши, крысы, какие-то рожи. Обращает на себя внимание, что, когда он пристально смотрит на какой-нибудь реальный предмет, из него как раз и начинают вырисовываться «рожи». Вместе с тем налицо большое количество идей преследования, физического воздействия. Ему не дают спать, действуют на «его центры в мозгу». Существа, которым принадлежат голоса, ставят себе целью уничтожить его.

Сходство с шизофренией не ограничивается изменением психики больного в смысле напряженности, настороженности, слуховых галлюцинаций и бреда физического воздействия. Как и при шизофрении, голоса говорят о нем в третьем лице, голоса при этом как бы читают его мысли и желания, комментируют его поведение. То, что «голоса» спорят между собой и противоречат друг другу, близко к отражению шизофренической раздвоенности



и амбивалентности. Для шизофренического бредообразования характерны мысли о воздействии какой-то таинственной силы, о каких-то особых существах, может быть из подземного мира или с другой планеты. Идеи о таинственных влияниях, особой силе, исходящей от существ какого-то особого мира, имеются у нашего пациента, но все же они не являются шизофреническим бредом. О них нельзя сказать, что они ничем не объяснимы, идут неизвестно откуда. Их содержание и самый характер навеяны галлюцинаторными переживаниями.

В делириозных картинах как инфекционного, так и токсического генеза нередко можно отметить не только сказочность, фантастичность галлюцинаций, но и черты какой-то мистики.

В свое время нам пришлось познакомиться с одним случаем сыпнотифозного делирия. Помимо обычных у таких больных галлюцинаций пациент слышал голоса, как ему казалось, из потустороннего мира; в делириозных переживаниях он стоял перед какой-то особой, непонятной ему силой. Он чувствовал необходимость оградить себя от нее, боялся отвечать на вопросы, которые, как ему представлялось, обращены к нему; он чувствовал, что если вступит в контакт с этой силой, то потеряет рассудок. В этом случае речь шла о высокообразованном человеке. Сыпной тиф с делирием он перенес около 40 лет назад и с тех пор никаких нервных явлений не обнаруживает.

Близкие к этим картинам делирии могут наблюдаться у опиофогов. Нужно считать несомненным, что длительное пребывание в галлюцинаторном, мистико-фантастическом мире может настолько изменить психологию человека, что он будет считать возможными такие явления, которые раньше считал совершенно абсурдными. Вдумываясь в переживания нашего пациента с алкогольным галлюцинозом, нужно считать психически объяснимой его мысль о существовании еще неизвестных науке явлений.

При объяснении таких случаев нужно иметь в виду, что все психические процессы являются результатом соотношения процессов возбуждения и торможения, корковых и подкорковых процессов. Все случаи токсического делирия нужно считать результатом возбуждения подкорковой области при одновременном торможении коры. Возбуждение первой объясняет яркость, красочность галлюцинаций, делает их истинными галлюцинациями. Торможение коры, создавая состояние, переходное между сном и бодрствованием, обеспечивает условия, благоприятные для галлюцинаторного творчества с его фантастичностью, отрешенностью от реальности и созданием образов и картин, невозможных в реальной действительности.

Поскольку делирий — реакция первично здорового мозга, в типичных случаях явления его более или менее быстро исчезают, не оставляя следа. Что касается галлюцинозов, то здесь соотношение процессов 1-й и 2-й сигнальной систем И. П. Павлова иное. Кора находится в состоянии не только торможения, но и некоторого стойкого снижения функции. С этой точки зрения можно понять вышеупомянутые указания некоторых авторов на роль дегенеративного предрасположения, церебрального артериосклероза позднего возраста. В случаях алкогольного галлюциноза снижение дается самой алкоголизацией.

#### **Значение токсических галлюцинаций для проблемы патогенеза галлюцинаций**

На примере токсических галлюцинаций больше, чем на примере каких-либо других галлюцинаций, можно убедиться, как важно изучать генез их в связи с особенностями фона, на котором они наблюдаются. Учитывая вместе с тем, что расстройства восприятия рассматриваемой группы отличаются особенной яркостью, естественно ожидать, что лежащие в основе их патологические изменения здесь должны быть более выражены и потому легче могут быть изучаемы. К особенностям фона нужно отнести более или менее значительное интеллектуальное возбуждение и часто оживленное течение мыслей. Это вполне гармонирует с положением, что галлюцинирование представляет собою творческий процесс, для которого необходимым условием является сохранность мозга как органа этого творчества. Галлюцинаций не наблюдается при состояниях слабоумия как врожденного, так и приобретенного характера. Если они встречаются при органических заболеваниях, то только в более элементарной форме, как явление механического раздражения сенсорной зоны. Токсические галлюцинации по клинической картине наиболее близки к инфекционным, но изучение их с точки зрения патогенеза сравнительно с последним может дать значительно больше. Инфекционные процессы более или менее диффузно поражают весь мозг, тогда как токсическим веществам, ведущим к галлюцинациям, свойственна значительная локальная избирательность. В особенности это относится к группе нервных ядов. С точки зрения патогенеза следует отметить, что некоторые из них (как, например, опий) являются специально корковыми ядами. Мескалин, как мы видели выше, оказывает действие специально на оптические корковые центры. Но по отношению к большинству рассмотренных нами ядовитых веществ приходится говорить о действии на процессы перцепции

вообще, на всю систему аппаратов, участвующих в этой функции. Как мы видели, выраженные расстройства восприятия со всеми признаками истинных галлюцинаций наблюдаются вместе с более элементарными феноменами, наблюдающимися при чисто периферическом раздражении органов зрения или слуха.

Во многих случаях ясно, что приходят в движение подкорковые аппараты, участвующие в акте зрения или слуха. В особенности ясно это по отношению к мескалиновому отравлению.

Рассмотрение токсических галлюцинаций вообще заставляет прийти к заключению, что процесс галлюцинирования связан с возбуждением сенсорных аппаратов где-либо на пути от периферических перцепторных аппаратов до коры. Интенсивность сенсорного раздражения не во всех отделах одинакова; она зависит от того, в каком соотношении находятся процессы возбуждения и торможения в данной системе. Это соотношение различно в зависимости от природы ядовитого вещества и стадии болезненного процесса. Токсическим галлюцинациям в высшей степени присущ момент *sensorialité*.

В этом отношении их можно поставить рядом с инфекционными галлюцинациями. Сходство в смысле яркой в обоих случаях чувственности галлюцинаторных образов объясняется поражением подкорковой области, в частности систем, связанных с зрительным бугром. Имеет значение, что ядовитые вещества, о которых идет речь, относятся к числу наркотических. В сильных дозах они действуют, вызывая сон, или оглушают, но обыкновенно речь идет о более легких стадиях наркотизации, состояниях, подходящих под понятие переходного между сном и бодрствованием. Сенсорное раздражение с яркой чувственностью зрительных или слуховых образов и корковое торможение, не настолько, однако, сильное, чтобы подавить творческую деятельность, характерны для токсических галлюцинаторных состояний. В большей или меньшей степени они свойственны и другим галлюцинациям, хотя там выступают не так отчетливо.

## ГЛАВА 4 ИНФЕКЦИОННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЕ СОСТОЯНИЯ

### Общие замечания

Галлюцинаторные расстройства при инфекционных заболеваниях представляют очень частое явление, и это уже одно делает интересным их рассмотрение при изучении сущности галлюцинаций. Но помимо этого здесь приходилось считаться с тем, что патология инфекции вообще довольно хорошо изучена, и это дает возможность сближать генез галлюцинаторных расстройств с более или менее точно установленными данными патофизиологии. При инфекциях обычно приходится иметь дело не с отдельными феноменами сенсорного расстройства, а с целыми галлюцинаторными состояниями, относимыми к экзогенному типу реакции. Естественно, что при таких условиях соответствующие патофизиологические изменения должны быть более выражены и потому легче могут быть изучены. Нужно иметь в виду, что галлюцинаторные состояния и наиболее частый их представитель — делирий — при общности основных черт представляют значительные различия не только в зависимости от характера инфекции, но и от особенностей личности, от перенесенных в прошлом заболеваний и от добавочных этиологических факторов. Изучая галлюцинаторные картины в их динамике в связи со всеми этими моментами, можно надеяться установить известные закономерности в условиях развития галлюцинаций. Хотя делирий нельзя рассматривать как простую сумму отдельных галлюцинаций, все же имеется общее в сущности и в генезе того и другого расстройства. Эту общность можно видеть уже в том, что как в первом, так и во втором случае имеется связь со сном. Положение, выставленное еще Байарже, что галлюцинации появляются в состоянии, промежуточном между сном и бодрствованием, разделялось и последующими исследователями как по отношению к галлюцинациям вообще, так и к различным состояниям, при которых они наблюдаются. Таковы онирические состояния, описанные французскими психиатрами, онейроидные состояния, описанные немецкими авторами. Из состояний, характеризующихся наличием обильных галлюцинаций, при инфекционных заболеваниях приходится встречаться, главным образом, с делирием. При нем степень сновидности, оглушенности очень различна в значительной мере в зависимости от характера инфекции. Чем оглушение меньше, тем ярче выступа-

ют галлюцинации, особенно зрительные, характеризующиеся подвижностью, обилием, быстрой сменяемостью, яркостью. Галлюцинации бывают часто комбинированными, часто носят характер сцен. Содержание галлюцинаций постоянно меняется; один и тот же образ в течение короткого времени может подвергнуться быстрым превращениям подобно тому, как это бывает во сне. Характерно для делирия также двигательное беспокойство, определяющееся в своем существе содержанием переживаемых галлюцинаций. По отношению к ним больной является не зрителем, а активным участником, иногда страдающим, подвергающимся нападениям и различным опасностям.

### **Делирий при крупозной пневмонии**

Больной Д. Н. С. 40 лет. Продавец вод. Под психиатрическое наблюдение поступил на 5-й день болезни, когда под влиянием сульфидина температура спала. Плохо спит. Все суетится в постели. Перебирает простыню, вертит ее, крутит, сворачивает. «Нечего собирать, дело с концом выходит... Разрешите мне держать покамест...». Врач берет больного за рубашку: «Что это?» — «Я в такой спецовке для мороженого. Вот и тележка под ногами». Врач показывает на электрические провода и места для штепселей на стене рядом с постелью. «Что это такое?».. «Это трубки для воды, краны для поливки улиц, двора и частично берут здесь водники... Подъезжают сюда. Слабый напор (вертит штепсель)... сейчас пойдет вода, надо подождать». Показывают на спинку кровати. «Что это?» — «Это рама, сюда натягивается полотно, чтобы солнце не светило в глаза. А то, что вставляется в руки, называется втулки. Есть втулки, есть сжатие (показывает на подушку) ...это для сиропа, сюда вливают (лезет под подушку), тут сатуратор, к нему (лезет под одеяло рукой) вал с сальником». Врач указывает на соседа в палате (больной в постели, тоже пневмоник, кашляет). «Это кто?» — «Не вижу... А, это железо тут валяется на базе». — «Вы сейчас в больнице?» «Да... Я только работаю заменяющим, я покрываю ящик. Вот он сидит на ящике. Не клади туда, Коля, на ящик ничего». Врач пишет слово «мама». — «Прочтите» — «Ма...лая Москва. Это Малая Москва». «Папа». — «Прочтите». «Па... кровское Ильинское ...» Слово «больной». «Это что же... остается одно «о». Сам пишет «Больной... врач... Травкой зеленеет...». Под диктовку врача пишет «догода». Читает — «это пожарная охрана. Номер телефона Г 0 (ге ноль) или Д. И. Это наша база... Не помню этих номеров». Больному предложено слушать в телефонные (для радио) наушники. Ничего не слышит. Признак Липпмана отрицательный: ничего не видит. Предоставленный самому себе суетливо сворачивает одеяло, сидя в постели, зовет «Колю».

Через день больной начал понимать, где он. Не помнил о своих разговорах, когда он представлял себя находящимся на базе мороженого и вод. Не помнил, какое он давал объяснение тому, что собой представляют кровать, спинка кровати, различные слова. Галлюцинаций больше нет.

Обращает на себя внимание очень большое сходство галлюцинаторных расстройств в этом случае с белой горячкой, но вполне точно установлено, что больной совершенно не пил. Сознание было у него оглушено более значительно, чем бывает у белогорячных больных. В связи с этим и воспоминаний о пережитом у него совершенно не сохранилось. У больного ясно выражен так называемый профессиональный бред. Его поведение ярко отражает его галлюцинации, причем последние прямо указывают на его профессию: в состоянии инфекционного делирия он продолжает свою работу продавца в палатке вод — видит аппаратуру, обычную при его работе, говорит о «сатураторе», в соседе по палате видит своего сотрудника с «базы». Такой профессиональный бред бывает и при белой горячке, но, по нашим наблюдениям, он сильнее бывает выражен при инфекционных делириях, что также можно поставить в связь с более значительным затемнением сознания. У больного имеются и яркие слуховые галлюцинации, он постоянно с кем-то разговаривает, зовет какого-то Колю. Интересно отметить, что надавливание на глазное яблоко дает отрицательные результаты, чего обычно не наблюдается у больных белой горячкой. Психотические явления у больного появились на 5-й день болезни и, как обычно бывает, через два дня после того, как температура уже спала. Это говорит во-первых, о том, что в данном случае налицо был действительно инфекционный, а не лихорадочный делирий, а главное, о том, что сульфидин, хорошо действующий на возбудителя пневмонии, не оказывает непосредственного действия на вырабатываемые им токсины. В практике за последнее время были случаи, когда применение сульфидина при лечении пневмонии, осложненной психозами, давало ухудшение последних. Нечто подобное наблюдалось при лечении малярийных больных акрихином. Нужно, однако, считаться с тем, что и в том, и в другом случае возможны некоторые обострения явлений, подобно тому, как это наблюдалось при лечении малярийных больных хинином. Так нужно трактовать следующий случай психоза, развившегося после тяжелой двусторонней пневмонии.

Больная М. Л. С. 39 лет. Колхозница. Поступила в 4-ю Городскую больницу 11 марта.

До конца марта у нее тянулась тяжелая крупозная пневмония. Больная начала поправляться, но с 13—14 апреля у нее начались менингеальные явления. В пунктате была обнаружена мутная спинномозговая жидкость с большим количеством лейкоцитов. В посеве—диплококк. Затем состояние снова улучшилось. Пункции дали свежую спинномозговую жидкость. Температура, упав после пневмонии, держалась до 20 апреля 1940 г. не выше 37,5°. 26 апреля снова люмбальная жидкость

была мутна и вытекала под большим давлением. Больной дали сульфидин 5,0. Т 39°. 27 апреля у нее была вспышка психоза. С вечера 26 апреля больная начала уверять, что в нее вселился бес, вскакивала, пыталась бежать, плевалась. Ночью у нее была рвота. Больная отказывалась от еды и питья, появилась ригидность затылочных мышц. Сульфидин был заменен стрептоцидом. Т° 37,9—39°. Больная видит своих родных, отца и мужа, по-видимому, гибнувших в огне. Крестит вокруг себя, отгоняет чертей. Ей кажется, что ее дети погибают от огня. Она много говорит по-молдавски, малопонятно. 30 апреля больная почти ничего не помнила из того, что с ней было на этих днях. Осталось общее впечатление страха и гибели. Подробностей рассказать не могла. Находилась в состоянии некоторой оглушенности. Ориентировка сделалась достаточной. Узнавала врачей и персонал, сидела в постели. Принимала стрептоцид. 3—5 мая в жидкости форменных элементов оказалось меньше — около 300, и она была более прозрачна. Больная свободно сидела, говорила, ела. В окружающем ориентировалась. Осталось небольшое напряжение мышц затылка.

Некоторое ухудшение со стороны ликвора наблюдалось еще до сульфидина, но психотическая вспышка развилась на другой день после назначения сульфидина, и возможно, что это не только случайное совпадение.

Данный случай относится к числу очень тяжелых, но нужно иметь в виду, что менингит не был каким-либо случайным осложнением, так как он был проявлением той же диплококковой инфекции. Наличие метастатического фокуса, обнаружившееся одновременно с вспышкой психоза, говорит о большой вероятности того, что последняя была вызвана не одними токсинами, а деструктивными изменениями в мозгу. Положение пневмонии сравнительно с другими инфекциями несколько особое по частоте психических осложнений и механизмам их развития, видимо, благодаря более глубокой затронутости вегетативной нервной системы. Именно при пневмонии возможны случаи развития гемиплегии без грубых расстройств кровообращения, а в результате спазмов сосудов. Кроме того, пневмония, в особенности двусторонняя, ведет к расстройству кровообращения в малом круге, к аноксемии, а с ней приходится считаться как с одним из моментов, ведущих к оглушению и возбуждению.

### **Психические изменения при гриппе**

При гриппе нервные и психические осложнения представляют довольно частое явление, но делирий, собственно, встречается реже, чем при тифах, в особенности при сыпном тифе. Делирий развивается на высоте лихорадочного периода или в период падения температуры и очень редко в продромальной

стадии. Случаи, осложненные пневмонией, видимо, чаще дают картину делирия, причем и здесь падение температуры в связи с прекращением пневмонического процесса нередко дает ухудшение психического состояния или даже самые первые проявления делирия бывают именно в этом периоде. Делирий при гриппе не характеризуется какими-либо яркими признаками, но обычно сопровождается большим возбуждением при наличии значительного оглушения, затрудняющего ознакомление с содержанием внутреннего мира. Известно, что психозы при гриппе характеризуются своим полиморфизмом, причем очень часто бывают аффективные расстройства. Наиболее типичным для гриппа нужно считать депрессивные состояния, но могут быть и маниакальные картины. Кроме делирия могут быть и аментивные состояния и картины сумеречного сознания. В общем делирий при гриппе не представляет постоянного явления, не ярок и обычно скоротечен. Эту малую склонность к делириозным реакциям нужно поставить в связь с какими-то особенностями патологии этого заболевания. В общем гриппу присуща способность открывать дорогу другим заболеваниям, прежде всего эпидемическому энцефалиту, провоцировать эндогенные психозы, особенно шизофрению, обострять истерические и вообще невротические реакции и меньше свойственно давать самостоятельные психозы с яркой симптоматикой. Конечно, и грипп резко затрагивает вегетативную нервную систему. Об этом говорит и частая картина общей нервности в периоде реконвалесценции, иногда продолжающейся очень долго, но все же редко бывают такие грубые изменения, какие, например, бывают при сыпном тифе. Поражение при этом больше носит токсический характер и очень редко грубодеструктивный. Но возможна картина геморрагического энцефалита. Авторы более новых работ о нервных осложнениях при гриппе говорят, что в основе психозов при гриппе лежит интоксикация вегетативных центров, но все же не грубого характера. Явления делирия имеют в основе, несомненно, токсические процессы, но этим, однако, не исключается возможность реакции со стороны некоторых отделов центральной нервной системы. Роль местных изменений при гриппе, видимо, менее значительна, а кроме того, имеются и отличия в локализации этих местных изменений сравнительно с теми инфекциями, которые часто сопровождаются яркой делириозной реакцией.

### Галлюцинаторные расстройства при эпидемическом энцефалите

Особенно много для проблемы галлюцинаций может дать эпидемический энцефалит, при котором как раз особенно резко поражается диэнцефальная область и расстройства сна играют исключительно большую роль. В самой общей форме такое предположение оправдывается в том отношении, что при эпидемическом энцефалите галлюцинации бывают исключительно яркие, разнообразны и обильны. Не случайным нужно считать также, что при резком поражении диэнцефальной области кора остается долгое время сравнительно свободной. Поэтому обильные галлюцинации, носящие характер делирия, могут переживаться в состоянии ясного сознания и больной может давать о них полный отчет. Этим объясняется критическое отношение к ним как к субъективным болезненным явлениям. Соответственно этому автор большой монографии о психосенсорных расстройствах при постэнцефалитическом паркинсонизме — Ранкуль делит их на три группы: галлюцинозы, состояния галлюцинаторного беспокойства и хронические галлюцинаторные бредовые состояния. Галлюцинозы Ранкуль понимает так же, как и Клод, как зрительные или слуховые образы, не носящие для галлюцинанта характера реальности. Такие картины развиваются не в начале болезни, а обычно вместе с новым рецидивом. Это дает повод Ранкуль считать, что галлюцинации появляются далеко не сразу, а вместе с новым обострением. Если иметь в виду выраженные картины галлюцинаторных вспышек типа делирия, с этим можно согласиться, но отдельные галлюцинации бывают и в начале болезни. Это представляет для нас большой интерес. Если обратить внимание на характер этих галлюцинаций и их содержание, то обычно оказывается, что они являются как бы частью делирия, вынесенной во времени вперед. Их можно рассматривать как предвестники будущих галлюцинаторных расстройств. Можно поэтому думать, что и в генетическом отношении они близки к делирию, а это делает их особенно интересными при изучении общей проблемы галлюцинаций.

Если смотреть на течение эпидемического энцефалита с точки зрения роли галлюцинаций в картине болезни, то первый период характеризуется отрывочными галлюцинациями, второй — делириозными вспышками, третий — галлюцинаторно-параноидными состояниями. Сейчас мы хотели бы остановить внимание на отдельных галлюцинаторных явлениях преимущественно первого периода. Преобладают галлюцинации зрительные и общего чувства. Иногда это могут быть элементарные расстройства,

свет, искры, желтые пятна. Одна наша пациентка видела в начале болезни какие-то желтые кружочки, которые падали сверху. Чаще видятся фигуры людей или животных. Одна девочка 12 лет часто видела какую-то страшную фигуру — смерть и каких-то животных. Другая больная видела, как кругом нее прыгают и падают на нее блохи. Как правило, видения сопровождаются живейшими эмоциями, чаще всего чувством страха. Последний иногда предшествует самому появлению галлюцинаций и сопровождается резко выраженными вегетативными реакциями. В одном случае галлюцинации наблюдались повторно через известный промежуток времени. У этого больного было нечто вроде кратковременных приступов: появлялся страх, неприятные ощущения во всем теле, сердцебиение и виделась смерть в виде старой женщины с косой. Зрительные галлюцинации настолько типичны для эпидемического энцефалита, что в тех редких случаях, когда наблюдается сочетание его с шизофренией, зрительные галлюцинации появляются вместо слуховых, которые исчезают. И. И. Лукомский наблюдал ряд таких комбинаций. В одном его случае зрительные галлюцинации: видение фигур, карточек с фамилией врача, каких-то подземных помещений — появились спустя значительное время после начала болезни, когда очень резко был выражен свойственный шизофрении бред преследования.

По частоте рядом с зрительными галлюцинациями нужно поставить кожные и галлюцинации общего чувства. Очень часто наблюдаются особые кожные ощущения: больным кажется, что ползают насекомые. Одной больной казалось, что насекомые проникли к ней под кожу, причем она испытывала сильный зуд. Такие феномены нередко комбинируются с зрительными галлюцинациями. Одной больной казалось, что по ее телу бегают крысы и кусают ее. Другая больная видела змей, которые жалили ее и забирались к ней в рот и в половые органы. Часты гаптические галлюцинации: ощущение, что кто-то хватается, берет за руку, допрашивается до спины. Нередко ощущение сильного зуда или жжения. Слуховые и обонятельные галлюцинации не так часты, но все же в картине болезни занимают видное место. Слышится барабанный бой, крики, музыка, бранные голоса. Содержание голосов носит чаще устрашающий или вообще неприятный характер. Как известно, для клиники эпидемического энцефалита очень характерны явления навязчивости и насильственности. Это относится и к галлюцинациям, которые часто повторяются в одной и той же форме. Нередко голоса носят императивный характер подобно тому, как это наблюдается при шизофрении. От-

личие может заключаться в том, что здесь они сопровождаются очень выраженной эмоциональной реакцией. Одна наша больная — девочка с энцефалитом — часто видела страшную фигуру и слышала голоса, которые внушали ей: «удавись, удавись». Это бывало преимущественно по вечерам. Она испытывала ужас и от страха закрывала голову одеялом и затыкала себе уши.

Отношение к галлюцинациям бывает не всегда одинаковое и не всегда следует схеме, по которой в начале болезни они встречаются со стороны больного критическую оценку как чисто субъективные и болезненные явления. Здесь в особенности можно видеть, что эмоциональная реакция и отношение к галлюцинаторным образам как к объективным или субъективным явлениям зависят не от их яркости, а от сопровождающих их витальных переживаний. В связи с этим как раз неясные и с трудом различаемые образы вызывают живейшее чувство страха именно потому, что для больного они являются живой реальностью. Зрительные образы часто бывают совершенно неподвижны, иногда же находятся в движении, но не быстром. Иногда они обращают на себя внимание своей необычайной величиной, представляются то очень большими, то очень маленькими. Например, больная видит в квадрате окна две мужские фигуры, которые поражают своей величиной. Ранкуль говорит о галлюцинациях-лиллипутах при эпидемическом энцефалите как о частом явлении. Изменение величины зрительного образа иногда можно поставить в связь с движениями глазных яблок, расстройство которых так обычно при энцефалите. Здесь уместно вспомнить А. Пика, буквенные галлюцинации у которого увеличивались при смотре в даль. Как очень характерное явление для энцефалита нужно рассматривать то, что галлюцинации иногда сопровождаются так называемыми глазными кризами — *crises oculogynes* французских авторов. Представление о сущности явлений может дать следующая больная Ранкуля:

Е. — 27 лет. Ярko выраженный постэнцефалитический паркинсонизм с изменением характера и поведения. Приступы возбуждения. Импульсивность. Брадифрения. Один-два раза в неделю бывают приступы, которые сама больная описывает так: «Глаза мои начинают мигать, но сама я дрожу меньше. Я вижу маленькие квадраты — красные и желтые. Все в красном дефилирует, как в фильме. Я вижу красные машины. Это момент, когда глаза мои должны повернуться, это возвещается черным, и после этого глаза мои поворачиваются. Я вижу цвет перед тем, как глаза мои повернутся, и чувствую при этом боль в затылке. Фигуры, которые я вижу, совершенно бесформенные, у них нос не на том месте, где нужно, фигуры вычурные и как будто в масках». Больная определенно указывает на то, что красные фигуры она видит перед

тем, как глаза ее начинают поворачиваться. Такие кризы продолжались 10—12 мин.

То же наблюдалось и у других больных. Галлюцинаторные феномены наблюдаются в качестве ауры перед судорожным движением глаз. Такие кризы с галлюцинациями при энцефалите наблюдались также Богаэртом и другими авторами. В особенности интересны наблюдения над некоторыми хроническими состояниями эпидемического энцефалита с галлюцинациями. В этих случаях галлюцинации, преимущественно зрительные, были так обильны, ярки, как это бывает только при делириях. Здесь нужно вспомнить, что нечто аналогичное в смысле видения красного цвета наблюдается при эпилепсии во время ауры. Для нас важно отметить, что зрительные галлюцинации в данном случае появляются вместе с двигательными явлениями, именно с движениями глазных яблок, причем сенсорные моменты предшествуют двигательным. Как мы увидим дальше, в этом нельзя видеть только случайное совпадение. Кроме того, на этих больных мы могли убедиться в том, что как дисморфопсия, так и дисмегалопсия может быть периферического происхождения и зависеть от изменения динамизма глазодвигательного аппарата.

### Патогенез инфекционного делирия

Изучение галлюцинаторных расстройств при инфекциях важно для общего учения о галлюцинациях. С точки зрения патофизиологии более всего может дать изучение делирия. Хотя он не просто сумма отдельных галлюцинаций, а известная целостная картина, все же, как мы видели, имеется общность условий для развития явлений в том и другом случае, и очень часто отдельные галлюцинаторные феномены генетически непосредственно связаны с картинами делирия, предшествуя ему иногда непосредственно, иногда за долгое время, а также сохраняясь в качестве остаточного расстройства после его окончания. Вопросу локализации в прежнее время по отношению к токсическим психозам уделяли мало внимания. Казалось, что если основная причина в токсических веществах, циркулирующих в крови в системе мозговых сосудов, то и действие их должно быть общим для всего мозга и местные изменения не должны играть особой роли. Но довольно давно было обращено внимание на избирательное действие некоторых ядов к определенным отделам центральной нервной системы. По отношению к самым различным кругам заболеваний все прочнее стал устанавливаться взгляд, что общее действие на мозг тех или других ядов нисколько не исключает

особенно сильной реакции на них некоторых отделов мозга. Накопилось немало данных, говорящих об избирательном действии ядов на некоторые отделы нервной системы в отношении возникновения делирия. Вопрос о локализации не ставился до самого последнего времени. Психическое расстройство в этих случаях относилось к типовым, общемозговым реакциям, одинаковым для самых различных вредностей, поэтому предполагали, что и мозговые изменения во всех случаях одинаковы. Стирание качественных особенностей отдельных токсико-инфекционных процессов привело Бонгеффера к постановке вопроса о промежуточном звене, о неправильности которой мы говорили в предыдущей главе. Выше мы приводили ряд фактов, по которым не только выраженные делириозные синдромы, но и галлюцинаторные расстройства вообще и даже отдельные галлюцинации наблюдаются, как правило, в начале заболевания как своего рода реакции. С усилением действия той же вредности, с утяжелением процесса они уступают место более тяжелым расстройствам с распространением на весь мозг. Это явление тем более заслуживает внимания, что наблюдается не только при токсикоинфекциях, но и при органических заболеваниях. Считая, что выяснение патофизиологии делириозных реакций может способствовать выяснению механизмов развития галлюцинаций, рассмотрим вышеизложенные данные о возникновении галлюцинаций при различных заболеваниях в свете того, что дает изучение делирия.

Еще Крепелин поднимал вопрос о том, что при последнем речь идет не только об отравлении, но об особом энцефалитическом процессе. Как мы видели, этот вопрос теперь решается в смысле наличия определенных мозговых изменений. Исследования последних лет открыли много новых фактов, подкрепляющих такую точку зрения. В своих прежних работах о делирии мы высказывались в том смысле, что делирий — это защитная реакция, тем более яркая, чем более сохранен мозг. Принято считать, что это вообще реакция, свойственная здоровому мозгу. С этой точки зрения понятны и некоторые особенности мозговой реакции, свойственные делирию. Заслуживают внимания изменения ретикулоэндоthелиальной системы, к которой, как известно, относят и элементы мезоглии. В этом отношении представляет интерес следующее сопоставление. В случаях вполне выраженной шизофрении (как мы констатировали это еще в работах 1922 г.) делириозные реакции при осложнении сыпным тифом или другими инфекциями или совсем отсутствуют, или бывают очень слабы. Слабость ретикулоэндоthелиальной системы при шизоф-

рении принято считать твердо установленной. Этому соответствуют исследования П. Е. Снесарева и Л. О. Смирнова, показавшие инактивность при этой болезни глиальной ткани. С другой стороны, глиальная реакция при инфекциях, наоборот, бывает очень значительна. Но помимо этой более или менее общей реакции имеются факты, говорящие о возможности локальных изменений. Они, вообще говоря, указывают на большую затронутость подкорковых узлов и стволовой части. Принято считать более чем вероятным, что при инфекциях действие яда распространяется через мозговой ствол. Несомненно нужно считать выясненным, что вегетативная нервная система, определяющая отношение организма к среде, принимает на себя и первый удар. Здесь прежде всего приходится иметь в виду ее центры. В непосредственной связи с этим стоит то, что мы говорили выше о локализации изменений, ведущих к расстройству сознания и создающих, возможно, благоприятные условия для возникновения галлюцинаций. К этому следует прибавить более точные патологогистологические данные, касающиеся инфекций, как раз тех, которые сопровождаются резко выраженными делириозными реакциями и вообще интенсивными галлюцинаторными расстройствами. По Л. О. Смирнову, характерные для сыпного тифа изменения чаще всего локализуются в области молекулярного слоя мозжечка, Сильвиева водопровода. Едва ли случайно при этом, что в то же время при брюшном тифе, при котором реже приходится видеть картины выраженного делирия, аналогичные изменения гораздо менее выражены и не так склонны концентрироваться в стволовой части, распространяясь также на кору полушарий. Как мы видели, наиболее яркие картины делирия с обильными зрительными галлюцинациями представляют собой постоянное явление при эпидемическом энцефалите. При нем анатомические изменения локализуются приблизительно там же, где и при сыпном тифе. Наиболее поражаемые участки — серое вещество вокруг Сильвиева водопровода и 3-го желудочка, а также дно 4-го желудочка и зубчатое ядро мозжечка. Как известно, в позднейших стадиях болезни на месте острых энцефалитических изменений остаются очаги разрежения, естественно, с той же локализацией. С другой стороны, нужно иметь в виду, что при энцефалите помимо делириозных вспышек, знаменующих рецидив болезни, в позднейших стадиях бывают галлюцинаторные расстройства, которые, представляя аналогию с делириями острых стадий, существенно от них отличаются. Эвальд обращает внимание на то, что во многих случаях хронического энцефалита, когда едва ли приходится встречаться с рез-

ко выраженными изменениями токсического характера, могут наблюдаться галлюцинаторные состояния с галлюцинациями преимущественно зрительного характера и притом такими обильными, какие можно встретить далеко не при каждом делирии. В то же время ясность сознания и возможность обстоятельной передачи своих переживаний говорят о значительной сохранности коры. Это заставляет связывать механизм возникновения галлюцинаций в этих случаях с остаточными изменениями в мезо- и диэнцефальной области. Это тем более законно, что сами галлюцинации являются до известной степени остаточными симптомами острого психического процесса. Можно считать установленным, что внешние воздействия на центральную нервную систему могут произвести в ней стойкие изменения, заставляющие ее реагировать таким же образом после, когда внешний раздражитель удален. Это вполне приложимо и к энцефалиту. Ранкуль, влияя на своих энцефалитиков мескалином, при впрыскивании этого вещества получал не только свойственные этому отравлению сенсорные явления, но и галлюцинации такого же характера, какие наблюдались в случаях энцефалита.

В наличии анатомических изменений в известных отделах стволовой части при резко выраженных делириях можно видеть определенную закономерность, тем более что она свойственна не только инфекциям, но и интоксикациям, в частности такой, которая дает наиболее яркие картины делирия, — алкогольной. Патология инфекций и интоксикаций характеризуется постоянством более или менее значительных изменений при них в подкорковой области. Она является *locus minoris resistentiae* не только для инфекций, в частности тифов, о чем мы говорили выше, но также для интоксикаций, вызванных окисью углерода, ртутью, марганцем и другими ядами. Единство локализации главных изменений при инфекциях и интоксикациях разного рода должно быть положено в основу объяснения однотипности психических реакций при экзогенных повреждениях.

Для всех галлюцинаторных состояний инфекционного генеза характерен ряд определенных особенностей. Сюда нужно отнести их большую аффективную насыщенность. Настроение у больных никогда не бывает безразличным, но всегда окрашено живыми эмоциями. Чаще всего это чувство страха, которому соответствуют и галлюцинаторные переживания: видение страшных фигур, зверей, нападений, сцен боя, падения самолета, крушения поезда. Несомненно при этом, что первичным здесь нужно считать эмоциональное переживание и что сами галлюцинации являются отражением их в зрительных или слуховых

образах. На эмоциональное состояние оказывают влияние и болевые ощущения, связанные с основным заболеванием, однако роль их в этом отношении не особенно значительна. Большое влияние они оказывают на галлюцинаторное творчество в качестве ориентира для него и пластического материала. Но нередко можно наблюдать состояние экзальтации, восторженности, обычно связанной, как потом можно выяснить из беседы с самими больными, с живым полетом мысли, сменой галлюцинаторных образов, из которых один ярче, интереснее, привлекательнее другого. Эмоциональности, выведенной из состояния равновесия, ее экзальтированности соответствует аналогичное состояние в деятельности органов чувств. Оно характеризуется общей гиперестезией, повышенной чувствительностью к звукам, зрительным, равно как и другим, восприятиям. Сами галлюцинации рождаются на фоне гиперпатий. В связи с этим стоит наличие большого количества более элементарных галлюцинаций, видение искр, огня, различных цветных полос, точек, кружков, шумов, стуков звуков, похожих на колокольный звон или щебетание птиц. Иногда можно определенно говорить об изменении цветоощущения: все окружающее кажется в синем, желтом или каком-либо ином цвете. В особенности ярко выступает эта особенность при токсических делириях, в частности при мескалиновом, но ее можно констатировать и при энцефалитах. Ф. Ф. Детенгоф в одном случае эпидемического энцефалита наблюдал синее окрашивание всего окружающего. Характерны для рассматриваемых галлюцинаторных состояний множественность, разнообразие галлюцинаций с участием в них образов, относящихся к различным органам чувств. Типично также, что галлюцинации носят характер сцен. Существенно при этом, что сам больной принимает участие в переживаемых сценах в качестве действующего или страдающего лица. С ним случаются различные катастрофы, он идет в атаку, участвует в бою, на него производят нападения, его ранят, готовят для него какие-то страшные аппараты. На первом плане стоят зрительные образы, слуховые, а остальные только дополняют переживание и делают его более полным и жизненным. Как зрительные, так и слуховые галлюцинаторные образы всегда имеют определенную локализацию в пространстве и притом во внешнем пространстве. Не могут считаться исключением такие случаи, когда больной ощущает нечистого в виде маленького мохнатого существа у себя во рту и старается его укусить. Большую роль играют ощущения общего чувства, обоняния и вкуса. Своей определенной локализацией в пространстве рассматриваемые галлюцинации



резко отличаются от психических галлюцинаций, свойственных шизофрении. Еще большее отличие их от последней заключается в следующем. В своих галлюцинаторных переживаниях больной нередко является объектом нападений и различных враждебных воздействий, но при этом всегда страдает его, так сказать, телесное «я», его тело. На его внутренний мир, на течение мыслей не бывает никаких покушений. Характерна подвижность галлюцинаций, их калейдоскопическая сменяемость, а также их яркость и жизненность. Все это говорит о том, что речь идет об истинных галлюцинациях. Отношение к ним самого пациента не всегда одинаковое, что зависит, главным образом, от состояния его сознания. С прояснением последнего отношение к ним у больного становится критическим, но в остром периоде они для него представляются действительностью, захватывающей его целиком и определяющей его поведение.

#### **Мозговые изменения при инфекционных галлюцинаторных расстройствах**

Как видно из всего, что сообщалось об инфекционных психозах, при них имеются определенные мозговые изменения, нередко складывающиеся в форму определенных энцефалозов, преимущественно с подкорковой локализацией. Это дает право по аналогии вообще с органическими заболеваниями сопоставлять клиническую симптоматику с особенностями анатомических поражений. Поскольку речь идет о галлюцинаторных явлениях, их можно взять в качестве исходного пункта. Наличие тех или других галлюцинаций неоднократно использовалось для суждения о локализации болезненного процесса. Еще Геншен указывал, что зрительные галлюцинации могут считаться локальным знаком для поражения затылочных долей; слуховые галлюцинации очень часты при поражении височных долей, обонятельные галлюцинации связываются с поражением *guri uncinati*. Разнообразие галлюцинаций, относящихся к различным органам чувств, при инфекционных психозах, не позволяет так просто решать вопрос о локализации. Здесь прежде всего нужно иметь в виду, что инфекционный психоз — это не местное, а общее мозговое заболевание, но анализ клинических данных заставляет прийти к выводу об очень большой затронутости именно некоторых отделов. Наличие общей гиперэстезии, стоящей в связи с гиперпатией как основным фоном, вместе с обильными вегетативными расстройствами указывает на поражение подкорковой зоны, в частности таламической и гипоталамической области. Поскольку

необходимое для галлюцинирования раздражение центральных сенсорных путей может исходить из любого пункта на протяжении от подкорковых узлов до коры, естественно думать о преимущественной затронутости их там, где они ближе всего друг к другу. Этим объясняется то, что галлюцинации одновременно бывают и зрительные и слуховые, равно как обонятельные и вкусовые. В особенности о возможности такой локализации говорят расстройства цветоощущения, стоящие в связи с изменениями периферических зрительных путей, а не коры полушарий. Наибольшее значение, однако, имеет то обстоятельство, что галлюцинации возникают на фоне гиперпатий, часто сопровождаются болевыми гиперпатиями и, как восприятие, сами включают в себя оттенок гиперпатий. Наконец, поражение области с системами, имеющими отношение к смене сна и бодрствования, хорошо гармонирует с положением Байарже. Таким образом, галлюцинации можно считать акустическими или оптическими гиперпатиями, возникающими центрально без внешнего раздражения. По существу, их можно приравнять к центральным болям. Последние возникают центрально вследствие раздражения зрительного бугра, а ощущаются на периферии. Аналогичный процесс нужно предполагать и в тех случаях, когда акустические или оптические раздражения исходят из периферии. При повреждении периферического нерва, дающем каузалгию, играет роль поражение центральных отрезков вегетативной нервной системы. Оно дает тот оттенок гиперпатий, которым окрашивается у больных каждое восприятие. Нам неоднократно уже приходилось возвращаться к тому, что для возникновения галлюцинаций необходимо участие коры. Видимо, общее решение вопроса связано с выяснением взаимоотношений коры и подкорковых образований. Какие данные имеются в нашем случае для освещения этой проблемы? Здесь нужно коснуться ряда фактов, на которые мы обращали внимания в своей работе «Анатомо-физиологические конвергенции в учении о шизофрении». Мы исходили из положений, установленных А. Д. Сперанским по отношению к инфекциям и интоксикациям. Изменения нервных элементов зависят не только от действия яда, но и от функционального состояния этих элементов, а также от раздражения в тех системах их, с которыми они связаны. Соответственно этому распределение изменений при шизофрении идет не по сосудам, как можно было бы ожидать, а отдельными участками, причем резко пораженные зоны чередуются с почти совершенно нормальными. Эта пестрота относится не только к целым citoархитектоническим полям, но и к ограниченным группам клеток, даже к отдельным нервным элементам.

Эти положения были нами развиты на пленуме Всесоюзного общества невропатологов и психиатров в 1941 г. в докладе, посвященном галлюцинациям. В основу его было положено описание одного случая инфекционного психоза, именно перивентрикулярного энцефалита, в котором клинические данные могли быть сопоставлены с результатами патогистологического исследования. Клиника этого случая характеризовалась наличием интенсивных галлюцинаций зрения, слуха, обоняния и вкуса и рядом неврологических симптомов, указывающих на поражение области 3-го желудочка и повышение внутричерепного давления. Все болезненные явления у больной развились очень быстро и через год закончились смертью. Раньше других развились и были наиболее интенсивны слуховые галлюцинации, большую роль играли обонятельные галлюцинации. Все обманы чувств носили резко выраженный оттенок неприятного. Особенно относилось это к галлюцинациям вкуса. Зрительные галлюцинации появились только за 2 месяца до смерти. Из данных анатомического исследования наибольшего внимания заслуживает расширение 3-го и 4-го желудочков, равно как и Сильвиева водопровода. Изменения в коре были констатированы почти во всех отделах, но далеко не в одинаковой степени. Наиболее они были выражены в височных извилинах в тех ареалах, которые имеют отношение к восприятию слуховых ощущений; в частности, часто наблюдавшимся слуховым галлюцинациям музыкального характера соответствовали резкие изменения 38-го поля. Изменения в затылочных долях были слабо выражены.

В этом случае в концентрированной форме имелось все, что характерно для инфекционных галлюцинаторных состояний. Для объяснения возникновения галлюцинаций с патофизиологической стороны анализ таких случаев дает право сказать следующее. Подкорковые узлы, в частности зрительный бугор и его пульвинар, наружное и внутреннее коленчатое тела, образуют единую чувствующую систему с соответствующими корковыми полями. При раздражении ее в одном месте она вся приходит в звучание, но характер его зависит от места возбуждения, в связи с чем меняется и характер галлюцинаций. При инфекциях и интоксикациях исходным пунктом являются подкорковые узлы. Возникающие в этих условиях ощущения носят характер гиперпатии. Связи зрительного бугра с отдельными корковыми зонами являются причиной того, что в звучании принимают участие и соответствующие группы представлений. Центральные возникающие гиперпатии как бы кортикализуются, облекаются в соответствующие образы. Вначале соответствующие гиперпатиям

изменения в сенсорных полях носят нейродинамический характер. Как мы увидим далее, они могут быть открыты при электроэнцефалографическом исследовании. При длительности токсического процесса в соответствующих полях, наиболее часто приводимых в состояние возбуждения, дело может дойти до деструкции. Как мы видели из анализа нашего случая, наибольшие корковые изменения соответствуют центрам органов чувств, игравших наибольшую роль в процессе галлюцинирования. О таком же соответствии можно говорить по данным электроэнцефалографии.

Анализ явлений, таким образом, дает право сделать вывод, что могут быть такие расстройства, подходящие под общее понятие галлюцинаций, которые, имея исходным пунктом простое раздражение сенсорных путей, дающее более элементарные феномены, в порядке все большей кортикализации, все сильнее приближаются к истинным галлюцинациям. Этот механизм развития галлюцинаторных расстройств свойствен вообще инфекционным заболеваниям, хотя элементы его могут быть вскрыты в галлюцинаторных расстройствах другого происхождения, но этот тип явлений не единственный. Положение Байарже о том, что для галлюцинаций нужно состояние, переходное между сном и бодрствованием, остается в силе, но носит слишком общий характер. С точки зрения изложенных выше данных о регуляции сна и бодрствования, о выключении сознания самое существенное заключается в нарушении взаимоотношений между корой и подкорковыми центрами. Здесь могут быть два типа нарушений. В одних случаях первично страдает, подвергается торможению кора, причем растормаживаются подкорковые центры. В других к аналогичному нарушению приводит возбуждение последних и вторично тормозится кора. Сюда именно относятся галлюцинации при инфекционных психозах.

Чем более мы углубляемся в изучение галлюцинаций, тем яснее становится, что нет возможности рассматривать их как нечто единое по своему существу и структуре. Общим для всех них нужно считать то, что это всегда творческий психический акт, в котором участвует личность в целом, такая, какой она сложилась в результате своего развития. Общим для галлюцинаций является также то, что центральным в физиологических процессах, соответствующих этому акту, является сенсорное раздражение. Однако и психическая обработка сенсорного раздражения может быть очень различна, и еще более разнообразны физиологические процессы, в которых участвует сенсорное раздражение. Так как исходные пункты для галлюцинаторного творчества мо-

гут быть различны, неодинаковы в своем существе и галлюцинации. Для инфекционных психозов мы могли бы выделить такой тип галлюцинаторных расстройств, который можно означить, как кортикализированные сенсорные гиперпатии. Здесь исходным пунктом являются подкорковые раздражения, которые, благодаря психической обработке, обуславливают вовлечение коры, становятся конкретными образами. Субъективно они ощущаются на периферии; это происходит по тому же принципу, по которому ощущение боли в конечностях появляется при раздражении зрительного бугра.

## ГЛАВА 5

### ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

#### Галлюцинации у здоровых

Галлюцинации у душевноздоровых или у соматических больных, не страдающих душевным расстройством в собственном смысле, при изучении проблемы галлюцинаций представляют интерес во многих отношениях. Прежде всего, следует принять во внимание их клиническую характеристику, отличающуюся от той, которая наблюдается у душевнобольных. Рассмотрение галлюцинаций в этих случаях может дать нечто новое при изучении патогенеза. Еще большее значение имеет тот факт, что здесь речь идет не о больных с поражением мозга в смысле органического или токсического процесса, а о более ограниченных и менее интенсивных изменениях, оставляющих сохранным сознание и возможность наблюдать свои переживания и их описывать. Несомненно, что и в этих случаях приходится считаться с изменениями мозговой деятельности, но по своей интенсивности и характеру последние должны быть иными сравнительно с психозами в собственном смысле.

Существует, как известно, довольно значительное количество фактов, говорящих о возможности галлюцинаций у здоровых. Был произведен ряд анкетных исследований. Они показывают, что и у здоровых в большом проценте случаев могут наблюдаться расстройства восприятия. Такие исследования, однако, очень мало дают для изучения галлюцинаций, так как при этом методе можно получить только суммарные данные и невозможно точно решить, с какими именно расстройствами восприятия приходится иметь дело. Больше дает анализ тщательных наблюдений или самонаблюдений в некоторых отдельных случаях. Опыт показывает, что и здесь, хотя речь не идет собственно о душевнобольных, налицо то или другое болезненное состояние, хотя бы такое, как большое утомление или тяжелые изменения настроения. Появлению галлюцинаций способствуют физиологические изменения, связанные с менструациями.

Известно, что отдельные галлюцинации могут наблюдаться при повышении температуры. Галлюцинации могут сопровождать некоторые формы мигрени. Барюк вместе с Тинелем описали случаи слуховых галлюцинаций у больных с повышением внутричерепного давления. Голоса исчезли после декомпрессив-

ной трепанации. Временное исчезновение галлюцинаций при травматических галлюцинозах мы наблюдали после поясничного прокола с выпуском 10—15 см<sup>3</sup> спинномозговой жидкости.

Не касаясь проблемы галлюцинации у здоровых в целом, приведем описание нескольких типических случаев, взятых из литературы. Выделение того, что является наиболее существенным с точки зрения патогенеза галлюцинаций, в случаях, которые известны всем специалистам, представляет несомненный интерес.

Начнем с самонаблюдения известного ученого Дельбеф. После смерти своей матери, которую он очень любил, он нередко видел ее во сне. «Однажды, проснувшись утром, я увидел ее сидящей у моего изголовья в позе, в которой она была изображена на фотографии. Она смотрела на меня глазами, которые необычайно блестели. У нее был такой вид, что она хочет со мной говорить. Это видение продолжалось некоторое время, может быть минут пять, и я сознавал, что это галлюцинация. Когда видение исчезло или немного раньше, я сообщил о моих восприятиях жене — это доказательство того, что я совершенно проснулся». Дельбеф обращает внимание на то, что видение было совершенно неподвижно; в то время оно было непрозрачно, образуя точно экран, за которым ничего не было видно. Только потом, уже исчезая, видение становилось все более прозрачным. Дельбеф соматически чувствовал себя здоровым. Не случайно, что видение имело место тотчас после пробуждения.

Близко к этому самонаблюдению психолога Мариллие. В описываемый период он был очень утомлен и испытывал личные огорчения. Вечером, когда он напряженно занимался, он услышал, что открывается дверь, после чего раздался звук шагов по комнате и шуршанье платья. Он почувствовал, что кто-то к нему прикоснулся. Он увидел образ знакомой молодой женщины, услышал ее голос, причем он отвечал на ее вопросы, продолжая разговор, который он вел с ней раньше. Несмотря на отчетливость зрительных и слуховых образов, у Мариллие было такое ощущение, что все это воспринимает не он, а другое его «я», его двойник, такое ощущение, что он является не действующим лицом, а только зрителем в каком-то театре. Трудно было уловить момент, когда видение исчезло.

Следует обратить внимание в этом случае на особое состояние сознания, которое сам Мариллие определяет как состояние раздвоения.

Объединяет оба эти случая, прежде всего, психологическая понятность. Появляются именно эти образы, а не какие-либо иные. Это образы близких людей, которые были предметом дум в состоянии бодрствования, нередко виделись и во сне. Второе — это то, что образы не носили характера реальности и сознанием расценивались, как галлюцинации.

### Галлюцинации у больных туберкулезом

В приведенных случаях галлюцинаторные образы по своему характеру до известной степени удовлетворяли внутренней потребности к их восприятию. Они были желанны для самого галлюцинанта, который не без сожаления констатировал их исчезновение. Но не всегда бывает так. Иногда они носят неприятный или даже устрашающий характер, оставаясь для сознания чисто субъективным явлением. Более часты галлюцинации не при наличии только утомления или каких-либо болезненных соматических изменений, не складывающихся, однако, в форму определенного заболевания, а при выраженных соматических страданиях, с определенной клинической характеристикой. Впервые на этот факт обратил внимание Хэд, который, можно сказать, и открыл эту область.

Наблюдения Хэда относятся, главным образом, к заболеваниям сердца и легких (туберкулезу). Приведем из описанных им несколько случаев.

Случай зрительной галлюцинации. Художник 29 лет поступил в госпиталь по поводу легочного туберкулеза. Он жаловался, что за несколько месяцев, особенно за последние недели, ему является видение фигуры, стоящей в ногах у его постели или движущейся по комнате. Такие видения повторялись и в госпитале: он ясно видел также в ногах у своей постели ту же человеческую фигуру в длинном черном платье. Лица и рук не было видно, так как они были закрыты плащом.

Больной испытывал чувство живейшего испуга, дрожал точно от сильного холода и весь был покрыт потом. После исчезновения фигуры он испытывал головные боли и психическую подавленность.

Это описание является типическим для всех больных этой группы. Больные Хэда говорят о человеческих фигурах, закутанных в одеяла или шаль. Фигуры иногда имеют вид статуй, одетых именно как статуи, а не в обыкновенные одежды. Частей тела никогда не бывает видно, и лицо также бывает закрыто. Иногда видится только одно лицо. Один больной был испуган глазами,

смотрящими на него сверху через спинку кровати. Другой больной видел руку, протянутую к нему через открытую в соседнюю комнату дверь. Во всех случаях Хэда фигуры были черные, белые и серые, никогда не были окрашены и не имели вида, обычного для живого человека; иногда у больных было ощущение, что они видят труп.

В большинстве случаев фигуры становились неподвижно в ногах у постели или сбоку. Обычно больные видели эти фигуры при пробуждении и наблюдали, как последние через некоторое время исчезали. Фигуры были безмолвны и если двигались, то бесшумно. В то же время у больных было впечатление, что эти фигуры нечто реально существующее. В нескольких случаях больные, предполагая, что это на самом деле кто-то проник к ним в комнату, пытались схватить этого неизвестного, и в этот момент видение исчезало.

Хэд не придает значения обстоятельствам, при которых появлялись видения, а между тем с точки зрения генеза галлюцинаций они заслуживают большого внимания.

Как уже было отмечено, видения чаще всего появлялись, когда больной просыпался. Точнее сказать, больные уже при самом пробуждении находили фигуру стоящей у своей постели. Таким образом, эти галлюцинации подходят под категорию про-соночных. Иногда видения появлялись ночью при пробуждении или вечером, когда больные располагались в спокойной позе ко сну в слабо освещенной комнате. Никогда видений не было днем при полном освещении. Первое появление таких видений пугало больных; у них появлялось сердцебиение, кожа покрывалась потом. При повторных появлениях галлюцинаций больные до известной степени привыкали к ним, с интересом ждали их появления, но этот интерес был связан со страхом, иногда со страхом сойти с ума. В момент появления галлюцинации больные испытывали ощущение, что должно случиться что-то ужасное с ними или с кем-нибудь из близких; испытывали ощущение, что грозит вообще какая-то беда. Слуховые галлюцинации носят более элементарный характер, их не так легко наблюдать в условиях большого госпиталя. Но Хэд работал в нем в качестве невропатолога и мог собрать ценные наблюдения. Особенно интересно следующее. Молодая сиделка страдала острым ревматизмом с повышенной температурой, с болями в спине, соответствующими распределению восьмого грудного нерва с обеих сторон. При повышении температуры она чувствовала временами затруднение дыхания. Все это вместе с сильными головными болями вызывало у нее приступы тоски, которых рань-

ше у нее никогда не было. Будучи помещена в больницу, она ночью стала слышать странный шум под своей кроватью. Один раз около 12 часов ночи Хэд нашел ее в сильном испуге, всю покрытую потом. Она жаловалась, что не может спать из-за шума под кроватью; шум этот походил на тяжелое дыхание или громкий шепот. Шумы были очень реальны и локализовались в определенном пространстве.

В случаях Хэда речь идет не о галлюцинациях в форме голосов, произносящих какие-либо слова, а о стуках, ударах в стену, шуме шагов, свисте, звоне колокола. Звуки обычно были неприятны и вызывали чувство страха. По наблюдениям К. А. Скворцова, такой характер носят слуховые галлюцинации при раке внутренних органов; возможны и голоса, зовущие по имени, оклики.

В числе случаев Хэда были больные с обонятельными галлюцинациями. Например, у одного больного с аневризмой аорты и приступами боли в области 7—8 грудных сегментов в течение нескольких дней было резкое ощущение горелого, точно от плохого табака. Запахи были очень неприятны и сопровождались общим дурным самочувствием.

Обсуждая случаи, описанные Хэдом, обращает на себя внимание то, что галлюцинации всегда связаны с изменениями самочувствия, тоской, страхом, иногда подчеркнутым чувством болезни. В частности, это касается легочных больных. Обращает на себя внимание то, что из 28 больных, у которых были более или менее резко выраженные состояния тоски, только у четырех не было галлюцинаций.

Таким образом, если речь не идет о душевном заболевании в собственном смысле, то все же налицо болезненно-измененное самочувствие. С этим можно сопоставить наблюдения Барюка, относящиеся к женщине 55 лет, которая стала слышать голоса только после окончания периода депрессии, то есть тогда, когда психоза у нее уже не было. Она слышала голоса, идущие снизу из-под паркета, голоса давали ей советы, комментируя ее действия, сообщали, что дочь ее не любит, что муж хочет с ней развестись. Этот случай отличается от большинства случаев слуховых галлюцинаций, описанных Хэдом, здесь дело не ограничивается одними шумами и стуками, но имеется общее с вышеприведенными зрительными галлюцинациями; общим является психологическая понятность галлюцинаторных образов. Во всех этих случаях слышится и видится то, что особенно занимает внимание, в частности больная Барюка в голосах из-под паркета слышала только выражение собственных опасений.

Генез расстройства восприятия при заболевании внутренних органов не всегда одинаков, это объясняется их различной структурой; то и другое может варьировать в зависимости от характера заболевания. Может иметь значение и то, какой орган поражен. Можно говорить вообще о психологии больного человека и о том, что заболеванию каждой системы соответствуют особенности этой психологии. Эти особенности могут наложить особый отпечаток на характер появляющихся галлюцинаций. Не нужно забывать, что во всех этих случаях речь идет не только о заболеваниях внутренних органов, но и поражении вегетативной нервной системы. Не случайно, что Хэд говорит о галлюцинациях при заболевании висцеральных органов, имея, правда, в виду, главным образом, сердце и легкие. При изучении галлюцинаций у больных с внутренними заболеваниями мы встречаемся в конце концов с теми же вопросами общей психопатологии, что и в других случаях.

### **Галлюцинации при раке внутренних органов**

Для выяснения взаимоотношений между местными и общими факторами многое может дать изучение галлюцинаций при раке внутренних органов. Эти малоизвестные расстройства были предметом специальных исследований нашего сотрудника доцента К. А. Скворцова, из работ которого приведем некоторые данные, имеющие особое значение для интересующих нас вопросов генеза. Галлюцинаторные расстройства в этих случаях по своей картине различны. Это зависит от стадии болезни, от состояния больного, в особенности от его сознания. В общем можно сказать, что они наблюдаются на фоне общих психических изменений, касающихся прежде всего сознания. Собственно галлюцинаторные расстройства наблюдаются не в начале болезни, а в период развертывания ее, когда отмечается общее снижение психического уровня, астеничность с оттенком депрессии. В это время нередко встречаются: мантизм, беспорядочные наплывы мысли, атематическое, по выражению Клода, мышление. Мысли случайного содержания, не объединенные вокруг одной какой-либо темы, бегут быстро, так что больной не может их остановить. Это состояние психического автоматизма, имеющего, согласно концепции французских авторов, чисто физиологическое объяснение; авторы эти думают о воздействии моментов органического или токсического порядка. Не случайно, что собственно психические явления в этом периоде раковой болезни наступают вместе с симптомами локального характера. В этом

именно периоде выступают отдельные галлюцинации того типа, который описан выше. У постели видится какая-то неясная человеческая фигура, немая, неподвижная. Она вызывает чувство страха, хочется прогнать ее. Видятся фигуры, закутанные в темные покрывала, мелькающие тени. Нередки при этом галлюцинаторные восприятия; например, пятна на стене у постели превращаются в фигуру человека и животного. Реже бывают слуховые и обонятельные галлюцинации: слышатся шорохи под кроватью, журчание, какое-то бормотание, чувствуется запах листьев, болотной воды, сырости. На примере расстройства восприятия у раковых больных особенно отчетливо можно видеть роль измененного сознания. Последнее с развитием болезни оказывается все более оглушенным, что несомненно связано с все более нарастающей интоксикацией. Схематически развитие галлюцинаций можно представить себе так. Вначале бывают отдельные, эпизодически возникающие галлюцинации, преимущественно зрительные, по характеру они вполне соответствуют описанию Хэда. Естественно, что в смысле генеза их нужно поставить в связь с локальными изменениями. Они, таким образом, могут войти в одну группу с галлюцинациями при заболеваниях висцеральных органов. Далее выступают расстройства восприятия, для которых в генетическом отношении наибольшую роль играет изменение сознания. Наряду с мантизмом в этом периоде могут наблюдаться онирические состояния, которые К. А. Скворцов описывает так: больные, лежа в постели с закрытыми глазами, видят перед собой ряды движущихся образов, меняющихся сцен; это не фантазия, это именно своеобразное пассивное созерцание, как бы сновидение наяву при полной ориентировке в окружающем. В дальнейшем могут быть аментивно-делириозные картины, иногда с выраженным бредом преследования. Состояния оглушения с галлюцинациями бывают особенно выражены в терминальной стадии ракового истощения. Следующий случай может дать представление о том, как развиваются психические явления и какой характер имеют в данном случае галлюцинации. Это описание обрисовывает особенности психологии ракового больного, тот фон, на котором развиваются галлюцинации.

Больной К. С. 40 лет. Поступил в 5-ю Советскую больницу 2 июня, умер 15 августа 1940 г. Административно-хозяйственный работник.

Диагноз — рак желудка. С осени 1939 г. начались боли в животе, нервность, торопливость в работе, ухудшение сна, вялость. В октябре пробная лапаротомия обнаружила опухоль. Лечился у врачей разных специальностей, также у гомеопата и знахарей. Больной боится верить, что у него рак. С мая находился под наблюдением психиатра, причем

вел ежедневные записи с регистрацией своего состояния. С весны отмечал у себя появление особенных переживаний.

Общий фон психики характеризуется пассивностью; больной боится, избегает какого бы то ни было физического или умственного напряжения. К вечеру, а иногда и днем, если он туманный и дождливый, испытывает «какую-то фантазмагорию». Из плоскости потолка или стены выступают красные линии, которые принимают формы неясных фигур, большей частью единичных человеческих фигур. При закрытых глазах появляются зрительные образы, обычно неподвижные, человеческие лица, освещенные в одном каком-либо месте — то сбоку, то со лба, иногда яснее всего выступают глаза. Иногда видятся два-три лица на некотором расстоянии одно от другого. При мигании позы могут казаться измененными, но в какой-то момент это изменение происходит, больной заметить не может. Видятся лица незнакомые, для больного безразличные, ни в какой мере не затрагивающие его эмоциональности. Один раз он плохо спал. Ему грезилось, что он принимает дела на какой-то новой работе, а никого нет, кто сдал бы должность. Фигуры, которые видятся, расплываются, становятся маленькими, меньше ребенка, затем совершенно исчезают. Проснувшись в поту и страхе, больной видел, как смутный силуэт проплыл под потолком его комнаты, это была фигура мужчины, лица не было видно, но больной ощутил, что это именно он сам, каким он был в первые недели болезни. Это был он, судя по голосу, прическе, манере ходить. Больной погиб через два месяца после поступления в больницу. На вскрытии был обнаружен распавшийся рак привратника желудка с прорастанием в поджелудочную железу, с метастазами в печени.

С точки зрения генеза галлюцинаций в случаях, относящихся к раковым больным, заслуживает внимания следующее. Развитию более сложных галлюцинаторных картин предшествуют отдельные, эпизодически появляющиеся галлюцинации того же типа, которые свойственны вообще больным с поражением внутренних органов. Здесь в особенности ясно отношение галлюцинаций к состоянию измененного сознания и прежде всего к состоянию сна и к сновидениям. По своему содержанию галлюцинации являются как бы продолжением сновидений, иногда прямо относятся к типу просоночных. Больной, просыпаясь, воспринимает образ уже готовым. Описываемый раковый больной фигуру своего двойника видел непосредственно после пробуждения. И у других больных галлюцинации наблюдались при аналогичных условиях, иногда при засыпании, переутомлении. Заслуживает внимания, что галлюцинаторные образы у раковых больных тоже неопределенны, неясны. Особенно это относится к зрительным галлюцинациям. Эти неясные фигуры имеют образ человека, но без ярких красок и движений, характеризующих

живое существо. Однако лица не видно, так как голова закутана одеялом или каким-нибудь иным покрывалом. Не случайно поэтому, что фигура представляется иногда трупом. И в этих случаях типичным нужно считать, что восприятие галлюцинаторных образов обычно связано с чувством живейшего страха. Но имеется и существенное отличие от вышеописанных галлюцинаторных расстройств при туберкулезе и болезнях сердца. Это не отдельные галлюцинации, а целые галлюцинаторные картины, нередко с значительным участием явлений бредового порядка. Типично для них то, что они обычно появляются в дальнейших стадиях болезни. Возможно развитие галлюцинаторно-бредовых картин в связи с обострением токсических моментов. Вот один из таких случаев.

Больной Н. 58 лет. Чернорабочий. 26 мая 1939 г. произведена резекция желудка по поводу рака желудка, занимавшего малую кривизну и имевшего в диаметре около 8 сантиметров. Через два дня при сравнительно удовлетворительном состоянии неожиданно развились суетливость и беспокойство с плохой ориентировкой в окружающем. Больной слышал голоса, которые заявляли, что его нужно убить или уморить, они ему объясняли, что составлено подложное завещание от его имени, которое будто бы было зачитано во время обхода врачей. Там было будто бы сказано: я повесился на чердаке, прошу в смерти моей никого не винить. Голоса обвиняли его в том, что он распространяет сифилис, ему видится, что какие-то люди заглядывают к нему в палату, хотят видеть его мучения. Еще через три дня сознание прояснилось, галлюцинации совершенно исчезли, и к пережитому установилось вполне критическое отношение.

Чем далее развивается болезнь и чем более нарастают интоксикация и истощение, тем более галлюцинаторные картины принимают обычную форму аментивно-делириозных состояний, свойственных инфекциям и интоксикациям. Вот пример такого терминального делирия.

Больной Ч. 53 лет. Чернорабочий. 28 марта 1939 г. была произведена резекция желудка по поводу рака. Послеоперационный период прошел гладко, но с 6 апреля появились странности в поведении, а также зрительные и слуховые галлюцинации. Всматриваясь в стену, больной говорил: «Ребята, вы не брали моих пятнадцати рублей». Сделался суетлив. Речь односложная, бессвязная: «Я пошел бы столько, сколько пошел бы, я пойду, я пойду». 12 апреля в беседе с врачом говорил: «Я помираю... Не понимают меня... Вот они махают... Я не болел ни разу... Я нигде не работал». И, впадая в дремоту, закрывал глаза.

Из всего разнообразия галлюцинаторных расстройств, наблюдающихся у раковых больных, мы остановим внимание на тех, которые объединяют их с галлюцинациями при заболеваниях внутренних органов. Неопределенные зрительные образы человеческих фигур, безжизненных, немых, не имеющих вида живых существ, возникают обычно у больных при пробуждении. Образы эти характеризуются одинаковыми чертами, независимо от того, возникают ли они при заболевании сердца, туберкулезе легких или раке желудка. Одинаковая феноменологическая картина при разной этиологии заставляет видеть в них нечто типичное, предполагает для них одинаковый генез. Общим является видение какой-то фигуры, стоящей у постели и вызывающей чувство страха. Едва ли можно сомневаться в том, что здесь речь идет об образе смерти, появление которой естественно у больного с тяжелым заболеванием. На это указывают и все аксессуарные, с которыми видятся эти фигуры: их мертвенный вид, неподвижность и молчание, одежда не как у живых людей, а как у статуй. Особенно ясно это по отношению к больным, страдающим раком, который, как всем известно, кончается смертью. О том же говорит и анализ сновидений таких больных. Здесь приходится считаться с одной чертой психологии тяжелобольных, в особенности раковых. Зная о тяжести своей болезни, пациент нередко старается не думать о ней, как бы игнорирует ее, стремится работой подавить свои тяжелые мысли, продолжает себя вести, как будто ничего не случилось. Раковые больные избегают называть эту болезнь своим именем, стараются и с врачами говорить на каком-то условном языке, в котором слово рак вообще не существует. То же явление можно видеть и в сновидениях. Очень хорошо это видно из следующего случая.

Больная М. 45 лет. Педагог. Неожиданно обнаружила у себя в грудной железе опухоль, сразу стала думать о раке и с этого момента долгое время жила в каком-то особом состоянии растерянности, оглушения, пассивно выполняя свою работу. Лучше всего она себя чувствовала, когда была занята ею. Опухоль на биопсии оказалась карциномой и была удалена. Больная старалась подавлять мысль о раке, и днем, в особенности на работе, это ей удавалось. Но вполне подавить ее она не могла, о чем свидетельствуют ее сновидения. Приведем ее собственное описание, заимствуя его из истории болезни. К. А. Скворцова. «Днем я бодрюсь. Ночью, если засыпала, то снились сны, имеющие отношение к моей болезни, но не касающиеся лично меня. Один сон я помню очень хорошо. Мне снилось: я ночью в своей комнате на кровати. Темно. Вдруг окно против моей кровати ярко освещается, и в нем я вижу фигуру — до пояса мужчину, исхудалого, с изможденным желтым лицом. Чей-то голос громко произносит: «У него рак».

Здесь характерно все: и подавление мысли о раке, и перенесение своей болезни на другого, и все же выявление своих скрываемых мыслей и опасений. Если вспомнить, что интересующие нас галлюцинации выступают при просыпании, являясь продолжением сновидений, и могут быть отнесены к просоночным, то здесь выступают некоторые закономерности, свойственные как собственно сновидениям, так и различным другим переживаниям в состоянии неясного сознания. В них выступают образы, являющиеся выполнением желаний, или тяжелые и устрашающие. Первые хочется удержать от вторых, как кошмарных сновидений, хочется как можно скорее освободиться. Здесь выступают явления символизации. Высказывания о ней по отношению к состоянию затемненного сознания имеются у И. П. Павлова, причем он объясняет явления символизации чисто физиологически, отвергая теорию Фрейда. Неясные, темные, устрашающие фигуры, которые видит больной у своей постели, это символический образ смерти. Ярче всего это выражено в одном стихотворении, приписываемом Лермонтову, в котором смерть представляется в виде темной фигуры, становящейся у изголовья и повелительно заявляющей: «Пора!»

#### **Генез галлюцинаций у соматических больных**

С точки зрения патогенеза галлюцинаций для нас важно, что это интеллектуальные образы, представления. В то же время это истинные галлюцинации, занимающие определенное место в пространстве и имеющие для галлюцинанта значение реальности. Как можно считать установленным, галлюцинации по своим феноменологическим особенностям и генезу различны. В общей форме эта мысль имеется и у И. П. Павлова. Галлюцинации при инфекционных, токсических психозах носят ярко выраженный сенсориальный, чувственный характер. Но бывают случаи, когда моменты сенсориальности минимальны и преобладают чисто интеллектуальные. Но почему представления в данном случае проецировались вовне и стали реальными образами, хотя лишены яркости, иными словами, почему представление стало галлюцинацией? Пониманию этого может помочь сопоставление вышеприведенных данных о галлюцинациях при органических в собственном смысле заболеваниях с таковыми при инфекционных и токсических заболеваниях. Видимо, здесь дело заключается в двух существенных моментах: яркой чувственности зрительного или какого-нибудь иного образа, с одной стороны, и первичной эмоциональности, виталь-



ности, с другой. Оба эти момента могут совпадать, как бывает в случаях инфекционных, токсических галлюцинаций, но могут выступать и раздельно. Это последнее как раз имеет место в случаях рассматриваемых галлюцинаций при заболеваниях внутренних органов. В типических и наиболее простых случаях этого рода нет оснований предполагать особую затронутость центральных отрезков вегетативной нервной системы и тех изменений мезодиэнцефальной системы, которыми можно объяснить яркость, чувственность образов. Вегетативная нервная система здесь также изменяется, но иным образом. Изменения в ней, наблюдающиеся при заболеваниях сердца, легких, равно как и других внутренних органов, могут привести к состоянию тоски или страха как чисто физиогенного расстройства, без участия собственно факторов психического порядка. Состояние страха, не всегда сознаваемого и при обычных условиях подавляемого, чувство какой-то беды нужно считать исходным пунктом для рассматриваемых галлюцинаций. Галлюцинаторные явления, возникающие в этих случаях, нужно считать, таким образом, символическим выражением эмоций, чаще всего страха. Эта символизация совершается в образах, в представлениях, следовательно, требует участия коры. Здесь, таким образом, также имеет место кортикализация, о которой мы говорили по отношению к инфекционным и токсическим галлюцинациям. Если там можно говорить о кортикализации сенсорных гиперпатий, то здесь речь идет о символизации чувственных переживаний, эмоций, тоскливости, страха. Галлюцинации этого рода существенным образом отличаются от психогенных галлюцинаций, возникающих в результате какого-нибудь устрашающего и очень тягостного переживания. Например, мать, потерявшая ребенка, видит его во сне или в галлюцинации, слышит его голос. Человек, переживший страх в связи с нападением на него, может видеть своих преследователей, слышать их угрозы, хотя в действительности этого не было. Человек, переживший устрашающую ситуацию во время боевых действий, продолжает видеть сцены боя, засыпая, иногда просто закрывая глаза. Но в этих случаях нет никакой переработки прошлых переживаний, не говоря уже о какой-либо символизации. В силу особенностей, свойственных ярким переживаниям, играет роль способность сохранять образы восприятия или воскрешать их вновь, причем прежние переживания повторяются в той же форме. Между тем истинные галлюцинации, в особенности зрительные, никогда не являются простым воспроизведением первоначально-

го восприятия, а представляют результат известного творчества. Не существует в природе людей без лица или без конечностей, безмолвных, неподвижных; образы их несомненно являются результатом своеобразного творчества. Галлюцинации при заболеваниях внутренних органов отличаются как от психогенных расстройств, так и от аналогичных явлений инфекционного, токсического происхождения. Это относится не только к клинической характеристике, но и к патогенезу. Во всех случаях галлюцинаций необходимо участие коры, ее творческая, хотя и болезненно измененная, не вполне совершенная работа. Однако включение ее, кортикализация процессов, имеющих исходным пунктом те или другие отделы, происходит различным путем. В случаях галлюцинаций инфекционного и токсического генеза можно думать о непосредственной реципрокной передаче по сенсорным путям от подкорковых сенсорных центров к коре. Возникновение галлюцинаций при заболеваниях внутренних органов Мургу объясняет рефлекторной передачей к коре от висцеральных органов по вегетативным путям, главным образом с участием системы блуждающего нерва. Это объяснение нужно считать слишком механистичным.

Лежащие в основе галлюцинаций процессы гораздо более сложны, и участие собственно коры гораздо более значительно. Если речь идет о роли ощущений со стороны внутренних органов, то нельзя при изучении патогенеза галлюцинаций обойтись без учета исследований в области интерорецепции К. М. Быкова. Здесь в особенности важны данные о связи между различными отделами нервной системы и о связях ее с внутренними органами как по нервным, так и гуморальным путям. Ощущения, исходящие из внутренних органов, не всегда сознаваемые, могут не только подействовать на настроение, вызывая иногда состояние тоски и страха, но и придать особенное направление течению мыслей. Еще И. М. Сеченов, развивая мысль о роли темных ощущений, говорил, что мы ничего не знаем о том, что должен думать человек с болезнью желудка, а между тем связь его мыслей с болезнью должна иметь место. Разрабатывая свою концепцию катэстетического бредообразования, мы именно имели в виду роль этих темных ощущений, соответствующих так называемым подпороговым раздражениям и действующих на настроение и на направление мыслей. Существенно, что последние, имея исходным пунктом те или другие неприятные ощущения, до известного момента могут протекать без участия сознания, и только потом результаты

этого подсознательного мышления всплывают в готовом виде. Не случайно ряд исследователей в области общей психопатологии рассматривают вопросы генеза галлюцинаций в связи с проблемой бредообразования.

В зависимости от особенностей болезненного процесса, его тяжести, подсознательное творчество, имеющее исходным пунктом ощущения со стороны внутренних органов, в одних случаях дает галлюцинаторные образы, в других — бредовые идеи.

## ГЛАВА 6

### ПСИХОГЕННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

#### **Общая характеристика психогенных галлюцинаций**

Сюда относятся галлюцинации, которые характеризуются двумя признаками: ролью в возникновении их более или менее интенсивного аффекта и ясной связью их содержания с соответствующим аффективным переживанием. Как и в других случаях галлюцинаций, приходится считаться с затемнением сознания, интенсивность которого может быть очень различна. Приведенные в главе о галлюцинациях у здоровых случаи видения близких, умерших или в данное время отсутствующих, являются примером психогенных галлюцинаций. Видение фигуры и лица умершей матери естественно связывается с незабываемым горем. Мы обращали внимание на то, что такие видения бывают у людей, находящихся в не совсем обычном состоянии — большого утомления, пробуждения, когда можно думать о не совсем полном просыпании. Роль измененного сознания в особенности несомненна в случаях, когда появляющиеся фигуры представляются не вполне реальными, символическими, как, например, видение неподвижной, безмолвной серой фигуры с закрытым лицом, олицетворяющей собой смерть. Реже такие фигуры находятся в состоянии медленного движения, приближения или удаления. Типично, что все это только видения зрительные, а не комбинированные галлюцинации.

#### **Галлюцинации религиозного содержания**

В галлюцинациях вообще находят себе воплощение образы, играющие большую роль в жизни человека. Естественно, что в прежнее время видения часто имели религиозное содержание. Особенно это относится к средним векам. В том, что в то время часты были видения чертей или святых, играет роль несколько моментов. Главной причиной было господство монахов, видевших везде бесноватых, одержимых дьяволом, грешников, отдавших свою душу черту. Всех, заподозренных в сношениях с дьяволом, подвергали пыткам с целью вырвать у жертвы признание, что она отдала свою душу дьяволу. Следующим этапом были экзорцизмы, публичное изгнание беса и сожжение его вместе с телом грешника, в которого он вселился. Так как сожжения «бесоодержимых» производились десятками и сотнями, то понятно,

в каком напряжении находились менее устойчивые люди. На этой почве нередко появлялись своеобразные видения. Вера в бесов и в возможность их изгнания была так сильна и так распространена, что многие видели изгоняемых бесов. Нередко галлюцинации носили массовый характер, дьявола видели одновременно многие лица. Это объясняется общей настроенностью в одинаковом духе; имела значение и взаимоиндукция (сообщение другим тех же настроений и страхов), которая приводила к одинаковым обманам восприятия. Отчетливость видений давала возможность зарисовывать их. От того времени сохранилось много картин, принадлежащих большим художникам, которые изображали изгнание бесов по рассказам очевидцев. В книге Ж. М. Шарко и Поля Рише «*Les démoniaques dans l'art*» дано много репродукций старинных гравюр, иллюстрирующих сказанное. Святые Мартин и Жильберт часто фигурируют в качестве изгонятелей бесов. Особенно обращает на себя внимание большая гравюра, изображающая святого Бенедикта, изгнавшего беса из монаха, страдавшего одержимостью. На гравюре изображен и сам бес в виде небольшой черной фигурки (рис. 2). Гравюра обозначена 1578 г. К тому же приблизительно времени относится гравюра Жана Колльсарт; на ней можно видеть примерно такую же стилизованную фигурку черта (рис. 3).

Говоря об изуверствах средневековых монахов, о сожжении невинных, нередко больных людей за сношения с дьяволом, нельзя не вспомнить Жанну д'Арк, сожженную по постановлению суда как еретичку. Написано много исследований, которые помогают составить представление о ней как о личности и о ее болезненных явлениях. Образ несчастной молодой девушки, сыгравшей большую роль в освобождении Франции от английской оккупации, выданной и сожженной по постановлению церковного суда и спустя четыре столетия канонизированной как святой, привлекал внимание больших писателей и поэтов. Но ни «Орлеанская девственница» Вольтера, ни «Орлеанская дева» Шиллера не отражают исторической правды о героине этих произведений. Очень много ценного можно найти в книге Анатоля Франса «Жизнь Жанны д'Арк» как раз в той части, которая в данном случае нас особенно интересует, именно по вопросу о психогенных галлюцинациях. А. Франс основывался на большом количестве данных, собранных главным образом французскими авторами; в частности, он пользовался протоколами судебного процесса, кончившегося осуждением Жанны на смерть. В книге имеется целая глава, носящая название «Голоса». На примере Жанны д'Арк особенно ясно можно видеть особенности

психического фона, на котором развиваются галлюцинации, и судить о механизме их развития. Большое значение имеют время и обстановка, в которой росла Жанна. Шла война, от которой страдали главным образом крестьяне, жившие в провинции, в частности на родине Жанны — деревне Домреми. «Всюду вокруг



Рис. 2  
Св Бенедикт изгоняет беса из монаха



Рис. 3  
Изгнание беса св Игнатием

шла война. Муж крестной матери Жанны был взят на военную службу. Муж ее кузины был убит из бомбарды. Ее ближайшая родня была ограблена, дома их сожжены, скот угнан. Ночью ужас, кошмарные сны — вот что составляло ее детство». Все крестьянское население было запугано, суеверно. Среди него распространялись разные легенды, отражающие надежды на покойную жизнь и возможность возвратиться к мирному труду. В это время передавалось много легенд, было много предсказателей и ясновидящих. Между прочим, в Домреми много говорили о древнем предсказании, по которому женщина погубит Францию, но дева ее спасет. Жанна д'Арк была очень религиозна, больше, чем окружающие, склонна к фантазиям, к мистике. При этом она росла среди суеверий, в атмосфере народных преданий, рассказов о чудесных видениях, о святых, о мучениках. В 13—14 лет у нее стали появляться видения, ей слышались голоса. Однажды она увидела ослепительный свет и в нем крылатую фигуру архангела Михаила (он считался покровителем Франции). Он заявил ей, что пришел передать ей приказ от Господа, чтобы она шла на помощь дофину, который через нее возвратит свое королевство. Архангел Михаил явился в сопровождении св. Екатерины и св. Маргариты, которые после того стали руководительницами Жанны. Видения стали повторяться все чаще, вначале они внушали ей ужас, но после она испытывала большую радость от общения со святыми. Св. Екатерина и св. Маргарита настойчиво говорили ей о ее миссии, о том, что она одна может спасти Францию, должна пойти к дофину и вести его короноваться в Реймс. Жанна вначале сопротивлялась и не шла выполнять предсказание. Но видения повторялись, и голоса были очень настойчивы. Под влиянием их она совершила ряд действий, поставивших ее во главе армии. У психиатров нет достаточных данных, чтобы дать точную квалификацию галлюцинаторных явлений, которые имели место у Жанны. Последовательность действий почти неграмотной молодой девушки заставляет А. Франса делать предположение, что ее действия были внушены ей кем-то, стоящим за ее спиной. Это предположение нужно считать достоверным после психиатрической работы о Жанне д'Арк П. Якоби. Он подверг анализу имеющиеся данные и констатировал, что Орлеанская дева, такая, какой она вошла в историю, очень мало имеет общего с скромной, неграмотной девушкой из Домреми. Проследивая ее жизнь, он устанавливает, что галлюцинации у нее впервые появились около 13 лет и вначале были неопределенными, носили характер каких-то неотчетливых звуков. Зрительные галлюцинации были особенно неопределенны и

бесформенны. К ним нужно отнести видение какого-то блестящего облака, в котором она увидела или услышала голос св. Михаила. После голоса носили характер, отражающий и определенные политические взгляды. При этом голоса часто сообщали Жанне такие вещи, о которых раньше не могла знать деревенская девушка. П. Якобий указывает на определенных исторических лиц, которые в действительности руководили ею, используя ее как политическое орудие. Но несомненно были также и галлюцинации. В этом случае особенно ясна связь содержания галлюцинаций с доминирующим в сознании представлением. Фантазии, навеянные событиями и людьми, направляли мысли и поступки Жанны, создавая фон, на котором развивались галлюцинации. Заслуживает внимания, что голоса слышались преимущественно тогда, когда доносился колокольный звон отдаленной церкви. Имеются данные, говорящие о том, что перед появлением галлюцинаций девушка была в длительном напряжении, причем сами галлюцинации были продолжением ее напряженных мыслей о спасении Франции, как бы иным их выражением.

Совершенно аналогичную роль психогенные галлюцинаторные переживания сыграли в истории Лурда, прославленного святого места, привлекавшего большое количество различных больных, жаждущих исцеления. В романе Золя «Лурд», включающем точно установленные данные, в частности рассказы очевидцев, психиатр может найти для себя очень много интересного. До 1858 г. Лурд был небольшим городком, дремавшим у подошвы Пиренеев и не привлекавшим ничьего внимания. Девочка Бернадетта Субиру 14 лет была болезненным, нервным, очень религиозным и суеверным ребенком. Однажды она, находясь вдали от дома, среди скал предгорья, около грота, из которого вытекал ключ, почувствовала какое-то странное волнение, сильный шум в ушах и вслед за тем перед ней пронеслось словно белое облако. Через несколько дней на том же месте она увидела не облако, а светящуюся женскую фигуру с лицом необычайной красоты. Она сообщила девочке о себе, что она «непорочное зачатие» и приказала ей напиться из ключа, чтобы быть здоровой. Богородица появлялась после этого много раз и настойчиво требовала построить часовню, куда со всего света могли бы стекаться верующие на поклонение святыне. Видение Бернадетты вызвало сильное волнение в Лурде, целые толпы стали стекаться к источнику, и начали совершаться «чудеса». Естественно, что в ряде случаев психогенных расстройств вера в чудо, в «Лурдскую» богородицу, давала исцеление. Это было началом Лурда, каким

он стал в последующее время. В этом случае нужно отметить, что речь идет о ребенке. В детском возрасте наблюдается очень живое воображение и большая внушаемость. Расспросы окружающих, в особенности представителей духовенства, имеющих, естественно, специальный интерес к чудесному явлению богородицы и к возможности его реализовать, могли многое внушить девочке, в особенности в смысле подробностей.

То же самое, в сущности, можно видеть в образе черта, который являлся Лютеру во время напряженных размышлений о религиозных вопросах. Образ был настолько ярок и реален, что Лютер бросил в него чернильницей. Аналогичное явление — беседы Тассо со своим добрым гением.

Чем ближе к современности, тем меньшую роль играют в переживаниях широких масс религиозные мотивы. В соответствии с этим реже выступают видения нечистой силы и вообще галлюцинации религиозного содержания, но все же они наблюдаются. Рис. 4 относится к недавнему времени. Он представляет видения дьякона, страдавшего зрительными галлюцинациями; он часто видел черта, о котором часто думал, сосредоточиваясь на мыслях о своей греховности и об аде как о естественном возмездии за нее.



Рис.4

Зависимость психогенных галлюцинаций от господствующих в данное время настроений и общего направления мыслей, таким образом, ясно можно видеть на примере галлюцинации религиозного содержания. Хотя они играют в патологии все меньшую и меньшую роль, иногда можно наблюдать их большое распространение как своеобразное проявление атавизма. Перед революцией на Юге России были люди, которые замечали какое-то просветление церковных куполов, другие видели иконы на дне колодцев. В случаях массовых галлюцинаций, несомненно, приходится считаться с взаимной индукцией и повышенной внушаемостью. Особенно ясно это выступает в одном случае, относящемся к несколько более раннему времени: в одном из московских пансионов одна девочка увидела, что лицо Христа на иконе делается как-то совсем живым; она сообщила об этом подружкам, и те тоже стали замечать такое явление.

Во всех перечисленных случаях в галлюцинаторных образах воплощаются представления, игравшие особенно большую роль в психической жизни человека. Имеет значение особая настроенность, создающая предрасположенность к восприятию именно определенных явлений. В перечисленных примерах речь идет, главным образом, об аффективной религиозности, которой определялось и содержание галлюцинаций. Такую же роль может сыграть фанатическая настроенность. Так нужно оценивать состояние студента, совершившего покушение на Наполеона, когда тот разгромил Австрию и вступил в Вену. Акту покушения предшествовало особое состояние напряженности с мыслями о спасении родины. В высоте студент слышал громовой голос, голос свыше, который приказывал ему убить Наполеона.

Особенностью рассматриваемых галлюцинаций является идентичность, связь содержания с определенными мыслями, доминирующими в сознании длительное время, и зависимость от них генеза. Доминирующие в психике представления вторгаются в сферу восприятия и приводят к ее расстройствам. В связи с этим стоит повторение одних и тех же галлюцинаций, принимающих характер навязчивости. Идентичность галлюцинаций рассматриваемых групп особенно выступает в случаях расстройств восприятия, внушенных в состоянии гипноза. Явления последнего мало изучаются в последнее время, но в литературе можно найти описание расстройств этого рода. Как известно, легко удаются опыты с внушением видения цветов или других каких-либо предметов. И здесь приходится считаться чаще всего с зрительными галлюцинациями. Нужно иметь в виду, что и в

данном случае галлюцинаторные образы имеют место на фоне измененного сознания.

### Аффектогенные галлюцинации

Идеагенным галлюцинациям можно противопоставить расстройства восприятия, в возникновении которых роль эмоций гораздо более значительна и которые поэтому могут быть названы аффектогенными. При этом сам аффект является интенсивным и действие его острым и, так сказать, одномоментным. В очень многих случаях такого рода галлюцинации появляются у людей вообще здоровых и не обнаруживающих никаких расстройств в нервно-психической сфере. Такие случаи имеются в виду, когда говорят, что галлюцинации — вообще частое явление и что они необязательно указывают на наличие душевного расстройства. Английские психологи считают, что галлюцинации встречаются у всех людей примерно в 10% случаев, точнее сказать, каждый десятый человек хотя бы раз в жизни имел яркие галлюцинации. Это относится, в частности, к большинству случаев, приводимых нами в главе о галлюцинациях у здоровых (случай Марилли и др.). У психолога Джемса приводятся интересные самонаблюдения такой галлюцинантки. «Когда я была еще восемнадцатилетней девушкой, однажды вечером мне случилось крупно поспорить с лицом, которое было значительно старше меня. В порыве раздражения я машинально взяла толстую вязальную спицу и разломала ее во время разговора на мелкие кусочки. В разгаре спора мне очень хотелось узнать мнение о нем моего брата, с которым я была очень дружна. Я обернулась и увидела его сидящим у противоположного от меня конца стола, но, к великому моему смущению, я заметила на его губах саркастическую усмешку, которая свидетельствовала о том, что он не за меня. Удивление охладило мой пыл, и спор прекратился. Через несколько минут я обернулась, но брат отсутствовал. Как выяснилось при этом, его вообще не было в комнате, это была галлюцинация. Никогда ни до этого случая, ни после у этой девушки галлюцинаций не наблюдалось. В возникновении ее сыграло роль аффективное состояние — раздражение вместе с все более выступающим сознанием своей неправоты и виновности».

Галлюцинация, как это обычно бывает, явилась отражением в живом образе эмоциональных переживаний. На лице воображаемого брата (а с ним она всегда бывала одного мнения) она увидела осуждение, хотя в своей неправоте, может быть, еще не хотела сознаться сама.

Нередко основным фоном, на котором появляются галлюцинации, бывает состояние страха. Психогенный характер расстройств и здесь выступает в содержании галлюцинаций, которые отражают устрашающие переживания и находятся в тесной связи с самим аффектом.

Приведем описание одного случая, в котором все характерные черты расстройств такого рода выступают с особенной ясностью.

Женщина-врач, терапевт 32 лет. Всегда была нервной, страдала хроническим почечным процессом, последнее время имела много неприятных переживаний в семье. В августе 1946 г. была в Крыму, в санатории. Во всей местности кругом видела много змей и сколопендр, которых там вообще было очень много. О том, как они опасны, очень много говорили, особенно о сколопендрах, которых часто видели не только на дорожках в парке, но и в самой санатории, иногда даже в постелях. Наша пациентка их очень боялась. Однажды она увидела большую сколопендру у себя на ноге. Она была так напугана, что упала без сознания и пришла в себя только через несколько часов. У ней появилось маточное кровотечение (она была беременна). Ближайшие дни она испытывала сильный страх, ей казалось, что по ней ползут сколопендры, она ясно видела сколопендру (одну, двух), начинала кричать и успокаивалась только тогда, когда окружающие убеждали ее, что никаких сколопендр нет. Никаких других расстройств восприятия не наблюдалось. Через 2 недели больная вполне успокоилась.

Смерть ребенка, в особенности неожиданная, для родителей, в особенности для матери, всегда является тяжелой психической травмой. На этой почве возникают болезненные состояния, в картине которых галлюцинаторные образы, отражающие перенесенное несчастье, занимают центральное место. Вот случай, один из многих, почти идентичных по условиям развития и клинической картине.

Анна Як. Р. 45 л. Контролер завода. Поступила в клинику 24 февраля 1945 г., после покушения на самоубийство.

У нее тяжелая семейная жизнь: она в разводе с алкоголиком мужем, который остался жить в одной комнате с ней, устраивает скандалы и терроризирует жену. У нее двое детей — сын и дочь. Сын был мобилизован в начале войны, и о нем до настоящего времени нет никаких известий. 8 февраля 1945 г. больная, придя с работы, нашла свою дочь 24 л. мертвой. Еще утром она оставила ее здоровой, а к вечеру та умерла, как показало вскрытие, от молниеносного менингита. Больная сразу как бы застыла, не понимая, что с ней происходит, ни с кем не разговаривала. Когда она вышла из состояния оцепенения, которое нужно квалифицировать как эмоциональный ступор, у нее появилась тоска и мысли о самоубийстве.

При поступлении ее в клинику нельзя уже было заметить изменения сознания, больная была в полном контакте со своим врачом. В первые же дни у нее появились яркие слуховые и зрительные галлюцинации. Днем, чаще в сумерках, и ночью, при ясном как будто сознании и бодрствовании, она видела свою дочь входящей в дверь, веселой, оживленной, расспрашивающей мать, где она была и что делала, как вел себя в ее отсутствие ее маленький сын. Больная ждала этих приходов, с ними она возвращалась к тому счастливому времени, когда дочь ее была с ней. Другой раз она видела дочь в саду в ярком освещении солнечного дня, с ней был ее сын, оба были одеты в яркие платья, дочь звала мать к себе и была с ней очень ласкова и нежна. Иногда же больная видела дочь в кошмарных сновидениях. Ей вообще казалось невероятным, что дочь погибла в течение нескольких часов, и она представляла себе, что это была не смерть, а летаргический сон. В сновидениях и наяву перед ней проносились картины вскрытия в морге ее дочери, находящейся в летаргическом сне, ей казалось, что дочь зовет ее на помощь. Голос, образ дочери в галлюцинациях были реальными, живыми. Больная погружалась в свои переживания, причем окружающая обстановка, по выражению больной, уплывала от нее. В эти периоды можно говорить о спутанном сознании, так как неожиданно возникающий шум, обращение с ней громким голосом заставляли ее возвращаться к действительности, причем она с большой силой сознавала свое горе, начинала рыдать, призывать смерть-избавительницу. Через 2—3 месяца галлюцинации, собственно, исчезли, но образ дочери оставался постоянно в ее сновидениях. Следует отметить существенный момент: в этом периоде она дочь видела не живой и веселой, а с неподвижным лицом, как у мертвой.

### Галлюцинации криминальных больных

Судебное дело, возбужденное в связи с совершенным правонарушением, арест и тюремное заключение, естественно, являются психической травмой и вызывают состояние угнетения и страха, на почве которых могут развиваться не только отдельные расстройства восприятия устрашающего характера, но, как известно, и выраженные психотические состояния. В картине психозов, развивающихся в этих условиях, галлюцинаторные расстройства занимают видное место. Ближайшее рассмотрение их обнаруживает, что они носят все признаки психогенных в смысле ближайшего отношения к самой травме как к патогенетическому фактору и соответствия содержания с обстоятельствами травмирующих событий. Не касаясь этих психозов в полном объеме, мы хотим фиксировать внимание на более частых случаях, в которых расстройства восприятия являются центральными во всех картинах, если не исчерпывают их полностью. Галлюцинации у подследственных арестантов в общем носят иной характер сравнительно с тем, что

можно найти у осужденных и находящихся длительное время в тюремном заключении. Это естественно, так как направление мыслей и настроение в том и в другом случае бывают неодинаковы. Речь обычно идет о слуховых галлюцинациях. В первом случае часто слышатся голоса за стеной, в соседней комнате, где, судя по голосам, идет суд над арестантом, слышатся угрозы по его адресу, плач жены, часто слышится звон цепей. В связи с затемнением сознания возможно развитие и сложных картин с зрительными галлюцинациями; в них воспроизводятся сцены убийства или вообще совершенных преступлений, или погони за больным. Иногда галлюцинаторные картины отражают состояние отчаяния и страха. При длительном заключении основным фоном является тоска, отчаяние в связи с лишением свободы и страх за будущее. В этих условиях обычно появляются слуховые галлюцинации. Они особенно бывают интенсивны в условиях одиночного заключения. Этот факт заслуживает внимания с точки зрения патогенеза галлюцинаций, так как полное прекращение слуховых раздражений может быть причиной раздражения слухового аппарата. При длительном заключении кроме психических факторов играют роль недостаточность и однообразие питания, ограничение возможности пользоваться свежим воздухом, физическое истощение. Все это накладывает особый отпечаток на галлюцинации, придавая им астенический характер. Принимая во внимание условия, в которых приходится наблюдать таких больных, изучение галлюцинаторных расстройств у них представляет сравнительно с обычными больными значительные трудности. Заслуживает внимания изучение рисунков такого рода больных, если они обладают какими-либо способностями к этому искусству. Больные отражают в своих рисунках свои переживания обычно спустя известное время после исчезновения острых явлений. Рисунки криминальных психопатов иногда представляют отражение галлюцинаций в чистом виде; в них часто много продуктов фантазии, особенно много отражения навязчивых представлений.

Во многих случаях содержание рисунков в смысле генеза связано с прежде наблюдавшимися галлюцинациями, так что рисунки и в этой части являются отражением галлюцинаций, хотя и не прямым. Некоторые рисунки воспроизводят сцены совершения преступления, ареста. Очень характерен один рисунок, который отражает галлюцинации правонарушителя, помещенного в тюрьму (рис. 5).

Себя он изобразил справа, отстраняющимся от карающей руки правосудия; к нему теснятся различные враждебные фигуры, одна из них с петушиной головой. Со стены на него смотрят



Рис.5

Психогенные галлюцинации правонарушителя в тюрьме

мать и товарищи его юности; они и осаждают его, а с другой стороны, призывают к покаянию. Фигура музыканта изображает товарища больного.

В качестве сюжета в других рисунках постоянно фигурируют кинжалы, змеи, фигуры чертей (рис. 6).

Галлюцинаторные расстройства, связанные с психической травмой, естественно чаще бывают у людей нервных, до известной степени выведенных из равновесия предшествующими переживаниями и физическим ослаблением.

#### Психогенные галлюцинации у детей

Видения устрашающего характера нередко наблюдаются у детей; их интенсивности и продолжительности благоприятствует свойственный этому возрасту эйдетизм. Дети, напуганные собаками или кошками, часто видят их как во сне, так и вне его, в особенности по вечерам. Напуганный чем-либо ребенок иногда видит «буку» в темном страшном углу. Иногда дети видят в галлюцинациях домашних животных, которые вообще играют в их

ТЬМА



Рис.6

представлениях гораздо большую роль, чем у взрослых. Особенно часто они видят их, если были ими напуганы. У маленьких детей при их неразвитой психике нередко трудно бывает отделить собственно расстройства восприятия от фантазии. Известно, что они часто не отличают содержания сновидений и продуктов своего воображения от действительности.

Более отчетлива картина галлюцинаторных расстройств, когда они возникают не на фоне общей боязливой настроенности, а в связи с каким-либо конкретным устрашающим переживанием. Известно, к каким последствиям приводят иногда дикie шутки с ребенком, которого хотят напугать дети старшего возраста или взрослые, надев на себя вывернутую меховую шубу или накиннув простыню, как бы изображая мертвеца. Даже в тех случаях, когда у ребенка не развиваются определенные невротические расстройства (заикания, ночные страхи), на фоне общей нервности очень часто появление тех или других образов, отражающих перенесенный испуг. Обстоятельства военного времени нередко создавали такие ситуации, когда у детей, как и у взрослых, появлялись галлюцинации, относящиеся к психогенным. Дети, бывшие со своими семьями в фашистской оккупации и пережившие все ее ужасы, нередко видят черных, страшных дядей, видят убитыми своих родных, повешенных. Одна девочка, бывшая под нашим наблюдением, неожиданно увидела мальчика, который был пове-



шен немцами. Когда она увидела его висющим с посиневшими ногами, она была так напугана и растеряна, что не сразу поняла, в чем дело. Считая, что ножки мальчика посинели от холода, она сняла с своих ног валенки и пыталась надеть их на мальчика. Долгое время после того ей представлялась висящая фигура мальчика с синими ножками; она часто видела его и во сне и просыпалась в испуге. Зрительные галлюцинации у этой группы детей стоят на первом плане; чаще всего видятся немцы в черной форме. Дети, находясь в фашистской оккупации, естественно, видели много различных картин, но в зрительных представлениях их особенно ярко запечатлелся образ страшного черного человека, вместе с которым пришли все ужасы.

Иногда у детей наряду с этим выступают другие, носящие печать военного времени устрашающие образы или животные, которых вообще дети боятся, — мыши, волки. Меньшую роль играют слуховые галлюцинации: выстрелы, разрывы бомб, шум пролетающего самолета, гудки автомобиля, звуки сирены, предупреждающие о воздушном налете. Преобладание зрительных галлюцинаций у детей в случаях психогенного их развития соответствует общему положению, по которому зрительные галлюцинации у них преобладают над другими. Некоторая бедность их содержания и однообразие стоят в связи с недостаточным богатством содержания сознания, свойственного ребенку.

Годы войны были периодом тяжелых испытаний для многих. Отсутствие известий от находящихся на фронте близких, естественно, заставляло быть в постоянном напряжении, заставляло постоянно ждать вестей, трагических или радостных. В этих условиях матери видят своих сыновей или жены своих мужей не только во сне, но и наяву. Слышится голос близкого человека, шум его приближающихся шагов, гудки автомобиля, который будто бы остановился у дома и который, как ожидается, привез желанного гостя. Очень нередко в таких условиях просночные галлюцинации; люди, видя своих близких в сновидениях, видят их при пробуждении. Ночью слышатся телефонные звонки, тогда как телефон молчит. Нередко видятся убитые, среди которых мать узнает и своего сына. Известие о гибели близких на войне может дать такое состояние, при котором естественно появление связанных с ними галлюцинаций. В одном случае у мужчины с начальными явлениями артериосклероза после получения известия о гибели дочери-врача на фронте развилось состояние не вполне ясного сознания, во время которого он видел ее, слышал, переживал с ней то, что было в их семье до войны. Типичен также следующий случай.

А. Н. Ю-ч. Родилась в 1891 г. Работала заведующей библиотекой. Поступила в клинику в июне 1943 г. в состоянии тоски и страха. С 1943 г. начался климакс. В прошлом были периодические приступы бессонницы и угнетения. Последний год была на инвалидности 3-й группы и работала с перерывами вследствие физической слабости. В марте 1943 г. больная получила известие о гибели сына на фронте. У нее сразу развилась тяжелая депрессия и бессонница, она постоянно слышала голос сына, который звал ее к себе. После того она постоянно испытывала стремление пойти на место гибели сына. Незадолго до поступления в клинику она в состоянии растерянности ушла из Москвы, частью пешком, частью на поезде добралась до Можайска и некоторое время бродила по полю, пока не была задержана патрулем, после разговора с начальником патруля как бы пришла в себя. По наблюдениям в клинике — тосклива, испытывает непреодолимое желание уйти туда, где погребен ее сын. Знает, что в настоящее время это невозможно, но преодолеть свое стремление не может. Постоянно видит своего сына, особенно в темноте. Видела его в саду за деревом с автоматом в руках, видела так ясно, что с трудом могла удержаться, чтобы не бежать к нему. Видит картины боя, своего мертвого сына, лежащего на земле.

В дальнейшем наступило значительное успокоение с известной сниженностью возрастного характера.

#### Условия развития психогенных галлюцинаций

Все приведенные нами описания галлюцинаторных состояний, развившихся психогенным путем, при всем клиническом разнообразии характеризуются некоторыми общими признаками. Это прежде всего связь с травмирующими, вообще волнующими переживаниями как по времени, так и по содержанию. В особенности ясно выступает это в случаях, когда имеется динамика в галлюцинаторных переживаниях, изменения в их содержании и характере. Например, Жанну д'Арк голоса все время побуждали к активным военным действиям, но потом, когда она медлила с выполнением приказа, они упрекали ее. Меняется содержание голосов у правонарушителей в зависимости от изменяющейся для них ситуации. Очень отчетливо это выступает в случаях галлюцинаторных расстройств, развивающихся в связи с гибелью близких. Мать, потерявшая сына или дочь, вначале, когда она лелеет еще себя несбыточной мечтой, что известие о гибели ошибочно, видит их живыми, находится в воображаемом общении с ними. После, когда надежды уступают полной безнадежности, погибшие видятся именно мертвыми, трупами. На зависимость галлюцинаций от мира представлений указывает и возможность внушения определенных галлюцинаций, возможность так называемых навязанных галлюцинаций,

отражающих в своем содержании и динамике навязчивые представления. Именно на психогенных навязчивых галлюцинациях можно видеть зависимость галлюцинаций от представлений. Навязчивые галлюцинации описаны французским психиатром Сегла и у нас Д. С. Озерецковским. Психогенные навязчивые галлюцинации отличаются от них тем же признаком, каким психогенные галлюцинации отличаются от истинных: они ближе стоят к представлениям и психологически выводимы из переживания.

Второй момент, характерный для психогенных галлюцинаций, — это аффективный генез. В одних случаях это длительное, хотя и не очень острое чувство тоски, чаще всего связанное с потерей близкого человека или с длительной разлукой и боязнью потери. В этих случаях зрительные образы не всегда ярки и редко носят характер полнейшей реальности. Обычно это фигуры близких, чаще всего неподвижные, или лица, иногда с живым выражением и с взором, устремленным на галлюцинирующего. Типично для многих случаев постепенное исчезновение таких галлюцинаторных образов, становящихся как бы все более разреженными и прозрачными, так что за ними становятся видимы реальные предметы. Такого рода галлюцинации являются отражением мыслей о близком человеке, почему и могут быть обозначены как идеагенные. Чаще всего речь идет об остром действии тяжелого аффекта, нередко на почве известной сенсibilизации эмоциональной сферы предшествующими переживаниями. Большую роль играет предварительная эмоциональная настроенность в том или другом отношении, состояние экстаза, боязливого ожидания, угнетения, чувство резко выраженного страха, тяжелого горя. Как говорилось много раз, галлюцинации особенно легко возникают в состоянии измененного сознания, переходном между сном и бодрствованием. Резко выраженный аффект ведет к некоторому изменению состояния сознания. В части приведенных нами случаев речь идет о психотических состояниях с затемнением сознания, сумеречных состояниях, но и во всех остальных в большей или меньшей степени можно предполагать изменение сознания. Для психогенных галлюцинаций характерна концентрация внимания на одном представлении или ограниченной группе их. У больных ясно выражено стремление отрешиться от всего остального, кроме того, на чем сконцентрировано внимание. Одна наша больная предпочитала темноту потому, что отсутствие зрительных впечатлений давало ей возможность сосредоточиться на желанных образах. Вспомним, что Жанна д'Арк искала уединенных мест, чтобы лучше

слышать волнующие ее голоса. Узость сознания, концентрирующегося на определенных образах, создает для галлюцинантов особые условия оторванности от всего остального, давая возможность выделять из общего круга представлений только некоторые.

### **Отношение психогенных галлюцинаций к представлениям**

Несомненно, что процесс галлюцинирования не есть просто интенсификация представлений. Но нужно уяснить смысл этого положения. Образы представлений могут быть так ярки, в особенности при наличии живого воображения, что сходство с галлюцинациями может быть очень значительно. Мы думаем, что в этом отношении заслуживают внимания высказывания писателей, основным свойством одаренности которых является живое творческое воображение. Интересны мнения различных писателей об условиях, которые они считают наиболее благоприятными для своего творчества. Вот высказывания некоторых из них. Гюго: «Я люблю в утренние часы ощущать новые мысли в освеженном, оживленном мозгу». Бейль: «Я люблю работать днем, с утра, я люблю полную ясность вокруг себя». Иначе говорит Бальзак: «Только к вечеру мозг обогащается полноценными мыслями. Все приходит в движение, начинается восхитительная и бешеная работа. Отсутствие зрительных впечатлений позволяет расти в сумерках всем чудовищным образам, родившимся за день. К ночи они становятся огромными, сильными и самостоятельными существами. Я опускаю штору и устраиваюсь при свете». Нетрудно заметить значительное сходство «чудовищных образов» Бальзака с галлюцинациями по условиям образования их и по характеру. Возникновению их способствует темнота, они получают характер чего-то самостоятельного, сильного и чудовищного, т. е. не отражающего реальной действительности. Все эти признаки свойственны галлюцинациям, но все же это не галлюцинации. Лучше всего об отношении воображения к галлюцинациям говорит Флобер в своем известном письме:

«Мои воображаемые герои волнуют меня, преследуют меня, или, вернее, я живу в них. Когда я описывал отравление Эммы Бовари, я так живо ощущал вкус мышьяка во рту, я сам чувствовал себя настолько отравленным, что у меня сделалось расстройство желудка со рвотой». Сам Флобер говорит, однако, что это не были галлюцинации: «Не приравнивайте внутренние видения артиста к аналогичным переживаниям человека, страдающего истинными галлюцинациями. Я знаю хорошо оба состояния; их разделяет пропасть». По творениям наших классиков, Достоевско-

го, Толстого, Чехова, Горького, мы можем судить о способности писателя к глубокому проникновению в глубины человеческой психики, включая и ее уклонения в патологию. В частности, черт, которого видит Иван Карамазов, представляет пример алкогольных галлюцинаций. Черный монах Чехова отражает основную черту в развитии галлюцинации — болезненный сдвиг в организме. Галлюцинаторные образы у писателя в его целенаправленном творчестве являются символами, имеющими особое значение, но описания даются в форме, которой мог бы позавидовать и высококвалифицированный психиатр. Поэтому так нужно прислушиваться к тому, что говорят писатели, в частности Флобер, о воображении и галлюцинировании.

Психогенные расстройства представляют группу экзогений, несомненно подчиняющуюся всем закономерностям, обычным для последних в смысле зависимости от материальных изменений в мозгу и во всем организме. В этом отношении психогенные галлюцинации не отличаются от токсических и инфекционных. Галлюцинации вообще — это представления, получившие яркость и телесность благодаря присоединению сенсорного раздражения и проецированные вовне. Психогенные галлюцинации — тоже вынесенные вовне образы представлений, имеющие для больного особую значимость. От токсических и инфекционных галлюцинаций они отличаются недостаточностью элементов *sensorialité*. Общая предуготованность к галлюцинациям имеется и в рассматриваемой группе. Она дается аффективной настроенностью, которой соответствуют изменения химизма. Представления, играющие роль в возникновении и психогенных галлюцинаций, в известном смысле являются воспроизведением восприятия. Галлюцинаторные восприятия — это сложный акт, в котором играют роль и центральные и периферические компоненты. При обычном состоянии процесс возбуждения идет в центральном направлении, от восприятия к представлению, но возможна и реципрокная передача в обратном направлении. В случае интенсифицированного представления возбуждение может передаться на кортикосенсорные пути. Это вместе с вынесением образа вовне сообщает ему яркость, жизненность, делает его галлюцинаторным. Здесь, естественно, большое значение имеет выяснение физиологического состояния соответствующих кортикосенсорных центров какими-либо объективными методами.

## ЧАСТЬ II

### ГЛАВА 7 ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА В ПРОБЛЕМЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ

#### Взгляды разных авторов на вопросы патогенеза

Как видно из всего изложенного в предыдущих главах, исследователями различных стран накоплен огромный материал по клинической характеристике галлюцинаторных расстройств, описанию отдельных форм галлюцинаций, отграничению от близких к ним явлений, отношению к психозу в целом. Высказано большое количество гипотез, относящихся к их генезу, дано большое количество определений. Предлагая их, исследователи старались охватить самое существенное в галлюцинациях, подходя к их изучению со своих специальных позиций, которые, естественно, не одинаковы у психолога, психиатра или невропатолога. В отношении патогенеза мысль исследователей колебалась между двумя полюсами: галлюцинация как интенсифицированное представление и галлюцинация как кортикосенсорное раздражение. Первое определение стоит на психологической точке зрения. Оно в то же время отражает вообще психологическое направление в психиатрии, игравшее большую роль в течение долгого периода ее развития. Оно является слишком односторонним и недостаточным. Естественно, что так его оценивал и И. П. Павлов, подходя к решению вопроса о сущности галлюцинаций с точки зрения физиологии. Психологические исследования, однако, не утратили значения и в настоящее время даже в такой специальной области, как патология восприятия, поскольку психология в лице своих лучших представителей не мыслит возможности разрешения своих задач вне учета роли материального субстрата и стремится к синтезу своих достижений с данными физиологии. Мысль о кортикосенсорном раздражении как центральном моменте в процессе галлюцинирования, навеяна успехами в области корковой физиологии и легла в основу определений неврологического характера. Они, взятые в упрощенной форме, как, например, у Сури, считавшего галлюцинации своего рода судорогой сенсорных центров, также односторонни, но выясне-

ние функционального состояния кортикальных сенсорных центров, понимаемого не только в смысле простого возбуждения, нужно и теперь считать существенным звеном в проблеме галлюцинации, с каких позиций к ним бы ни подходить.

Мы видели, что первые камни, заложенные в здание учения о галлюцинациях, оказались очень прочными. Определение галлюцинаций, данное Эскиролем, является прообразом всех последующих определений. Это указывает на то, что им были верно схвачены некоторые существенные моменты в болезненном процессе. То же следует сказать относительно крупного факта, отмеченного Байарже, именно, что галлюцинации особенно легко возникают в состоянии, переходном между сном и бодрствованием. Что существуют какие-то отношения между сном и галлюцинациями, было ясно для всех последующих ученых. На это указывает факт существования особых гипнагогических галлюцинаций, выделенных еще Моро де Тур. Такой же смысл имело выделение просоночных галлюцинаций.

В последние годы обращают на себя внимание проводившиеся В. П. Осиповым и Е. А. Поповым исследования с применением небольших доз снотворных. В случае применения небольших доз, недостаточных для получения сна, развиваются особые состояния сонливости с галлюцинациями. Интересно в этом отношении развитие галлюцинаций в случаях вынужденной бессонницы, которая по существу является состоянием неполного сна. На этот факт в последнее время было обращено внимание различными исследователями.

Тесная связь галлюцинаций с состоянием, имеющим определенную физиологическую характеристику, подтверждает правильность нашего основного положения, что больших успехов в разработке учения о галлюцинациях можно достигнуть, если рассматривать их не как отдельные феномены, а как выражение сдвигов в психическом функционировании, зависящих от изменений во всем мозгу. Более целесообразно изучать не галлюцинации в отдельности, а галлюцинаторные состояния, при которых расстройства восприятия, носящие это имя, наблюдаются в связи с другими клиническими симптомами, представляя вместе с ними нечто целое. При этом представляется большая возможность изучать генез галлюцинаций с учетом особенностей врожденной структуры мозга и его анализаторов, с учетом возрастных особенностей, равно как с учетом роли этиологических моментов и изменений, лежащих в основе психоза в целом. Такое изучение, подтверждая мысль И. П. Павлова, что галлюцинации различны по своему генезу и структуре, позволяет выделить несколько моментов, несомненно заслуживающих внимания в учении о галлюцинациях.

Сюда нужно отнести тот факт, что галлюцинации, равно как и бред, не свойственны больным с врожденным слабоумием, равно как больным с различными формами приобретенного слабоумия, характеризующимися явлениями только выпадения. Этот крупный факт находит себе объяснение несомненно в том, что отсутствие предпосылок для полноценной интегративной деятельности мозга исключает возможность и развития галлюцинаций, которые в своем существе являются результатом известной творческой деятельности мозга. С другой стороны, красной нитью проходит, что галлюцинаторные расстройства особенно обильны и разнообразны при заболеваниях с токсическим и инфекционным генезом. Этого нельзя не сопоставить с указанием И. П. Павлова, что следы резких раздражений остаются в подкорковой области. В связи с этим находятся и данные патологической анатомии, указывающие на эту область как на особо поражаемую в случаях инфекций и интоксикаций.

#### **Анализ галлюцинаций у больных, лечащихся длительным сном**

Капитальный факт связи галлюцинаций с состоянием неполного сна заставил нас обратить внимание на изучение экспериментального сна, применяемого с целью лечения. Изучение состояний, наблюдаемых на различных стадиях длительного сна, может быть использовано как особый метод изучения галлюцинаций по целому ряду соображений. Прежде всего, галлюцинации в этих случаях очень обильны и ярки. Имеет значение, что они сопровождаются резко выраженными вегетативными сдвигами и изменениями неврологического порядка, указывающими на заинтересованность определенных мозговых систем. Ценной нужно считать также и возможность динамического изучения галлюцинаций в связи с более общими процессами, протекающими в мозгу и во всем организме. Галлюцинации появляются и исчезают вместе с другими изменениями, вообще более изученными в неврологическом и патофизиологическом отношении. Длительный сон, применяемый при лечении, отличается от обычного сна. В смеси Клоетта, которая применялась при лечении длительным сном, главным ингредиентом является барбитурат-нумал. В последнее время мы, как и другие исследователи, пользовались для той же цели амитал-натрием. Барбитураты действуют на кору, давая в случае длительного применения больших доз картину токсикоза с глубоким торможением коры. При этом развивается ряд сложных процессов, для которых торможение коры нужно считать только вступлением. В одной из

работ о действии длительного сна мы говорили, что изменения при нем в мозгу являются своего рода диэнцефалозом. В различные периоды длительного сна имеет место особая динамика в соотношениях между процессами возбуждения и торможения. В первые дни сна наблюдаются симптомы раздражения, несколько позже выступают другие симптомы экстрапирамидного возбуждения, клонические подергивания, маневренные движения, вращение вокруг своей оси. Более сильными дозами снотворных все эти симптомы возбуждения заглушаются, но они вновь оживают при уменьшении количества снотворных. Это обычно наблюдается в периоде просыпания. В процессе обратного развития изменения при длительном сне от общего торможения постепенно освобождается кора, и в этом периоде как раз появляются галлюцинации. Поскольку они возникают и исчезают вместе с другими симптомами возбуждения подкорковых систем, изменения в последних не могут не иметь значения для генеза галлюцинаций. Однако в нем принимает участие и кора. Необходимо какое-то особое состояние ее, промежуточное между сном и бодрствованием, особое полусонное состояние, делающее возможными грезы, необходимо известное ослабление критической способности. Все более полному установлению состояния бодрствования соответствует полное критическое отношение к галлюцинациям и их постепенное исчезновение.

Если для возникновения галлюцинаций имеют значение корковые и подкорковые процессы, то что должно быть поставлено на первом плане и каковы взаимоотношения тех и других? Здесь опять мы встречаемся с вопросом о роли мозга, отдельных его систем, в особенности коры полушарий. Неоднократно ставился вопрос о том, в какой мере для возникновения галлюцинаций нужна кора. Пытались разрешить его экспериментами на животных. Известны опыты Пастернацкого с перерезкой головного мозга на различных высотах и вызыванием галлюцинаций отравляющими веществами; они не дали каких-либо результатов и имеют только историческое значение. Получение экспериментальных галлюцинаций у собак, как показали это Фурсиков, Шостакович, А. Д. Сперанский, вполне возможно. Шостакович отравлял собак атропином, получал у них обонятельные галлюцинации. Известно из исследований М. А. Гольденберга и М. А. Джагарова, что у человека при таких условиях появляются зрительные галлюцинации. Этот факт имеет большое значение потому, что ясно говорит о роли структуры мозга и именно коры. Он красной нитью проходит и в человеческой патологии. Различным заболеваниям с неодинаковыми по характеру отклонениями от нормального строения мозга свойствен тот или

другой преимущественный тип галлюцинаций, например зрительный или слуховой. Наибольшее значение имеют врожденные особенности мозговой структуры, но не менее важны возрастные особенности, изменения, приобретенные в результате той или другой специальной этиологии.

У детей, например, наблюдаются преимущественно зрительные галлюцинации даже при шизофрении, заболевании, которое у взрослых характеризуется прежде всего наличием слуховых галлюцинаций и галлюцинаций общего чувства. Большую частоту зрительных галлюцинаций у детей, сравнительно с взрослыми, принято связывать со свойственным этому возрасту эйдетизмом, но, несомненно, имеют значение и другие особенности физиологии детского возраста и мозговой структуры у детей. К тому же некоторые авторы более новых работ отрицают связь галлюцинирования с эйдетизмом. Игрет роль и большая аффективность детей в связи с большей интенсивностью у них всех вегетативных процессов. Особенности мозговой структуры у детей, известная степень ее недоразвитости, по-видимому, обуславливают редкость у детей бредовых идей с более или менее сложным построением.

Могут иметь значение приобретенные изменения мозга органического характера. Нам пришлось видеть одну больную старческим психозом, страдающую зрительными галлюцинациями особого рода: ей виделись резко искаженные образы людей и животных. При вскрытии в мозгу у нее были найдены изменения в интерпариетальной области, дающие вообще при органических заболеваниях без собственно психоза метаморфопсию. Естественно, этим нужно объяснить, что и галлюцинаторные зрительные образы у нее также были искажены. В ту же группу фактов нужно отнести частоту слуховых галлюцинаций у алкоголиков при психозах неалкогольного происхождения. Это можно наблюдать в случаях прогрессивного паралича, травматических психозов у больных алкоголизмом в анамнезе, если даже за последние годы алкоголизма, как такового, не наблюдалось. Объяснение этому несомненно нужно видеть в том, что алкоголизация, изменяя физиологию организма, изменяет в определенном направлении структуру мозга и его анализаторов. Все эти факты с несомненностью указывают на исключительную роль коры в генезе и структуре галлюцинаций. Особенно ясна ее роль в оформлении, в определении характера галлюцинаций. Но роль коры этим не ограничивается. Галлюцинирование, если не иметь в виду элементарных расстройств этого рода, — творческий процесс, который всегда вносит нечто новое. Если это так, то какова при этом роль подкорковой области и что конкретно нужно иметь

в виду, говоря так суммарно о локализации. Здесь приходится вспомнить, что впечатления органов чувств именно здесь оставляют свои следы. Если речь идет о зрительных впечатлениях, то нужно иметь в виду зрительный бугор. Его *pulvinar* и наружное коленчатое тело являются субкортикальными зрительными центрами. Они, как известно из некоторых исследований, могут обеспечить возможность образования условных рефлексов на световые раздражения у животных при удалении зрительных центров коры. Зрительный бугор в свою очередь непосредственно связан с корой, причем отдельные его ядра имеют связи с определенными отделами коры. Существенно при этом, что в той же области заложены центры вегетативной нервной системы, имеющие отношение к регуляции работы рецепторов, адаптации деятельности органов чувств к восприятиям внешнего мира. При таких условиях совершенно не случайно, что состояния галлюцинаторного возбуждения чаще всего встречаются при инфекциях, равно как при таких заболеваниях, как шизофрения, в основе которых лежат токсические факторы. В то же время давно выяснена роль вегетативной нервной системы в процессах развертывания инфекционных и токсических процессов. Не подлежит сомнению, что в генезе галлюцинаций играют роль и кора и подкорковая область с расположенными здесь подкорковыми центрами органов чувств и центрами вегетативной нервной системы.

В сказанном, однако, нужно видеть только самые общие указания на патофизиологические механизмы, лежащие в основе галлюцинаций. Чтобы ближе подойти к пониманию их существа, нужно сделать анализ клинических феноменов с учетом изменений, происходящих в мозгу и во всем организме.

Взяв исходным пунктом галлюцинаторные состояния, наблюдавшиеся в периоде пробуждения у больных при лечении длительным сном, постараемся сначала установить клинические факты различного порядка, а потом взаимоотношения между ними. Начнем с клиники.

Ярко выраженные галлюцинации, и притом не единичные, выступают на второй и на третий день после просыпания, изредка на четвертый или пятый. Обычно бывает так, что больной уже на третий день, находясь в более ясном сознании, имея возможность отвечать на вопросы, сообщает, что накануне ночью у него были «видения». Чаще всего это бывают именно видения, то есть зрительные галлюцинации, так как слуховые галлюцинации, если вообще они наблюдаются, выступают значительно позднее. Прежде всего надо выделить группу более элементарных зрительных галлюцинаций, очень частых и более или менее

одинаковых во всех случаях, напоминающих то, что наблюдается при отравлениях мекскалином. Больные говорят о видении ярких, разноцветных, красных, зеленых, синих и желтых полос, точек, кругов, цветных ковров, узоров, красок, сеток, нитей. Все это обычно находится в движении. Нити тянутся сверху вниз, паутина окутывает все и, в частности, лицо врача, с которого больные стараются снять воображаемую паутину. Видятся какие-то газы, которые сыплются в виде нитей. Разноцветные точки, лампы валятся с потолка, с него же тянутся змеи, непрерывно идет дождь. Вместе с этим видятся пауки, мухи, жуки. Очень часто все это видится непосредственно перед глазами, очень многие больные говорят о сетке перед глазами. Типичным нужно считать, что зрительные образы наплывают на больного, непосредственно видятся перед лицом, «лезут в глаза». Больные часто держат руки перед глазами, отмахиваются от видений, отталкиваются руками. Иногда больные стараются вынуть что-то из глаза. Одна больная, делая такие движения, говорила, что она видит постоянно в глазу у себя врача, проводившего сонную терапию, и повторяла: «Выньте у меня из глаза этого доктора». В некоторых случаях вместе с нитями, сетями, тюлем видятся какие-то квадраты, треугольники, шестиугольники, иногда пол или стены кажутся разьединенными на какие-то шашки. Эти геометрические фигуры обычно бывают не окрашены, но вообще типичной нужно считать яркость окраски большинства видений.

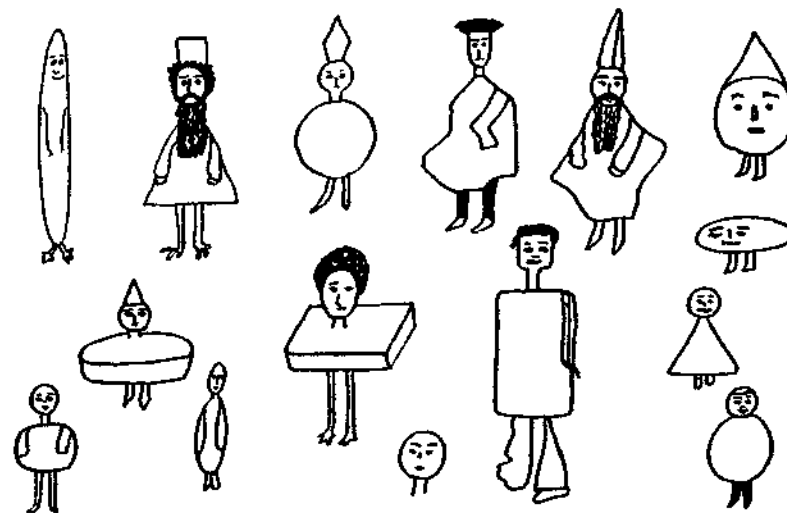


Рис.7  
Геометрические фигуры

Помимо нитей, полос и вообще более элементарных вещей часто видятся лица, страшные физиономии, иногда отдельные головы, кошки, обезьяны, маленькие красивые дети. Как правило, они движутся, сменяя друг друга, точно в кино. Многие живые фигуры тоже имеют геометрические очертания и формы, например, человеческая голова имеет форму конуса или ромба, туловище — прямоугольника, ноги — каких-то обрубков (рис. 7).

Считаем целесообразным привести сделанное больной описание своих переживаний, систематизированных ею под названием «Впечатления, связанные с наркотическим сном».

«Лишь только я вступила в комнату, где проводили сон, я сразу почувствовала себя оторванной от стойкой, лишенной всякого риска реальности, в которой чувствуется спокойный, размеренный — как часовой маятник — жизненный темп. Обстановка, в которой предстояло оборвать мне все нити, связывающие меня с реальным, осязаемым миром, перейти на некоторое время в сферу бессознательного бытия, произвела на меня необычайно сильное впечатление. Это был особый сказочный мир, полный поэзии и мистицизма. Зеленовато-синий свет бросал повсюду фантастические тени, делая бледно-зелеными лица спящих и врачей, напоминающих в этой таинственной, гипнотизирующей обстановке магов. Повсюду слышалось неестественное, резкое дыхание спящих, казалось, что сон является для них мучительным, сковывающим сознание и волю актом. Быть может, в действительности и не существовало зеленовато-синего света и порожденных им фантастических теней, в чем старались убедить меня многие из спавших, но в этом нет и капли вымысла; записывая вызванные сном переживания и впечатления, я сохранила всю их непосредственность и правдивость. Внезапно меня охватил невероятно острый приступ панического страха. Я поняла, что я во власти этого пугающего мистического мира, выхода из которого для меня не было. Хотелось убежать, выломать дверь, единственную тонкую преграду, отделявшую это сказочное сонное царство от менее поэтического, но твердого, полного жизни и благополучия реального мира, но было уже поздно, все двери в тот мир были для меня закрыты. Меня окружили врачи, сестры и няни, стараясь убедить в испытанности нового метода лечения. Я веду себя как приговоренная к смертной казни — малодушная — плачу, сопротивляюсь. Внезапно в моем сознании всплывает все самое тяжелое из моей жизни и, странно, — я ощущаю какое-то невероятное удовлетворение от этого страдания. Характерная для меня двойственность восприятия — ощущение даже в самой горечи элементов радости и наоборот — в радости элементов горечи. Меня укладывают почти что насильно в постель, дают наркоз, и вдруг невероятно быстрое превращение — я испытываю огромный прилив радости, сознание собственной гордости, ощущение счастливого, сладостную дремоту.

Все еще плачу, но теперь уже это слезы радости, шучу и смеюсь, находясь в состоянии экзальтации, и вдруг обрывается нить, соединяю-

щая меня с реальным миром. Я не почувствовала сам переход от сознательной жизни к бессознательной, он был для меня внезапным, неувловимым, как при естественном сне.

Спала я очень мало — всего двое суток, наркоз дал осложнение на дыхательные пути. Предпочитая еще спать естественным сном под влиянием наркоза или находясь долгое время в бессознательном состоянии, я стала сознавать окружающее лишь на четвертый день после усыпления.

Первое, что я почувствовала, вернувшись к сознанию, было невероятно трудное, порывистое дыхание. Убежденная в том, что умираю, я пережила несколько тяжелых минут борьбы за существование и иллюзию смерти. Серьезный и сосредоточенный сидел около меня врач-терапевт. Скоро, однако, наступило значительное улучшение моего физического состояния.

В этом периоде, как в калейдоскопе, проходили передо мной галлюцинации: светящиеся точки; невероятно красочные, все время меняющиеся, переходящие один в другой фантастические узоры, в гармонии тонов и тонкости, оформления которых чувствовалась кисть талантливого художника; наконец, торжественное шествие людей в белых халатах, замыкающееся бесконечной процессией ехидно улыбающихся, подмигивающих своими хитрыми, полными мистической неизвестности глазами карликов. Приятное сообщение о том, что выпал снег и на дворе зима, явилось первым, убедительным толчком к полному, яркому ощущению реальности и радости возвращения к сознательной жизни, приведшим меня в состояние экстаза, в котором я была переведена в специальную комнату для проснувшихся. Четыре няни пронесли меня на одеяле через наблюдательную палату бодрствующих больных.

Бросая на всех высокомерный, победоносный взгляд, я, вероятно, напоминала китайского богдыхана, с той лишь разницей, что богдыхан величаво восседает в своем паланкине, в то время как я — беспомощная лежала, не в состоянии сесть даже при всем своем желании. Еще долгое время я испытывала страшную слабость, находясь во власти уже не пугающих галлюцинаций. Первая попытка встать на ноги на второй день после перевода меня в новую палату не увенчалась успехом, я вынуждена была покориться обстоятельствам и терпеливо ждать восстановления сил. Характерная для нервных волнообразность мышления и восприятия интеллекта приняла у меня после сна до крайности резкое колебание. Обильный мысленный наплыв переходил в реакцию — полное отсутствие мыслей. Легкие и быстрые, как птицы, проносились в моем сознании мысли, свободно оформляясь в слова, находя быстрые и твердое логическое развитие. Казалось, процесс мышления происходит без участия моей воли — словно по какому-то волшебству, а я являюсь лишь посторонним наблюдателем этого процесса, поражаясь четкостью и плодотворностью работы мыслительного аппарата. Такие наплывы мыслей приводили меня в состояние экстаза, в котором я чувствовала себя почти что на грани величия; конечно, повышенное восприятие больного, но все же эти чудовищные по гибкости, диапазону мышле-

ния и силе наплывы мыслей не прошли для меня даром. Словно неожиданные, теплые живительные ливни, укрепляющие в почве слабые, еле заметные ростки, они дали ростки живой мысли, находившейся до сна в хаотическом состоянии неясных исканий, и определили основной путь ее развития. Закрывающие в себе элементы творчества, как всякое вдохновляющее начало, они оказывали двойственное — созидательное и разрушающее — действие на психику.

В то время как в области мышления была последовательная строгая закономерность развития интуитивного познавательного процесса, в области эмоций — страшная стихийность.

Как при вулканическом образовании новых формаций поверхности, невероятная сила, прорывая подпочву, извергает огненные потоки лавы, так наплывы мыслей извергали потоки радостных эмоций, поглощая всю мою душевную энергию, а скованность мысли вызвала подавленное состояние и горькие обильные слезы бессилия. Иногда я как бы выплакивала такой наплыв, требующий сверхъестественного нервного напряжения, в результате которого я испытала однажды первый раз в жизни, независимо от внешних воздействий, страшные зрительные и слуховые галлюцинации».

Мы считали бы необходимым обратить внимание на то, что те или другие галлюцинаторные образы очень часто воспринимаются на том или другом определенном фоне — на потолке, на стене, на полу, в окне. Например, одна больная видит картину или узор на стене или простыне, другая видит букашек на полу, в третьем случае стена вечером на глазах больной принимает особенную, меняющуюся окраску и на ней появляются различные лица и фигуры. На потолке появляется что-то зеленое. Еще у одной больной какие-то лица то появлялись, то исчезали, как в кино. Одна пациентка говорила о различных узорах на стене, причем добавила: у меня никогда не было галлюцинаций. Другая больная видела мышей, которые лезли на потолок, третья — мух, крыс на стене. Это явление не представляет чего-либо присущего только рассматриваемым галлюцинаторным состояниям при лечении длительным сном. Нечто подобное наблюдается при белой горячке или вообще в делириозном состоянии. Если мы обращаем на это явление внимание, то не только потому, что у многих наших больных оно было резко выражено, а потому, что считаем этот феномен, который можно было бы назвать экранированием галлюцинаций, имеющим значение для объяснения генеза их. Особенно резко это явление сказывается в том, что больные, не страдающие выраженными расстройствами сознания, но галлюцинанты в потенции, не могут спокойно смотреть в зеркало. При взгляде в него они начинают видеть там какие-то большей частью неприятные или страшные фигуры. Один больной, приведенный в таком состоянии в врачебный кабинет, стал

упорно смотреть в зеркало, потом неожиданно бросился к нему и хотел его разбить. На вопрос о причинах его волнения больной ответил: «В каждом зеркале очень много хитрости». Ему виделись лица каких-то людей, которые издевались над ним. Такую же реакцию дала другая больная. Это настолько типическое явление, что предложение галлюцинанту посмотреть в зеркало может быть использовано в диагностических целях в еще большей мере, чем рассматривание гладкого листа бумаги, применяемое по предложению Рейхардта.

Как и вообще при делириях, иногда наблюдаются явления дисморфопсии. Нередко лица кажутся искаженными, перекошенными, человеческие фигуры представляются безобразными, уродливыми. Подобно тому как галлюцинаторные образы людей казались то необычайно маленькими, то очень большими, так аналогичные превращения претерпевали и реальные предметы. Много превращений, как кажется больным, происходит и с ними, и с их телом. Помимо обычных для делириозных состояний переживаний, когда больным кажется, что они постоянно куда-то двигаются, переселяются, витают в воздухе, падают в пропасть, наблюдались и такие, когда собственное тело казалось суженным, очень длинным, голова очень большой. Вообще, налицо то, что относится к изменениям схемы тела, наблюдаемым при определенных корковых поражениях. О затронутое™ коры не грубым процессом, а связанным только с интоксикацией и потому обратимым, говорят и нередкие парафизические расстройства. Явления дизартрии, так же скоропреходящие, должны быть отнесены к псевдопаралитическому синдрому, наблюдающемуся при отравлениях снотворными. Сходство описанных нами состояний с делириозными картинами другого генеза выступает и в том, что галлюцинации нашим больным могли быть внушены: например, когда одну больную спросили, не видит ли она кошки, она ответила, что видит только хвост кошки, и стала громко повторять «мяу, мяу». Аналогично алкогольному или мескалиновому делирию надавливание на глазные яблоки может вызвать галлюцинаторные образы уже после того, как они перестали наблюдаться самопроизвольно.

В очень многих случаях дело не ограничивается такими, более простыми галлюцинаторными явлениями, типичными для делириозных картин различного происхождения, и вообще по своему существу относимыми к чисто экзогенным расстройствам. Помимо них наблюдаются более сложно построенные галлюцинаторные картины, содержание и построение которых указывают на определенное отношение к болезни, в данном случае к шизофрении. До сна у больных наблюдались более или ме-



нее выраженные картины бреда, в частности преследования. Бред при этом был связан не столько с галлюцинациями, которые наблюдались не всегда, сколько с подозрительностью, склонностью к особым интерпретациям. В периоде просыпания у больных появлялись обильные, главным образом зрительные, галлюцинации, в которых как бы реализовались, объективировались главные бредовые мысли больных. Если, например, раньше у больного наблюдалась мысль о заражении сифилисом, то после сна в галлюцинациях виделись сцены, когда это заражение осуществлялось: больная слышала голоса, сообщавшие о том, что она действительно заражена. Идеи ревности у другой больной реализовались в такой форме: она видела свою соперницу, которая заявляла, что больная не увидит своего мужа. Бредовые мысли больных о существовании особых машин для мучения находили себе осуществление в такой форме: раньше только представляемые в воображении машины виделись как нечто реальное и притом в действии, результаты которого чувствовали на себе больные. Аналогичным образом как бы материализовались навязчивые мысли и страхи больных. Например, одна больная постоянно видела собак, которых вообще боялась, так как страдала навязчивым страхом заражения бешенством.

В некоторых случаях в галлюцинаторных образах впервые выявлялись бредовые идеи, которые раньше не высказывались, а может быть, даже и не оформлялись в сознании больных. Эти неопределенные идеи отношения в периоде пробуждения от длительного сна отображаются в ярких галлюцинаторных картинах, как бы облекаются плотью и кровью. Очень ярко это было выражено у одной нашей пациентки. Раньше ей казалось, что над ней смеются, дурно к ней относятся, хотя она не могла сказать, в чем это конкретно выражалось. После пробуждения от сна она слышала голоса, которые называли ее преступницей, проституткой, видела каких-то Володю и Жоржа, которые указывали на нее пальцами и говорили о ее разврате. Обилие галлюцинаций, преимущественно зрительного характера, их конкретность и яркость говорят об их делириозном существе, но содержание их не безразлично, а центрировано вокруг идеи отношения. В содержании галлюцинаций, естественно, отражаются прошлые переживания и представления, доминирующие у человека в зависимости от его индивидуальных особенностей, возраста или изменений, внесенных какой-либо болезнью. Известно, что дети в своих галлюцинаторных переживаниях видят также детей; в одном случае горбатый в галлюцинациях видел тоже горбатых; страдающие раковой болезнью, в случае развития у них галлюцинаций, нередко видят именно раковых больных. В рассматри-

ваемых случаях можно видеть, однако, нечто большее. Галлюцинации отображают бредовые или навязчивые мысли больных; они являются воплощением их мыслей, подтверждением их боязливых предположений, смутных подозрений. В отдельных случаях, как, например, у больной, страдавшей навязчивым страхом заразиться бешенством, устрашающие представления о собаках непосредственно переходят в соответствующий зрительный образ. Здесь связь галлюцинаций с представлениями того же содержания несомненна. Но все же ее нельзя рассматривать как просто интенсифицирование представлений.

Описываемые галлюцинаторные состояния представляют несомненное своеобразие. Хотя в особо ясной форме они наблюдаются у шизофреников, леченных длительным сном, их можно встретить у такого рода больных при другой токсической этиологии. Их своеобразный характер дает право на выделение их под особым названием, который указывал бы на их генез и сущность.

В психологии существует понятие визуализации представлений, имеющее в виду те случаи, когда представление о каком-либо предмете воплощается в конкретную форму, становится галлюцинаторным. О такой визуализации говорят по отношению к некоторым случаям опухоли мозга. Например, в одном случае опухоли мозга, именно затылочной доли, наблюдавшейся у больной нашей клиники, если она думала о каком-нибудь знакомом, то тотчас начинала его видеть. Аналогичные явления могут наблюдаться вообще при органических психозах. То же самое, по существу, имеет место при внушенных галлюцинациях у больных с делириозными картинами токсического генеза. При внушенных галлюцинациях у больного белой горячкой происходит то же, что наблюдалось у нашей больной, которая стала видеть кошачий хвост после того, как ее спросили, не видит ли она кошки. Таким образом, в известных случаях представление может принять форму галлюцинации. С точки зрения выяснения генеза очень важно установить, при каких обстоятельствах это происходит. В этом отношении очень важно рассмотреть описываемые галлюцинации — визуализацию представлений с точки зрения двух основных моментов, имеющих большое значение в проблеме галлюцинаций, именно функционального состояния кортикосенсорных центров, с одной стороны, и отношения к неполному сну — с другой.

#### **Функциональное состояние кортикосенсорных центров**

Вопрос о функциональном состоянии зрительных или слуховых корковых полей при наличии соответствующих галлюци-

наций не может считаться решенным. Как мы видели выше из истории развития учения о галлюцинациях, мысль о раздражении корковых центров выдвигалась с самого начала. Но в действительности положение в этом вопросе гораздо сложнее. Если иметь в виду собственно чувствительность сенсорных центров, то по ряду исследований она не только не повышена, но даже понижена. Морзье говорит об ослаблении остроты зрения у больных с зрительными галлюцинациями. Больные часто видят все точно в тумане, перед глазами плавают мушки. В случаях с гемиопией галлюцинации чаще наблюдаются в слепой части поля зрения. В связи с этим стоит тот факт, что галлюцинации наблюдаются иногда только на периферии поля зрения, и если они подвижны, то при достижении центра поля зрения они исчезают. Исследования электрической чувствительности глаза, проводившиеся у больных, лечившихся длительным сном, показали ее понижение. Такого рода исследования были проведены несколько лет назад сотрудницей нашей клиники О. А. Добряковой. Абсолютные пороги электрической чувствительности глаза определялись постоянным гальваническим током от аккумуляторной батареи в 6 вольт на 30-й минуте адаптации к общей освещенности в 4 люкса. Электрическая чувствительность глаза больных определялась неоднократно до сна и в разные промежутки времени после пробуждения. Порог электрической чувствительности у всех больных оказался повышенным сравнительно с таковым до сна более чем на 100 процентов. Это понижение электрочувствительности постепенно падает; примерно через месяц имеет место возвращение к прежнему состоянию.

Казалось, многого можно было бы ожидать от исследования чувствительной хронаксии. Эти исследования, однако, очень тонки и трудно проводимы у душевнобольных, в особенности если речь идет о слуховой хронаксии. Естественно, что у шизофреников, даже в состоянии хорошей ремиссии, выводы из субъективных показаний должны оцениваться с очень большой осторожностью. Барюк у больного с зрительными галлюцинациями нашел увеличение хронаксии, но нужно сказать, что последняя вообще очень лабильна. Исследование ее больше может дать при параллельном установлении реобазы. Реобаза и хронаксия, как известно, идут не всегда параллельно друг другу и могут изменяться в противоположных направлениях. Сотрудницей нашей клиники А. И. Рудник были предприняты исследования хронаксии у эпилептиков, причем брались как больные, страдающие галлюцинациями, так и не страдающие ими. У эпилептиков сравнительно с нормой обнаружено повышение состояния

сенсорной возбудимости. Оно оказалось особенно значительным у эпилептиков с зрительными галлюцинациями, хотя еще более значительным было у генуинных эпилептиков без галлюцинаций. Реобаза у больных с зрительными галлюцинациями оказалась повышенной, тогда как хронаксия — пониженной. При объяснении этого расхождения нужно иметь в виду следующее. Психическим процессам у эпилептиков очень свойственна склонность к застреванию, что имеет отношение и к процессу возбуждения. Могут получиться явления, близкие к парабриозу Введенского, при котором, по данным А. Н. Магницкого, как раз имеет место нарастание реобазы при одновременном уменьшении хронаксии. Исследования хронаксии у эпилептиков, ввиду их повышенной сенсорной возбудимости, не могут быть использованы в полной мере для выяснения функционального состояния корковых сенсорных полей у галлюцинантов. Нечто аналогичное, однако, получилось в двух случаях у шизофреников с зрительными галлюцинациями. Можно думать, что самое существенное заключается именно не в изменениях абсолютных цифр хронаксии и реобазы, а в застревании возбуждения. Что здесь дело не в повышенной возбудимости корковых сенсорных центров, можно предположить и из других данных.

За последние годы все больше придается значение данным электроэнцефалографии. По отношению к данной проблеме они пока очень мало были использованы. Но все же установлены некоторые данные, имеющие значение. При искусственном сне, фармацевтическом, как называл его И. П. Павлов, электроэнцефалограммы характеризуются замедленными волнами. Это имеет место и при эфирном наркозе, но то же наблюдается и под влиянием барбитуратов. Энгель и Розенбаум провели электроэнцефалографические исследования у нескольких больных с делириозными состояниями. Их случаи, однако, представляют сложные картины, в которых кроме галлюцинаций были и другие явления, почему трудно судить, какие изменения в биотоках соответствуют собственно галлюцинации. Заслуживает внимания, что значительная и длительная алкогольная интоксикация дает замедленные волны (2—3 в одну секунду). Что касается барбитуратов, то они дают двойной эффект — высокий вольтаж при малой дозе снотворного и при больших дозах замедленные волны (2—3 в секунду). В наших случаях мы имели дело с большими дозами снотворных и длительной интоксикацией. Естественно, этому должны соответствовать замедленные волны, говорящие не о повышении возбуждения, а о его застревании. Этот последний момент нужно считать наиболее существенным, тем более

что он соответствует и клиническим данным. Известно, что у детей наблюдаются преимущественно зрительные галлюцинации, даже при шизофрении, характеризующейся вообще преобладанием слуховых и обонятельных обманов чувств. Это ставят в связь с физиологическими особенностями детского возраста, с характерным для него эйдетизмом, который по существу то же представляет застревание следов сенсорных раздражений. В особенности убеждают в этом исследования профессора Е. А. Попова, опубликованные в его монографии «Материалы к клинике и патогенезу галлюцинации». Мы уже упоминали о его исследованиях, говорящих о роли торможения коры в генезе галлюцинаций. В специальных исследованиях он вместе со своими сотрудниками, в частности с В. В. Наумовой, показал наличие у больных с слуховыми галлюцинациями слухового эйдетизма. Исследуя продолжительность слышимости камертоном, В. В. Наумова установила, что у здоровых она измеряется 35—40 секундами, тогда как у больных с слуховым галлюцинациями, именно в периоды, когда они налицо, продолжительность слышимости значительно больше, до 58 секунд. Установлено в то же время, что явления эйдетизма предшествуют появлению галлюцинаций и держатся некоторое время после их прекращения. Аналогичные данные получены при исследовании соотношений между эйдетизмом и галлюцинациями в области слуха. Исследованиями с помощью электроэнцефалографии установлено, что после светового раздражения реакция на него со стороны электрической активности не прекращается тотчас же, но продолжается еще значительное время, даже нарастая. Было бы важно показать, что у больных галлюцинациями эта реакция со стороны биотоков держится более долгое время.

### Данные электроэнцефалографии

Для выяснения функционального состояния кортисенсорных центров при галлюцинациях из различных клинических картин, характеризующихся наличием галлюцинаций, больше могут дать не делирии, к которым относятся, в частности, рассмотренные нами состояния у больных при пробуждении от длительного сна, а галлюцинозы. При них галлюцинации являются более или менее изолированным расстройством, стойким и в то же время однообразным в смысле характера и содержания. Это дает право думать, что если им соответствуют какие-либо изменения в состоянии электрической активности мозга, то они в смысле локализации могут быть установлены легче и точнее. Ввиду этого в совместной работе с М. Н. Ливановым мы пред-

приняли исследование ряда случаев галлюцинозов различного происхождения. Мы учитывали при этом, что, если в случаях с различными генезом и существом процесса, объединяемых только наличием однотипных галлюцинаций, будут найдены в мозгу более или менее одинаковые изменения, то они не могут не иметь отношения к существу галлюцинаций.

Случай 1. Галлюциноз травматического происхождения. Больная П. Н. Т., 1888 года рождения. Поступила в клинику 21 ноября 1945 г. с жалобами на головные боли и на то, что постоянно слышит женские голоса, которые бранят ее. Дед и отец больной с молодых лет страдали ослаблением слуха. В школе училась только 2 года. С 10 лет и до последнего времени работала на фабрике, завертывала конфеты. В детстве перенесла ушиб оглоблей, от которого несколько часов была без сознания, после этого у нее долго болела голова. В 1934 г. больная на фабрике получила новую травму: на голову ей упала тяжелая дверь, она потеряла сознание, в области правой теменной области была обширная гематома. Была направлена в хирургическое отделение, откуда вскоре была переведена в психиатрическую клинику. В это время впервые появился голос, который бранил ее. Галлюцинации с тех пор держатся без изменения, обостряясь после неприятностей. Голос постоянно бранит ее: «Какая ты грязная, грешная, скоро умрешь».

Статус: утолщение правой теменной кости; кровяное давление 170/90, резкое снижение слуха, особенно слева, вследствие двустороннего поражения слухового нерва.

Жалуется на мучающие ее голоса или точнее голос, принадлежащий какой-то женщине. Голос исходит из теменной области головы и всегда продуцирует бранные и неприятные слова: ты грешница, грязная, глупая, завтра умрешь, тебе будет плохо. Голос исчезает только тогда, когда больная засыпает. Она знает, что это болезненное явление, старается не обращать внимания на бранные слова, продолжает работать. Часто голос сопровождается гулом. Содержание галлюцинаций очень однообразно, причем они очень стойки. На просьбу врача точнее сказать, что ей слышится — она прислушивается — ее бранят: «паршивая, поздно, поздно...». Память и другие формальные способности интеллекта несколько снижены. Настроение добродушное, со всеми приветлива. Поведение правильное. Сон несколько неровный.

Случай представляется простым и легким в своем существе. Связь заболевания с травмой головного мозга не подлежит сомнению. Непосредственно после травмы развивается острое психотическое расстройство. Как обычно бывает в таких случаях, травма, давая обычно некоторое интеллектуальное снижение, оставляет локальные резидуальные расстройства, характер которых зависит от места повреждения. В данном случае таким резидуальным расстройством является травматический галлюциноз. Это довольно редкая форма заболевания, по крайней мере

для мирного времени. За время войны мы наблюдали несколько таких случаев, которые описали в монографии «Старые и новые проблемы в психиатрии». При галлюцинозах вообще картина по симптоматике бывает более сложной и часто кроме галлюцинаций включает в себя также и бредовые идеи. У нашей пациентки все сводилось к слуховым галлюцинациям. Хотя голоса кажутся ей вышедшими из правой теменной области, все же нужно говорить об истинных галлюцинациях, т. к. голоса слышатся извне, носят яркий, конкретный характер, кажутся принадлежащими одной и той же женщине. На связь с травмой указывает и тот факт, что голоса слышатся справа, с той же стороны, на которой находятся следы травматического повреждения.

Если обратиться теперь к данным электроэнцефалографии, то обращает на себя внимание, что осциллограммы, как и при делирии, характеризуются медленностью волн (2—3 в секунду) и их известной высотой. Эти изменения различны по всему мозгу, но более всего они выражены в правом полушарии. Это несомненно говорит о какой-то связи между голосами, идущими справа, и правосторонней локализацией мозговых изменений. Данный случай нужно считать примитивным по структуре. Галлюцинации однообразны, стереотипны и в очень малой мере носят характер творчества, печать которого лежит вообще на галлюцинациях. Именно по отношению к таким случаям в какой-то мере подходит определение Сури: галлюцинации — это судороги сенсорных центров.

Для установления клинико-осциллографических корреляций большего можно ожидать от изучения более сложных случаев, каким является следующий больной.

Случай 2. Больной И. Ф. Ст., 1891 года рождения. Шофер. Поступил в клинику с жалобами на постоянные голоса неприятного, бранного, часто императивного характера и преследование со стороны каких-то лиц.

Отец больного страдал психозом с бредом величия и преследования, лежал в психиатрической больнице, после выписки из которой не работал. Дядя по матери и один брат также душевнобольные. Пациент с 8 до 15 лет был в школе, после того работал в слесарной мастерской, с 20 лет работает шофером. В 1922 г. заболел сифилисом, лечился вливанием салварсана и биохинолом. Пил мало. До 1930 г. больной был энергичным, работоспособным человеком. Был всегда хорошим семьянином. Любил выпить в компании, пьянел быстро и становился плаксивым. С 1934 г. почти ежедневно пил небольшими количествами.

В 1930 г. был первый приступ возбуждения с галлюцинациями. Больной слышал пение за окном, брань, ему казалось, что его бранят, режут его на части, наполняют ему рот гвоздями и просят деньги за выкуп, он

рвал на себе вещи, хотел выброситься из окна, рвал деньги и выбрасывал их в окно. Состояние возбуждения длилось около двух недель, затем больной успокоился и хорошо работал в продолжение трех месяцев. Такие приступы, однако, стали повторяться после неприятностей, причем последующий обычно бывал значительно острее предыдущего. Во время обострения больной часто не ест, пьет много воды, у него бывают рвоты, совершенно не спит, но не бывает агрессивен по отношению к окружающим. Резко выраженный приступ был у него в 1936 г.: в поезде больной хотел выброситься на ходу из вагона, гнал жену из купе, рвал на себе одежду, занавесил окно, зеркала купе. Отовсюду на него глядели лица родных и «бескишечников», которые издевались над ним, резали его, обкрадывали и т. п.

Последнее время больной нерегулярно работал по ремонту машин. Галлюцинации и бредовые идеи стали более или менее постоянными, обостряясь по временам. В феврале 1946 г. у него было воспаление легких, после чего началось значительное усиление галлюцинаций. Последние годы он почти не пил.

Статус: небольшая асимметрия лица; птоз слева; правый зрачок шире левого; реакция на свет вялая; язык несколько уклоняется влево, коленные рефлексы повышены.

Психический статус. Ориентирован во времени и месте. Держится просто, охотно рассказывает о своих галлюцинаторных и бредовых переживаниях как врачам, так и больным. На первом плане стоят слуховые галлюцинации, но наблюдаются также зрительные и обонятельные. Голоса слышатся в большом количестве; они бранят больного, называют его различными неприличными именами, отдают ему различные приказания — отравись, убей себя. Голоса принадлежат каким-то неизвестным лицам, которые называют себя «бескишечниками». Не ограничиваясь бранью, они подвергают его различным насилиям. Особенно мучительны для него ощущения в половых органах: ему кажется, что его каким-то образом подвергают половому насилию, хотя больной не видит, кто это проделывает. Временами наблюдаются зрительные галлюцинации. Голоса часто появляются во время беседы с лечащим врачом. Больной при этом возмущенно повторяет: «Ну, вот смотрите, как издеваются надо мной эти поганые рожи». «Голоса-насилники» издеваются не только над ним, но и над его женой. Мужчины насилуют ее по очереди в его присутствии, его же насилуют и мужчины, и женщины, и собаки. Иногда он видит собак, и из густой шерсти выглядывают страшные рожи. Обычно галлюцинации начинаются с нашептывания по его адресу бранных выражений. Часто голоса делятся на две партии, инсценируя какой-то трибунал, и спорят между собой, при этом одна партия диктует одно, другая приказывает не выполнять распоряжений. На этой почве у больного происходит «конфликт», он не знает, кого слушать. После этого начинаются собственно издевательства: на него напускают насекомых, его режут на куски, обливают керосином и зажигают; проезжающий ассенизационный обоз обливает его жену ведрами экскрементов, в пищу ему подсыпают яд, из половых органов пьют молоко и, наконец, насилуют. Иногда воображение больного уносит его

далеко за пределы того, что он воспринимает в галлюцинациях. Он подробно рассказывает, как при поездке из Красноярска в Москву соседи, возмущенные «безобразиями», творящимися в купе больного, вызвали агента милиции, который после отказа больного следовать за ним выпустил в него в упор якобы несколько пуль, но он остался цел и невредим. Называет он своих видимых и слышимых насильников «бескишечниками». По его описанию, это люди без полостных органов, обладающие возможностью пробираться в любую щель, в замочную скважину, оставаясь при этом невидимыми для посторонних. Во главе «организации бескишечников» стоит брат больного «Павка». Организация существует исключительно для преследования нашего больного.

Во время ухудшения самочувствия и усиления галлюцинаций больной недостаточно критически относится к своему состоянию. В этом периоде он, по его словам, на борьбу со всеми издевательствами теряет много сил и начинает верить в реальность переживаемого им. Но стоит только голосам оставить его, хотя бы на небольшой срок, в покое, как критическое отношение до известной степени восстанавливается, и он, понимая вздорность содержания галлюцинаций, смеется над самим собой и своим бредом. Но повторяется приступ, и больной снова, тяжело все переживая, начинает верить в неограниченную силу и возможности «бескишечников». Насколько больной, по крайней мере временами, не сомневается в реальности своих галлюцинаций, можно судить хотя бы по тому, что по приезде в Москву на вокзале он задержал молодого человека, показавшегося ему «бескишечником», отпускающим по его адресу цинические ругательства, и доставил его в милицию. По проверке документов молодой человек оказался рабочим комсомольцем. В рассказе больной вязок, детален, топчется на одном месте, не дает отвлечь себя. Будучи прерван, он все же возвращается к незаконченному рассказу и доводит его до конца, повторяясь по многу раз.

У больного сложная картина, в центре которой стоят галлюцинаторные расстройства, главным образом слуховые галлюцинации, голоса бранного, часто императивного характера, которым больной не в состоянии противиться. Но вместе с тем у него наблюдается обширный бред преследования, главным образом физического воздействия. Налицо и значительное снижение личности.

В первые годы заболевания дело ограничивалось только упорными и однообразного содержания галлюцинациями при возможности критического к ним отношения. Имелись все основания предполагать наличие галлюциноза, и именно алкогольного, учитывая связь заболевания с алкоголизмом, и обострение под влиянием его отдельных приступов. Но, как показывает дальнейшее, случай этот относится к тем, когда первоначальный диагноз должен быть изменен на шизофрению. На это указывают: своеобразное изменение личности с общей деградацией, императивные галлюцинации, нелепое поведение.

Нужно также отметить и наследственное отягощение больного, именно то, что отец страдал, видимо, шизофренией, равно как брат, тетка по отцу и дядя по матери. Но нужно думать, что в то же время имеются явления сифилиса мозга, которые наложили на общую картину определенный отпечаток. Наличие более грубых мозговых явлений не дает возможности развиваться более сложным и тонким картинам, для которых нужна известная сохранность мозговой структуры.

Теперь обратимся к данным электроэнцефалографии. Обследовались височные и, главным образом, затылочные отделы обеих сторон как включающие в себя главные кортикосенсорные поля. Как общий результат можно отметить значительную электрическую активность, большую амплитуду волн и в то же время наличие медленных волн. Эти изменения выражены во всех обследованных отделах, но не в одинаковой степени. В общем они выражены больше в левом полушарии и больше в височном отделе, чем в лобном. Можно говорить о наличии в левой височной области определенного процесса экзальтации. На него указывают частые волны с значительной амплитудой (так называемая «махристость»). О том же говорит измененный характер электрической активности под влиянием добавочных раздражений. Включение светового раздражения, так называемый засвет, сильнее и скорее отражается на электроэнцефалограммах, снимаемых с левой височной области. Это видно из понижения порога раздражения, который здесь измеряется 4 сек., тогда как в правом полушарии он равен 5—9 секундам; он при этом и в правом полушарии меньше для височной области, чем для лобной. Следует отметить, что все эти данные оказались очень постоянными при многократном исследовании в течение довольно длительного периода. На значении этих изменений для генеза галлюцинаций мы остановимся после ознакомления еще с одним аналогичным случаем, касающимся шизофрении с тоже синдромальной картиной галлюциноза.

Случай 3. Больная И. Е. Лом, 1897 года рождения. Курьер. Поступила в клинику с жалобами на то, что ее мучает «слышимость».

Она постоянно слышит голоса, которые смеются над нею. В прошлом перенесла сыпной тиф, причем полтора месяца была без сознания, некоторое время после того плохо видела. Алкоголизма не было, равно как и венерических болезней. Заболела в октябре 1945 г. Стала слышать хохот и голоса за стеной. В цехе ей казалось, что сотрудницы говорят про нее, повторяют ее мысли, точно узнают их; она слышала шепот: ты умрешь. Больная относится к голосам как к реальной действительности, требовала объяснений от тех окружающих, которым приписывала голоса. Слышала настойчивый шепот: ты умрешь. Легла в

постель и стала ждать смерти; так как смерть не пришла, то хотела повеситься; осталась жива, так как оборвалась веревка. С тех пор состояние больной остается тем же. Она несколько насторожена, напряжена; на вопросы отвечает без задержки, с готовностью сообщает о беспокоящих ее голосах. Она слышит голоса, идущие со стороны, входящие в нее через рот, нос или ухо, распространяющиеся в груди, поднимающиеся к голове. Голоса часто сообщают о ней такие вещи, о которых она никому не говорила. Больная высказывает бредовые идеи преследования: над ней смеются, что-то хотят силою сделать. Голоса усиливаются к вечеру, когда кругом все тихо. Иногда бывают отдельные зрительные галлюцинаторные образы, преимущественно при засыпании и при пробуждении утром, видятся какие-то фигуры, мыши, тигр, чаще только его голова.

Имеются все основания предположить у больной наличие шизофрении, но нас интересует то, что почти вся картина исчерпывается слуховыми, отчасти зрительными галлюцинациями.

В более покойном состоянии больная относится к ним критически, о голосах говорит, что это «слышимость», т. е. что-то такое, что она отличает от обычных слуховых восприятий. Также «тигра» и мыши видятся не как нечто реальное, а в самой голове. Бредовые идеи высказываются только при ухудшении самочувствия, при усилении голосов.

Эта больная была подвергнута нами совместно с М. Н. Ливановым исследованию по тому же плану в течение 10 дней. Наиболее существенные результаты исследования сводятся к следующему:

1. Средняя интенсивность биоэлектрической деятельности мозга высокая.
2. Имеется резкая асимметрия в электроэнцефалограммах между правым и левым полушариями.
3. В левом полушарии сильнее выступают патологические дельта-волны (брадиритмия).
4. В височных областях обоих полушарий и временами в затылочных видны быстрые асинхронные колебания, что указывает на наличие очагов раздражения. Эти быстрые колебания в последних обследованиях были очень постоянны и несколько более интенсивны.
5. Реактивность мозга на световые раздражения средняя. Наиболее слабо отвечает на раздражение левая височная область.
6. Возбудимость сильно повышена в левой височной области. В других областях коры она варьировалась от опыта к опыту и была значительно ниже.
7. В левой затылочной и в меньшей степени в других областях мозга имеется намек на парадоксальные реакции, т. е. на

ослабление электрореактивности мозга при сильных раздражениях.

8. В обеих затылочных областях, и особенно в правой, имеется хорошо выраженный альфа-ритм. В левой затылочной области он часто накладывается на дельта-волны.

9. Частота альфа-ритма нормальная (около 10 герц). Однако в экспериментах, проведенных непосредственно после инсулина, частота ритма снижалась до 8 герц.

10. Альфа-ритм в ряде опытов оказывался извращенным, т. е. он не исчезал, а наоборот, усиливался сильными световыми раздражениями. Под влиянием сильных световых раздражений он иногда появлялся даже в височных областях коры.

Анализ найденных изменений дает право утверждать наличие у больной значительных патологических изменений в коре головного мозга обоих полушарий. Однако более высокая возбудимость, наличие резких дельта-волн, парадоксальные реакции указывают на значительно более глубокое поражение левой гемисферы. С этим вполне согласуется также почти совершенно нормальный характер Э. Э. Г. правой затылочной области.

Следует указать на особо патологическое состояние левой височной области. Оно связано с наличием здесь особенно сильных быстрых асинхронных колебаний, дельта-волн, наиболее слабой реактивности, наиболее высокой возбудимости и с появлением альфа-ритма под влиянием раздражения.

Эксперимент с кофеиновой пробой подтверждает изложенную картину состояния мозга. Прием 0,1 бензойно-кислого кофеина вызывает усиление деятельности правого полушария и левой затылочной области, доводя их до экзальтации. В то же время левая височная область претерпевает депрессию электроактивности. Реактивность здесь также снижается. Следует полагать, что кофеин, дополнительно повышая возбудимость нервных элементов, приводит наиболее пораженный участок в парабитическое состояние. Вместе с тем быстрые асинхронные колебания повсюду, за исключением заторможенной области, резко усиливаются.

Постоянное присутствие быстрых асинхронных колебаний в обеих височных областях и появление их временами в затылочной области можно понимать или как результат падения способности нейронов к синхронной согласованной деятельности, или как указание на наличие в головном мозгу постоянного очага, продуцирующего эту патологическую импульсацию. Такой очаг можно представить себе расположенным в коре или, скорее, в субкортикальных центрах. За наличие его вне коры говорит то,

что быстрые асинхронные колебания появляются почти одинаково хорошо и в правом и в левом полушариях.

#### **Анализ клиники галлюцинаторных состояний в свете лабораторных данных**

Какое значение могут иметь описанные изменения электрической активности мозга для разрешения вопроса о возникновении галлюцинаций и их структуры? Прежде всего следует отметить, что полученные результаты более или менее одинаковы во всех трех наших случаях. Как наиболее общий результат следует отметить значительную электрическую активность, большую амплитуду волн и в то же время их замедленность с нередким появлением дельта-волн. В такой общей характеристике изменения не специфичны для какого-нибудь определенного болезненного состояния, но они несомненно говорят о нарушениях функционального состояния коры полушарий. Для оценки их нужно принять во внимание общее положение, соответственно которому все проявления деятельности в центральной нервной системе сводятся к взаимодействиям процессов возбуждения и торможения, при этом существенно, что для понимания патологических процессов особенно большое значение имеет выраженность парабютического состояния, при котором извращается характер реакций на внешние раздражения. Имеет значение также возможность местного возбуждения и торможения, ограничение его определенным очагом, равно как возможность индуцированного возбуждения и торможения.

Галлюцинации — субъективные переживания. Остается в силе положение Эскироля, что галлюцинант — тот, у кого существует убеждение, что на его органы чувств действуют раздражения, соответствующие тем или другим объектам, которых в действительности не имеется. Галлюцинации хорошо изучены с феноменологической стороны. Как мы видели, сделано много попыток определить их сущность, попыток как чисто психологического порядка, так и таких, делая которые пытаются опереться на те или другие данные физиологии.

К чему сводятся эти физиологические данные? Они говорят о появлении разлитого тормозного процесса с преобладанием медленных волн в коре полушарий. Но это будет только общая характеристика, которая сама по себе не дает ясного представления о сущности наблюдаемых явлений. Если вспомнить, что галлюцинации особенно легко возникают в состоянии переходном между сном и бодрствованием, то возникает вопрос: не совпадают ли эти изменения с тем, что наблюдается при обычном

сне. Метод электроэнцефалографии в этом случае действительно обнаруживает некоторое замедление волн, но оно носит более мягкий и ровный характер. Самое существенное, однако, заключается в том, что в наших случаях имелись и элементы возбуждения, причем оно констатируется в самом различном сочетании с торможением. Существенно при этом, что изменения в своей интенсивности и характере варьируют по различным мозговым областям. Если иметь в виду полушария, то в первом случае изменения были более выражены в правом полушарии, в двух остальных — в левом. Если вспомнить, что в первом случае было травматическое поражение правого полушария, то с этим фактом необходимо связать локализацию отмеченных изменений. Вместе с тем нельзя не обратить внимания на то, что наибольшие изменения были в височных отделах; большое участие последних сказывается и в правом полушарии, так как в височных извилинах изменения оказались более значительными, чем в затылочных отделах. Во 2-м и 3-м случаях изменения были более выражены в левом полушарии и именно в височных долях. С точки зрения функционального состояния корковых сенсорных полей такую именно локализацию нельзя считать случайной. Частота слуховых галлюцинаций, и в частности выраженных галлюцинаторных синдромов этого рода, в случаях грубых органических поражений височных долей опухолями и травматическими повреждениями — определенный клинический факт. В описанных нами ранее случаях травматического галлюциноза были вполне определенные указания на преимущественное поражение височных долей. Два последних случая относятся не к органическим поражениям в собственном смысле, а к шизофрении. Но и при последней, как было указано еще Крепелином, возможен локальный анализ. При различных процессах по существу локализация изменений, обуславливающих сходные синдромы, может быть одинакова. И в наших случаях, ввиду стойкости психических изменений и некоторого снижения психики, естественно, дело не ограничивается только тем, что открывается при осциллографии.

Заслуживает внимания мысль М. Н. Ливанова, что констатированные изменения биотоков зависят от очаговых изменений не в самой коре, а в подкорковой зоне. Принимая во внимание наблюдения, говорящие о том, что обоим полушариям свойственны некоторые функциональные различия, можно и здесь поставить вопрос о неодинаковом значении для возникновения слуховых галлюцинаций того и другого полушария. Есть указания, что слуховые галлюцинации чаще бывают при локализации в левой височной доле. Если так, то было бы интересно

проверить это на случаях шизофрении, подобных нашим. Два случая, конечно, не дают права делать какие бы то ни было заключения.

Наличие изменений электрической активности в определенных извилинах несомненно заслуживает внимания в вопросе о патогенезе галлюцинаций, хотя взятое в такой общей форме оно не могло бы быть признано решающим. Тот или другой характер волн зависит от большого количества моментов, заложенных в структуре мозга и в его химизме, но нельзя не придавать значения точно установленным фактам. В противоположность делириям с диффузными изменениями в коре полушарий при галлюцинозах изменения имеют определенную локальность, говорящую о заинтересованности корковых слуховых центров. Самое существенное заключается в наличии параллелизма в динамике галлюцинаций, с одной стороны, и электрической активности, с другой.

Во время съемки электроэнцефалограмм, которая с перерывами продолжается около 2 часов, трудно точно регистрировать интенсивность и содержание галлюцинаций не только потому, что больные не всегда охотно дают отчет о своих переживаниях, но, главным образом, потому, что необычность обстановки как-то влияет на психические переживания больных, на течение их мыслей, на галлюцинации. Второй больной говорил, что, когда он находится в обществе врачей, голоса его особенно не беспокоят; вообще, когда он поступает в клинику, голоса каждый раз более или менее стихают. Он предполагает, что имеется какое-то соглашение на этот счет между врачами и «бескишечниками». В действительности причина заключается в изменении направления мыслей, большей их собранности и концентрации на более здоровых представлениях, адекватных ситуации. Оба наших больных были осведомлены относительно того, как относятся врачи к «голосам», «слышимости» и утверждениям больных о том, что их преследуют. Известно стремление больных диссимулировать, скрывать наличие галлюцинаций и бредовых идей («глупых мыслей»). В основе оно имеет не столько сознательное желание схитрить или обмануть врача, сколько бессознательную тенденцию оттеснить эти мысли на задний план. Галлюцинации меньше беспокоят потому, что изменяется содержание сознания, причем меньше становится мыслей, ассоциировавшихся с свойственными больному идеями отношения и страхами. Особенно ясно это выступает у последней пациентки: она жаловалась на то, что ей нельзя думать ни о чем, т. е. если она начинает думать о чем-либо, ее мысли сразу все узнают. О параллелизме в динамике электрической активности мозга и галлюцинаций можно получить гораздо больше данных, если

проследивать состояние больного в течение известного времени и периодически регистрировать картины биотоков. Естественно, что особенно продуктивно изучение сдвигов, произведенных лечением или экспериментом, не имеющим непосредственной целью лечение. Последняя больная лечилась инсулином, причем в промежутках между таковыми состояниями регистрировалось состояние биотоков.

После 5-го шока было отмечено понижение возбудимости в левой височной области, причем сгладилась разница между обоими полушариями, почти исчезли извращенные реакции на сильные раздражители, однако дельта-ритм и быстрые асинхронные колебания сохранились полностью. В менее выраженной форме эти изменения можно было отметить и в предыдущем опыте. Так как последнее обследование было отделено курсом инсулинового лечения, то можно полагать, что нормализация поведения альфа-ритма и некоторое понижение возбудимости в височной области явились следствием инсулинового лечения. Если, с другой стороны, обратить внимание на то, что оно привело к значительному успокоению больной и уменьшению интенсивности галлюцинаций, то как можно считать это случайным совпадением и, в частности, не видеть прямой связи между затушевыванием галлюцинаций и смягчением ненормально повышенной возбудимости в левой височной доле? Если учесть, что возбуждение больной было связано, главным образом, с усилением галлюцинаций, то сглаживание того и другого должно считаться клиническим выражением констатированных в лаборатории сдвигов в электрической активности мозга.

Изучение клинико-лабораторных параллелей путем сравнения различных этапов в течении под влиянием терапии можно углубить экспериментированием, дающим возможность наблюдать сдвиги на более коротких отрезках времени. Очень интересные результаты получаются при применении кофеина. Он впрыскивался обоим больным шизофреникам. Результаты получились не вполне одинаковые, но во всех опытах у обоих больных общим был параллелизм в изменениях осциллограмм, с одной стороны, и в состоянии галлюцинаторных расстройств, с другой. У последней больной при затушевывании слуховых галлюцинаций наблюдалось усиление зрительных. Последние у нее наблюдались преимущественно при засыпании и пробуждении, чаще она видела их не так, как видит все предметы, а как-то внутри себя: видятся мыши, кошки, мухи, особенно преследует «тигра»; больная описывает ее яркими тонами, с конкретными подробностями — «очень красивая, желтая с белыми и черными полосами, с несколько расплюснутым носом». Больная не мо-



жет сказать, когда она первый раз увидела «тигру», но такой яркой и красочной она стала представляться ей только в период экспериментирования с применением кофеина. Как видно из вышеизложенного, электроэнцефалограммы у этой больной после приема 0,1 кофеина характеризуются уменьшением электрической активности в левой височной области и усилением ее в затылочных областях. Следует отметить вместе с тем, что усиление слуховых галлюцинаций и в связи с этим психического возбуждения у больной сопровождается головными болями. Во время последнего опыта особенно отчетливо выступало, что кофеином снялись галлюцинации и головные боли.

Применение кофеина у второго больного (носившее характер более чистого эксперимента) дало особенно интересные результаты. В первую половину опыта у больного не отмечалось каких-либо расстройств восприятия, после же приема кофеина картина изменилась: больной ясно услышал тихий голос, который говорил: «Что, попался?». Ему стало казаться, что «девушки в лаборатории» бранят его, хотя и не в таких грубых выражениях, как «бескишечники». Больной стал волноваться, спрашивал, почему его бранят; в зеркале он видел 2 силуэта: один был отчетливо различим (это была мужская фигура), второго образа ясно разглядеть не мог. Появление зрительных галлюцинаций или усиление их при фиксировании зеркала наблюдалось у обоих последних пациентов, особенно во втором периоде опытов.

Эксперименты с применением лекарственных веществ уже производились различными авторами. В частности, Е. А. Попов отмечал ослабление галлюцинаций под влиянием кофеина, но он вел наблюдения над делириозными состояниями, а не с галлюцинозами. При делириозных картинах изменения в мозгу носят более общий характер, почему и влияние на них кофеина может быть иным, чем в случаях с более локальными изменениями. Мыслимо думать, что при делирии, как состоянии промежуточном между сном и бодрствованием, кофеин до известной степени ведет к пробуждению, благодаря чему условия для наступления сна становятся менее благоприятными. Что касается галлюцинозов, то на локальную импульсацию кофеин может действовать, усиливая ее, иногда давая состояния парабиоза. Именно так и можно понять данные электроэнцефалографии, полученные в наших случаях М. Н. Ливановым.

По своей этиологии рассмотренные нами случаи галлюцинаторных расстройств относятся к числу сложных. Галлюцинации при них наблюдались на фоне определенных изменений мозговой структуры, вызванных травмой или процессом, лежащим в основе шизофрении. Анализ клинической картины в сопоставлении с

данными осциллографического исследования показывает, что галлюцинациям соответствуют определенные изменения электрической активности мозга, именно в тех сенсорных центрах, которые в данном случае нужно предполагать особенно затронутыми. Не подлежит сомнению, что эти изменения находятся в определенной связи с галлюцинациями токсического и органического генеза. Для полного уяснения роли изменения функционального состояния кортикосенсорных полей, естественно, важно выяснить, каково оно в случаях галлюцинаций психогенного характера? В этом отношении представляет интерес следующий случай, характеризующийся яркими галлюцинациями, но иного, в общем психогенного характера.

Случай 4. Больная Фил. В. О. 63 лет. Поступила в клинику 5 октября 1946 г. с жалобами на головные боли и «ночные видения».

Развивалась правильно. Окончила гимназию и курсы иностранных языков. Работала переводчицей. Половая жизнь началась с 22 лет. Беременностей не было. В возрасте 52 лет наступил климакс. В 1920 г. была контузия на фронте. Тогда были явления сурдомутизма. С 1921 г. больная находится на инвалидности по II гр. В 1941 г., во время одного из воздушных налетов на Москву, была засыпана землей, лежала 1 месяц в институте им. Склифосовского.

В 1935 г. у больной впервые начались психотические явления — тоска, бессонница и императивные галлюцинации: вечером и ночью, оставаясь одна, она слышала мужской голос, который называл себя Пугачевым и приказывал идти помогать бедным. Незадолго до этого она в Третьяковской галерее видела на картине Пугачева, образ которого сильно поразил ее воображение. Под влиянием этих галлюцинаций больная собрала домашние вещи, вышла на улицу, о дальнейшем она не помнит. Пришла в себя в больнице Кашенко, куда была доставлена из милиции почти раздетой. В больнице находилась около 5 месяцев. Выписалась в удовлетворительном состоянии. В 1939 г. произошло новое ухудшение психического состояния — снова галлюцинации зрительного и слухового характера. Ясно видела перед собой Пугачева, таким, как он изображен на картине в Третьяковской галерее, и слышала одновременно его голос: «Иди, помогай бедным». Была помещена в психиатрическую клинику 2-го ММИ. Под влиянием гипнотерапии галлюцинаторные расстройства исчезли, и больная выписалась в хорошем состоянии.

Весной 1946 г. у нее была психическая травма — она узнала, что сестра ее расстреляна немцами. С осени этого года у больной началось судебное дело — ей предъявили иск на 2000 руб. На экспертизе в институте им. Сербского она была признана вменяемой. С момента выписки из института у нее началась тоска, беспокойство, и снова появились галлюцинаторные переживания.

При поступлении исследование установило следующее. Умеренно выраженные явления кардиосклероза. Кр. давл. 160/90. Вялая реакция

зрачков на свет, слабость конвергенции. Сухожильные рефлексы повышены.

Сознание сохранено. Правильная ориентировка в окружающем. Активный контакт с врачом. Словоохотлива: часами очень красочно, живо рассказывает о своих болезненных переживаниях, к которым обнаруживает полную критику. Ясно чувствуется стремление убедить лечащего врача в тяжести своего заболевания. По нескольку раз в день подходит к нему, пользуется каждым моментом, чтобы обратить на себя внимание и сообщить «еще одну» подробность о «своих галлюцинациях». Рассказывает, что ежедневно ночью, засыпая, она отчетливо слышит тяжелые мужские шаги, которые направляются к ее постели, ощущает прикосновение грубой руки и слышит голос Пугачева — «Матушка, вставай. Глаза не открывай, говори тихо, а то провалишься». С закрытыми глазами она ясно видит перед собой фигуру Пугачева. Она встает, собирает вещи и идет. Перед глазами разворачиваются целые картины, сцены, где она — главное действующее лицо: вот здание в лесу — это детский дом, который она должна открыть, ясно видит подходящие машины, которые ей «доставят 100 сирот», видит оборванных, грязных «худеньких детей», целует их, кормит, пишет сама вывеску «Детский дом № 24». В другую ночь она с Пугачевым на кондитерской фабрике заказывает подарки бедным — «200 пакетов». Ясно видит шоколадный цех, машины, работников, изготавливающих шоколад. Видит себя в лесу идущей за руку с Пугачевым, начинается гроза, ей страшно, она падает на колени, молится, а Пугачев смеется и бранит ее. Рассказывает, как она на машине едет в совхоз за овощами для бедных, она стоит на мешке и нумерует мешки, которые грузят на машину.

Среди этих переживаний иногда она начинает слышать голос доктора С., проводившего психотерапию. Голос говорит: «это фантазии, надо лечь». Образ Пугачева бледнеет, и она ложится. В момент выхода из таких состояний «в голове все вертится», ей хочется пить, постепенно все становится ясным, она понимает, что в больнице.

Больная каждую ночь встает, суетливо собирает вещи, с закрытыми глазами идет из палаты, что-то сбивчиво говорит о Пугачеве, о его «приказаниях». Ее укладывают в постель, она ложится, иногда снова встает и пытается бродить. За последнее время больная отмечает наличие слуховых расстройств и днем, но игнорирует их: «днем Пугачева не боюсь».

Со стороны интеллекта незначительные изменения возрастного характера.

В результате 5-кратного электрофизиологического обследования больной, проводившегося М. Н. Ливановым при участии Н. И. Смирновой, было обнаружено следующее:

1. Обе затылочные области находятся в состоянии относительно малых патологических изменений. С обеих сторон выступает отчетливый альфа-ритм, дающий нормальную реакцию

на световые раздражения. Последствие в пределах нормы. Реактивность сильная. Возбудимость колеблется в пределах нормы (порог 4" — 6"). Иногда обнаруживаются слабые признаки патологии, выражающиеся в незначительных дельта-волнах и редких острых волнах небольшой амплитуды.

2. В ЭЭГ височных областей выступают значительно более глубокие патологические изменения. Здесь постоянно видны дельта-ритм и ритмы с еще более низкой частотой. Местами выступают  $\text{spik}$  и острые волны малой амплитуды (сильнее, чем в затылочных). Реактивность слабая. Парадоксальных реакций нет.

3. Во всех кривых по областям резко выступает синхронная деятельность. Это, видимо, указывает на легкую иррадиацию в коре.

4. Влияние кофеина на обе затылочные доли одинаково и не выходит за пределы нормы. Наступает обычное повышение возбудимости, однако без выявления парадоксальных реакций. Напротив, состояние височных областей после дачи кофеина характеризуется резким падением реактивности в некоторых случаях, чаще почти полным выпадением реакции на световые раздражения. Таким образом, кофеин подчеркивает большую альтерацию височных областей при почти полной сохранности затылочной доли коры головного мозга.

5. В состоянии гипнотического сна у больной в затылочной области (слева) наблюдается небольшое усиление альфа-ритма и ослабление реактивности на внешнее раздражение. В височной области (слева) наблюдается усиление имевшихся там дельта-ритмов и легкое усиление реактивности на внешнее раздражение.

6. В период внушения зрительного образа альфа-ритм в затылочной области испытывает небольшое усиление; то же происходит в височной области.

Заболевание больной давнего происхождения. Оно дебютировало истерическими явлениями, развившимися после контузии. В анамнезе больной имела место вторая травма (была засыпана землей), не сопровождавшаяся, видимо, явлениями мозгового поражения и не оставившая каких-либо последствий. Нужно подчеркнуть, что в настоящее время у нее, несмотря на ее 63 года, нет каких-либо интеллектуальных изменений, кроме некоторого возрастного снижения. В 1935 г. под влиянием волнений у нее стали наблюдаться приступы галлюцинаторного затемнения сознания, по всем признакам истерических. Содержание галлюцинаций своеобразно и носит характер отражения поразившего ее воображение образа Пугачева. Нужно подчеркнуть, что

это было определенно болезненное состояние с затемнением сознания, во время которого она совершала нелепые поступки, являющиеся выполнением императивных галлюцинаций. Нужно отметить колебания в дальнейшем течении с приступами улучшения и ухудшения. Последний приступ носил несколько особый характер. Галлюцинации были особенно обильны, рассказы о них сопровождались многочисленными подробностями, количество которых увеличивалось с каждым днем. Сообщение их врачу имело несомненную цель убедить врачей в наличии тяжелой болезни. Ее рассказы о голодных ребятишках, о детском доме № 24, о собирании мешков хлеба носят характер надуманности и нарочитости. В прошлом у нее были, несомненно, истерические явления, в настоящее же время у нее на фоне общей психопатичности вместе с отдельными истерическими проявлениями больше приходится говорить об аггравации и о чисто целевых фантазиях, для создания которых больная использует галлюцинации прошлого. При этом все их содержание является развитием фантазирования на тему «помогать бедным». При таких условиях приходится говорить не столько о галлюцинациях, сколько об образах живой фантазии. Голос врача, говорящего, что «все это фантазии», несомненно, является отражением собственных мыслей больной, которая сама, видимо, оценивает их таким образом. С этим стоит в связи то, что видение Пугачева ей можно было внушить и, с другой стороны, внушением же галлюцинации можно было устранить. При таких условиях понятны и данные электроэнцефалографии. В затылочных долях сказалось сравнительно мало изменений и именно там, где их больше всего можно было ожидать. В то же время в височной области изменения были более значительны, хотя слуховые галлюцинации не так ярки. Таким образом, галлюцинации у больной не сопровождались изменениями электрической активности того типа и той интенсивности, которые свойственны галлюцинациям токсического и органического генеза. Это отличает «видения» и «голоса» нашей больной от истинных галлюцинаций. Нельзя отрицать наличия у нее галлюцинаций, но большей частью это образы, представления, живые зрительные и слуховые образы, к которым не присоединяются кортикосенсорные раздражения. Нельзя, однако, сказать, что никакая реакция со стороны электрической активности мозга при внушенных галлюцинациях не имеет места вообще: в затылочной области наблюдается усиление альфа-ритма и ослабление реактивности на внешние раздражения, в височных долях — усиление прежних изменений.

Нельзя представить себе дело так упрощенно, что сущность галлюцинаций сводится к повышению электрической активности соответствующих кортикосенсорных полей. Это было бы до известной степени повторением старого положения Сури, что галлюцинации представляют собой судороги кортикальных центров органов чувств. Галлюцинирование — сложный процесс, даже если иметь в виду его патофизиологическую, в частности электроэнцефалографическую, характеристику. Та или иная картина осциллограмм в каждом отдельном случае является результатом большого количества влияний, роль которых может быть расшифрована только при тщательном анализе с применением математики. Имеющихся в настоящее время данных достаточно для заключения, что процесс галлюцинирования тесно связан с изменением электрической активности кортикосенсорных полей, точно соответствующих характеру галлюцинаций. Как связать эту группу фактов с другим, тоже бесспорным положением, что галлюцинации близки к представлениям, иными словами, как наложить субъективные галлюцинаторные феномены на установленную нами физиологическую канву?

В предыдущих главах мы привели много данных, по которым можно видеть тесную связь галлюцинаций с представлениями не только по содержанию, но и по характеру и по форме. Это можно видеть при инфекционном делирии. Несмотря на пестроту и разнообразие галлюцинаций, всегда можно установить, что они являются отражением тех или других переживаний, не всегда имевших место непосредственно перед заболеванием. Очень ярко это выступает в картинах инфекционного делирия у больных, участвовавших в военных действиях: в делирии они переживают картину боя, видят немцев в белых защитных халатах, идут в атаку. Но то же можно видеть и у других больных. Паралитик с бредом величия и богатства во время малярии, привитой с целью лечения, видит большое количество золота, золотых монет, золотых тарелок, ящиков с золотом. Что касается случаев токсического генеза, то наиболее ярко выступает связь галлюцинаций с представлениями в делириозных картинах у больных в период пробуждения от длительного сна. Параллельно мы могли бы указать на галлюцинаторные состояния, наблюдавшиеся в недавнее время у больных с алиментарной дистрофией; такие больные видели большей частью большие хлебы, булки, колбасы и разные вкусные вещи. На связь галлюцинаций с представлениями указывает и бред алкоголика, когда больной видит себя в обычной для себя алкогольной обстановке или за выполнением своих профессиональных обязанностей.

Не нужно, конечно, думать, что в галлюцинациях воспроизводится только то, что переживалось в данное время и почти в такой же форме. Картины галлюцинаций представляют собой результат творчества, для которого реальные события—только пластический материал, имеющий такое же значение, как содержание снов, продукция фантазии. Галлюцинаторное творчество носит на себе также печать господствующего настроения. В развитии психозов, характеризующихся бредом, приходится наблюдать, что неоформленный еще для самого больного бред, чаще отношения, впервые кристаллизуется в содержании сновидений и в дальнейшем для больного становится не сном, а действительностью. Такое же значение, в известном смысле такой же генез имеют некоторые делириозные картины; они являются результатом творчества, творческой фантазии, более или менее далеко уходящей от непосредственного отражения впечатлений действительности.

Связь галлюцинаторных образов с господствующими для данной личности представлениями выступает во многих случаях. Дети в галлюцинациях обычно видят детей, а не взрослых. Больной, страдающий раковой болезнью и, как обычно бывает, старающийся вытеснить мысли о раке, видит и во сне и в делирии изможденные фигуры с печатью тяжелой болезни на лице. Если алкоголики часто видят в болезненных переживаниях чертей, то здесь определяющим нужно считать сохранившиеся в массах представления, навязанные христианством, о черте как возмездии за пьянство и другие грехи. Китайцы в галлюцинациях видят не чертей, а драконов, иранцы — джинов.

#### **Опыт наложения субъективных переживаний галлюцинанта на физиологическую канву**

Приведенные данные делают несомненной близость галлюцинаций к представлениям не только по содержанию, но и по оформлению. Но в то же время галлюцинации не являются представлениями сами по себе, это неинтенсифицированные представления. С этой точки зрения нельзя полностью присоединиться к уже цитированному определению галлюцинаций, данному Эскиролем: галлюцинант — это человек, у которого существует убеждение, что на его органы чувств действует раздражение извне, которого в действительности не имеется.

Убеждение — это представление, тогда как здесь речь идет о чем-то большем. Справедливо указывает Кандинский, что быть убежденным в том, что имеются ощущения, и иметь их — не всегда одно и то же. Сам Кандинский галлюцинации определяет

более точно. Вот его формулировка: «Галлюцинации — непосредственно не зависящее от внешних впечатлений возбуждение центров чувствующих областей, причем результатом такого возбуждения являются чувственные образы, представляющиеся в воспринимающем сознании с таким же характером объективности и действительности, который при обыкновенных условиях свойствен лишь чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных впечатлений». В центре этого определения стоит понятие чувственных образов, не отличимых от того, что получается при непосредственных восприятиях реальных предметов.

В. Х. Кандинский — большой авторитет в области изучения галлюцинаций. В своей монографии он говорит, что очень важен отчет самих больных по их выздоровлении о своих галлюцинаторных переживаниях. Определение Эскироля является, в конце концов, психологическим, хотя и включает в себя мысль о каком-то участии впечатлений органов чувств. Определение Кандинского в большей мере коррелировано с физиологическими данными. У него имеется мысль о том, что псевдогаллюцинации, т. е. лишённые для сознания признака объективной действительности, могут трансформироваться в истинные галлюцинации, получают плоть и кровь, «материализуются». Интересно сопоставить с этим то, что то же выражение «материализация» и для того же понятия применяет И. М. Сеченов: представление «материализуется» или «объективируется», когда оно вынесено вовне и, утратив свой субъективный характер, становится реальностью. Принимая во внимание все вышеизложенное о клинике галлюцинаций и лабораторные данные, можно сделать заключение, что «материализация» представлений имеет место вследствие присоединения возникшего на патологической почве раздражения кортикосенсорных центров или таламокортикальных чувствующих путей. Эти последние пути потому нужно иметь в виду, что раздражение пульвинара может привести к появлению зрительных галлюцинаций в такой же мере, как и зрительной коры. Такой же эффект может получиться при раздражении белого вещества затылочной доли. Представления становятся галлюцинациями не вследствие своей интенсификации, а благодаря присоединению добавочного раздражения в соответствующей кортикосенсорной области. Это раздражение может быть очень незначительным и иметь место на фоне общего понижения возбудимости, но оно нарушает установившееся для данного момента соотношение процессов возбуждения и торможения. Такую роль могут сыграть и незначительные фосфены и акоазмы. Они, однако, могут иметь место только при наличии изме-

ненного общего состояния сознания, именно переходного между сном и бодрствованием. Иными словами, при наличии известного торможения коры. Здесь мы хотели бы подчеркнуть вышеупомянутую особенность зрительных галлюцинаций, именно то, что они часто появляются на каком-нибудь фоне: на потолке, на стене, в окне, в зеркале. Это, по нашему мнению, не случайно. С. П. Рончевский в своих интересных исследованиях о галлюцинациях, в частности при изучении роли темновой адаптации, также указывает на то, что у больных с склонностью к галлюцинациям расстройство восприятия особенно легко появляется при фиксации освещенного экрана. Он не останавливается, однако, на этом моменте, хотя придает значение периферическим раздражениям и условиям, способствующим появлению фосфена. Почему галлюцинации возникают на каком-нибудь определенном фоне? Для того чтобы этот фон увидеть, нужно фиксировать взгляд на нем путем известного мышечного усилия, путем комплекса определенных движений, в частности мышц глазодвигательного аппарата. Галлюцинации — сложно построенные расстройства, но в известной части это нарушения восприятия, и они подчиняются во многих отношениях тем же закономерностям.

Можно наблюдать, что при раздражении вестибулярного аппарата зрительный образ, например воображаемый образ прямой вертикально поставленной линии, приходит в движение, начинает искривляться, распадаться на куски. Точно так же, но только в большем масштабе и в более разнообразной форме наблюдается это у галлюцинаторных больных в случаях, в которых вестибулярные расстройства особенно сильно выражены.

Другой момент того же порядка — величина зрительных образов находится в зависимости от расстояния, на котором адаптируется глаз. То же можно наблюдать у галлюцинантов. Величина галлюцинаторного образа строго зависит от расстояния, на котором он появляется. Блохи, как известно, видятся на постели, крупные животные на большем отдалении. Особенно ярко это можно было констатировать у наших больных, лечившихся длительным сном, в период пробуждения. Светящиеся точки, нити, тучи комаров они видели перед собой, часто прямо перед глазами; животные виделись на стене; казалось, что из стены вылезают люди, в комнате стоит черная женщина и говорит о больной, что у ней сифилис. Известно, что применением тех или других лекарственных веществ, влияющих на глазодвигательные мышцы, на адаптацию, можно изменить в ту или другую сторону величину зрительных образов. Это относится и к галлюцинациям. Констатировано увеличение зрительных гал-

люцинаторных образов под влиянием атропина и уменьшение их под влиянием хлоралгидрата.

Явление того же порядка — микроманические галлюцинации при кокаинизме. У больных в периоде пробуждения после длительного сна явления этого порядка потому так резко выражены, что здесь токсические моменты приводят к расстройству в деятельности внутренних мышц глаз, причем более или менее выраженный паралич аккомодации у наших больных был констатирован и офтальмологом. Именно у этих больных как своего рода особенность наблюдалось надвигание на глаза галлюцинаторных образов. Характерно также, что они часто видят карликов, маленьких детей, китайчат. То, что все образы находятся в интенсивном движении, указывает на затронутость вестибулярного аппарата.

Процесс восприятия зрительных галлюцинаторных образов с точки зрения физиологических процессов повторяет нормальный перцепторный акт на всем его протяжении от сетчатки до зрительного бугра и далее до зрительной области затылочной доли. В этом, в особенности, убеждает рассмотрение некоторых других моментов, относящихся к нормальному восприятию. Не подлежит сомнению, что в процессах восприятия имеются не только центростремительные, но и центробежные компоненты; имеет значение и состояние периферических аппаратов.

По вопросу взаимной роли отдельных моментов большое значение имеют данные физиологии, и в частности физиологии органов чувств. По данным Л. А. Орбели, световое возбуждение может повысить мышечный тонус, но несомненно может иметь место и обратное явление. Мышечное напряжение может привести к повышению световой чувствительности и при известных условиях в темной комнате дать фосфены. Известно, что биотоки мышц головы могут влиять на электроэнцефалограммы, затрудняя изучение электрической активности мозга. И. Беритов, Д. Гедеванишвили и А. Воробьев показали, что электроэнцефалограмма может быть свободной от влияния мышечных биотоков при отведении их только от частей черепа, не покрытых мышцами. Вместе с тем они констатировали, что биотоки глазных мышц отражаются на энцефалограмме при усиленных вращениях глазных яблок. Вполне закономерно сделать заключение, что усиленное напряжение глазных мышц при фиксировании определенной плоскости и вообще какого-нибудь предмета является добавочным моментом, создавая условия, при которых появляются фосфены. Здесь можно видеть аналогию с так называемыми *stiges oculogryes* при эпидемическом энцефалите, когда зрительные галлюцинации появляются одновременно с судорогами глазных

мышц. Добавочное раздражение центральных сенсорных путей, необходимое для возникновения галлюцинаций как материализованных представлений, может придти различными путями и носить различный характер. Оно явление добавочное, потому что главные причины лежат в общемозговых изменениях. Галлюцинации, например, могут быть более или менее одинаковы при инфекционных заболеваниях и опухолях мозга, потому что в том и другом случае имеется изменение сознания; при отсутствии последнего механическое давление дает только расстройства элементарного порядка. Добавочным моментом может быть и повышенное внутричерепное давление. У одной больной Моро де Тур галлюцинации появлялись при нагибании головы. У одной нашей больной с перивентрикулярным энцефалитом галлюцинации изменялись в своей интенсивности при изменении положения головы. Клод и Лермитт обратили внимание на то, что в случаях этого рода пункция может дать прекращение галлюцинаций. Мы наблюдали это в случаях травматических психозов с галлюцинациями.

Добавочное раздражение, вызывающее определенные галлюцинаторные расстройства, может перейти от других отделов мозга, так как приложенное к нему раздражение никогда не остается местным. Это явление лежит в основе так называемых функциональных галлюцинаций, возникающих в какой-либо области восприятия, только если она затрагивается новым раздражением — случайным или искусственным. Чаще всего речь идет о слуховых галлюцинациях при возникновении каких-либо звуков. Одна больная нашей клиники начинала слышать голоса, когда журчала вода при открывании крана; часто при этом они ей говорили: «Иди домой, Наденька». С этим, вероятно, можно сопоставить то, что у многих больных галлюцинации интенсивнее днем при шуме и затихают ночью. Можно наблюдать нечто противоположное — прекращение слуховых галлюцинаций при внезапном резком звуке, как было у одного нашего галлюцинанта, у которого «голоса исчезли», по его заявлению, при взрыве бомбы.

Могут иметь значение и общие изменения, происходящие в мозгу. Нередко галлюцинации, главным образом слуховые, имеют особый ритм, появляясь и исчезая через определенные промежутки времени; это несомненно соответствует общему принципу ритмичности в деятельности нервной системы. Возникновение галлюцинаций может произойти по принципу условного рефлекса. Всем психиатрам известны случаи, когда приступы возбуждения у больного, например шизофреника, возникают при определенных условиях, при дежурстве одних и

тех же лиц персонала; возбуждение сопровождается галлюцинациями, которые, как иногда можно выяснить, являются для него вступлением. Галлюцинации в этом случае, как и вообще у больных, зависят от общих изменений в организме и процессов, протекающих в мозгу, но новое появление их в рассматриваемых случаях связано с моментами психического порядка. Некоторые экспериментальные исследования помогают выяснить сущность дела. Имеется работа об экспериментальном угашении галлюцинаций, вызванных условными рефlekсами. В этой работе нас интересует не столько угашение, сколько возможность вызвать галлюцинации применявшимся методом. В качестве безусловного раздражителя применялся звук, интенсивность которого менялась, свет на ручке кресла испытуемого субъекта служил условным раздражителем. Меняя силу звука и держа ее в некоторые периоды ниже порога раздражения, Элсин у ряда лиц после многократных и варьируемых опытов получил слышание звука, когда в действительности его не могло быть, таким образом, одно только световое раздражение давало ощущение звука. Не входя в подробный анализ всех явлений этого опыта, оставляя в стороне вопрос о роли внушаемости, нужно считаться с фактом, что слуховые ощущения появились потому, что повторялась ситуация, при которой они раньше возникали. Если сказать, что здесь, собственно, не слуховые галлюцинации, а элементарное расстройство, относящееся к акозмам, то это не будет возражением, т. к. последних при наличии соответствующих условий достаточно для развертывания галлюцинирования. Автор экспериментировал с психически здоровыми людьми. Если же это были бы галлюцинанты, то это добавочное раздражение включило бы свойственное тому или другому больному галлюцинирование.

Экспериментами М. Н. Ливанова, о которых он сообщил на 2-й сессии Академии медицинских наук, с убедительностью показана возможность возникновения повышенной электрической активности коры по принципу условного рефлекса.

Как видно из сказанного, добавочные раздражения кортисенсорных центров могут возникнуть различными путями. Они включают галлюцинаторный процесс, но, чтобы последний возник, нужно особое состояние коры, характеризующееся некоторым общим заторможением, на фоне которого вспыхивает возбуждение с повышением электрической активности, ее экзальтацией. Нельзя, однако, думать, что возникновение галлюцинации является непосредственным результатом добавочного раздражения, механически изменяющего систему возбуждения и торможения в головном мозгу и, в частности, электрической ак-

тивности мозга. Необходима особая предуготованность мозга к определенным галлюцинациям, обусловленная и особенностями мозговой структуры, и всем предшествующим психическим опытом. Господствующий фон представлений определяет собой и направление галлюцинирования.

То обстоятельство, что чаще всего, примерно в двух третях случаев, бывают слуховые, а не зрительные или какие-нибудь иные галлюцинации, объясняется большой ролью в психических переживаниях слуховых представлений. Это, однако, относится к взрослым, у детей преобладают галлюцинации зрения. Если иметь в виду содержание галлюцинаций, имеет значение преобладание у данной личности тех или других комплексов представлений, заряженность ее определенными переживаниями. У каждого человека в психической жизни доминируют свойственные ему представления, которые сводятся к ограниченному количеству комплексов. Последние понимаются в смысле не только содержания, но и преобладающего настроения.

Очень важен вопрос о моментах, приводящих к включению процесса галлюцинирования, и о механизмах этого включения. Существует понятие — пределириозное состояние. Поскольку делирий — это, прежде всего, обильные галлюцинации, можно говорить о прегаллюцинаторном состоянии, которое тоже характеризуется повышенной чувствительностью, неопределенной эффективностью, элементами страха, иногда сердцебиениями и другими вегетативными расстройствами. По рассказам больных, перенесших острый галлюцинаторный приступ типа делирия, восприятие окружающих предметов делается неотчетливым, иллюзорным. Все это дает право говорить, что предуготовленность к галлюцинациям обусловлена некоторым нарушением сознания, тем более что все поведение больного свидетельствует о растерянности. Этот момент в процессе появления галлюцинаций, как таковых, нужно считать центральным. Это стоит в связи с принимаемым всеми положением Байарже, что галлюцинации особенно легко возникают в состоянии, переходном между сном и бодрствованием. Интересно, что эта мысль была высказана Соважем еще раньше (в 1768 г.) — *hallucinantur illi, qui vigilantes somniunt* (галлюцинанты — люди, видящие сновидения наяву). Однако это указание на сходство с состоянием, переходным между сном и бодрствованием, и состоянием неполного сна, носит слишком общий характер. Необходимо более точное определение, какие моменты в измененном сознании галлюцинанта имеют значение в данном случае. Выше мы обращали внимание на то, что у больных, страдающих галлюцинациями, повышение психического тонуса, активность внимания и

собранность не способствуют проявлению галлюцинаций и даже оттесняют их. Наоборот, если больной не следит за мыслями, предоставляет им течь самим собой, галлюцинации возникают особенно легко. В этом смысле нужно понимать заявление больной Л., что ей нельзя думать, т. к. ее мысли сейчас же становятся известны другим. Речь у нее идет именно о хаотичном течении мыслей, беспорядочно сменяющих одна другую.

В этих условиях, при отсутствии определенной связи между представлениями, отдельные из них могут неожиданно всплывать в сознании в качестве оторванных от других, чуждых и посторонних. Этот момент оторванности, отсутствия связи с остальным содержанием сознания сближает галлюцинанта с человеком, который засыпает и, с другой стороны, говорит о том, что отрыв отдельных представлений с хаотическим, неуправляемым ассоциированием есть уже начальный акт в галлюцинировании.

Мы видим, что в упрощенной форме галлюцинации можно определить как проецирование вовне объективированных, получивших плоть и кровь, «материализованных» представлений. Предварительный отрыв их от общего содержания сознания, естественно, должен быть необходимым условием, точнее сказать, начальным звеном. Возбуждение центральных сенсорных аппаратов, в норме являющееся ответом на раздражение извне, у галлюцинанта возникает центрально в результате тех или других патологических процессов. При этом вступает в силу закон экцентрической проекции, по которому ощущения, вызванные внутренним раздражением, локализуются таким же образом, как те, которые вызываются адекватным раздражителем извне. Эффект, однако, не совсем будет одинаков при корковых и при субкортикальных раздражениях.

Мы видим, что галлюцинаторные образы могут возникнуть при раздражении задней части зрительного бугра. В этом случае галлюцинации являются своего рода сенсорными гиперпатиями. Естественно, и в этом случае участвует кора, но исходным пунктом является зрительный бугор. Аналогичным путем можно представить себе развитие слуховых галлюцинаций из гиперпатии слуха. Галлюцинирование представляет собой сложный процесс, имеющий не всегда одинаковый генез с неодинаковым участием различных мозговых систем и всегда носящий печать особенностей психической личности.

Сопоставление клиники с данными патофизиологии, насколько она выяснена, дает возможность точнее уяснить сущность отдельных видов галлюцинаций, обособляя их на основании клинического изучения и дифференцируя их друг от друга.

» Психические галлюцинации Байарже с точки зрения преимущественной локализации патофизиологических изменений нужно считать корковыми. Все психические акты связаны с физиологическими процессами в мозгу, в частности с изменениями электрической активности. Как показывают некоторые исследования, даже выполнение несложной задачи на умножение дает изменение осциллографической картины. Как мы видели, у галлюцинантов эти изменения выходят за пределы физиологических отклонений и носят патологический характер, приурочиваясь к определенным мозговым извилинам, как раз имеющим отношение к тем восприятиям, которые оказываются наиболее измененными. Общая пораженность коры при этом объясняет отсутствие критического отношения к возникающим образам. Истинные галлюцинации характеризуются яркостью, чувственностью и проецированием вовне, в окружающее пространство, признаком реальности, объективности. Психическим галлюцинациям чужды яркость, чувственность, реальность, свойственные предметам, занимающим определенное место в окружающем пространстве. Выше мы видели, что как в нормальном восприятии субъективное представляет надстройку над физиологическим, накладывается на физиологическую канву, так то же имеет место в расстройствах восприятия, в частности галлюцинаторного. Слепые от рождения, прозревшие в результате удачной операции, первое время почти ничего не видят, предметы надвигаются на глаза, т. к. соответствующие зрительные образы не проецируются должным образом вовне. Это имеет место, пока не установится должная синергия между центральными и периферическими компонентами зрительного акта. У наших больных в периоде пробуждения от длительного сна зрительные образы «лезли в глаза» вследствие пареза внутренних мышц глаза, участвующих в акте зрения. Аналогичные расстройства в смысле выпадения или недостаточности периферических компонентов в акте зрения или слуха наблюдаются у больных с психическими галлюцинациями. Восприятие пространства — сложный акт, в котором роль периферических компонентов, аппаратов органов зрения и слуха очень значительна. Эти функции недостаточны у больных с психическими галлюцинациями. В силу этого у них голоса или видения не обособляются от личности или вообще не имеют определенной локализации в пространстве. По той же причине видения нередко носят характер картин, панорам, а не живой действительности с предметами, воспринимаемыми в трех измерениях. Образы при психических галлюцинациях бледны, лишены красок, яркости, чувственности и не затрагивают особенно эмоциональной сфе-

ры. Хотя кора полушарий несомненно имеет отношение к жизни эмоций, все же с точки зрения материального субстрата не здесь нужно видеть самое главное. В этом отношении некоторый свет могут пролить электроэнцефалографические исследования.

По данным литературы, ЭЭГ очень мало изменяются при переходе больного из маниакальной в депрессивную стадию или наоборот, равно как при наступлении более нормального состояния. Некоторое замедление волн можно отметить только в случаях расстройства сознания. С другой стороны, к жизни эмоций имеют особенное отношение вегетативная нервная система и центры ее в подкорковой области. Малое участие этих систем, нужно думать, объясняет вышеуказанные отличия психических галлюцинаций. По определению самого Байарже, это «чисто интеллектуальные восприятия, которые больными часто смешиваются с чувственным восприятием». Восприятия эти, по его словам, происходят единственно от непроизвольной деятельности памяти и воображения, являясь совершенно независимыми от органов чувств. Таковы, по характеристике Байарже, неполные или психические галлюцинации. Термины «психические галлюцинации» (Байарже) и «псевдогаллюцинации» (Кандинский) часто применяются в качестве синонимов, тогда как обозначенные ими понятия глубоко различны. Это различие особенно отчетливо выступает, если клинические особенности сопоставить с соответствующей им патофизиологической характеристикой. До Кандинского одним и тем же термином — псевдогаллюцинации — обозначались различные расстройства. Иногда этим словом обозначались психические галлюцинации, иногда даже бредовые идеи, навязчивость, насильственные представления. Гаген под именем псевдогаллюцинаций подразумевал случаи, когда больные в своих рассказах подставляли измышления на место пережитого в действительности. Из пестрой по клинической характеристике и генезу группы «псевдогаллюцинаций» Кандинский вычленил группу псевдогаллюцинаций в собственном смысле, или псевдогаллюцинаций, которые только и имеют право называться этим именем. По его определению, это случаи, где в результате возбуждения кортикосенсорных областей головного мозга в сознании являются весьма живые и чувственные, до крайности определенные образы, которые, однако, резко отличаются для самого воспринимающего сознания от истинных галлюцинаторных образов тем, что не имеют присущего последним характера объективной действительности, но сознаются как нечто субъективное и вместе с тем как нечто аномальное, новое, отличное от образов воспоминаний и фантазии.



Более полное представление о понимании Кандинским сущности псевдогаллюцинаций можно получить из описания им отдельных конкретных случаев. Приведем выдержки из одного его случая, который до крайности близок к нашему больному Ст. Больной 37 лет с хроническим бредом преследования стал, по его мнению, жертвой «токистов», особой тайной организации. Этим «токистам» как-то передаются его мысли, «токисты» действуют на него и «прямым говорением» (слуховые галлюцинации). Они вызывают у него различные неприятные вкусовые и обонятельные ощущения, зуд в коже; «токисты» «фабрикуют» у него мысли преимущественно насильственного характера; больной должен делать усилия, чтобы не говорить того, что его заставляют; его принуждают напрягать воображение и видеть не внешними органами чувств, а умственно различные образы (почти всегда живые и окрашенные); все это делается посредством тока. Как видно, наш больной Ст. со своими «бескишечниками» — точная копия больного, описанного Кандинским. Характерна яркость, живость галлюцинаторных образов и в то же время их искусственность, не дающая больному верить в их реальность. Другой больной Кандинского видел в галлюцинациях льва со всеми признаками живого существа, но в то же время больной знал, что это только видение. Возможность критического отношения к возникающим образам говорит об известной сохранности сознания и критических способностей как функции коры полушария и заставляет основное расстройство искать в другом месте.

Наиболее яркие и живые картины галлюцинаций наблюдались, как мы уже говорили, при токсических и инфекционных заболеваниях. Наличие угнетения функции коры с расстройством сознания является причиной того, что галлюцинаторные образы в этих случаях принимаются за живую действительность. В то же время при инфекциях и интоксикациях наибольшие изменения открываются в подкорковой области. Наш больной Ст. может быть отнесен в эту группу, так как и начало болезни, и последующие приступы у него были связаны с алкоголизмом. Но если иметь в виду случаи шизофрении, не осложненные экзогенной, то и здесь в возникновении галлюцинаций могут играть роль токсические моменты, поскольку шизофрения в целом является эндотоксикозом. Потому для понимания генеза галлюцинаторных расстройств при шизофрении вполне закономерно сопоставление с экзогенными токсическими процессами. Здесь опять может многое дать анализ некоторых явлений из клиники лечения шизофрении длительным сном. Когда у больных появ-

ляются токсические галлюцинации, то по миновании острого периода они обычно отличают их от своих собственных, свойственных им как шизофреникам галлюцинаций. Одна больная, страдавшая бредом преследования и галлюцинациями слуха, после лечения длительным сном тоже проделала галлюцинаторный период, но вновь появившиеся галлюцинации она резко отличала от своих обычных переживаний и говорила: «У меня раньше никогда не было галлюцинаций». Такое же отношение может быть у шизофреников к галлюцинациям, возникшим под действием токсических моментов, свойственных самой шизофрении.

Наша больная Л. тоже свою «слышимость» не считала чем-то реальным. У двух наших последних больных мы, таким образом, имеем дело с типическими псевдогаллюцинациями в том смысле, в каком их понимал Кандинский. Однако нужно иметь в виду, что наряду с псевдогаллюцинациями у тех же больных могут наблюдаться и истинные галлюцинации. Так было у двух наших последних больных. Кандинский отмечал, что псевдогаллюцинации могут переходить в истинные галлюцинации.

Анализ данных, относящихся к галлюцинозам, помогает вскрыть механизмы развития галлюцинаций вообще. Галлюцинации могут возникать при внутренних раздражениях на всем пути от подкорковых центров до коры. Но наблюдаются отличия в характере галлюцинаций в зависимости от места раздражения. Последнее помимо центральных сенсорных путей может захватить другие системы, что дает свою симптоматику и сообщает особый характер галлюцинациям. В случаях псевдогаллюцинаций, которые особенно свойственны галлюцинозам помимо собственно чувствующих путей затрагиваются центральные отрезки вегетативной нервной системы. Это определяет яркость, чувственность образов и их эмоциональную насыщенность. Это же объясняет явления насильственности, свойственные поражениям подкорковой области разного генеза.

О затронутости подкорковых систем, как мы видели выше, заставляет думать и анализ осциллографических данных.

### Общие выводы

Вкратце все сказанное относительно сущности галлюцинаций и их патофизиологической характеристики можно суммировать следующим образом.

Галлюцинации — психические состояния, характеризующиеся возникновением ярких чувственных образов отдельных предметов или целых сцен. В смысле механизмов развития они являются чувственными образами, оторванными от остального

содержания сознания, проецированными вовне и получившими печать реальности и объективности вследствие возбуждения центральным путем сенсорных аппаратов, при обычных условиях, дающих ответы на адекватные внешние раздражения. Анализ физиологических данных подтверждает близость галлюцинаторных состояний с полусном, полубодствованием, характеризующимся общим торможением коры. Однако анализ осциллографических данных указывает на то, что это торможение является только фоном, на котором возникают очаг и возбуждения, меняющие свою интенсивность и локализацию в соответствии с характером галлюцинаций.

В случаях психических галлюцинаций не имеет места проецирование образов вовне, и сами они оказываются лишенными красок, беззвучными, «немыми голосами», мысленными видениями. Психические галлюцинации — это мысли, сделавшиеся чуждыми, благодаря общему расстройству мышления. Частота психических галлюцинаций при шизофрении дает право думать, что и здесь приходится считаться с явлением расщепления, именно расщепления отдельных компонентов представлений, обусловливающих живость, направленность, пространственность.

В случаях псевдогаллюцинаций яркость, чувственность объясняются затронутостью центров подкорковых областей, о чем заставляют думать и результаты электроэнцефалографии. Малая затронутость коры полушарий, которая только блокирована интенсивным процессом в подкорковой области, является причиной возможности со стороны больного критического отношения к своему состоянию, к галлюцинациям как к образам, лишенным объективности. Такого рода галлюцинации свойственны, главным образом, галлюцинозам, вообще хроническим токсическим процессам и шизофрении.

## ЧАСТЬ III

### ГЛАВА 8 ГАЛЛЮЦИНАЦИИ И БРЕД

#### Типология бредовых состояний

Восприятия — начальный акт познания, и галлюцинации как его расстройства должны рассматриваться в качестве известного звена в общем нарушении познавательной деятельности. Бред, как таковой, — это сдвиг в мышлении, во всем мирозерцании, ведущий к тому, что все окружающее рассматривается под определенным углом зрения. Это в особенности относится к шизофреническому бреду. Взаимоотношения между высшими и низшими процессами в патологии душевного расстройства многими психиатрами рассматриваются в смысле известной независимости первых от вторых.

Характер всех психических процессов определяет «основное расстройство». Таковы в последовательно историческом порядке сеюнкция (Вернике), интрапсихическая атаксия (Штранский), расщепление (Блейлер). Такой же смысл имеют снижение интенционального напряжения (Берце) и ослабление ассоциативной дуги (Берингера). В свете этих основных расстройств как их непосредственное последствие рассматриваются расстройства более элементарных процессов. Характерно в этом отношении утверждение Блейлера, что при шизофрении расстраивается управление мозговыми механизмами, которые сами по себе не повреждены. Такой же смысл имеет парадоксальное положение Груле, что мышление при шизофрении в потенции не расстроено.

Аналогичным образом идет научная мысль и у французских исследователей. Шасслен говорит о нестройности (discordence), Клод о нарушении синтеза, Тулуз о нарушении самонаправленной психической активности (autoconduction) как своего рода основных расстройствах. Соответственно этому и шизофрения ими рассматривается прежде всего как результат разъединения отдельных частей, в которых незаметно особых изменений. Анг-

ляд психику шизофреника сравнивает с книгой без переплета и со спутанными страницами.

Нужно подчеркнуть идеалистический характер всех этих концепций.

В этом плане немецкими исследователями решается и вопрос о сущности бреда. Но нужно, однако, отметить, что, согласно предложению Ясперса, принято делать различие между бредовыми идеями и бредом. Возникновение бредовых идей можно вывести из аффекта. Сверхценные идеи, близко стоящие к бредовым, получают особенное значение именно благодаря связанному с ними эмоциональному компоненту. По мнению Блейлера и В. Ф. Майера, из идей, окрашенных большой эмоциональностью, как патологическая реакция на волнующие переживания может развиваться особый кататимический бред.

Во всех этих случаях бредовые идеи психологически более или менее понятны, выводимы из переживания. Им противоплагается бред в собственном смысле как нечто совершенно отличное от всех вышеперечисленных случаев. Наиболее определенно обрисовал это противоположение Геннеберг, говоря об аффекто-синтетическом бреде, с одной стороны, и о шизофреническом, с другой. Концепция последнего наиболее полно обрисована в IX томе руководства Бумке, посвященном шизофрении. Согласно ей бред ничего общего не имеет с какими-либо переживаниями, невыводим из каких-либо особенностей характера, не зависит от конституциональной подозрительности, недоверчивости, ревности, боязливости; бред не возникает из какого-либо внутреннего конфликта, хотя прежние переживания всплывают в его содержании. Обрисовывая эту точку зрения, Груле говорит, что шизофренический бред — первичный симптом, ниоткуда не выводимый; он невыводим и из расстройств интеллекта, так как существует много случаев бреда без каких-либо расстройств мышления, равно как наличие последних необязательно ведет к бреду. Бред появляется неожиданно; для самого больного удивительным образом возникает мысль об особом отношении к его «я», причем сам больной не только бывает удивлен, но и испуган.

Если отойти от чисто феноменологического изучения и анализ симптоматики вести в свете положения, что основным источником познания служат ощущения, можно надеяться подойти к вскрытию механизмов бредообразования. Как раз в данном случае очень много может дать использование достижений наших физиологов. Выдвинутая нами концепция так называемого катэстетического бреда представляет опыт расшифрования некоторых форм бреда, на первый взгляд представляющихся совершенно непонят-

ными, возникшими неизвестно откуда. Психическая деятельность связана с образованием условных рефлексов. Исходным пунктом для последних являются ощущения, воспринимаемые высшими органами чувств, но такую же роль могут играть ощущения со стороны внутренних органов, так называемые интерорецепции. Они могут не доходить до порога сознания и в то же время оказывают влияние на самочувствие и общее течение психических процессов. Ощущения со стороны внутренних органов, оставаясь ниже порога сознания, могут быть толчком к возникновению переживаний, всплывающих в сознании в виде уже законченных представлений, не стоящих как будто в связи с общим ходом интеллектуального функционирования, и потому могут оказаться не только неправильными, но и неожиданными, непонятными.

Катэстетический бред был выделен на случае эпидемического энцефалита с отдельными вспышками бреда преследования, каждой из которых предшествовали ухудшение общего самочувствия и наплыв неприятных ощущений типа гиперпатий. Теми же моментами объясняется и известное сходство клинической картины энцефалита с шизофренией именно в смысле картины бреда.

Главным источником познания являются ощущения, восприятия органов чувств. Восприятие — не просто перцептивный процесс. В нем, с одной стороны, заложены элементы суждения, с другой, в нем же выявляется и психическая активность, стремящаяся установить то или другое отношение к воспринимаемому. Схватывание, обладание предметом, осознание его со всеми качествами и отношениями совершаются с помощью ряда опосредствующих звеньев, путем умозаключений, дискурсивно. Все это не может не иметь отношения к расстройствам мышления, к бредообразованию. В соответствии с этим бред не может возникнуть неизвестно откуда, т. к. имеет корни на низших ступенях психического функционирования. Если он на первый взгляд непонятен, то это только потому, что не вскрыты промежуточные звенья от измененных ощущений до вполне сформировавшегося бреда, который всплыл в готовом виде в сознании после длительной инкубации в подсознательной сфере.

Эти общие положения должны быть приняты во внимание при обсуждении конкретного вопроса об отношении галлюцинаций к бреду. Что они связаны друг с другом, видно из того, что очень часты случаи комбинации расстройств того и другого порядка при одних и тех же заболеваниях, у одного и того же больного. Разнообразие галлюцинаторных состояний при неодинаковых частую механизмах их развития исключает возможность како-

го-нибудь одного простого решения поставленного вопроса. Возможность развитых форм бредообразования при полном отсутствии галлюцинаций на всем протяжении болезни говорит против предположения, что бред, как таковой, возникает из галлюцинаций. В том же смысле должна быть оценена частота картин с резким галлюцинированием, не сопровождающимся в то же время бредом. Представляется поэтому целесообразным говорить не вообще об отношениях галлюцинаций к бреду, а рассмотреть их взаимоотношения в свете клинического анализа случаев, в которых имеются расстройства того и другого порядка. Если иметь в виду галлюцинации, то прежде всего нужно обратить внимание на токсические и инфекционные делирии, на галлюцинозы. Что касается бреда, то здесь заслуживают внимания все бредовые синдромы, независимо от того, характеризуются или нет картина их наличием галлюцинаций. Здесь должны быть приняты во внимание и известные органические психозы, а в особенности шизофрения, при которой как раз галлюцинации и бредовые идеи являются почти обязательными для всех случаев и притом обычно в комбинации между собой.

### **Делирии и бредовые идеи**

Рассмотрение картин делирия, приведенных в главах об инфекционных и токсических психозах, показывает, что это основная форма галлюцинаторных реакций, при которой о бредовых идеях можно говорить только в смысле некритической передачи больными, находящимися в состоянии не вполне ясного сознания и не могущими разобраться в обилии переживаний, содержания своих галлюцинаций. С прекращением делирия восстанавливается критическое отношение к пережитому и исчезает все, что в остром периоде может рассматриваться как бред. Здесь, однако, нужно выделять различные случаи. Сказанное полностью относится к случаям токсического генеза, но и здесь нужно различать картины, вызванные однократной интоксикацией, от галлюцинаторных реакций, развившихся в результате длительного отравления. Делирии при отравлении атропином протекают в бурной форме, однако они не оставляют после себя каких-либо последствий. Обращает на себя внимание, что атропину свойственно давать только одну форму реакции, именно делирий. Алкогольный делирий не является непосредственной реакцией на отравление алкоголем. Как известно, он появляется в результате длительного алкоголизма с изменениями во всем организме, с нарушением обмена. Естественно поэтому, что с исчезновением галлюцинаций не всегда наступает критическое

отношение к перенесенному и можно уловить элементы бреда, который по существу относится к резидуальным расстройствам.

Резидуальные бредовые идеи, однако, бывают гораздо чаще при инфекционных психозах и здесь могут считаться непосредственно вытекающими из галлюцинаций острого периода. Их нередко приходилось наблюдать в период распространения инфекций, сыпного и других тифов, в период 1919 — 1922 гг. Один наш пациент с сыпным тифом в течение двух недель после падения температуры и прояснения сознания не мог разобраться, что было действительностью и что он переживал в своих галлюцинациях. Известно, что делиранты в своих галлюцинациях часто совершают различные путешествия, которые обычно кончаются катастрофами или ведут к каким-либо осложнениям и неприятностям. Наш пациент утверждал, что он ездил в Америку на какие-то состязания. Об этом он говорил еще в состоянии делирия, как можно было понять из его отрывочных высказываний. Сообщая подробности, он говорил, что его партия проиграла состязание именно благодаря его отсутствию. Другая наша пациентка неожиданно стала говорить, что умерла ее мать, и только спустя известное время убедилась, что это ей только казалось. Еще один больной в таком периоде требовал предоставления в его распоряжение большой суммы денег, которую он будто бы привез с собой. Военные больные в периоде реконвалесценции после сыпного и возвратного тифа нередко говорят о получении орденов, о повышении по службе, о денежных наградах. Такие случаи были описаны в тот же период времени Д. А. Аменицким.

В Отечественную войну инфекции не играли особой роли, но в отдельных случаях можно было наблюдать случаи этого рода, как мы могли убедиться на работе в Н-ском эвакуационном госпитале. Случаи резидуального бреда типичны для бредовых идей, противоположаемых собственно бреду. Они психологически понятны, выводимы из содержания галлюцинаций.

При этом ясно выступает и роль снижения интеллекта. Критическое отношение к перенесенному наступает не сразу именно вследствие известной психической слабости как одного из проявлений постинфекционной астении. Тифы, в особенности сыпной тиф, — это тяжелые в известном смысле мозговые заболевания. Наличие тромбозов в стволочной части и других отделах вместе с токсическими изменениями приводит к ослаблению, хотя бы и временному, психического функционирования, играющему роль в механизме образования резидуальных бредовых идей.

Выше мы упоминали, что элементы бреда могут наблюдаться в периоде выздоровления от белой горячки. Известно, что первый приступ ее может быть началом для целого ряда повторных с возможностью развития особого галлюциноза. Эти случаи, с нашей точки зрения, особенно интересны для рассмотрения вопроса о взаимоотношениях между галлюцинациями и бредом.

На такие случаи обратил внимание Е. А. Шевалев. В благоприятно протекающих случаях при обратном развитии явлений раньше прекращаются галлюцинации, бредовые же идеи, обычно преследования, держатся более стойко и нередко остаются стабильными. Однако в этих случаях их нельзя рассматривать в качестве резидуальных не только потому, что не имеет места ослабление психического функционирования того типа, который свойствен инфекционным психозам. Главная причина здесь заключается в стойких изменениях личности, меняющих отношение больного к окружающим и его оценку их. Помимо развития недоверчивости и подозрительности имеет значение и то, о чем мы говорили в главе о токсических галлюцинациях, описывая типический случай алкогольного галлюциноза со стойким бредом преследования. Длительное пребывание в галлюцинаторном мире с различными фантастическими происшествиями, нападениями, таинственным влиянием может резко изменить психологию человека, и он может считать возможными такие явления, которые раньше оценивал как совершенно абсурдные. Имеют значение и изменения вегетатики и нарушение обмена с различными неприятными ощущениями, влияющими на самочувствие. Нужно, однако, иметь в виду, что первоначальный приступ белой горячки нельзя сравнивать с делириозной реакцией при отравлении атропином. В последнем случае галлюцинации не имеют корней в личности, поскольку последняя не представляет каких-либо изменений. Между тем у алкоголика они в значительной степени являются реализацией его опасений, подозрений, развившихся под влиянием болезненных сдвигов в характере. Как мы увидим в других случаях, это представляет общее явление для всех случаев образования бреда в собственном смысле, в том числе для шизофренического. Бред не является результатом галлюцинаторных переживаний; развиваясь постепенно из особых настроений, из атмосферы подозрительности, он задолго до своего обнаружения может оставаться на стадии бредовой готовности, которая реализуется теми или другими внешними воздействиями, причем сами галлюцинации являются формой его выражения.

Эти случаи представляют отличия как в смысле механизмов развития галлюцинаций, так и особенностей бредообразования. Естественно ожидать, что они могут дать нечто новое для освещения взаимоотношений между галлюцинациями и бредом. Это относится, в частности, к сифилису мозга, в особенности к так называемому люэтическому галлюцинозу. С внешней стороны последний приближается к только что рассмотренному алкогольному галлюцинозу. Наиболее существенное значение заключается в том, что речь идет об органическом заболевании, как можно судить по данным неврологического исследования и по наличию психического снижения. Вот пример.

Больная С. К. С. 34 лет. Жалобы при поступлении: после волнений сильно болит левая сторона головы; беспокоят голоса, которые ее постоянно бранят.

С детства воспитывалась в тяжелых материально-бытовых условиях (воспитывалась мачехой, которая плохо кормила и сильно избивала детей). Раннего детства хорошо не помнит. 6 лет упала с высоты второго этажа и сильно ушибла подбородок, но, по словам больной, сознания не теряла. Училась мало — одну зиму. В школьном возрасте была общительная, веселая, имела много подруг, хотя помнит себя всегда вспыльчивой, раздражительной. Работать по найму начала с 24 лет в качестве чернорабочей. Часто меняла работу, так как конфликтовала с администрацией, которую обвиняла в том, что ей давали плохую работу.

18 лет была изнасилована в лесу, после чего появились язвы около половых органов. Вскоре стала замечать, что «глаза косят». До 24 лет считала себя здоровой. После родов (в 24 года) стала замечать, что один глаз стал хуже видеть, затем ухудшилось зрение и во втором глазу, «что-то ударило в голову». 7 ноября 1930 г. «совсем ослепла на оба глаза». Месяц ничего не видела, а затем постепенно зрение улучшалось. С 29 лет снова почувствовала себя плохо: ухудшилось зрение, появилась раздражительность, слуховые галлюцинации. Дома и на улице стала замечать, что все ее бранят. Муж, ребенок, чужие люди называют ее душой, очень обижалась. Однажды из-за этого сильно ударила мужа, тот отрицал, что бранил ее, но больная этому не верила. Такое состояние продолжается по настоящее время.

При поступлении больная особенно жаловалась на слуховые галлюцинации — голоса, говорящие ей оскорбительные вещи. Эти голоса травмируют ее. Особенно оскорбляет ее слово «дура». Голоса она слышит всюду — за работой, на улице, даже тогда, когда нет кругом людей в лесу, иногда за окном с улицы. В связи с этим один раз в трамвае сильно толкнула женщину, которая все время ей повторяла: «дура, дура, дура».

На левое ухо слух резко ослаблен, не слышит тикания часов.

Неврологический статус. Анизокория, правый зрачок больше левого. Зрачки не совсем правильной формы, особенно слева. Реакция на свет достаточна. При движении глазных яблок правое отстает. Язык отклоняется слегка вправо. Плохо произносит скороговорки. Патологических рефлексов нет.

Visus справа 0,4, visus слева 0,2. Отмечается атрофия зрительного нерва.

Больная ориентирована во времени, месте, окружающем. Не стремится к контакту. Ипохондрична. Часто обращается к врачу с одними и теми же жалобами. Слышит все время, как ее называют «дурой». Просит помочь ей сделать так, чтобы она не обижалась за это на людей. В настоящее время это ее сильно обижает, раздражает и она отвечает грубостью на воображаемые оскорбления, из-за чего у нее часто бывают конфликты с окружающими. Больная иногда слышит целые оскорбительные фразы неприятного содержания: все ее называют и дурой, и некрасивой, страшной, иногда даже врачи в ответ на ее приветствие обзывают ее такими же словами. Слева ей слышится шепот, а иногда и громко произносимые слова на улице, дома, в трамвае, даже в лесу, где нет людей. Галлюцинации носят упорный характер и больше слышатся слева, чем справа. Больная прибегала к алкоголю — «Когда выпью, перестану слышать оскорбления». Считает, что к ней плохо относятся, «со мной даже разговаривать не хотят». Активное внимание резко ослаблено, быстро устает при умственном напряжении, не помнит дат важнейших событий. Рассеяна, часто теряет вещи, деньги. Интеллект снижен.

Случай относится к числу галлюцинозов на люэтической почве. Галлюцинации очень однообразны по своему характеру; примитивен, не развит и бред преследования. В объяснении этих особенностей нужно считаться с примитивностью психики пациентки и снижением ее психики благодаря болезни. Именно благодаря этой обнаженности основных черт психотической картины и несложности препсихотической личности легче можно видеть взаимоотношения между бредом и галлюцинациями. Больная убеждена, что к ней плохо относятся, преследуют, презирают ее, не хотят даже говорить с ней, так как постоянно слышит бранные, оскорбительные замечания по своему адресу. Бред как будто непосредственно вытекает из галлюцинаций, является их последствием. Но нужно принять во внимание, что больная была всегда недалекой, а после заболевания стала определенно сниженной. При таких условиях она на самом деле могла слышать нелестные замечания по своему адресу, сама, возможно, сознавала свою неполноценность и боялась, что ее подмечают и другие. Бранные слова очень однообразного характера и специфического содержания отражают ее опасения. Здесь нужно считаться еще с одним моментом — ослаблением слуха и притом больше с одной стороны, именно той, откуда слышатся голоса.

Ослабление слуха сопровождается ощущением шумов. Они являются ядром, вокруг которого формируются слуховые галлюцинации. Возможно, что этот момент вообще играет роль в генезе люэтических галлюцинозов, ввиду частоты поражения кохлеарных нервов при сифилисе. Психоз в своей структуре отражает характерные особенности личности. В данном случае они сводятся к врожденной недалекости, приобретенному снижению интеллекта и таким конституциональным особенностям, как обидчивость и раздражительность; снижение слуха тоже могло играть роль в создании готовности к идеям отношения. При изучении психогенных галлюцинаций мы видели, что в галлюцинаторных образах воспроизводится главным образом то, чего человек боится или чего страстно желает. У нашей пациентки галлюцинации не являются психогенными, но и здесь играют роль психические моменты того же порядка. Как мы указывали, этот случай является очень простым, бедным по симптоматике. В нем нет почти ничего, что сближает картину сифилитических галлюцинозов с шизофренией, сущность которой, конечно, не исчерпывается сочетанием слуховых галлюцинаций и бреда преследования. Трудность отдифференцирования некоторых случаев экзогенных галлюцинаторных расстройств от шизофрении объясняется именно тем, что иногда бред принимает характер мистики, допускающей возможность воздействия каких-то особых сил. Ниже, после рассмотрения всех случаев, относящихся к проблеме — галлюцинации и бред, — мы коснемся вопроса о причинах этого сходства и критериев для различения.

Близко к люэтическим галлюцинозам нужно поставить травматические. До последней войны они были сравнительно малоизвестны. Работая в Н-ском эвакуационном госпитале и в оперативном отделении больницы, мы наблюдали ряд случаев, которые относятся к этой группе. Два из них были описаны в особой работе: они характеризуются наличием слуховых галлюцинаций неприятного, бранного характера и бредовыми идеями преследования. Клинический анализ случаев и данные рентгенографии и энцефалографии заставляют думать о преимущественном поражении височных долей; в одном из них была пуля впереди пирамиды височной кости, так что его можно поставить рядом с галлюцинаторными синдромами при опухолях височных долей.

Для освещения вопроса о генезе галлюцинаций и бреда в таких случаях мы считаем целесообразным привести описание одного случая травматического галлюциноза, представляющего ту особенность, что при наличии обильных галлюцинаций в нем

совсем не было бреда. Это повышает его значение при рассмотрении взаимоотношений галлюцинаций и бреда.

Больной Кр. С. П. 47 лет. Поступил с жалобами на головные боли, головокружения, забывчивость и, в особенности, на постоянные голоса своеобразного характера. Кончил четырехклассную школу. С 8 лет имел охотничье ружье, часто бывал на охоте, бил птиц, белок, часто разорял птичьи гнезда, ловил птиц и держал их в большом количестве в клетках, по голосам мог различать более двух десятков пород птиц. Кончил механический техникум в Москве. Добровольцем поступил в Красную Армию. В 1942 г. получил два легких ранения в ногу и легкую контузию, на 10 минут потерял сознание, но, очнувшись, самостоятельно перебрался на более безопасное место. В декабре 1943 г. была тяжелая контузия. Последнее, что он помнил, было то, что он подкатил пулемет к линии обороны. Помнит, что непосредственно перед этим он обратил внимание на большое количество птиц, летавших высоко в воздухе, и позавидовал им. Пришел в себя после контузии через 12 дней в госпитале, плохо ориентировался в окружающем. Вследствие беспокойства был помещен в Бурашевскую психиатрическую больницу, после того 6 месяцев был в специальном госпитале в Москве. До поступления в госпиталь слышал голоса близких, жены («Сережа»), дочери («папа»).

При поступлении в клинику отмечен ряд симптомов органического поражения. При стоянии с закрытыми глазами падает вправо. Бедная мимика. Травматический неврит кохлеарных нервов, шепот слышит на расстоянии не больше полуметра. Постоянно слышит сотни тысячи птичьих голосов, различает среди них отдельные породы. Голоса слышатся сверху, точно птицы летают над крышей. Когда больной ложится в постель, голоса приближаются, когда он встает, голоса отделяются, точно птицы поднимаются выше. Птичьи голоса настолько реальны, что больной часто проверяет, нет ли в действительности птиц. Старается не обращать внимания на галлюцинации, но они очень его беспокоят. Птицы не говорят человеческими голосами, слышится именно птичье щебетанье. Когда больной находится в толпе, он часто слышит, что какие-то знакомые называют его по имени. Никаких голосов бранного или вообще неприятного характера никогда не слышит. Отношение к галлюцинациям вполне критическое. Кроме незначительного ослабления памяти и повышенной утомляемости, никаких болезненных явлений не наблюдается.

Случай представляет много своеобразия. Нам приходилось встречать больных из органической группы, которые слышали щебетанье птиц, но наряду с этим у них имелся ряд других симптомов, и в частности галлюцинаторных. В данном случае последние исчерпывают почти полностью всю клиническую картину, так что можно говорить о своего рода локальном галлюцинозе, «птичьем галлюцинозе». Заслуживает внимания отсутствие каких-либо бредовых идей. Нужно думать, что в основе

галлюцинаторных расстройств в данном случае лежат неопределенные акаозмы периферического происхождения, которые в иллюзорном порядке оформляются в качестве птичьих голосов. И в этом случае приходится считаться с тем, что на оформление расстройств влияют особенности личности и ее прошлые переживания, причем неопределенные шумы оформляются как хорошо знакомые птичьи голоса. Нужно считаться и с психогенным моментом: непосредственно перед потерей сознания вследствие контузии больной видел стаи птиц и завидовал им. Физиогенные и психогенные компоненты образовали единый комплекс, который зафиксировался потому, что в основе его лежат стойкие изменения слухового аппарата с постоянными шумами. Отсутствие каких-либо бредовых идей и критическое отношение к галлюцинациям несомненно должны быть поставлены в связь с сохранностью интеллекта — иными словами, с отсутствием сколько-нибудь значительных мозговых изменений.

В главе о галлюцинаторных расстройствах при органических заболеваниях мы привели ряд наблюдений этого рода и рассмотрели их с точки зрения особенностей генеза галлюцинаций в этих случаях. Мы должны были прийти к заключению, что необходимым моментом в возникновении обманов восприятия является затронутость сенсорных путей где-либо на протяжении от периферически воспринимающих аппаратов до коры. В то же время можно было убедиться, что этот момент не единственный и что для объяснения нужно привлечь другие моменты более общего порядка. Органические психозы представляют интерес для выяснения вопроса взаимоотношений между галлюцинациями и бредом. При них всегда в той или другой степени затрагивается интеллект, и это дает возможность полнее осветить соотношение между галлюцинациями и бредом. Ослабление интеллекта создает особый фон, на котором рассматриваемые соотношения могут быть ясны. Как мы видели выше, резко выраженное слабоумие исключает возможность развития выраженных галлюцинаторных синдромов, но при разрыхлении междофункциональных связей могут создаться благоприятные условия для возникновения их. Вот случай органического психоза с сложным генезом, с ярко выраженными галлюцинациями и таким же бредом.

Е. К. Д. 85 лет. Поступил в клинику с жалобами на головную боль, плохой сон, «нервность».

У матери и брата больного были судорожные припадки. Развивался он правильно. В школу поступил в возрасте 8 лет. Учился хорошо. Трудовую жизнь начал с 20 лет. Вначале работал на канцелярской работе, с

1928 г. — на счетной. По характеру был миролюбивый, точный, исполнительный человек, вина не пил.

С 1935—1936 гг. появились припадки 1—2 раза в месяц. Припадок начинается большею частью ночью, без предвестников. О случившемся припадке больной узнает только со слов родственников, сам же о них ничего не помнит. Обычно после припадка в течение двух суток имеет место повышенная сонливость, ночью и днем, а затем в течение 2—3 дней бессонница.

В 1938 г. после припадка в течение дня отмечал слуховые галлюцинации. Слышал голос 12-летнего внука, который отдавал ему нелепые приказания. Больной был возмущен «поступком внука» и за такие «высказывания» избил его. После случившегося был помещен в психприемник, где находился около двух недель.

29 — 30 декабря 1940 г. у больного был очередной припадок. После него больной в течение двух суток спал. 3 января 1941 г. больному ночью показалось, что под его ногами проходит метро, а около кровати находится пропасть. Он стал переходить с одной кровати на другую, но везде видел ту же картину. Пошел в уборную, но там вместо обычной обстановки увидел множество двигающихся машин. Поздно ночью после долгих мучений уснул. Приснилось ему, что он находится в метро среди множества знакомых, что, проезжая мимо Покровских казарм, он обнаружил каких-то людей, которые грабили Москву, их же больной потом видел по всему городу. В это время между друзьями больного завязался спор: один говорил, что ему нельзя доверять и что его надо убить, другой говорил противоположное: «он хороший парень, ему надо доверять». Проснулся и увидел около своей постели шинель и направленный на него штык. Бросился от страха к окну, разбил последнее, звал жену, дочь, внука, обвинял их в участии в ограблении Москвы и избил их. В течение следующих дней перед глазами больного проходило множество людей, масса картин, он слышал непрерывные голоса, колокольный звон, пение петухов. Больной звал и требовал милицию, но неожиданно для себя оказался в карете скорой помощи и был доставлен в клинику.

Больной правильно ориентирован во времени, месте и окружающем. Контактен. Высказывает множество бредовых идей. Обильные зрительные и слуховые галлюцинации. Больной видел, как с 3 на 4 января была ограблена вся Москва, в настоящее время грабители находятся в больнице (они спрятались за мебелью). Больной их очень хорошо видит и не понимает, как врачи, обслуживающий персонал и больные этого не замечают. Он слышит голоса грабителей и мошенников, которые требуют его немедленного расстрела. Больной слышит постоянный колокольный звон, пение петухов и музыку, он удивлен, почему рядом с ним стоящие люди этого не слышат. Больной не может найти покоя, он во власти своих переживаний и требует немедленного вызова милиции для наведения соответствующего порядка. Такое состояние у него наблюдалось в течение целого дня. С 5 января делириозно-галлюцинаторное состояние совершенно прошло, и больной очень ярко и образно рассказал о своих переживаниях. В дальнейшем началось успокоение на

фоне известного психического снижения, но с критическим отношением к прежним переживаниям как к болезненным.

Случай представляет значительные трудности для клинической интерпретации. Последние годы у больного отмечалось значительное психическое снижение, которое нужно поставить в связь с возрастом и судорожными припадками. Последние появились в позднем возрасте, но их нельзя рассматривать как артериосклеротическую эпилепсию, т. к. не было сколько-нибудь выраженного склероза сосудов. Наличие припадков у матери и брата дает возможность думать об участии наследственных моментов. Какого бы ни были происхождения припадки, во всяком случае развитие галлюцинаций имело место после одного из них, очень сильного с последующим двухсуточным сном. Галлюцинации по своему характеру были не одинаковы и сменяли одна другую по мере развития болезни. Вначале были только зрительные галлюцинации, по содержанию не имеющие отношения к больному лично, больной видел движущиеся машины, вагоны метро, пропасть около кровати. Следующий этап начинается с ближайшей ночи, когда ему удалось уснуть. Он во сне тоже видел метро, но в то же время видел людей, грабивших Москву, во множестве заполняющих ее улицы; в то же время слышал бранные голоса по своему адресу, угрозы убить. Эти явления продолжались и после пробуждения. В дальнейшем на первый план стали выдвигаться бредовые идеи ограбления и воровства. Они генерализовались все больше и стали принимать совершенно нелепый характер. Нелепость их особенно ярко выразилась в том, что больной стал избивать «за грабеж» свою жену и детей.

Соотношения между галлюцинациями и бредом на первый взгляд представляются совершенно явными; больной видел в своих галлюцинациях грабителей, делающих свое преступное дело по всей Москве, слышал их голоса и стал высказывать соответствующего содержания бред. Напрашивается как будто естественный вывод, что бредовые идеи возникли из галлюцинаций того же характера и что бред может считаться резидуальным. Но нельзя обойти молчанием специфический характер галлюцинаций, прямо указывающий на их отношение к особенностям старческой психики. Бредовые мысли, идеи ограбления не могли выйти из галлюцинаций как их следствие, т. к. они были включены уже в сами галлюцинации. В этом отношении нужно обратить внимание на то, что бредовые идеи ограбления первое отражение нашли в содержании сновидений. Здесь нужно видеть типический случай того, как идеи, из которых впоследствии



формируется бред, впервые возникают во сне. Они не всегда ясны, неопределенны и по пробуждении оцениваются как сновидения и не обращают на себя внимания, забываются. После, однако, они всплывают в качестве вполне определенных бредовых идей. Неоднократно мы наблюдали такие сновидения, которые можно было бы назвать предваряющими, при шизофрении. Первичными, таким образом, в нашем случае и в других, ему аналогичных, нужно считать идеи, являющиеся питомником как галлюцинаций, так и бреда. Оба эти расстройства представляют, таким образом, две формы реализации мыслей, возникающих сначала в неопределенной, неуловимой для самого больного форме, но после находящих для себя определенное оформление. Можно думать, что в том или другом случае речь идет о процессе, начинающемся из одного источника, но в одном случае завершающемся психосенсорными феноменами, в другом — нарушением высшей интеграции.

С точки зрения различения бредовых идей и собственно бреда расстройства у нашего пациента относятся к первому типу. Такой же характер носят бредовые идеи при прогрессивном параличе. Некоторые из них возникают на фоне повышенного или пониженного самочувствия, в зависимости от чего меняют свой характер; по существу они являются кататимными. Идеи ипохондрического характера, свойственные процессам обратного развития, питаются как изменениями настроения, так и ощущениями со стороны внутренних органов. К бреду в собственном смысле ко второму типу относятся только расстройства этого порядка при шизофрении, как не могущие якобы быть выведенными из чего-либо и психологически не объяснимые.

### **Бредообразование при эпилепсии**

Груле считает, что бред с такими же особенностями, как при шизофрении, свойствен и эпилепсии. Не возражая против этого сближения, мы думаем, однако, что как в том, так и в другом случае в происхождении бреда нет ничего необъяснимого, мистического (как думают Груле и другие немецкие исследователи). Возникновение бреда нередко имеет место при эпилепсии, причем для объяснения здесь может быть привлечено несколько моментов, с неодинаковой интенсивностью выступающих в различных случаях. Могут играть роль кататимные моменты ввиду свойственных эпилепсии дисфории. Мы считаем, что развитие бредовых идей у эпилептиков может иметь место в результате склонности к застреванию представлений, носящих характер комплексных. В результате длительного зафиксирования внимания на отдельных

представлениях, большей частью носящих неприятный для больного характер, могут развиваться сдвиги во всем мышлении, приводящие к односторонней, неправильной и даже прямо бредовой оценке окружающего. Бред в понимании немецких специалистов невыводим из чего-либо, в частности из особенностей личности. Мы думаем, что по отношению к эпилепсии это положение совсем не применимо. Эгоцентрические установки таких больных, их эффективность, склонность к агрессии — это фон, на котором по вполне понятным механизмам могут развиваться бредовые идеи, в которых нет ничего необъяснимого. Мы наблюдали нескольких эпилептиков с частыми припадками и довольно развитым бредом преследования, в развитии которого главную роль играли общие изменения личности. Снижение работоспособности, изменение к худшему по этой причине материального положения, снижение ценности в собственных глазах создают фон, на котором легко могут возникнуть бредовые идеи, иногда в качестве реактивных в результате конфликтов, легко появляющихся при эффективности и взрывчатости больных. В некоторых случаях могут иметь значение моменты, аналогичные тому, что наблюдалось у нашего больного с припадками. Галлюцинаторные явления в качестве ауры, с одной стороны, и просночные, с другой, встречаются у эпилептиков часто. Учитывая все сказанное, можно утверждать с полным основанием, что тщательный анализ развития бреда в каждом отдельном случае эпилепсии может сделать бред вполне понятным и объяснимым.

### **Галлюцинации и бред при шизофрении**

Бредовые идеи при шизофрении разнообразны по своему характеру и не всегда одинаковы по генезу. Если отойти от чисто феноменологического изучения и больше внимания обращать на результаты исследования обмена, на соматические изменения, то все большее число случаев бреда, который раньше считался необъяснимым, перейдет в разряд вполне понятных явлений. Для примера можно указать на шизофреников с бредом отравления и отказом от пищи. Последний истолковывался, как последствие страха отравления, между тем как французскими, так и советскими исследователями было показано, что в основе того и другого следует поставить изменения желудочной секреции и ослабление моторных функций желудка. Все это ведет к изменению интерорецепции с последующими нарушениями психического порядка. Бред отравления, таким образом, не может считаться возникшим неизвестно откуда.

При анализе шизофренического бреда преследования некоторыми авторами обращалось внимание на то, что многие его элементы являются одинаковыми по своему характеру с аналогичными расстройствами при эпидемическом энцефалите и некоторых психозах токсического генеза. Справедливо указывается, что при шизофреническом бреде, в отличие от этих случаев, речь идет не о расстройстве умозаключений вследствие снижения интеллекта, а о своеобразном изменении мышления, сдвигах во всем мирозерцании. Характерным считается, что бред преследования связывается не с какими-либо определенными лицами, а какими-то таинственными организациями. Один из больных Кандинского говорил о преследовании со стороны «токистов»; один из наших пациентов говорил об особых существах «бескишечниках», другой говорил о влияниях на него давно умерших людей, третий утверждал, что он находится в общении с каким-то «метапсихическим существом», которое молчало от сотворения мира и заговорило только теперь; часто преследователями оказываются люди с других планет. Пациенты, умеющие рисовать, стараются изобразить на бумаге эти таинственные существа из другого мира. Интересно, что шизофреники из разных стран дают изображения, сходные по стилю, по своей оторванности, отрешенности от действительности настоящего времени. Иногда фигурируют головоногие существа, у которых ноги выходят непосредственно из головы (рис. 8). Один наш пациент изобразил «липкомаса», существо с чрезвычайно выдающейся вперед челюстью. Тот же пациент дал рисунок, дающий хорошее представление о шизофренической амбивалентности. Заслуживает внимания его расшифровка изображаемой им символики. Жизнь представляется ему в виде куда-то катящегося колеса: его гонят «лжемысли, бессмыслие фактов» реальной действительности. Характерен лозунг — «Будь вне эпох».

Соотношение между галлюцинациями и бредом целесообразнее всего выяснять на случаях этой болезни с обильными галлюцинациями. Бывают такие пациенты, у которых картина болезни подходит под понятие галлюциноза. Вот один такой случай.

Больная С. П. И. 34 лет. Домашняя хозяйка. Поступила в клинику 20 февраля 1941 г. с жалобами на бессонницу, головные боли, слуховые и зрительные галлюцинации.

Родилась в семье рабочего. Развивалась нормально. В детстве ничем не болела. Любила одиночество, была робкой, послушной. По окончании семилетки около 4 лет работала на фабрике завертчицей конфет. От ответственной работы отказывалась, боясь с ней не справи-

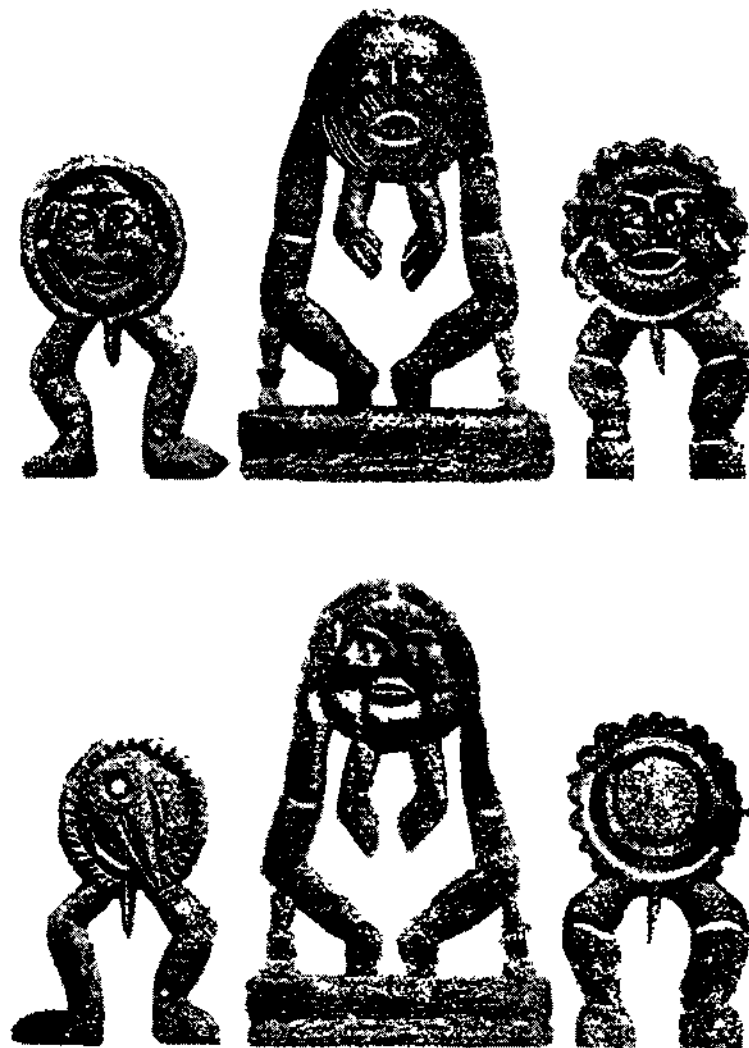


Рис. 8  
Галлюцинаторные образы головоногих существ

ться. 22 лет вышла замуж, отношения с мужем хорошие. Имела одну беременность, кончившуюся родами. Ребенка очень любит. Живет больная очень замкнуто, в обществе чувствует себя плохо. По словам больной, в одиночестве она отдыхает. За последние 4—5 лет не была ни разу в театре, кино, на вечерах в клубе.

Больной считает себя с марта 1940 г., когда у нее началась упорная бессонница, продолжавшаяся около 3 месяцев. Больная засыпала только под утро на 1—2 часа. Несмотря на бессонницу, она чувствовала себя

весь день бодро и выполняла свою обычную работу. Летом сон восстановился. С октября бессонница возобновилась, и у больной впервые появились слуховые галлюцинации. Вначале несколько дней подряд она слышала шорох, как от ветра в лесу, затем через несколько дней услышала какое-то царапанье по стенам, стук и наконец голоса.

Одни голоса были угрожающие, они говорили: «А, ты здесь», «Вот ты где», «Тебя надо убить» и т. д. Были голоса-защитники «Зачем ее убивать», «Она тихая и робкая», «Оставьте ее».

В результате всего этого больная решила переехать к своей матери. После того у больной несколько дней не было галлюцинаций, но как-то днем, когда она лежала на диване, она увидела давно умерших родных и знакомых, которые были одеты в черные костюмы, и была очень удивлена, что они никак не изменились. «Покойники» упорно звали ее к себе. Они говорили: «Иди к нам. У нас много работы». Когда «покойники» исчезли, больная услышала голос, который упорно повторял ей: «Ты должна умереть», «Умрешь, и тебя никто не будет мучить». Больная почему-то особенно испугалась этого голоса, схватила лежащую тряпку и побежала в уборную, там обернула шею тряпкой и повесилась на крюке, но вскоре сорвалась с крюка. Без сознания она была около 15–20 минут.

На следующий день больная поехала в поликлинику. По дороге ей казалось, что все ей знакомо, что она всех видела где-то раньше, что все указывают на нее пальцами и делают ей разные «рожи». Когда больная переходила мостовую, голос ей твердил: «Стой на мостовой, вот идет твоя машина, бросайся под колеса». С большим трудом она смогла оторваться от места и перейти мостовую.

Психический статус. Больная несколько растеряна, пугливо озирается по сторонам, к чему-то прислушивается. С больными не общается, боится, что те, рассказывая о своих заболеваниях, усилят ее болезненное состояние. Вечером и ночью у нее бывают слуховые галлюцинации. Слышит отдельные фразы: «Ты тут», «Вот ты где», «Мы все равно тебя нашли». Больной кажется, что по вечерам к окнам ее палаты кто-то подходит, ищет ее. Ей становится страшно, и она покрывается одеялом с головой. Иногда она видит глаза, которые упорно смотрят на нее, эти глаза то приближаются к ней, то отдаляются от нее. Однажды, когда она легла в постель и закрыла глаза, она услышала голос с потолка: «Полина, Полина, вставай». Она вздрогнула, открыла глаза, поднялась с постели но голос продолжал: «Зачем ты ушла из дома, убежала от нас». Перед больной стали появляться врачи отделения, и голоса говорили: «Вот Николай Николаевич», и она ясно увидела лечащего врача, который был одет в пальто, галоши, но был почему-то без головы.

Эмоционально-аффективная сфера у больной значительно снижена. Никаких планов на будущее нет, мужа и ребенка видеть не хочет. Довольна, что находится в лечебнице, это оградит ее от «видений». Критика к своему заболеванию несколько снижена, считает, что, наверно, есть какой-нибудь аппарат, при помощи которого вызывается ее болезненное состояние.

Случай нужно считать типичным для шизофрении, если не иметь в виду, что картины, приближающиеся к типическим галлюцинозам, редки. Характерно преобладание слуховых галлюцинаций. Типично, что голоса спорят между собой, разбиваясь на две партии. Типичен также императивный характер многих галлюцинаций. Что касается зрительных галлюцинаций, то они немногочисленны. Обращает на себя внимание нередко повторяющееся у шизофреников явление: ей кажется, что ее преследует какой-то глаз; типично также видение фигуры без головы. Как и в приведенных выше случаях алкогольного галлюциноза, с внешней стороны, схематически динамика этого случая такова, что бред в ясной форме выявляется по сглаживанию галлюцинаторных явлений. Но можно ли из этого сделать вывод, что бред развился из галлюцинаций? Нужно отметить, что до появления галлюцинаций у больной имелись изменения личности: появилась подозрительность и упорная бессонница. Последнюю можно привлечь для объяснения возникновения галлюцинаций. Следует обратить внимание на содержание и характер галлюцинаций: в них полностью отражаются все особенности шизофренической психики. Последняя у нашей больной сложилась в определенной форме раньше и только выявилась со всеми характерными чертами в галлюцинозе.

Случаи галлюцинаций особенно часты при шизофрении, и именно ее приходится иметь в виду при рассмотрении взаимоотношений между галлюцинациями и бредом. Здесь в особенности нужно иметь в виду психические галлюцинации, «лжемысли». Это именно мысли, но ложные, потому что они не принадлежат самому больному, представляются чуждыми его личности. Сам больной не всегда может указать, как он воспринимает свои мысли — внутренним ухом или с известным звучанием. Одна наша пациентка с психическими галлюцинациями видела свои мысли в форме белоснежных нитей, выходящих из ее головы. Она изобразила их в особом рисунке, причем не могла сказать, хаос ли это звуков или хаос мыслей.

Соотношения между галлюцинациями и бредом можно видеть в следующем случае. Под нашим наблюдением был один шизофреник, обращавший на себя внимание своей недоступностью, напряженностью. Его внутренний мир был полной тайной; можно было только догадываться о наличии бреда. Больной ни с кем не разговаривал, не отвечал на вопросы, много писал и что-то рисовал. Все написанное, равно как и свои рисунки, он тщательно уничтожал. Однажды он оставил неуничтоженным рисунок, по которому можно было видеть, чем заняты его мысли

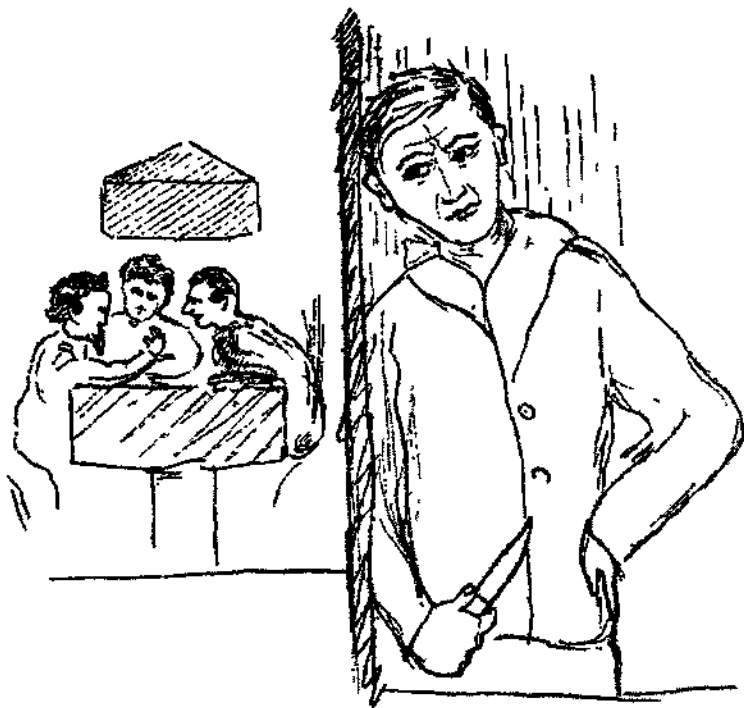


Рис. 9

(рис. 9). Рисунок изображает 3 мужчин, сидящих за столом и о чем-то сговаривающихся. Сам больной себя нарисовал прислушивающимся к этим голосам. Содержание голосов не оставляло для больного никаких сомнений в том, что его сговариваются убить. Для защиты вооружился ножом.

И в этом случае бред как будто вытекает из галлюцинаций: больной слышит голоса людей, замысляющих заговор против него, и сделал вывод, что у него имеются враги, стремящиеся к его гибели, но все его поведение с самого начала говорит о том, что идеи преследования у него имелись давно и только созрели в последнее время; в этом периоде они и отразились в галлюцинациях. Как потом выяснилось, мысли о существовании заговора против него у него явились сразу и неожиданно для него. Перед этим, равно как и раньше, у него не было никаких инфекций, не было интоксикации; не было и каких-либо столкновений, могущих дать реактивное бредообразование. Бред является типичным именно в качестве не аффектосинтетического, а шизофрениче-

ского бреда. Он является результатом своего рода наития. В типических случаях он является результатом своего рода интуиции. Но понимание существа последней может быть различным.

Шизофренический бред в понимании Геннеберга и Груле — это идеалистическая концепция, отрывающая интуитивное мышление от дискурсивного. Между тем между ними нет пропасти. Для интуитивного мышления в советском понимании характерно то, что конечный вывод дается раньше процесса рассуждения, объяснения, установления подлинных, развернутых причинных связей. Выводы внешне выходят непосредственными, в действительности же они опосредствованы предшествующим опытом. В норме, при полноценном процессе мышления, результаты этой интуиции, точнее сказать, предварительного мыслительного процесса, являются далеко не совершенными; они уточняются, обосновываются в результате последующего дискурсивного мышления, в случае надобности исправляются им, даже отбрасываются; для бредового больного, в частности для шизофреника, они являются абсолютно достоверными, не подлежащими критике, окончательными. Больной ничем не может доказать справедливость своих утверждений и не чувствует никакой потребности в этом. Они скорее являются предметом веры, и можно говорить о бредовой вере. Бред вообще патологическая интуиция, имеющая корни в изменении мироощущений, и не корректируется дискурсивным мышлением.

#### **Основные моменты в шизофреническом бредообразовании и отношении бреда вообще к галлюцинациям**

Бред шизофреника, таким образом, как и вообще бред, не может считаться чем-то совершенно непонятным, ничем не объяснимым. Он является результатом сдвигов во всем мирозерцании человека, находящих себе точное объяснение в данных патологии, патофизиологии и эволюционной физиологии нервной системы. Вместе с тем отпадают и теоретические основания противопоставлять аффектосинтетический и шизофренический бред, бредовые идеи и бред. Концепция шизофренического бреда является идеалистической. Она основана на неправильном понимании концепции интуиции, трактовке ее в качестве чего-то, находящегося в отрыве от дискурсивного мышления.

В свете изложенного понятно, что примарный бред не возникает из галлюцинаций, а имеет иной, более сложный генез. Поскольку ощущения — основной источник познания, ясно, что корни бредообразования нужно искать на низших этажах, в изучении мира ощущений. Естественно, что с этой точки зрения

могут играть роль и расстройства восприятия, в частности галлюцинации, но влияние их опосредовано дискурсивным мышлением. Мы видели, что яркость и красочность галлюцинаций объясняются участием подкорковых систем, но в то же время в генезе галлюцинаций участвует и кора, дающая им окончательное оформление в порядке болезненного творчества. Бред же — это, прежде всего, корковый синдром. Сопоставляя различные психопатологические явления, можно констатировать особую закономерность — чем интенсивнее, разнообразнее, ярче галлюцинации, тем меньше бредообразование, и наоборот. Можно думать, что подкорковые системы образуют особый защитный барьер от внешних неблагоприятных воздействий, являясь первой линией обороны. В случае нарушения его в большей степени страдает интегративная деятельность и появляется бред. Процессы, ведущие к бредообразованию и галлюцинированию, таким образом, лежат на различных уровнях. При бреде затрагивается высшая психическая активность, или вторая сигнальная система, при галлюцинациях — первая. Иерархия их отчетливо сказывается в патологии. Галлюцинациям экзогенного характера может дать критическую оценку и больная психика.

Галлюцинации и бред — это различные формы патологического восприятия мира. Первые даются в чувственных образах, бред — в картинах нарушения интеллектуального синтеза.

## ПОСЛЕСЛОВИЕ

Василий Алексеевич Гиляровский — видный отечественный психиатр, доктор медицинских наук, профессор, академик АМН СССР, заслуженный деятель науки.

Деятельность В. А. Гиляровского была многогранной, однако в целом ее можно оценить по трем направлениям: научному, педагогическому и общественному.

После окончания в 1899 г. медицинского факультета МГУ и ординатуры на кафедре нервных болезней В. А. Гиляровский до 1910 г. работал психиатром и прозектором в харьковской и московских больницах. С 1910 г. он — ассистент, а с 1917 г. — заведующий кафедрой психиатрии медицинского факультета 2-го МГУ (с 1930 г. — Это 2-й Московский медицинский институт, а в настоящее время — Московский государственный медицинский университет).

С 1945 по 1952 гг. В. А. Гиляровский — директор, а с 1952 по 1959 гг. заместитель директора Института психиатрии АМН СССР.

Научные интересы В. А. Гиляровского были чрезвычайно разнообразны: 250 научных публикаций автора поражают широтой проблематики исследований.

Первые исследования его были посвящены патологической анатомии нервных и психических заболеваний — полиэнцефалитов, порэнцефалии, алкогольного полиневрита, сифилиса и др. В работе «Введение в анатомическое изучение психозов» (1925) и других исследованиях по этой проблематике В. А. Гиляровский убедительно показал роль патологической анатомии в изучении клиники и сущности душевного расстройства и в вопросах классификации; подчеркивал важность рассмотрения собственно патоморфологических и клинических корреляций.

Следует подчеркнуть значение этого исследования В. А. Гиляровского для последующего развития патологической анатомии в психиатрии и не только отечественной. Роль подобных исследований возросла в связи с внедрением в клиническую практику в 70 годы XX века прижизненной визуализации мозговых структур («ренессанс нейроанатомии в психиатрии»), обогащение, в частности, нейрогистологии количественными методами и т. д. Однако, несмотря на накопление большого фактического материала в области нейронаук вообще, патоморфологические и клинические па-

раллели применительно к отдельным психическим заболеваниям до настоящего времени остаются нераскрытыми.

Изучению последствий травм головного мозга В. А. Гиляровский посвятил серию работ. Так, в статье «К вопросу о структуре и динамике травматических психозов» (1944) автор описывает динамику психозов при травмах, в том числе, регрессионную. Особенно заслуживает внимания его описание «псевдоорганической деменции», обусловленной стойким торможением деятельности головного мозга, а не органическими изменениями. Теоретические разработки автора были тесно связаны с практической деятельностью в госпиталях с начала Второй мировой войны.

Одной из основных проблем, которые разрабатывал В. А. Гиляровский, являлась шизофрения (1935, 1936 и др.). Это относится к рассмотрению клинических, патогенетических и других аспектов шизофрении.

В области клиники прежде всего следует подчеркнуть позицию автора, который рассматривал шизофрению как заболевание всего организма и писал о деструктивном процессе в нервной системе, с одной стороны, и о токсическом характере этого заболевания — с другой. Таким образом, он отстаивал ту точку зрения на шизофрению, которая предполагает выделение шизофрении с характером процесса и шизофрении, которая заканчивается выздоровлением. Именно первые случаи соответствуют, по его мнению, раннему слабоумию Э. Крепелина. Следует отметить, что В. А. Гиляровский определенно высказывался о «врожденном предрасположении» к шизофрении, что получило свое подтверждение в работах О. П. Юрьевой, В. Fish и др. в рамках современной дизонтогенетической теории развития шизофрении (Орловская Д. Д.).

Важный теоретический вопрос был рассмотрен В. А. Гиляровским в статье «Форма, содержание и течение в психозе» (1932). В обобщенном виде его точка зрения состоит в том, что психоз является новым этапом развития личности, а его форма в любом случае определяется в большей или меньшей степени опытом прошлого. Для обозначения этой тенденции автор предложил термин палинбиоз (греч. *palin* — опять + *bios* — жизнь).

В области пограничных состояний, изучение которых занимает особое место в творческом наследии В. А. Гиляровского, затронуты почти все важнейшие проблемы — вопросы становления и динамики психопатий, клиники препсихопатических и преневротических состояний и др. В частности (1932), при рассмотрении взаимоотношений эндогенного и экзогенного в происхождении психической патологии им отрицалось как исключительное значе-

ние эндогенных, так и экзогенных факторов. Особо следует подчеркнуть его скептическое отношение к трактовке психопатий как состояний, обусловленных исключительно влиянием окружающей среды, как результата экзогенных влияний. Как известно, этой точки зрения придерживался О. В. Кербиков и его последователи в СССР.

Особое место в творческом наследии В. А. Гиляровского занимают выпущенные им учебники и руководства по психиатрии для врачей и студентов.

Интерес к книге «Учение о галлюцинациях» (1949) Василия Алексеевича Гиляровского, вышедшей более полувека, объясняется многими причинами.

В качестве первой из них — обострившееся в последнее время внимание специалистов к проблемам общей психопатологии. И, хотя общее описание основных психопатологических симптомов и синдромов к настоящему времени уже завершено, отчетливый интерес к психопатологии обусловлен актуальностью, например, психофармакотерапевтических исследований в связи с обоснованием примеров симптомов — мишеней, или с описанием этнопсихиатрических и кросскультуральных психиатрических феноменов, а также с разработкой национальных [21] и международных классификаций психических расстройств [24]\* и т. п.

Не менее важной причиной, объясняющей интерес к предлагаемой читателю книге, является незавершенность учения о галлюцинациях. В этом отношении книга В. А. Гиляровского имеет ряд несомненных достоинств, уровень которых достижим не всякому исследователю. В настоящее время большой фактический материал по галлюцинациям [9, 12 и др.] носит, как правило, уточняющий характер. Можно утверждать, что другими авторами, за исключением, например, [22], не дано обобщающего анализа проблемы галлюцинаций, как это сделал В. А. Гиляровский.

Несомненными достоинствами книги также являются: использование многообразия подходов, которые автор положил в основу своего учения о галлюцинациях, энциклопедичность, относящаяся как к кругу обсуждаемых феноменов (наряду с галлюцинациями рассмотрены бред, нарушения сознания и др.), так и к количеству использованных источников. Причем среди упоминавшихся авторов есть и незаслуженно забытые.

\* Так обозначены ссылки на литературу, добавленную редактором. См. ее. 235—236. — *Прим. ред.*

Однако в качестве отличительной черты учения о галлюцинациях В. А. Гиляровского особо выделим очевидную клинико-физиологическую, точнее клинико-анатомо-физиологическую направленность работы.

Говоря о многообразии подходов, представленных автором, подчеркнем актуальность и в настоящее время, а именно: симптоматического, сравнительно-нозологического, сравнительно-возрастного, этиопатогенетического подходов.

**СИМПТОМАТОЛОГИЯ** галлюцинаций, раскрываемая В. А. Гиляровским, затрагивает дефиницию, классификации и особенности происхождения галлюцинаций.

При рассмотрении дефиниции галлюцинаций автор приводит точки зрения Эскироля, Байарже, Фальре, Кальбаума, Кандинского, Сури и др. и ставит проблему: **являются ли галлюцинации особого рода восприятием, восприятием без объекта или трансформированной мыслью, результатом воображения.** Подчеркнем, что эта проблема не имеет своего завершенного решения и спустя полвека.

В работах психиатров последующих поколений она решается неоднозначно. Галлюцинации рассматриваются одними авторами в качестве нарушений именно восприятия [1,2,7, 13 и др.] и высказывается точка зрения о том, что любые галлюцинации возникают в силу какого-то внешнего раздражителя, а не являются следствием творчества мозга. Но при этом следует помнить, что Эскироль, как писал В. А. Гиляровский (с. 10\*), «...не говорил, собственно, о восприятии и своим определением не давал права понимать именно таким образом и говорил, собственно, об убеждении, вере (conviction, croyance)».

С другой стороны, галлюцинации (эти «восприятия без объекта» — В. Ball — цит. 9) суть представления, приобретающие произвольность и господствующее положение [15]. В строгом смысле галлюцинации представляют собой ложные представления, но не являются обманом чувств [26]. Хотя известно, что В. Х. Кандинский [7], Ж. Байарже [17] и др. ограничивали галлюцинации, а В. Х. Кандинский особенно псевдогаллюцинации, от представлений. При этом В. Х. Кандинский подчеркивал связь галлюцинаций с ощущениями с учетом возбуждения центральной чувствительной области.

Альтернативная оценка сути галлюцинаций, отражающая многовековую историю их изучения, в книге В. А. Гиляровского получила оригинальное отражение. При анализе этой проблемы в целом в многочисленных клинических иллюстрациях галлюцинации рассматриваются автором не только как результат «местных раздражений» (с. 30), но как «...звучание всех мозговых систем,

хотя и не в одинаковой мере» (с. 30). Им подчеркнуто, что в отдельных случаях представление может принять форму галлюцинации (с. 163). Более того, представления могут лежать в основе галлюцинаций, к примеру, дети в галлюцинациях видят детей, а не взрослых (с. 184). Еще нагляднее обусловленность галлюцинаций господствующими представлениями находит отражение в кросскультуральных особенностях галлюцинаций при делирии: так, китайцы видят не чертей, но драконов, а иранцы — джинов.

Вопросы классификации галлюцинаций рассмотрены автором в контексте различий их патогенеза. В. А. Гиляровский не является сторонником топической («рецепторно-локализационной» — по 12) классификации галлюцинаций, согласно которой галлюцинации делятся по органам чувств; он считает такой подход трафаретным и признает его удобным только в дидактическом отношении. Хотя такой подход является весьма распространенным [8, 13, 15 и др.].

Возражение В. А. Гиляровского против деления галлюцинаций по органам чувств основано на том, что их классификации, базирующиеся на собственно особенностях «содержания сознания» (с. 29), а не на патогенетической характеристике, не раскрывают сущности феномена. Тем более, что не всегда возможно говорить о соответствии галлюцинаций какому-нибудь органу чувств (с. 31). В исследованиях ряда психиатров последующих поколений эта точка зрения находит развитие, например, в представлениях о галлюцинациях как об образах, которые часто бывают над чувствами [22].

Основное же возражение автора базируется на реалиях клиники, поскольку случаи изолированного существования зрительных или слуховых, или других галлюцинаций редки. Гораздо чаще имеет место лишь преобладание одних галлюцинаций относительно других, особенно при так называемых «галлюцинаторных состояниях» (с. 30), характеризующихся наличием интенсивно выраженных галлюцинаций. Причем именно «галлюцинаторные состояния» находятся в центре исследования В. А. Гиляровского.

Новизна подхода автора в этом вопросе также связана с тем, что до настоящего времени онирические [7] или галлюцинаторные формы хронических бредовых психозов, описываемых французскими психиатрами [20], не имеют убедительной квалификации. Забегая вперед, отметим, что в представленной читателю книге имеется специальная, заключительная глава о соотношении галлюцинаций и бреда.

Подход В. А. Гиляровского к классификации галлюцинаций в контексте «галлюцинаторных состояний» отличается от пространственного их феноменологического описания, естественно не охватывающего всего многообразия галлюцинаций. Например [9], приводится более 50 разновидностей галлюцинаций. Признавая узость существующих классификаций, другой автор [12] предложил свою систематику галлюцинаций и иллюзий в зависимости от состояния сознания и мышления, т. е. с учетом не только галлюцинаций, но состояния в целом и включающую четыре отдела и двенадцать групп. Однако при всей очевидной близости подходов этих двух авторов М. И. Рыбальский [12] не дал развернутого анализа учения В. А. Гиляровского, что безусловно бы представляло интерес.

Среди разнообразных аспектов психопатологии галлюцинации, которые затронул В. А. Гиляровский, особый интерес представляет его позиция по вопросу о генезе отдельных галлюцинаций. Тем более что особое внимание автор уделил роли определенных периферических отделов нервной системы.

Так, при органических заболеваниях галлюцинации встречаются более или менее часто в тех ситуациях, при которых затронуты сенсорные пути (с. 73). Это положение автора с учетом деления психозов на органические и функциональные для клинической психиатрии имеет принципиальное значение.

Преобладание зрительных галлюцинаций при атропиевом делирии, по В. А. Гиляровскому, связано с общим возбуждением центральной нервной системы и повышением внутриглазного давления (с. 81). При алкогольном делирии в связи с раздражением периферических воспринимаемых аппаратов, в частности фиксация взгляда и связанное с этим сокращение глазных мышц, возникают зрительные галлюцинации, наглядно проявляющиеся в симптомах Липмана, Рейхарда.

Здесь следует специально подчеркнуть, что В. А. Гиляровский при алкогольном делирии описал появление зрительных галлюцинаций, вызываемых тем, что больной рассматривает себя в зеркале (с. 79, 161). Этот симптом по праву следует выделить среди других аналогичных симптомов в связи с диагностической ценностью и главное — с легкостью процедуры его обнаружения. Поскольку этот симптом другими авторами в доступной литературе не встречается, мы предлагаем назвать его **«симптомом Гиляровского»**.

Роль периферических отделов подчеркивается автором также в происхождении и слуховых галлюцинаций. Например, большую интенсивность голосов справа у пациентки автор

связывает в наличием у нее признаков раздражения правого лабиринта (с. 60).

**СРАВНИТЕЛЬНО-НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ** подход в книге В. А. Гиляровского охватывает галлюцинации при различных заболеваниях: органическом токсическом, инфекционном поражении, при соматических заболеваниях, при психогенных состояниях, а также при эпилепсии и шизофрении. Причем в соответствующих главах автор рассматривает особенно вопросы феноменологии и патогенеза.

При анализе отличий галлюцинаций при органическом заболевании мозга автор дал собственное понимание происхождения галлюцинаций с учетом предполагаемой локализации очага (зрительных и слуховых путей, при травме и пр.).

Клиника галлюцинаторных расстройств при патологии зрительных путей определяется локализацией очага: при поражении начальной и конечной части зрительных путей галлюцинации носят исключительно оптический характер; при локализации в средней части, топически связанной с дисцефальной областью, возможны слуховые галлюцинации. На основе работ других исследователей механизм движений галлюцинаторных образов, их мультипликацию и уменьшение величины В. А. Гиляровский объясняет вовлечением вестибулярного аппарата.

С другой стороны, частота возникновения и характер галлюцинаций зависят от локализации поражения головного мозга. Так, в отличие от поражения лобных долей, например при сдавлении, зрительных нервов или хиазмы, когда наблюдаются зрительные галлюцинации, при локализации в затылочных долях слуховые галлюцинации совсем редки, в то время как при локализации в височных областях, например, опухоли зрительные и слуховые галлюцинации встречаются почти поровну.

Особый интерес представляет трактовка автором отдельных характеристик галлюцинаций, а именно: их однообразие и известное безразличие содержания автор связывает с прошлыми переживаниями, а не органическими изменениями, как таковыми (с. 80).

При анализе сущности галлюцинаций токсического происхождения автор книги рассматривает ряд принципиальных вопросов, актуальных до настоящего времени, а именно: роль различных отравлений, в том числе экспериментально вызванных, значение гиповитаминозов, роль вегетативной нервной системы в оформлении таких галлюцинаций и соотношение экзогенных и эндогенных моментов в их возникновении. Хотя, например, относительно экспериментально (произвольно) вызванных галлюцинаций еще W. Griesinger [23] заметил, что они



не имеют «особенной связи с ошибками чувственной деятельности у сумасшедших».

В происхождении зрительных галлюцинаций — видений огня, пожара при гиповитаминозах автор подчеркивает роль местных поражений кожи, типичных для этих состояний, но в отличие от других авторов возражает против линейного понимания генеза таких галлюцинаций, связанного исключительно с поражением кожи. Он подчеркивает, что психические симптомы нередко предшествуют собственно пеллагрозным и, главное, в их происхождении несомненна роль центральных механизмов (с. 88).

Различные данные о токсических галлюцинациях позволили В. А. Гиляровскому критически оценить представления также и К. Бонгеффера [19] о том, что в формировании делирия локальные изменения не играют роли (с. 92). Во-первых, делирии при различных заболеваниях слишком разнообразны, чтобы говорить о них исключительно обобщенно. Во-вторых, токсические галлюцинации, особенно мescalinовые, настолько не дифференцированы, что зачастую невозможно выделить собственно зрительные или слуховые галлюцинации.

Кроме того, токсические галлюцинации представляют собой уникальную модель для рассмотрения соотношения экзогенных и эндогенных моментов в происхождении таких феноменов. Автор считает, что основное место в патогенезе галлюцинаций в этих случаях занимают собственно нарушения защитных функций вегетативной нервной системы. Наглядным примером служит известная периодичность, например дипсомании (с. 92-93). Справедливость позиции В. А. Гиляровского о ведущей роли нарушений обмена и нейровегетативных процессов подтверждается современными исследованиями патогенеза металкольных психозов [16].

Близкие патогенетические механизмы, связанные с поражением подкорковой области, автор находит и в развитии инфекционных галлюцинаторных состояний.

В отличие от галлюцинаций токсического и инфекционного генеза, при которых автор предполагает непосредственную реципрокную передачу по сенсорным путям, происхождение галлюцинаций у соматически больных носят сложный характер. Автор подчеркивает роль ощущений со стороны внутренних органов, которые действуют на настроение и могут вызвать состояние тоски и страха или придать особенное направление течению мыслей в виде катэстетического бреда (вспышек бредовых идей преследования, каждой из которой предшествовало ухудшение общего самочувствия и наплыв неприятных ощущений типа гиперпатий). Этот вывод принципиален: своеобразие галлюцина-

ций как специфических феноменов раскрывается в тесном единстве с бредообразованием. Указанное положение В. А. Гиляровского в катэстетических механизмах формирования бреда не потеряло своей актуальности и неоднократно подчеркивалось другими психиатрами [6, 14], в частности, в связи с большой распространенностью психосоматических расстройств (от 15 до 50% — по 14).

Особый интерес представляет проблема возникновения галлюцинаций у здоровых, которой В. А. Гиляровский, к сожалению, только касается. Анализ этой проблемы особенно важен в контексте соотношения нормы и патологии в психиатрии. Ссылаясь на возможность появления галлюцинаций при повышении температуры, при мигрени, у психически здоровых под влиянием аффекта, автор приводит данные об исчезновении галлюцинаций после декомпрессивной трепанации — временное исчезновение галлюцинаций при травматических галлюцинозах после выпуска спинномозговой жидкости (с. 119) и др.

В отличие от случаев галлюцинаций у здоровых, возникновение которых В. А. Гиляровский связывал с определенными мозговыми процессами, в исследованиях авторов последующих поколений получены малоубедительные данные. Например [10], при анкетировании 297 «здоровых испытуемых», оценивающих свое состояние, у 82 из них обнаружены, в частности, гипнагогические, зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и функциональные галлюцинации. Ввиду очевидных методических неудач, в частности выбор метода изучения и принципов выделения группы здоровых испытуемых, вполне обоснованы сомнения в достоверности ответов испытуемых. Известно, что разные виды галлюцинаций, как правило, характеризуются различной степенью критики [15]. Другой автор [25] у 70 студентов-добровольцев изучил структуру галлюцинаций, возникающих при изоляции от раздражителей, оказалось, что высокоструктурированные галлюцинаторные феномены, выявленные у большинства испытуемых (75%), были связаны с актуальными для студентов мыслями и переживаниями. Однако и данное исследование не свободно от ошибок: в нем также отсутствуют данные о психическом статусе 70 добровольцев до начала испытания.

Анализ психогенных галлюцинаций (религиозного содержания, аффектогенные и галлюцинации криминальных больных, у детей), а также условия развития и их отношение к представлениям позволили автору констатировать роль аффекта в их возникновении и связь содержания галлюцинаций с соответствующими аффективными переживаниями. Автор особо

подчеркивает то, что психогенные галлюцинации относятся к экзогенным и в этом смысле не отличаются от токсических или инфекционных, от которых, однако, их отличает недостаточность элементов sensorialite.

Среди специально рассмотренных вопросов патогенеза галлюцинаций несомненный интерес представляет подвергнутая экспериментальному исследованию гипотеза о том, что если при различном происхождении однотипных галлюцинаций будут найдены более или менее однотипные изменения в мозгу (ЭЭГ), то они не могут не иметь отношения к существу галлюцинаций. Согласно автору получены данные, подтверждающие его гипотезу не только в случаях травматического происхождения галлюцинаций, но и при шизофрении. Как показывают современные исследования, хотя отклонения на ЭЭГ от нормы, обнаруженные при психических расстройствах, как правило, не обладают выраженной нозологической специфичностью (за исключением эпилепсии) — [5], имеет место строгая корреляция между физиологическими и психическими параметрами, отражающими, в частности, психическую функцию восприятия [4]. Т. е. до настоящего времени отсутствуют убедительные свидетельства, как подтверждающие, так и опровергающие гипотезу, выдвинутую В. А. Гиляровским более полувека назад.

**СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ** особенности галлюцинаций раскрываются автором применительно, в частности, к детскому возрасту, в котором преобладают зрительные галлюцинации. В их развитии подчеркнута роль свойственного детям эйдетизма, который благоприятствует интенсивности и продолжительности галлюцинаций, а также значение психогенного фактора. Кроме того, вследствие незрелости психики дети затрудняются отграничить собственно расстройства восприятия от фантазий. Этой же особенностью автор объясняет бедность содержания и однообразие галлюцинаций. Впоследствии, например [1], подтвердила преобладание зрительных и тактильных галлюцинаций у детей дошкольного возраста, больных шизофренией.

Важным аспектом изучения галлюцинаций у детей является соотношение галлюцинаций и врожденного слабоумия, т. е. по сути позитивных и негативных симптомов. Автором подчеркнуто, что при грубых деструктивных процессах галлюцинации редки.

Сравнительно-возрастной анализ галлюцинаций, проведенный автором, в частности у детей, сохраняет свое значение до настоящего времени. Особенно в связи с трудностями обнаружения и возможностью существования галлюцинаций у детей

раннего возраста, например отрицание галлюцинаторных переживаний у младенцев [3].

Наконец, отмечая **ОБЩЕПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ** смысл книги «Учение о галлюцинациях», подчеркнем постановку и собственное видение одной из важных проблем психопатологии — соотношение галлюцинаций и бреда и в целом единого психопатологического пространства, в котором галлюцинации и бред, а также и другие нарушения находятся в тесном единстве. Следует подчеркнуть, что проблема соотношения галлюцинаций и бреда всегда находилась в поле зрения психиатров и до настоящего времени не имеет однозначного и единодушного понимания. Достаточно сказать, что распространенная классификация бреда — деление на первичный и вторичный бред, которые различаются, но которые, в сущности, базируются на болезненных внутренних ощущениях, — наглядно иллюстрирует важность изучения такого соотношения.

Полемизируя с феноменологическими представлениями о галлюцинациях и бреде, В. А. Гиляровский выступает последовательным сторонником того, что основным источником познания являются ощущения. Им подчеркивается своеобразие восприятия, в котором наряду с психической активностью установления отношения к воспринимаемому заложены элементы суждений (с. 200). Схватывание, обладание предметом осуществляются с помощью умозаключений, дискурсивно, что, по мнению автора, не может не иметь отношения к расстройствам мышления, бредообразованию. Подтверждением взаимосвязанности галлюцинаций и бреда служит их комбинация при одном и том же заболевании.

С другой стороны, случаи отсутствия галлюцинаций при развитых формах бреда свидетельствуют против предположения о том, что бред, как таковой, возникает из галлюцинаций. Также верно утверждать при рассмотрении ситуаций с точностью наоборот. Все это подчеркивает обязательность обсуждения не абстрактного соотношения бреда и галлюцинаций, а анализа конкретных клинических картин, а именно: делирия и бредовых идей, бредообразования при галлюцинозах, галлюцинаторно-параноидных синдромов при органических заболеваниях, эпилепсии и шизофрении.

Так, при эпилепсии, по автору, бредовые идеи обусловлены застреваемостью представлений, в которых нет ничего необъяснимого. При рассмотрении бредообразования при шизофрении автор еще раз подчеркивает, что корни бредообразования следует искать в мире ощущений.

«Галлюцинации и бред представляют различные формы патологического восприятия мира: первые даются в чувственных образах, а бред — в картинах нарушения интеллектуального синтеза» — завершает свою книгу В. А. Гиляровский.

Таким образом, В. А. Гиляровский не только представил учение о галлюцинациях, но и раскрыл определенные причинно-следственные связи между галлюцинациями и бредом. Тем самым книга «Учение о галлюцинациях» явно выходит за рамки отведенной темы и со всей очевидностью подчеркивает актуальность учения о галлюцинациях этого автора.

*Голик А. Н. <*

## ЛИТЕРАТУРА

Аккерман В. И. Синдром душевного автоматизма французской психиатрии. Невропатология и психиатрия. № 4. С. 471-476. 1928.

Беритов И. С., Гедеванишвили Д. и Воробьев А. О влиянии мышечных биотиков на электроэнцефалограмму человека. Тр. ин-та физиологии им. акад. И. Бериташвили. № 5. С. 353—363. Тбилиси. 1943.

Бехтерев В. М. О навязчивых ненормальных ощущениях и навязчивых обманах чувств. Обзорение психиатрии. № 4. С. 87-96. 1899.

Введенский Н. Е. Возбуждение, торможение и наркоз.

Винокурова А. И. и Гиляровский В. А. О психозах после сыпного тифа и в связи с ним. Психология, неврология и психиатрия. № 1. С. 153-165. 1922.

Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. Медгиз. М. 1946.

Он же. К клинике и психопатологии галлюцинаторных расстройств, развивающихся у шизофреников при лечении наркотическим сном. Невропатология и психиатрия. № 4. С. 5—20. 1939.

Он же. Роль локальных изменений в генезе и структуре галлюцинаций. Вопросы психоневрологии детей и подростков. Т. 3. С. 21-43. М. 1936.

Он же. Об изменениях в душевной сфере при сыпном тифе и в связи с ним. Психология, рефлексология и психиатрия. № 1. С. 136- 151. 1922.

Джеме У. Психология. Петроград. 1916.

Жислин С. Г. О галлюцинозах (к вопросу о снабжении головного мозга при шизофрении). Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. № 7. Стр. 31—46. 1935.

Залкинд Э. Мезеэнцефалический галлюциноз. Невропатология и психология. № 1. С. 85—94. 1937.

Иванов-Смоленский А. Г. Галлюцинации при травматическом психоневрозе. Вопросы изучения и воспитания личности. № 2. С. 327-347. 1920.

Иванова-Яковенко В. С. К вопросу о психических галлюцинациях. Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. № 1. С. 203 — 222.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд. Спб. 1890.

Он же. К учению о галлюцинациях. Медицинское обозрение. Июнь. С. 815—823. 1880.

Корсунский С. М. К психологии Gedankenlautwerden и вербальных галлюцинаций. Проблемы клиники и терапии психических заболеваний. С. 63—91. М. 1936.

Кравков С. В. Очерк психологии. М. 1923.

Малкин Т. Ф. Психозы в связи с вынужденной бессонницей. Тр. Уральского психоневрологического ин-та Т. 2. С. 9—50. Пермь. 1935.

Могилевский Б. Гемфри Деви. М. 1937. (Жизнь замечательных людей. Вып. 16.)

Наумова. Слуховые галлюцинации и слуховой эйдетизм. Современная психоневрология. № 6. С. 129—132. 1934.

Озерецковский Д. С. К учению о навязчивых галлюцинациях. Тр. Психиатрической клиники I МГУ. Т 2. С. 267—281. М. 1927.

Орбели Л. А. Лекции по вопросам высшей нервной деятельности. М.—Л. 1945.

Останков П. А. Чувство ложных конечностей (pseudomelia parasthetica) как симптом нарушения шейной части спинного мозга Обозрение психиатрии. С. 685—691. 1904.

Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности, поведения животных. Условные рефлексы. Сборник статей, докладов, лекций, речей. Изд. 6-е. М.—Л. 1938.

Перельман А. А. К учению о симптомокомплексе Клерамбо—Кандинского. Невропатология и психиатрия. № 3. С. 44—53. 1931.

Познанский А. С. Внушенные обманы восприятия при шизофрении. Современная психоневрология. № 5. С. 125—128. 1933.

Он же. Влияние кофеина на галлюцинации. Советская психоневрология. № 7. С 18—22. 1936.

Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков. 1941.

Он же. Галлюцинации и торможение. Современная психоневрология. № 7. С. 5—13. 1936.

Он же. Делирий и бессонница. Врачебное дело № 2. С. 142—143. 1934.

Протопопов В. П. Патологические основы рациональной терапии шизофрении. Киев. 1946.

Рончевский С. П. К теории галлюцинаций. Невропатология и психиатрия. № 3. С. 53—58. 1941.

Он же. К анализу обманов восприятия при мескалиновом отравлении. Сообщ. 1. Тр. 1-й Сессии Свердловской области. С. 142—148. Пермь. 1937.

Он же. К анализу обманов восприятия при мескалиновом отравлении. Сообщ. 2. Феноменология. Структура сознания. Патофизиология. Сов. невропсихиатрия. Т. 3. С. 182—210. М.—Л., 1940.

Он же. Нарушения сенсорных координации, сенсорный автоматизм и зрительные галлюцинации. Сб. тр. памяти акад. И. П. Павлова. С. 173—188. Л. 1938.

Он же. К патофизиологии алкогольного делирия. Сов. невропатология, психиатрия и психогигиена. № 10. С. 88—98. 1934.

Он же. К вопросу о зрительных галлюцинациях в связи с местными поражениями сенсорного аппарата. Невропатология и психиатрия. № 3. С. 38—56. 1933.

Рончевский С. П. и Скальская Б. В. Об обманах восприятия у детей. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. № 9—10. С. 221—232. 1935.

Он же. Экспериментально-клинические данные к вопросу о галлюцинациях. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. С. 10—23. 1935.

Саркисов С. А., Русинов В. С., Ливанов. Н., Блинков С. М. Диагностическое значение биоэлектрических токов в клинике ранений центральной нервной системы. Вопросы нейрохирургии. № 8. 2. С. 34—40. 1944.

Сеченов И. М. Избранные труды. М. 1935.

Скворцов К. А. Галлюциноз при сифилисе мозга. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена № 7. С. 163—170. 1935.

Он же. Затяжной галлюциноз при сифилисе мозга. Врачебное дело № 5. С. 271—281. 1933

Он же. Особенности телесных ощущений при шизофрении. Советская невропатология и психиатрия. № 5. 1935.

Сумбаев И. С. О структуре обманов чувств при алкогольном галлюцинозе. Проблемы психопатологии. С. 180—197. Иркутск. 1946.

Он же. О влиянии фармакологических веществ на возникновение и прекращение галлюцинаций и бредовых идей. Современная психоневрология. № 5. С. 11—27. 1932.

Франс А. Жизнь Жанны д'Арк. Полн. собр. соч. Т. 14. М. 1928.

Фролов Ю. П. Высшая нервная деятельность при токсикозах. М. 1944.

Хаймович М. М. Галлюцинация у истериков при ясном сознании. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. С. 354—367. Харьков. 1945.

Шевелев Е. А. и Перельмутер Е. А. К вопросу о взаимоотношениях между галлюцинациями и бредом. Современная психоневрология. № 4. С. 42—52. 1937.

Шмарьян А. С. Психопатологические синдромы при поражениях височных долей мозга. Москва. 1940.

Он же. Слуховые психосенсорные расстройства при поражении височной доли. Невропатология и психиатрия. № 10. С. 111-124. 1937.

Он же. К патофизиологии оптических психосенсорных расстройств. Сов. невропатология и психиатрия. № 5. 1935.

Якобий П. Иоанна д'Арк. Вестник Европы. 1908.

Baillarger J. Physiologie des hallucinations; les deux theories. Ann. méd. psychol. 7, s. 4, 19—39, 1886.

Idem. Des hallucinations psychosensorielles Ann. méd psych., 7, 1-2, 1846.

Ball. Lecons sur les maladies mentales. 2-e édit., Paris, 1881.

Bechterew W. Ueber die Bedeutung der Aufmerksamkeit fur Lokalisation und Entwicklung halluzinatorischen Bilder.

Bnerre de Boismont A. Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions des songes, de l'extase, du magnetisme et du somnambuiisme. 2-éd. Paris, 1852.

Claude H. Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure. Encephale, 5, 345—359. 1930.

Idem. Evolution des idées sur l'hallucination (Position actuelle du problème). Encephale, 5, 361—377, 1932.

## ЛИТЕРАТУРА, ДОБАВЛЕННАЯ РЕДАКТОРОМ

1. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд., перераб. и доп. М. Медицина. 1989.

2. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Под ред. С. Н. Бокова. В 2 т. Ростов-на-Дону. Феникс. 1996. Т. 1. С. 62 и др.

3. Гуревич М. О. Психиатрия. Учебник для мед. ин-тов. М. Медгиз. 1949.

4. Иваницкий А. М., Стрелец В. Б. Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М. Медицина. 1981. Т. 3. С. 22.

5. Изнак А. Ф. Нейрофизиология: основные методы, принципы их использования и оценки результатов. Руководство по психиатрии, под ред. А. С. Тиганова. В 2 т. М. Медицина. 1999. Т. 1. С. 129.

6. Каменева Е. Н. Шизофрения. Клиника и механизмы шизофренического бреда. М. 1957. С. 23).

7. Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. Критике — клинический этюд. СПб. 1890.

8. Коркина М. В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. Учебник. М. Медицина. 1995. С. 60.

9. Морозов Г. В., Шуйский Н. Г. Введение в клиническую психиатрию. Н.Новгород. Изд-во НГМА. 1998.

10. Пивень Б. Н. Ж. невропатол. психиат. 1980. Т. 80. Вып. 11. С. 1674-1679.

11. Рубинштейн С. Я. Материалы совещ. по психол. М. 1957. С. 646-653.

12. Рыбальский М. И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. 2-е изд. перераб. и доп. М. Медицина. 1989. С. 132.

13. Случевский И. Ф. Психиатрия. Медгиз. 1957. С. 144.

14. Смулевич А. Б. Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова. В 2 т. М. Медицина. 1999. Т. 2. С. 466.

15. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. Под ред. А. В. Снежневского. В 2 т. М. Медицина. 1983. Т. 1. С. 30—32, 37.

16. Шумский Н. Г. Руководство по психиатрии, под ред. А. С. Тиганова. В 2 т. М. Медицина. 1999. Т. 2. С. 326.

17. Baillarger J. Psychologie des hallucinations... Ann. med. psychol. 1886. Т. 7, № 4, p.p. 19-39.

18. Ball В. цит. по 9.

19. Bonhoeffer K. Die Psychosen im Gefüge von akuten Infektionen. In Hand-buch der Psychiatric. Leipzig. 1912. Bd. 1: S. 118.
20. Claude EL, Ey H. Evolution des idées sur l'hallucination. Encephale. 1932; T. 5. P. 361-377.
21. DSM-IV. Washington. 1994.
22. Ey H. Traite des hallucinations. Paris. 1973.
23. (Griesinger W.) Гризингер В. Душевные болезни. Пер. с нем. СПб. 1881. С. 102.
24. (ICD-10) МКБ (10 пересмотр). Пер. с англ. СПб. АДИС. 1994.
25. Kempe P., Reimer Ch. Halluzinatorische Phänomene bei Reizentzug. Nervearzt. 1976. Bd. 47. Hf. 12. S. 701-707.
26. Schneider K. Klinische Psychopathologie, 12 unveränderte Auflage. ESC—Stuttgart. 1980.

*Голик А. Н.*

## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- |   |  |
|---|--|
| <p>Автоматизмы моторные 68.<br/>         Автоматизм сенсорный 73.<br/>         Автоматическая артикуляция 17.<br/>         Акоазмы 185, 207.<br/>         Аментивно-делириозные состояния 127.<br/>         Бихевиористы 10.<br/>         Бред 197-200, 202, 209-211, 217.<br/>           — ипохондрический 68, 70, 210.<br/>           — кататимический 198.<br/>           — определение 197.<br/>           — преследования 211.<br/>           — при шизофрении 211, 212-217.<br/>           — при эпилепсии 210, 211.<br/>         Бредообразование катэстетическое 131, 198-199.<br/>         Визуализация представлений 69, 163.<br/>         Внутренние голоса 16.<br/>         Воображение 145.<br/>         Галлюцинант 129.<br/>         Галлюцинаторно-параноидные синдромы 203.<br/>         Галлюцинации 9, 10, 11, 33, 38, 39, 45, 50, 55, 63, 89-91, 99-101, 113, 122, 130-131, 140, 150, 162, 166, 176-177, 184, 207, 214, 217.<br/>           — аффектогенные 140-141.<br/>           — Боннэ Ш. 36.<br/>           — буквенные 108.<br/>           — вербально-моторные кинестетические 18.<br/>           — вербальные 17, 50.<br/>           — внушенные 163.<br/>           — гаптические 107.<br/>           — генез 16, 73, 148, 154, 156, 163, 179, 191, 194.<br/>           — гипнагогические 152.<br/>           — динамика 32.<br/>           — зрительные 14, 42, 52, 76, 79, 81, 84, 107, 123, 127, 129, 133,</p> | <p>140-141, 144-146, 154-157, 160, 162, 165, 177, 186-187, 190.<br/>           — величина образов 186-187.<br/>           — и острота зрения 164.<br/>           — идегенные 140, 148.<br/>           — императивные 170.<br/>           — истинные 129-130, 192.<br/>           — классификации 29—30.<br/>           — кожные 107.<br/>           — комбинированные 133.<br/>           — микроманические 187.<br/>           — навязчивые 148.<br/>           — обонятельные 14, 107, 123.<br/>           — общего чувства 107, 155.<br/>           — оптические 85.<br/>           — определение 9, 150, 191.<br/>           — патогенез 151-196.<br/>           — просоночные 152.<br/>           — психические 11, 20, 193, 195.<br/>           — психогенные 133, 137, 144, 147-148, 150, 179.<br/>           — аффектогенные 140—142.<br/>           — криминальных больных 142-144.<br/>           — религиозного содержания 133-140.<br/>           — у детей 59, 144—147.<br/>           — психологически понятные 123.<br/>           — психомоторные 20.<br/>           — речеводвигательные 66.<br/>           — слуховые 10, 11, 17, 54, 59-50, 73, 78, 80-81, 94, 97, 107-108, 123, 143, 146, 155-156, 168, 170, 175, 177, 188, 190.<br/>           — тактильные 78, 81.<br/>           — токсические 76.<br/>           — функциональные 70-73.<br/>           — чистые вербально-моторные 17.<br/>           — экспериментальные 23.<br/>         Галлюцинации<br/>           — в качестве ауры 211.</p> |
|---|--|

— и анализаторы 47-48.  
 — и бред 77, 93, 162, 209-210.  
 — и вестибулярная система 89-90.  
 — и воображение 145, 149.  
 — и гиперпатии 113.  
 — и движение 17, 18.  
 — у детей 144-147, 155.  
 — у душевноздоровых 119, 140.  
 — и изменение слуха 60.  
 — и критика 74, 64.  
 — как убеждение, вера 10.  
 — и мозг 9, 60, 91, 191.  
 — кора затылочной доли 18, 180-181.  
 — лобная кора 18.  
 — височная область 75, 175, 181.  
 — и оглушение 101.  
 — и опухоли 14, 54.  
 — органы чувств 18.  
 — отличие от представлений 11.  
 — отличие от воспоминаний и фантазий 10.  
 — патогенез 151.  
 — представления 149, 163, 184, 190.  
 — и расстройства сознания 16.  
 — сенсорные пути 73.  
 — и сознание 80, 133, 124, 146, 140, 181.  
 — и судорожные приступы 94, 209-211-215.  
 — и фантазии 143.  
 — хронаксия 164.  
 — при шизофрении 73, 80, 84, 211-215.  
 — и эйдетизм 155, 166.  
 — энцефалиты 22.  
 — эпилепсии 165, 209, 211.  
 — и ЭЭГ 166, 168, 171-173, 176, 178, 181, 183, 193.  
 Галлюциноз 73-75, 93-94, 97, 166-167, 178, 202.  
 Гиперпатии 88, 113-118, 191, 199.  
 — акустические (оптические) 115.  
 Гиперэндофазия 18.  
 Грезовые состояния 54.  
 Делирий 77-79, 81, 85, 92, 98, 101-103, 104-105, 106, 109, 161-162, 178, 200.

Дипсомания 93.  
 Дисмегалопсии 62.  
 Дистрофия 161.  
 Дисфория 210.  
 Душевный автоматизм 16.  
 Иллюзорное истолкование 80.  
 Интерорецепция 131, 199.  
 Кортикализация 130.  
 Личность преппсихотическая 204.  
 Маниакально-депрессивный психоз 93.  
 Мантизм 16.  
 Метаморфопсия 155.  
 Наплывы мыслей 16, 64.  
 Насильственное мышление 16.  
 Онейроидные состояния 80.  
 Псевдогаллюцинации 10, 11, 15, 16, 90, 193, 195-196.  
 Психоз инволюционный 71.  
 — малярийный 93.  
 Психология больного 124.  
 Представления 11, 129.  
 — визуализация 163.  
 — навязчивые 143.  
 Растерянность 190.  
 Роль органов чувств 12.  
 — автоматизмы 15, 16.  
 — виды: чувственный, двигательный, идейно-словесный 16.  
 Симптом Гиляровского 79.  
 — Липмана 79.  
 — Рейхардта 79.  
 Синдром Кандинского—Клерамбо 60.  
 Схема тела расстройства 161.  
 Фантазии 145.  
 Фосфен 185.  
 Чувствительность протопатическая 70.  
 Эйдетизм 144.  
 Эпилепсия 210.  
 Эхо мыслей 16, 17.  
 — развертывание воспоминаний 16.

## ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

Александровский А.Б. 84.  
 Аменицкий Д.А. 201.  
 Англад\* 197-198.  
 Антон Г. (Anton G.) 54.  
 Байарже Ж. (Baillarger J.) 10-12, 14, 16, 20, 22, 101, 115, 117, 152, 190, 192, 193.  
 Байль\* 20, 31.  
 Балле (Balle B.) 16.  
 Бальзак О. 149.  
 Барюк А. (Barak H.) 19-20, 119, 123, 164.  
 Бейль П. (Bayle P.) 149.  
 Берингер К. (Beringer K.) 197.  
 Беритов И. 187.  
 Бехтерев В.М. 26.  
 Берц Х. (Berze J.) 197.  
 Блейлер Э. (Bleuler E.) 16, 31, 197-198.  
 Богаэрт В. (Bogaert V.) 109.  
 Бонгеффер К. (Bonhoeffer K.) 91, 110.  
 Боннэ Ш. (Bonnet Ch.) 36-37.  
 Буасмон Бриер де\* 16.  
 Бумке О. (Витке О.) 198.  
 Быков К.М. 131.  
 Введенский Н.Е. 165.  
 Вернике К. (Wernicke C.) 197.  
 Вольтер 134.  
 Воробьев А. 187.  
 Вундт В. (Wundt W.) 21, 31.  
 Гаген Ж. (Hagen J.) 10, 193.  
 Гедеванишвили Д. 187.  
 Геннеберг 198, 216.  
 Геншен\* 14.  
 Гитциг\* 13.  
 Голант Р.Я. 93.  
 Гольденберг М.А. 28, 81, 154.  
 Горький А.М. 150.  
 Гойхер Б.Ф. 93.

Гризингер В. (Griesinger W.) 11-12.  
 Груле Г. (Gruhle H.W.) 197-198, 210, 216.  
 Гуревич М.О. 53.  
 Гюго В. 149.  
 Деви Г.\* 76.  
 Дельбеф\* 63, 120.  
 Детенгоф Ф.Ф. 93, 113.  
 Джагаров М.А. 27, 81, 154.  
 Джексон Д.Х. (Jakson H.) 14.  
 Джемс\* 43-44, 140.  
 Добряков О.А. 164.  
 Достоевский Ф.М. 150.  
 Егоровская Е.Т. 77.  
 Жане П. (Janet P.) 16.  
 Золя Э. 137.  
 Эй А. (Ey H.) 9, 15, 18.  
 Кальбаум К. (Kahlbaum K.) 13.  
 Кандинский В.Х. 16, 22, 25, 29, 185, 193-195, 212.  
 Клерамбо Г. (Clerambault G.) 15, 16, 20, 64-65, 68, 61, 74.  
 Клод А. (Claude H.) 9, 15-16, 106, 124, 188, 197.  
 Клоетт\* 153.  
 Корсаков С.С. 25.  
 Коцовский А.Д. 85.  
 Крамер А. (Cramer A.) 45.  
 Крепелин Э. (Kraepelin E.) 110, 175.  
 Лейбушер\* 13, 22, 31, 65.  
 Лермитт Ж. (Lhermitte J.) 188.  
 Лермонтов М.Ю. 129.  
 Ливанов М.Н. 166, 175, 178, 180, 189.  
 Липман Г. (Lipmann H.) 79.  
 Лукомский И. И. 107.  
 Магницкий А.Н. 165.  
 Майер Г.В. (Maier H.W.) 79-80, 198.

- Маньян В. (Mangan V.) 79.  
 Мариллие\* 120.  
 Мейнерт Т. (Meynert Th.) 12.  
 Моро де Тур Ж. (Moreau de Tours J.) 11, 14, 23, 152, 188.  
 Морзье Ж. (Morsier G de) 36, 164.  
 Мург Р. (Mourque R.) 16, 19-20, 49, 131  
 Наумов В.В. 166.  
 Озерецковский Д.С. 148.  
 Орбели Л.А. 187.  
 Осипов В.П. 26, 152.  
 Павлов И.П. 26, 90, 99, 129, 151-153, 165.  
 Пастернацкий И.Р. 154.  
 Пик А. (Pick A.) 37-38, 63, 69, 108.  
 Попов Е.А. 26, 37, 152, 166, 178  
 Пинель Ф. (Pinel Ph.) 21.  
 Ранкуль\* 106, 108, 112.  
 Рейхардт М. (Reichardt M.) 79, 161.  
 Рибо Т. (Ribot Th.) 17.  
 Рише П.\* 134.  
 Розенбаум\* 165.  
 Рончевский С.П. 26, 186.  
 Рудник А.И. 164.  
 Сегла Ж. (Seglas J.) 17, 19-20, 148.  
 Сеченов И.М. 26, 131, 185.  
 Скворцов К.А. 60, 72, 124-125.  
 Смирнов Л.О. 111.  
 Смирнова Н.И. 180.  
 Снесарев П.Е. 111.  
 Соваж\* 190.  
 Соколов\* 72.  
 Сперанский А.Д. 52, 115, 154.  
 Стрелюхин А.К. 28.  
 Сури\* 13, 65, 151, 168, 183.  
 Тамбурины А. (Tamburini A.) 13, 22, 31, 65.  
 Тинел\* 119.  
 Толстой Л.Н. 150.  
 Топорков Н.Н. 28.  
 Тулуз 197.  
 Фальре Ж. (Falret J.) 11.  
 Феррье 13.  
 Флобер Г. 149.  
 Франс А. 134, 136  
 Фритч 13.  
 Фролов Ю.П. 94.  
 Хэд Х. (Head H.) 121-125.  
 Цион\* 19.  
 Цуккер\* 85.  
 Чехов А.П. 150.  
 Шарко Ж. (Charcot J.) 134.  
 Шасслен\* 197.  
 Шевалев Е.А. 202.  
 Шиллер Ф. 134.  
 Шмарьян А.С. 53.  
 Шостакович В.В. 81, 154.  
 Штранский 197.  
 Эвальд 111.  
 Эллис\* 83.  
 Элсин 189.  
 Энгель\* 165.  
 Эскироль Ж. (Esquirol J.) 9-10, 12, 21, 174, 184.  
 Якоби П. 136-137.  
 Ясперс К. (Jaspers K.) 198.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Фамилии авторов, обозначенные \*, даны в редакции В. А. Гиляровского.