

616.8  
Б516

П Р О Ф.

А. Н. Б Е Р Н Ш Т Е Й Н

К Л И Н И Ч Е С К И Е  
П Р И Е М Ы  
П С И Х О Л О Г И Ч Е С К О Г О  
И С С Л Е Д О В А Н И Я  
Д У Ш Е В Н О -  
Б О Л Ъ Н Ы Х



ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
ИЗДАТЕЛЬСТВО

МОСКВА

**Ал. Н. БЕРНШТЕЙН**

Профессор 1-го Московского Государственного Университета  
Директор Московского Государственного Психоневрологического Института

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХ**

**Опыт экспериментально-клинической схемиотики интеллектуальных  
расстройств**

Издание второе, исправленное и дополненное

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МОСКВА**

Гиз. № 2526.

Р. Ц. № 1238.

4.100 экз.

---

1-я тип. Главн. Упр. Государств. Издат. Петроград, Б. Болотная, 10.



## ПРЕДИСЛОВИЕ К ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ.

Первое издание, вышедшее в свет в 1911 г. разошлось к началу войны, и тогда же стала чувствоваться потребность в новом издании. Долголетняя оторванность от Запада и разобщенность с западной литературой тормозили стремления приступить к переработке этого сочинения; думалось, что в европейской литературе за это время накопилось много нового методологического материала, с которым необходимо ознакомиться, который необходимо проверить и который необходимо включить во второе издание, чтобы поднять его до уровня современного положения вопроса об экспериментальном исследовании больной психики. В настоящее время литературное общение с Западом постепенно восстанавливается, но с прискорбием приходится констатировать, что за истекшее время и там не сделано ничего в том направлении, которое лежит в основе моей клинической работы.

Попрежнему исследователи продолжают интересоваться либо методами, дающими условные практические мерилы общего уровня интеллекта или—лучше сказать—интеллигентности (как метод Binet-Simon'a с его вариантами) на основании количественного установления правильно разрешенных задач,—либо методами, устанавливающими корреляции (соотношения) быстроты или успешности выполнения ряда параллельных заданий, взятых более или менее произвольно. Предлагаемая мною система установления формальных механизмов умственной работы в конкретных комплексах законченных отграниченных задач, серии которых построены однородно, является поэтому и до сих пор единственною в своем роде; поэтому и дополнения, внесенные в настоящее издание, относятся лишь к тому, что мне самому представляется требующим дополнений; они касаются, с одной стороны, теоретического обоснования самой системы, а с другой—сводятся к включению в систему нескольких добавочных приемов.

Хотя, по имеющимся у меня сведениям, предлагаемая система и получила некоторое распространение (и не только



в России) и ею пользуются не только в психиатрической, но и в медико-педагогической практике, тем не менее за отсутствием в печати данных о результатах этих работ, я вынужден и в этом издании пользоваться исключительно примерами, заимствованными из собственного клинического материала, в первоначальном собирании которого помогали мне бывшие мои сотрудники по бывшему Центральному приемному покою для душевно-больных Т. Ф. Богданов, В. А. Гиляровский, П. М. Зиновьев и Ф. Ф. Чарнецкий. Разумеется, то обстоятельство, что все данные исходят из одного наблюдательного источника, должно быть учтено.

Позволяю себе рассчитывать, что наблюдающийся в настоящее время подъем влечения к знанию и к научной работе привлечет внимание исследователей и к той области, в которую ведет эта книга. Я почту себя удовлетворенным, если она подкрепит и направит на указываемую мною дорогу начавшееся до возникновения мировой войны экспериментальное изучение душевно-больных в России и возродит контрольную проверку и дополнение предлагаемой здесь системы.

Москва  
15-го ноября 1921 г.

## ВВЕДЕНИЕ.

Учение о душевных болезнях переживает в настоящее время чрезвычайно интересный период нового строительства. Внимание исследователей в течение многих лет было направлено на уловление сущности психических расстройств в их патолого-анатомических и химико-физиологических основах, в которых справедливо усматривались безусловно-объективные и наглядно-убедительные факторы измененного психического функционирования; теперь оно снова возвратилось к изучению клинических фактов, как неизбежных исходных пунктов всякого психиатрического исследования. Однако это возвращение в клинику не является возвратом к прошлому. Искусившееся в точных определенностях лабораторного эксперимента и закономерных повторяемостях микроскопической аутопсии, научное влечение не может удовлетвориться восхищенным созерцанием и любительским коллекционированием клинических разновидностей; научное влечение властно вносит в обиход клинического изучения те же приемы, те же методы, какими пользуется всякое объективно-направленное исследование: измерение и эксперимент.

Если, приступая к изучению клинических проявлений душевного расстройства, задаться вопросом о характере того психологического материала, который подлежит исследованию, то прежде всего придется установить самодовлеющее определение этого материала, не связанное с вопросом о психической норме.

Конечно, определение этого материала, как „ненормального“, ни с какой точки зрения не является его характеристикой. Если отрицательное определение едва ли вообще может быть принято, как определение, то в данном случае неприемлемость его усугубляется отсутствием устойчивого определения самой психической нормы. Более точным является определение его, как „болезненного“, причем установление критерия болезненности должно производиться не путем отграничения от здоровых психических продукций, а путем сравнительной характеристики таких психических продукций, которые являются заведомыми и явными производными определенных и ярких болезненных состояний: резкие расстройства, уловленные не в переходных и пограничных зонах, а в областях пышного расцвета болезни, могут быть охарактеризованы сами в

себе своими признаками, отграничивающими их *in specie* друг от друга; и эти-то признаки должны быть очерчены истинно-специфическими линиями, из которых строится и фигура и картина болезни. Эти признаки, эти проявления болезненной душевной жизни укладываются, как и в здоровой психике, в рамки интеллектуальных продукций, эмоциональных переживаний и волевых актов; в них приходится—в патологии, как и в норме—различать их форму и содержание.

Содержание психики представляет тот запас знаний, отношений, чувств и желаний, который является материалом, образующим нашу душевную жизнь, составляющим нашу психическую личность, наше индивидуальное „я“; в него входят минувшие и текущие переживания и впечатления, с их субъективными осложнениями и продуктами их взаимоотношений и взаимных влияний; в него входят определенно-окрашенные и индивидуально-детерминированные симпатии и антипатии, влечения и чаяния; само собою разумеется, что содержание сознания представляется настолько индивидуальным, изменчивым и различным, что не только не мыслимы два человека с одинаковым содержанием психической жизни, но не мыслимы и у одного и того же человека два момента, когда бы содержание его психики являлось вполне тождественным.

Под формами душевной жизни и деятельности следует понимать те закономерные последовательности в порядке взаимоотношения, течения и чередования психических процессов, которые определяют расположение, направление и завершение промежуточных и конечных продукций психического функционирования; являясь абстракциями эмпирически наблюдаемых закономерностей совершения душевных процессов, всеобщие формы психического функционирования представляются в то же время очевидным коррелятом тех анатомо-физиологических механизмов, которые предуказаны самой архитектурой головного мозга и всей нервной системы; само собою разумеется, что насколько содержание душевной жизни представляется комплексом строго индивидуальным, настолько формы ее представляются всеобщими, одинаково присущими различным людям, независимо от их национальности, индивидуальности, умственной силы и степени интеллектуального развития. Содержание душевной жизни отличает, отделяет одного человека от другого; формы душевной жизни в общем одинаковы для всех психически здоровых людей, а в деталях—могут быть сведены к немногим групповым типам.

При душевном заболевании оказываются пострадавшими и содержание, и формы психической жизни; но осно-



вания извращения того и другого являются принципиально не равноценными. Измененное содержание психической жизни в душевных болезнях прежде всего бросается в глаза: бредовые продукции, неправильные истолкования окружающей обстановки и событий, ложные воспоминания и т. п. прежде всего привлекают к себе внимание наблюдателя своим явным несоответствием с тем, с чем мы привыкли встречаться в здоровой жизни. Однако клиническое наблюдение последних десятилетий, освободившееся от увлекательности симптоматологического живописания, с несомненностью установило, что все причудливое и хаотическое разнообразие прихотливых конструкций и комбинаций бредовых узоров, беспорядочных действий, нелепых поступков и влечений представляется лишь проявлением нарушения и извращения форм душевной деятельности, совершающегося под влиянием тех анатомо-физиологических и химических процессов, которые составляют материальный субстрат болезни. Содержание психики изменяется лишь постольку, поскольку формальные изменения интеллекта и аффекта и их взаимоотношений, выражающихся в самооценке, мировоззрении, побуждениях и влечениях, извращают и нарушают строй душевной жизни. Только в виду того, что формальные изменения могут выражаться не иначе, как через посредство содержательных комплексов. — изменение последних кажется занимающим передний план и исчерпывающим сущность душевного расстройства: содержательные беспорядочности сами себя навязывают наблюдателю своею очевидной индивидуальной аномальностью и оставляют в тени те скрытые механизмы формальных нарушений, которые, однако, обнаруживают свою наличность и деятельность в конечных результатах психического функционирования; во внешних патологических содержательных продукциях интеллектуальных, эмоциональных и волевых скрывается за явным болезненным содержанием тайная работа болезненных извращающих факторов. Она дает себя знать не только в интеллектуальной сфере, где она приводит к неправильностям усвоения и осмысления, к расстройствам памяти и т. д.; формальные расстройства психических механизмов сказываются и в эмоциональной сфере, создавая длительные однотонные настроения, нарушая связи между ассоциированными интеллектуально-эмоциональными комплексами и т. д.; сказываются они и в волевой сфере, где они обуславливают импульсивные и автоматические действия, негативизм и персеверацию и т. п.

Клиническое изучение психопатологического материала с несомненностью установило, что каждой нозологической группе присущ определенный ряд формальных особенно-

стей психического функционирования, характеризующий данную группу с психологической стороны. Эти особенности сопровождают болезнь на протяжении всего ее течения, колеблясь в своей интенсивности, но обычно не изглаживаясь даже по миновании явного приступа болезни; в одних случаях они бывают выражены более резко, в других более мягко; в одних преобладают одни, в других другие из ряда специфических формальных расстройств, свойственных данной группе. Но наличие их всегда можно установить в каждом болезненном случае; для этого их только следует искать, и, не ограничиваясь выжидательным наблюдением, стремиться к проявлению и уловлению их путем исследования и к определению их при помощи эксперимента.

Для означенной цели, очевидно, не пригоден обычный психологический эксперимент, ставящий своею основной задачей измерение и количественную оценку психических продукций, т.-е. конечных результатов того или иного экспериментального задания.

Дело в том, что одинаковые результаты, оцениваемые одинаковым показателем времени, успешности и т. д., отнюдь не свидетельствуют об одинаковом механизме работы, и, наоборот, различные результаты вовсе не постулируют различия форм деятельности. Имея в виду уловление и определение последних, необходимо применение таких экспериментальных методов, которые давали бы нам доступ в самую психическую лабораторию, вскрывали бы пред нами воочию подготовительные и деятельные механизмы психической работы, позволяли бы присутствовать при последовательном поступательном движении интеллектуальных, эмоциональных и волевых процессов, каково бы ни было их содержание.

Эти наглядные методы исследования я назвал бы формулирующими, в отличие от общепринятых измеряющих, в виду того, что объектом их является не столько окончательный результат эксперимента, сколько тот путь, который привел к окончательному результату; целью исследования является не столько *quid*, сколько *quo modo*; не степень расстройства, определяемая коэффициентом, а схема расстройства, проявленная механизмом функционирования, должна быть извлечена из экспериментального материала.

Указанное сейчас различие между обоими рядами методов может быть наглядно объяснено на примере, заимствованном из общей клинической медицины. Простое сосчитывание пульса больного дает нам представление о частоте сердечных ударов, но для представления о характере сердечной деятельности нам необходима сфигмо-

грамма, дающая графическое изображение формального механизма этой деятельности в различные моменты последовательных стадий сокращения.

Построенные на этом основании экспериментальные методы дают нам одновременно, как возможность проникнуть в общую и частную механику душевных расстройств и их частичных проявлений, так и возможность разбираться в каждом специальном случае психического заболевания: у конкретного больного схема отдельных расстройств покажет нам принадлежность его к той или иной нозологической группе (или к нескольким группам одновременно, как, напр., алкоголизм и раннее слабоумие, циркулярный психоз и артериосклероз и т. п.), тогда как степень продуктивности, т.-е. измерительная оценка результата в лучшем случае позволит определить только положение исследуемого в границах самой группы, или другими словами, сравнительно оценить глубину поражения.

Само собою разумеется, что для целей нозологической диагностики качественное определение характера формальных расстройств душевной деятельности представляется более важным, чем количественная оценка, значение которой ограничивается индивидуальной диагностикой в пределах группы. Но из сказанного следует, что полная диагностика должна строиться из обоих факторов, т.-е. из качественного и количественного анализа психики больного<sup>1)</sup>.

Конструкция формулирующих методов исследования имеет в виду не столько отграниченные способности или свойства психики (память, внимание и т. п.), сколько конкретные психические комплексы (сопоставление, осмысление и т. п.), определяемые рамками самого исследующего метода, так как задача сводится лишь к сравнительно формальной характеристике, а не к абсолютно-догматической оценке материала. Такая характеристика может быть извлечена и вне-экспериментальным путем из произвольных речевых, мимических и двигательных продукций больного, если, оставляя в стороне их индивидуальное содержание, оценивать лишь формальные особенности их построения: так можно констатировать и различить кататони-

---

<sup>1)</sup> Необходимо иметь в виду, что для установления оценки количественно-измерительной необходимы многократно повторные исследования свычислением средних величин; для установления формулы достаточно однократного исследования, т. к. механизм — установка устойчивая, не дающая колебаний. Повторное исследование с помощью аналогичного приема бывает нужно только для большей уверенности исследователя в правильности произведенного им установления психического механизма работы.



ческую откликаемость и циркулярную отвлекаемость, стереотипию и персеверацию, апперцептивные и императивные галлюцинации и т. п.; по отношению к эмоциональным и волевым расстройствам пока приходится довольствоваться главным образом именно такою вне-экспериментальной формулировкой. Но по отношению к интеллектуальной сфере, где экспериментальное вмешательство легко осуществимо, эксперимент значительно упрощает и облегчает оценку, механизмируя ее приемы и оперируя с заведомо сравнимыми и тождественными данными (tests).

Раз дело идет о нарушениях формы, т.-е. о явлениях основных и постоянных, то очевидно эти нарушения дадут себя знать в продуктах любого содержания, не только того, которое самостоятельно всплыло в сознании больного, но и того, которое было подсказано извне; отсюда ясно, что, предоставляя всем больным под ряд перерабатывать одни и те же задания, с раз навсегда выработанной формой и содержанием, мы получим в результате исследования вполне однородные, вполне сравнимые материалы, которые будут различаться между собою не в том, в чем индивидуальность одного больного различается от индивидуальности другого, а в том, в чем формальные расстройства, свойственные болезни одного, будут различаться от изменений формы душевной деятельности, свойственных болезни другого.

В результате такого психологического исследования, психические проявления отдельных душевных болезней окажутся сведенными к ряду более или менее простых общих формул, из которых каждая будет представлять собой как бы формальный психологический остов определенной душевной болезни. На этих основаниях и строится объективное психологическое исследование душевно-больных, имеющее целью построить экспериментальную симптоматиологию душевных болезней, как для их объективного изучения, так и для их объективного распознавания.

Настоящий труд представляет попытку систематической разработки частной диагностики душевных болезней на изложенных выше основаниях и в связи с современным состоянием сейчас упомянутой экспериментальной симптоматиологии. Эта попытка представляет лишь разрозненные обрывки будущей системы, которая может создаться только продолжительными соединенными трудами многих клинических работников. Она должна быть рассматриваема, как один из первых кирпичей будущего грандиозного здания.

Не во всех методах, отчасти построенных мною самим, отчасти заимствованных из различных источников,

мне удалось всецело осуществить основную мысль выявления функционального механизма интеллектуального процесса; в некоторых отношениях мне удалось лишь более или менее приблизиться к этой цели или даже только ограничиться качественной оценкой конечного результата исследования; количественным определениям ни в одной из групп моей системы не придается существенного значения.

В подборе клинических методов психологического исследования я не ставил себе неосуществимой задачи обнять все стороны душевной жизни; даже всех сторон интеллектуальной деятельности я покуда не пытался охватить. Но, преследуя практические цели клинического распознавания, я ограничился пока лишь некоторыми интеллектуальными комплексами, относящимися к воспринимающей, обрабатывающей, запечатлевающей и воспроизводящей функциям интеллекта, и дающими если не полную, то все же определенную характеристику формальных особенностей умственной деятельности исследуемого. Интеллектуальные комплексы, функциональный механизм которых обнаруживается при исследовании по предлагаемому плану, как я уже упоминал, не всегда соответствуют каким-либо определенным аналитическим рубрикам или классам систематической описательной психологии; их рамки намечаются самими методами, предназначенными для сравнительно объективной характеристики конкретного материала, а не для его абсолютно-философской оценки.

Большинство предлагаемых мною методов исследования построено таким образом, что в качестве раздражителей фигурируют зрительные объекты. Так как, за исключением исследования восприятия и усвоения, во всех исследованиях имеются в виду не столько центростремительные, сколько интерцентральные и центробежные психические акты, для которых внешнее раздражение дает лишь повод и материал, то для характера течения и совершения самого акта принадлежность первоначального стимула к зрительной или слуховой или иной группе ощущений имеет лишь второстепенное значение. Зато зрительные объекты более чем какие-либо другие гарантируют возможность удовлетворить основному требованию всякого эксперимента — однородности и постоянству раздражения, позволяя удлинять по произволу продолжительность сложного раздражения, не изменяя его интенсивности.

Чтобы пользоваться предлагаемым мною планом и методикой исследования для клинического распознавания, необходимо оценивать данные результатов, получаемых

в отдельных случаях, по сравнению со схемами, выработанными на основании систематического исследования длинного ряда больных. Повторяю, что схемы эти отнюдь не должны рассматриваться, как исчерпывающие всесторонние формулы интеллектуальных расстройств, характеризующих отдельные нозологические группы; они дают лишь основы некоторых сторон формальных особенностей интеллектуального функционирования; констатирования их в громадном большинстве случаев оказывается однако вполне достаточным для клинической диагностики.

Основное требование, которое должно быть предъявлено к объективным методам клинического исследования душевно-больных, это то, которое ставится всем клиническим диагностическим приемам: они должны прежде всего вести прямым путем к цели и служить проявителями тех расстройств, на выяснение которых они направлены; они должны быть просты, доступны, быстры, дешевы и доказательны; они должны быть применимы при всяких условиях, при всякой обстановке, ко всяким больным.

В большинстве методов, которыми я пользуюсь, имеется несколько градаций, в которых задачи, оставаясь одинаковыми по существу и по форме, варьируют по степени трудности. Градации эти установлены чисто эмпирическим путем и не дают оснований для точной количественной оценки интенсивности того или иного функционального расстройства; но они и не имеют в виду такой оценки. Исследование имеет целью вскрыть формальные нарушения, проявление которых (говоря не математически) обратно пропорционально трудности предлагаемой задачи; интенсивное расстройство проявляется уже при наиболее легкой задаче, и более трудные задачи нужны лишь для того, чтобы обнаружить слабую степень расстройства: поэтому последовательное (хотя бы не строго постепенное) затруднение задачи ведет лишь к тому, чтобы обнаружить в легких случаях то же расстройство, которое в тяжелых случаях обнаруживается уже и при легких задачах; не измеряя интенсивности расстройства, трудная задача служит лишь для того, чтобы вскрыть его там, где задача легкая не даст материала для его проявления. Не сомневаюсь, что, быть может, и наиболее трудные из моих задач не достаточно трудны для некоторых легких случаев.

Что касается интенсивности расстройств, то этими градациями они оцениваются лишь относительно, в смысле сравнения интенсивности расстройства в разное время или в разных случаях, а не в смысле абсолютной оценки интенсивности расстройств данного случая.



## МЕТОДИКА.

### Исследование интеллектуальной сферы.

В воспринимающих (познавательных) функциях выделяются мною при исследовании три функциональные комплекса: восприятие (узнавание), усвоение и осмысление.

Под восприятием я подразумеваю тот интеллектуальный процесс, который приводит к простому *узнаванию* заведомо знакомой квалифицированной суммы ощущений, не требующей спецификации, и к определению его соответствующим словом (названием); здесь дело идет о непосредственной идентификации, т.-е. отождествлении представляющегося объекта с соответствующим интеллектуальным образом (напр., стол, клетка, топор, дом, лампа). В области зрительных восприятий исследование сводится к констатированию способности или возможности определить по форме действительного или нарисованного объекта его реальное значение. Больному показывают ряд обыденных предметов (свеча, ложка, спичка, карандаш и т. п.) или их изображений, сначала раскрашенных и крупных, а затем черных и мелких; при расстройствах восприятия обыкновенно действительные предметы узнаются лучше, чем изображенные на картине, а из нарисованных— раскрашенные лучше, нежели черные; этой градацией можно пользоваться для приблизительной оценки степени расстройства восприятия. Пособием для исследования может служить любая детская книжка с раскрашенными картинками, букварь и т. п. Удобно для этой цели швейцарское издание Orell Füssli (Bildersaal für den Sprachunterricht), заключающее в трех последовательных книжках обильный материал для исследования восприятия, усвоения и осмысления.

Под усвоением я подразумеваю тот интеллектуальный процесс, который приводит к частной оценке или индивидуальному определению представляющегося простого комплекса на основании его отличительных признаков;

сюда относится оценка действия или состояния, проявляющегося в позе или атрибутах действующего на картине лица, или спецификация комплекса, отвечающего на вопросы: Кто это? Что это? Что делает? (напр., повар, учитель—кухня, погреб,—колет дрова, чистит сапоги). И здесь исследование сводится к показыванию картинок соответствующего содержания (напр., рис. 1). Пособием для исследования и здесь могут служить буквари и детские книжки с картинками, какие употребляются для наглядного обучения.

Под осмыслением я понимаю тот интеллектуальный акт, который ведет к уловлению смысла сложного



Рис. 1.

комплекса путем усвоения и сравнительной оценки входящих в его состав деталей элементов; всего удобнее состояние осмысляющей способности исследуется при помощи показывания картин более или менее сложного содержания (осмысление одновременно представляющихся комплексов) или ряда картин, изображающих последовательные фазы какого-либо события (осмысление ряда последовательно представляющихся комплексов или комбинирующее осмысление); для этой цели может быть использован и прием, предложенный Моеллегом, который заключается в прочитывании и пересказе особо подобранных рассказов, в которых смысл и оценка события не выражена непосредственно словами, а вытекает из общей совокупности содержания (напр., известный рассказ о том, как солдат из

топора кашу варил, или рассказы, приводимые в выноске <sup>1)</sup>. Конечно, этот прием применим лишь в тех случаях, где исследование памяти (см. ниже) показывает, что больной обладает необходимою для выполнения этой задачи степенью способности запоминания и воспроизведения. Хотя в некоторых случаях, как мы увидим, этот прием дает некоторые результаты, интересные в смысле дифференциальной диагностики, но им следует пользоваться лишь как вспомогательным. Метод осмысления картинок я предпочитаю методу уловления смысла анекдотов потому, что при моем методе мы не только получаем в конечном результате материал для суждения об осмысляющей функции, но имеем возможность проследить весь последовательный ход процесса осмысления и оценить все характерные особенности его механизма; при его помощи мы получаем возможность изучить тот путь, по которому идет больной, постепенно добираясь до смысла урочного комплекса, и уяснить тот метод, которым он пользуется, чтобы дойти до цели.

Простейшим видом осмысления может считаться обобщение; способность обобщения можно исследовать по способу Zichen'a (Generalisationsfragen), предлагая, напр., обозначить одним словом орла, утку, гуся, аиста, курицу. Я предпочитаю и здесь пользоваться зрительными объектами, показывая исследуемому страницу картинок, изображающих птиц, или домашних четвероногих, или мебель, музыкальные инструменты и т. п.

Для исследования простого осмысления я пользуюсь подходящими картинками русских художников (на открытках или в альбомах), как, напр., изображенные на рис. 25 Панихида Савицкого и на рис. 2 Хор Ярошенко; для исследования комбинирующего осмысления я употребляю картинки, изданные И. С. Михеевым („Сочинение в начальной школе по картинкам“. Казань. Изд. Башмакова), наклеивая их на таблицу (см. рис. 3 и 24) или специально изготовленными по моим указаниям сериями (см. рис. 4 и 5).

Нормальный тип осмысления, поскольку он обнаруживается с помощью предлагаемого метода, заключается в том, что детальные элементы комплекса, будучи усвоены,

---

<sup>1)</sup> I. Одному мужику захотелось есть. Купил он калач, съел, но не стал сыт. Купил он второй калач, съел его, а есть попрежнему хочется. Купил он третий калач, съел его, а есть все еще хочется. Купил он тогда баранок, съел одну и сразу стал сыт. Ударил себя мужик по лбу и говорит: „Экий я дурак! И зачем я столько калачей переел; мне бы надо баранку съесть сначала“.

II. Собака стерегла двор. Она увидела старика с сумой и начала на него лаять. Бедняк стал просить ее: „Не лай на меня, я не ел два дня и умираю с голоду“. Собака сказала бедняку: „Люди услышат мой лай и накормят тебя“.



распределяются на существенные и побочные, причем последние элиминируются, а первые ставятся в надлежащую связь друг с другом. Таким образом совокупный процесс распадается на два стадия: стадий усвоения и сравнительной оценки элементов и стадий объединения их в связное целое; эти оба стадия ясно выступают и при исследовании, выражаясь в том, что в течение первого стадия идет словесное описание деталей (составление инвентаря), в течение второго—определение содержания картины или повествование; преобладание в передаче описания или повествования составляет характеристику



Рис. 2.

меньшей или большей силы осмысления, тогда как характер конечного результата дает оценку его глубины. При нормальных условиях описательная часть обыкновенно отсутствует, как видно, напр., из следующей дословной записи пересказа здоровой девочки 16 лет, относящегося к среднему ряду картинок, изображенных на рис. 3.

„Одна старуха опускала ведро в колодезь, а мальчик видел это все и хотел спустить ведро; он схватился за веревку, но в это время веревка оборвалась, и он упал в колодезь; и его вытащили“.

У детей более раннего возраста описательный элемент выступает в большей или меньшей степени, причем различие постепенности его появления легче проследить при

исследовании комбинирующего осмысления. При таком исследовании можно отметить, что описательный элемент

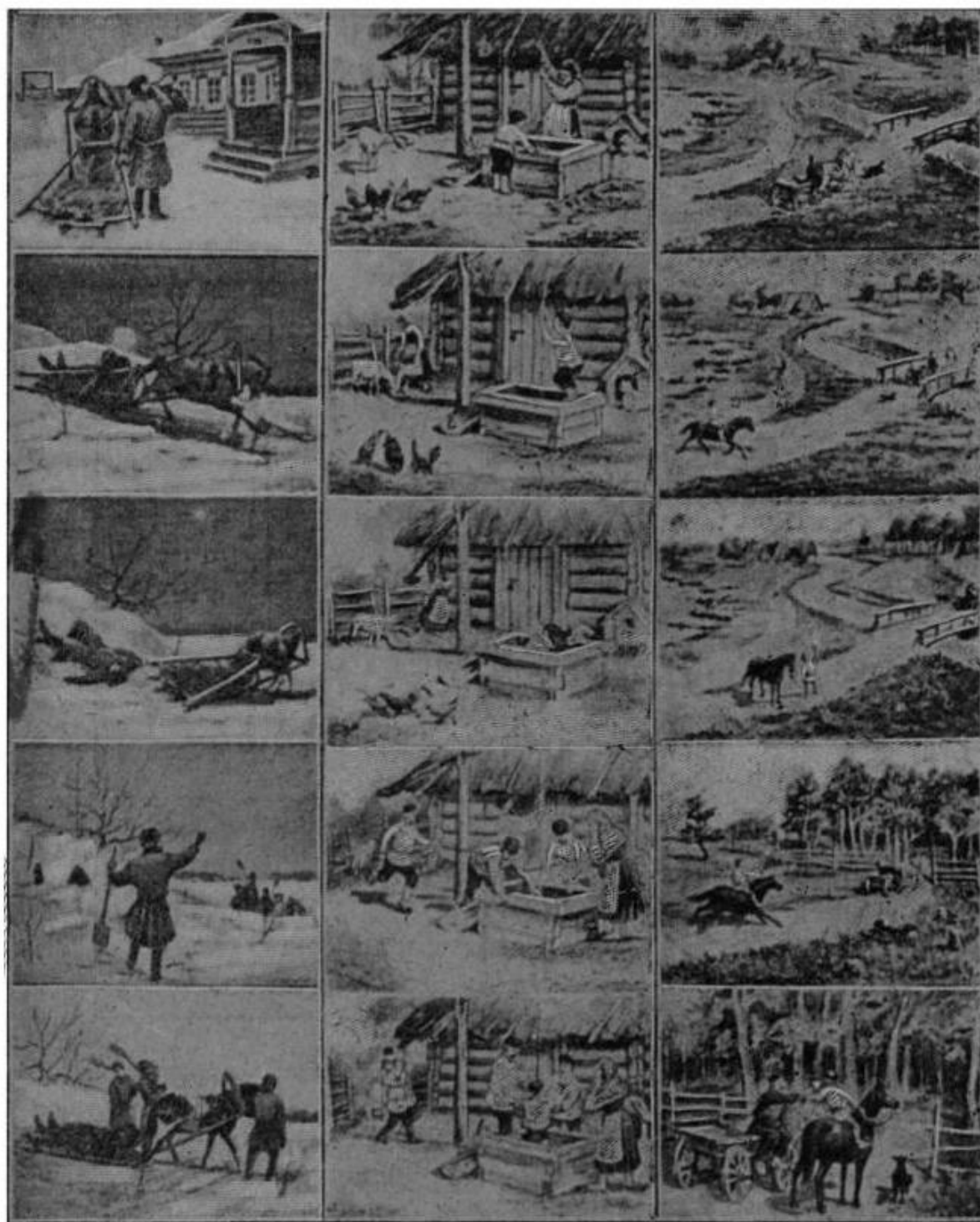


Рис. 3.

у детей младшего возраста фигурирует при передаче почти каждой картинки ряда, как видно из следующего пересказа той же картинки девочкой 9 лет.

„Бабушка выкачивает воду, а мальчик смотрит; собака сидит, курицы клюют; корыто лежит; теленок ходит. Мальчик выкачивает воду; собака сидит; бабушка дает теленку корм; корыто лежит; петух и курицы клюют корм. Собака лает; мальчик утонул; бабушка мальчика показывает; теленок смотрит; куры стоят, петух стоит. Курица клюет, курица крылья распустила; бабушка плачет; мужики хотят вынимать; собака глядит, куда мальчик утонул. Мальчика

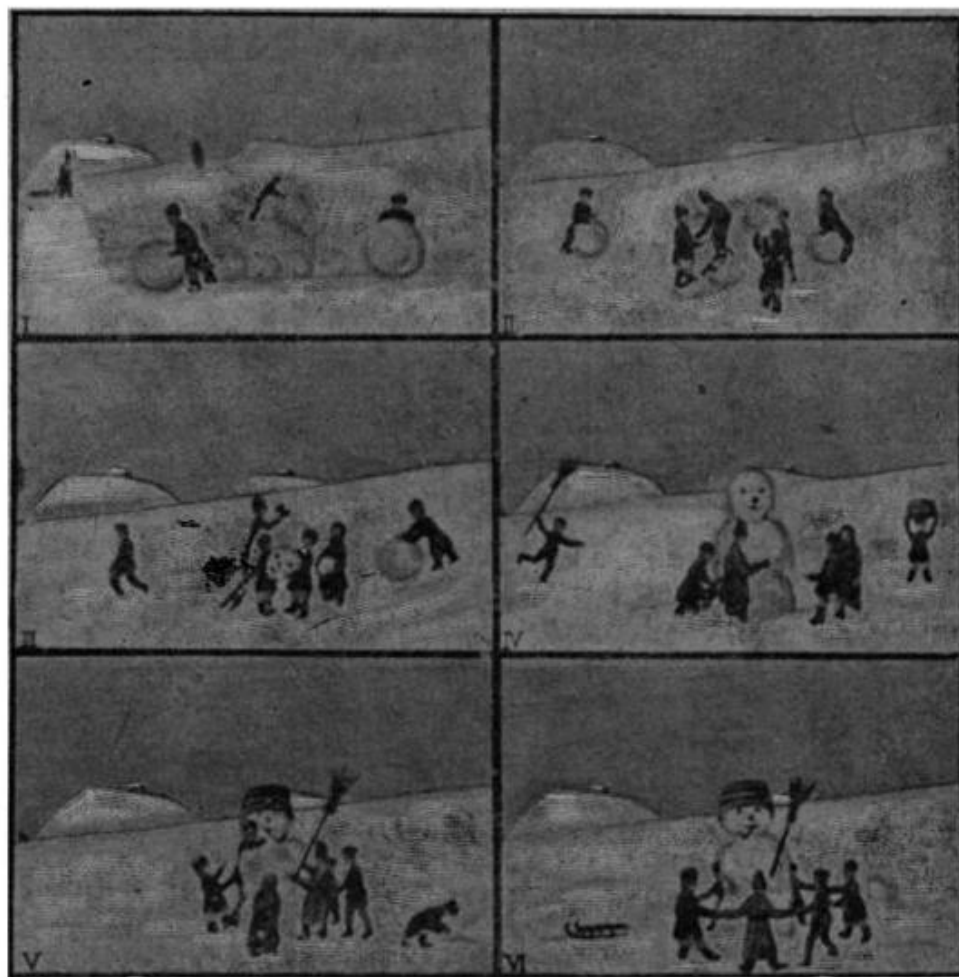


Рис. 4.

достали; собака залаяла, а баба заплакала; мужик его держит; корыто лежит; теленок в сад ушел“.

Дети более взрослые быстрее расстаются с описанием и уже после первой-второй картинки оставляют в стороне побочные детали и переходят к повествованию сути дела; вот пересказ мальчика 12 лет:

„Куры ходят; баба достает шестом из колодца воду; лежит собака, мальчик смотрит. Баба кормит корову, а мальчик опускает шест в колодезь. Баба пошла домой, а



мальчик упал в колодезь. Мужики пришли с веревкой, привязали деревяшку, спустили и вытащили“<sup>1)</sup>).

■ Среди процессов соображения я выделяю для исследования три функциональные комплекса, которые я определяю не по предполагаемому составу входящих в них drobных актов или частичных процессов, а по конкрет-



Рис. 5.

ных в их отношениях друг к другу; третьим является критика, то-есть оценка представляющегося явления по отношению к общему запасу знаний субъекта.

Простейшим методом для исследования комбинаторной способности является прием решения задач

ному различию формальных задач, подлежащих разрешению. Первым комплексом, допускающим объективное исследование, является комбинирование, т.-е. построение целого из отдельных частей; вторым является сопоставление, то-есть сравнительная оценка двух или нескольких дан-

<sup>1)</sup> Приведенные здесь данные получены при исследовании детей в московских городских училищах; подробные результаты этого исследования опубликованы в издававшихся мною «Трудах Психологической лаборатории при Московском Педагогическом Собрании». (Вып. II) в статье Г. Ф. Богданова и А. И. Новосильцевой. Приведенными выше предварительными данными следует руководствоваться при качественной оценке патологического материала.

на сложение и умножение, приноровленных приблизительно к уровню интеллектуального развития и школьных знаний исследуемого ( $3+5$ ;  $9+7$ ;  $13+18$ ;  $26 \times 15$ ;  $48+25$ ;  $63+79$ ;  $17 \times 3$ ;  $18 \times 3$ ;  $19 \times 7$ ). При оценке ответов не следует ограничиваться регистрацией результата решения (правильного или неправильного), а надлежит пытаться определить, путем опроса исследуемого, тот путь, которым он пришел к полученному результату („как вы это сосчитали?“). К сожалению, это не всегда удается, да и правильность указания больного на механизм совершенной им умственной работы не поддается объективной проверке<sup>1)</sup>.

Более демонстративные и объективные данные получают при помощи предложенного мною метода склады-

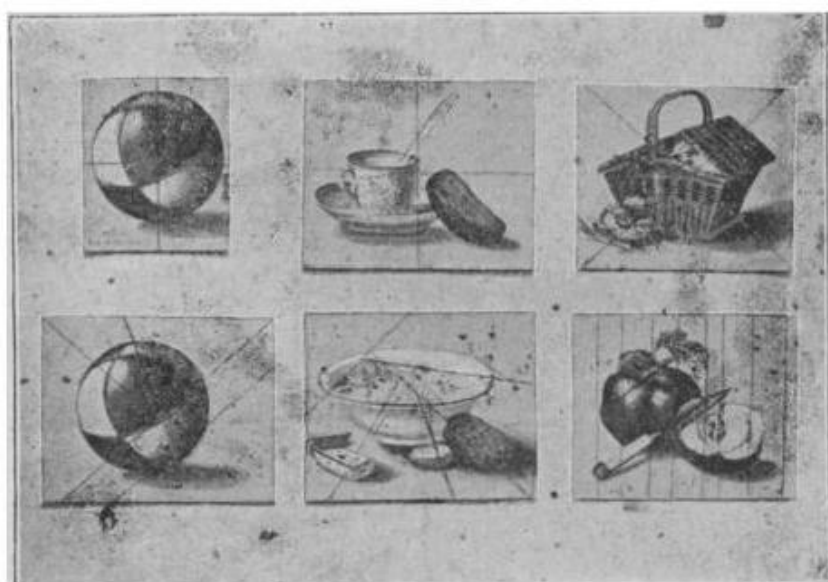


Рис. 6.

вания разрезанных картинок. Я употребляю шесть картинок (рис. 6), предлагая их исследуемому в порядке постепенного усложнения и нарастающей трудности комбинирования. Первые три картинки разрезаны на четыре отрезка каждая; остальные три на большее количество отрезков, различным образом очерченных; первая и четвертая картинки серий представляют один и тот же сюжет, но не в одинаковых разрезах. Больному предлагается сложить одну за другою картинки из подаваемых ему (изнан-

<sup>1)</sup> Иногда, правда, в процессе счетной работы, исследуемый произносит вслух частичные промежуточные результаты, прислушиваясь к которым мы можем иной раз восстановить совершаемый путь.  $3 \times 17 = 30 \dots 51$  — указывает на то, что задача была расчленена таким образом  $3 \times 10 + 3 \times 7$ ; но  $3 \times 15 = 30 \dots 45$  ничего не вскрывает, т. к. 30 может означать и  $15 + 15$ , т. е. указывать на синтетический метод решения, и  $3 \times 10$ , т. е. намекать на метод аналитический.





Masselon'a, сводящийся к предложению составить фразу, в которую вошли бы три данные слова (напр.: мука, вода, хлеб; огонь, окно, мороз; терпение, веревка, фонарь). Эти методы, однако, почти ничего не дают в смысле установления формальных нарушений.

Предлагаемый мною для исследования сопоставления метод заключается в том, что исследуемому предлагается серия из шести картинок, либо составляющих постепенное нарастание какого-либо явления (ряд однородных

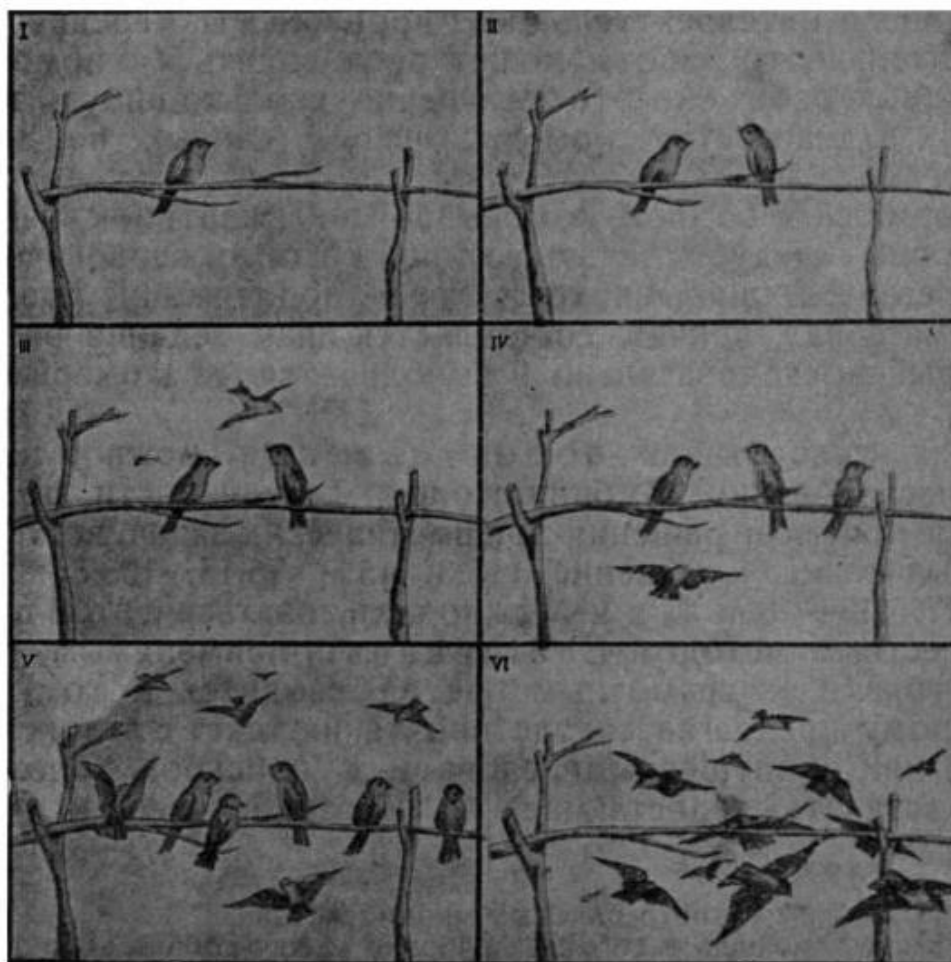


Рис. 7.

предметов возрастающей величины или нарастающего количества (рис. 7 и 8), либо представляющих последовательные фазы какого-либо несложного события (рис. 4, 9, 10). Для этой цели я пользуюсь специально изготовленными по моим указаниям рисунками, образцы которых изображены здесь; (конечно, порядковые номера на подлинных картинках отсутствуют); для этой же цели можно использовать некоторые серии Михеева и Orell Füssli. В простейших сериях дело идет о простом нарастании числа предметов или развертывании события; в сериях с просы-

панном зерном и с бутылкой отдельные элементы картинок изменяются не параллельно, и при сопоставлении приходится оценивать соотношения частных изменений двух и более элементов. И здесь при исследовании обращается внимание не столько на результат работы, сколько на ее механизм, в общем почти не отличающийся в норме от механизма комбинирования.

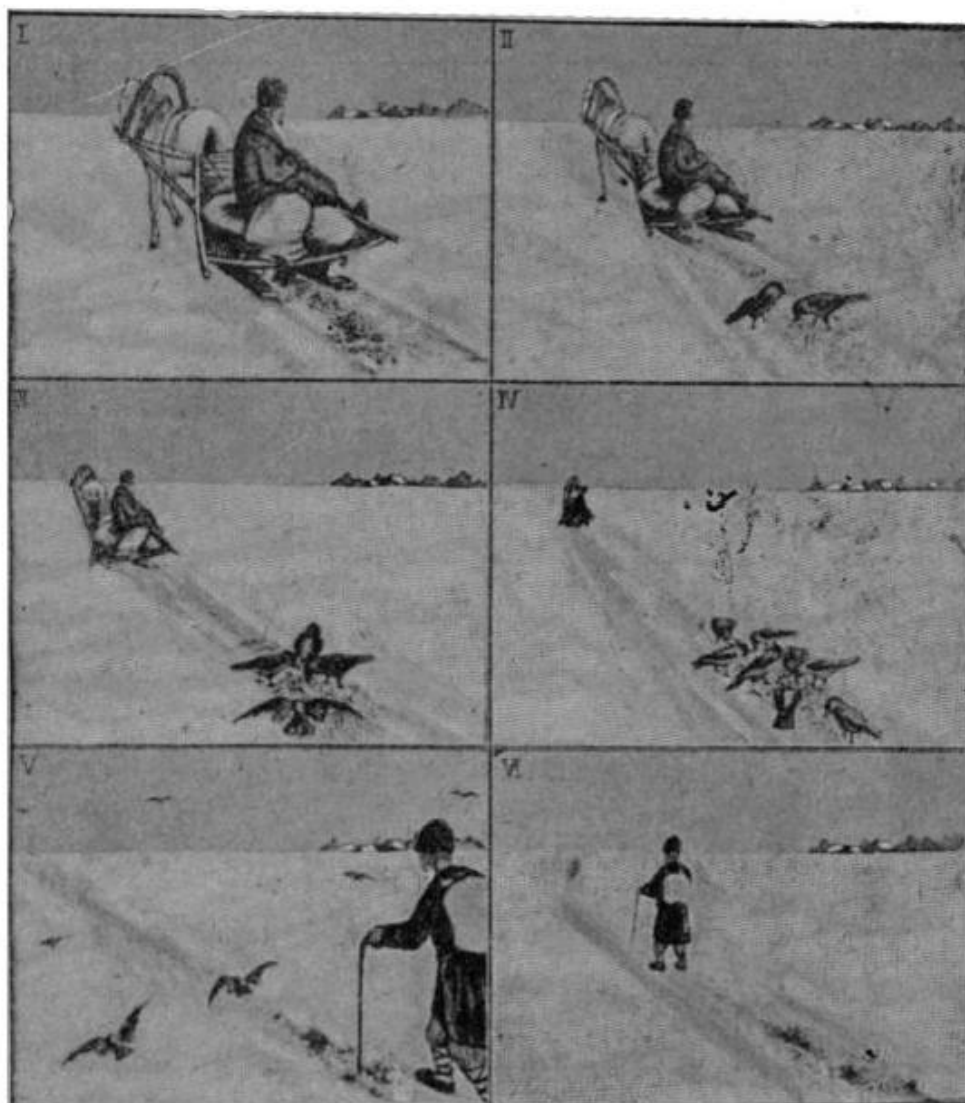


Рис. 8.

Способность критики исследуется при помощи картинок, представляющих более или менее наглядно несообразные сочетания элементов. Я пользуюсь для исследования двумя сериями наглядных несообразностей: на одной из них несообразность ярко бросается в глаза, касаясь крупных данных картинки (рис. 11—14); на другой—не соответствующие действительности элементы не слишком выдвинуты на первый план, и для отыскания их требуется некоторая наблюдательность и сосредоточенность (рис. 15,

16). Картинки предъявляются исследуемому с вопросом, соответствует ли действительности то, что изображено на картине. Если исследуемый самостоятельно не оценит несообразности и не укажет, как ее следовало бы исправить, то несообразность указывается ему непосредственно, с вопросом, почему такое сочетание несовместимо.

Для исследования способности последовательного сосредоточивания внимания, т.-е. устойчивости внимания, я

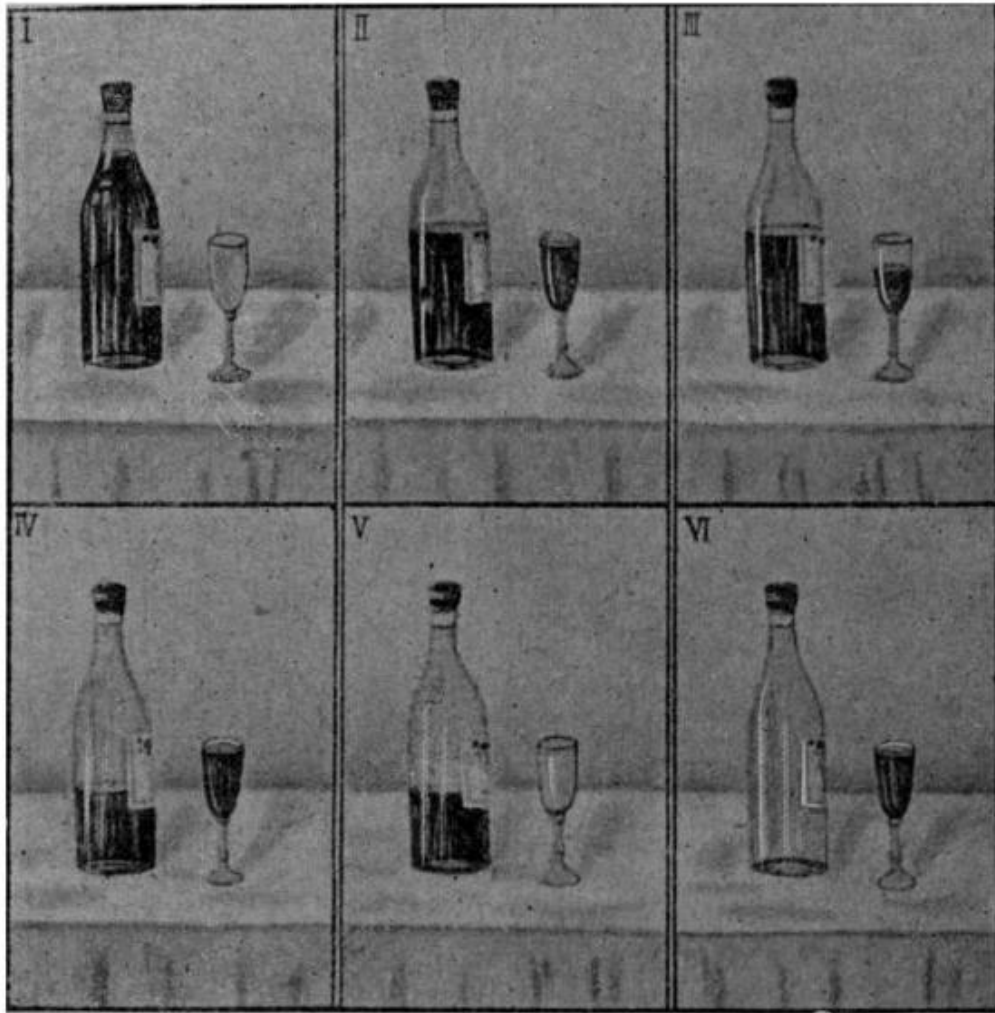


Рис. 9.

пользуюсь, во-первых, приемом Краерлин'а, заключающимся в том, что больному предлагается последовательно вычитать устно какое-либо число от 100 или 200; смотря по состоянию комбинаторной способности, я обыкновенно предлагаю вычитать по 3, по 7, по 13 или по 17; при этом отмечаются ошибки двоякого рода, имеющие неодинаковую семиотическую ценность: тогда как ошибки в единицах говорят за расстройство комбинаторной деятельности, ошибки в десятках скорее говорят за недостаточную устойчивость внимания.



Неустойчивость активного внимания, обнаруживаемая этим приемом, может быть обусловлена как ослаблением энергии внимания, так и другими моментами (ассоциатив-

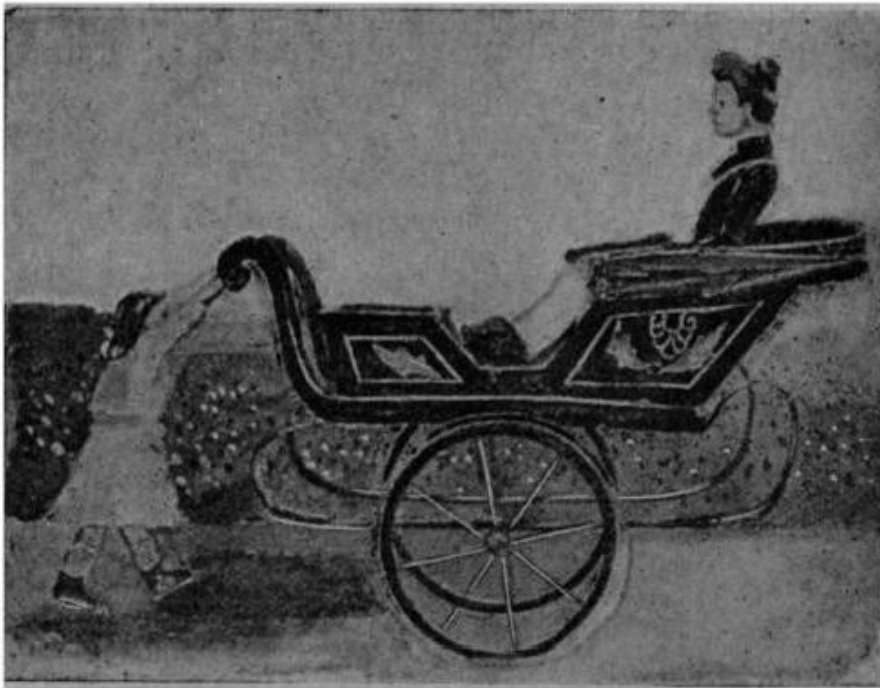


Рис. 10.

ная отвлекаемость, расстройство памяти и т. д.); в виду этого для определения самостоятельного ослабления энер-



Рис. 11.

гии внимания я пользуюсь другим методом, позволяющим до известной степени измерить степень ослабления или, другими словами, силу, напряженность внимания. Этот метод заключается в том, что больного подводят к таблице, помещенной на стене несколько выше уровня глаз и недоступной для прикосновения (рис. 17); таблица эта



Рис. 12.

разделена на несколько полей, из коих в каждом изображены группы в известном порядке скученных разноцветных шариков (шариков, а не кружков), количество которых постепенно, но неравномерно возрастает; в первом поле их изображено 5, во втором—10, в третьем 16, в четвертом—23, в пятом—35 и т. д. Размер таблицы—1×1,5 аршина. Больному предлагается без прикосновения рук

сосчитать количество шариков в каждом из полей, начиная с первого. Количественной оценкой способности длительного напряжения внимания может служить порядковый номер последнего правильно сочтенного поля. Кроме того, если больной считает вслух и издали водит пальцем

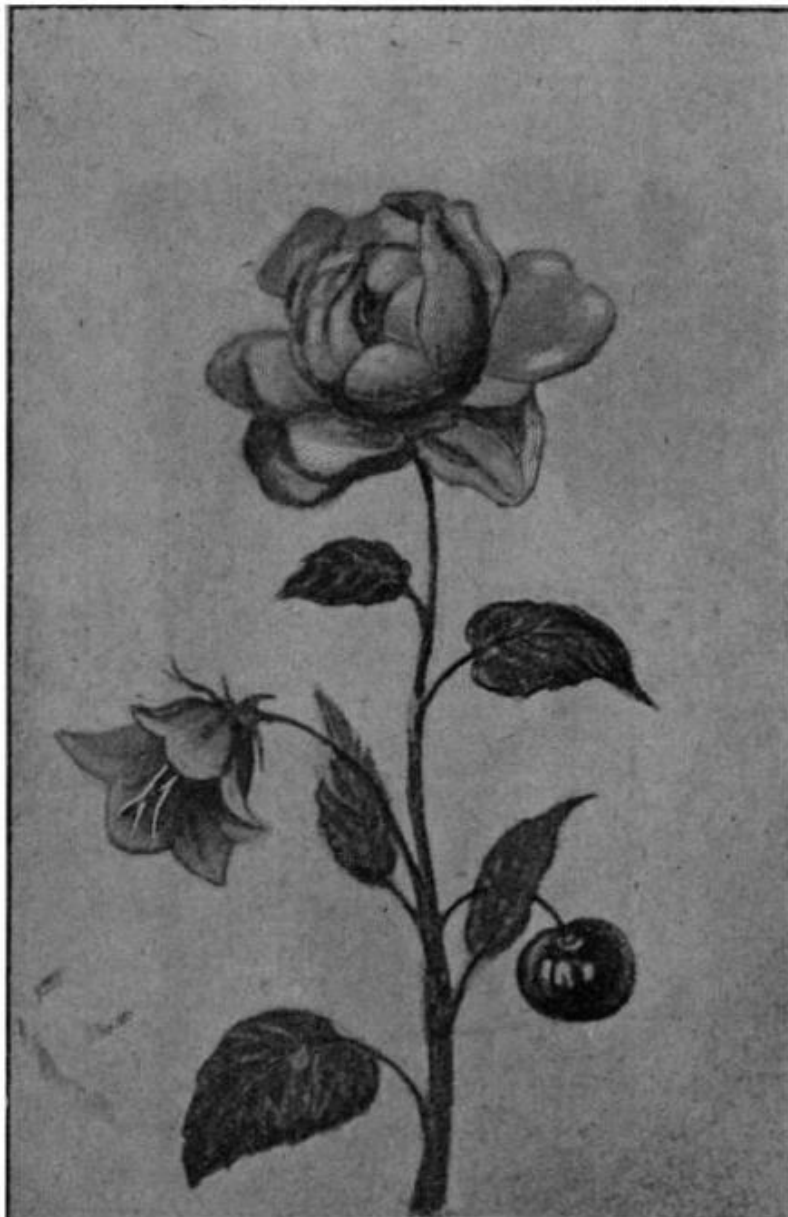


Рис. 13.

по направлению таблицы, возможно отметить, какую группировку избирает его внимание для счета изображенных шариков: делит ли он их на ряды, или на группы, распределяет ли по цветам или по величине. Характерно и направление ошибок—в сторону увеличения или уменьшения объектов, а также значительная или ничтожная относи-



тельная величина ошибки. Измерение времени работы и здесь не дает сколько-нибудь ценных результатов.

Для исследования восприимчивости памяти (*Merkfähigkeit*) применяется следующий предложенный мною метод. Испытуемому вручается рамка, в которую вставлено 9 наклеенных на картон фигур, представляющих сочетания простых геометрических форм - (рис. 18). Размер

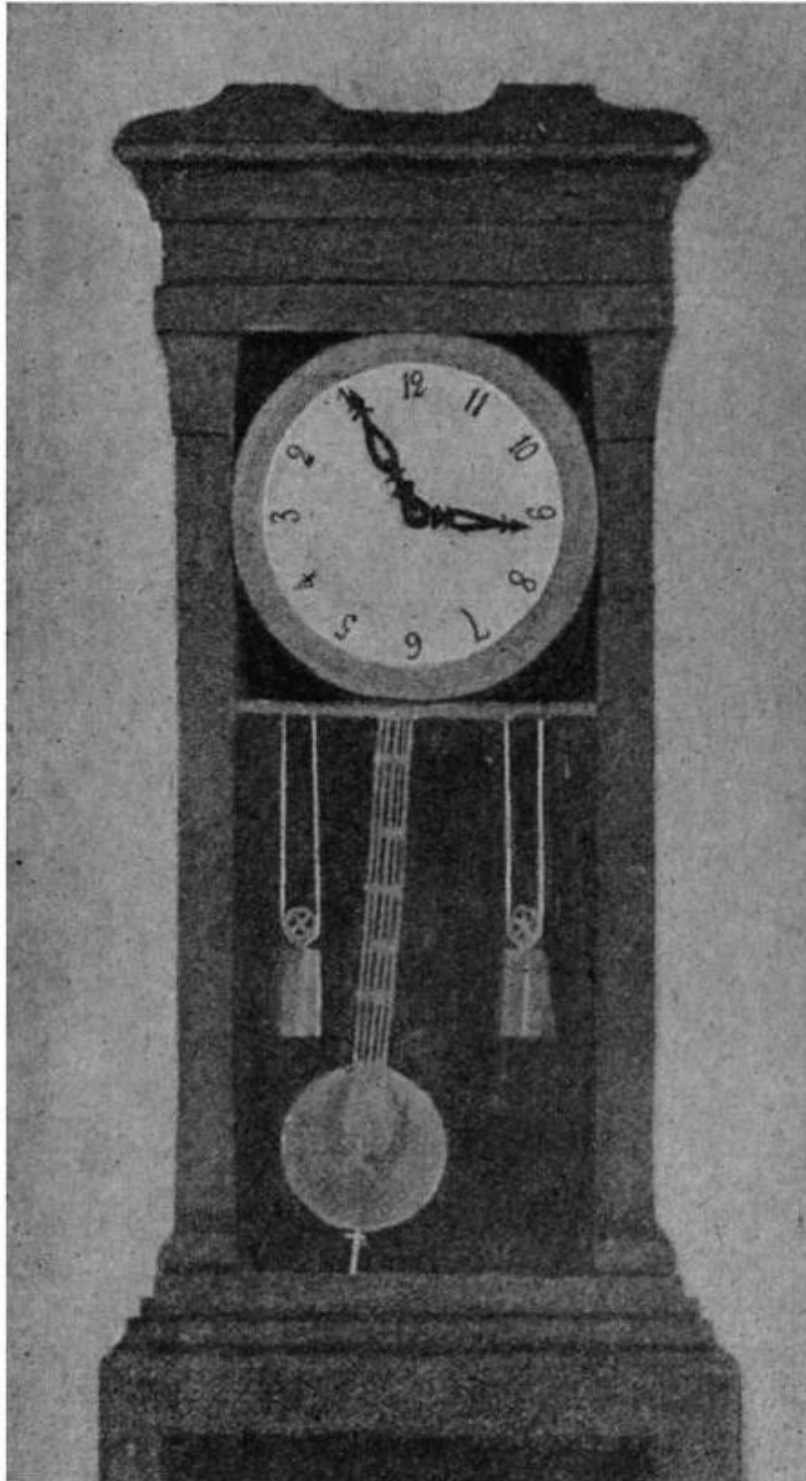


Рис. 14.

рамки  $5 \times 5$  вершков. Эта рамка оставляется в руках исследуемого в течение 30 секунд с предложением „внимательно рассмотреть очертания всех фигур и постараться запомнить их настолько, чтобы потом суметь отыскать их (узнать) среди других подобных (сходных, похожих, аналогичных) фигур“. По миновании указанного срока, рамка отнимается, и исследуемому немедленно предлагается таблица (рис. 19), на которой среди 25 фигур разбросаны и 9 виденных им в рамке: на этой таблице иссле-



Рис. 15.

дуемый должен указать запечатлевшиеся у него в памяти фигуры. Показания регистрируются по формуле  $S = n/9 + f$ , где  $S$  обозначает общее количество (сумму) показаний,  $n$ —количество правильно указанных фигур и  $f$ —количество фигур, указанных неправильно, т.-е. отсутствовавших в рамке. Эту формулу я называю коэффициентом восприимчивости. В этой формуле представляет интерес не столько сумма показаний, сколько качество показаний, т.-е. с одной стороны отношение  $n/9$ , характеризующее способность запечатления, а с другой—отношение  $n/f$ , т.-е. соотношение между истинным и ложным воспроизведением. Дальнейшая качественная характеристика продуктов непосредственного воспроизведения дается оцен-

кой качественного отношения ложных показаний к воспринятому материалу: ложно указанные фигуры могут быть похожи на действительно виденные (как, напр., фиг. 4 и 21, 8 и 12, 6 и 15 на рис. 19), или могут быть и совершенно не напоминающими ни одной из фигур, показанных в рамке, напр., фиг. 3, 13, 19 на рис. 19, не представляющие сходства ни с одной из фигур рис. 18. При повторных исследованиях в рамку могут быть вставляемы любые иные комбинации фигур (напр. рис. 20 или 21).

Для исследования дальнейшей судьбы запечатленных таким образом зрительных впечатлений (прочность восприимчивости) следует производить узнавание не тотчас

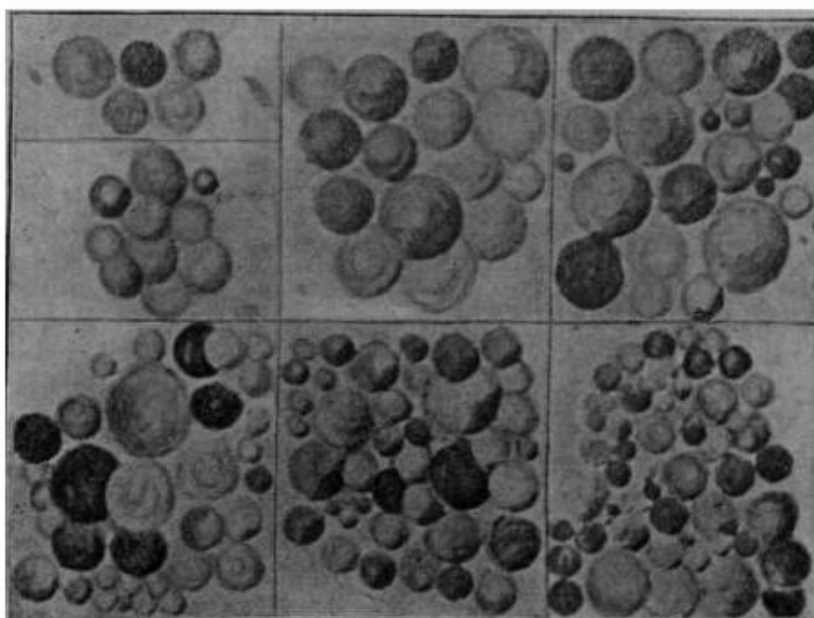


Рис. 16.

вслед за показыванием рамки, а через известный промежуток времени (1 час, 3 часа, 8 часов, сутки и т. д.); но для каждого из этих отдельных определений необходимо отдельное специальное демонстрирование рамки с особой комбинацией фигур (конечно, не в один день). Если для определения прочности восприимчивости пользоваться не особой демонстрацией, а лишь повторным воспроизведением, т.-е. только новым опросом, производимым через некоторое время после первоначального, то весьма вероятно, что результат получится не чистый, т. к. впечатление от большой таблицы, виденной больным при первом опросе, отразится на втором показании.

Коэффициент восприимчивости представляется величиной, которая особенно заметно эволюционирует с детства до зрелого возраста, изменяясь не в смысле постепенно прогрессирующего улучшения восприимчивости па-



мяти, а в смысле закономерно колеблющегося, по возрастам, поступательного движения. Поэтому и результат индивидуального исследования, кроме его оценки по су-

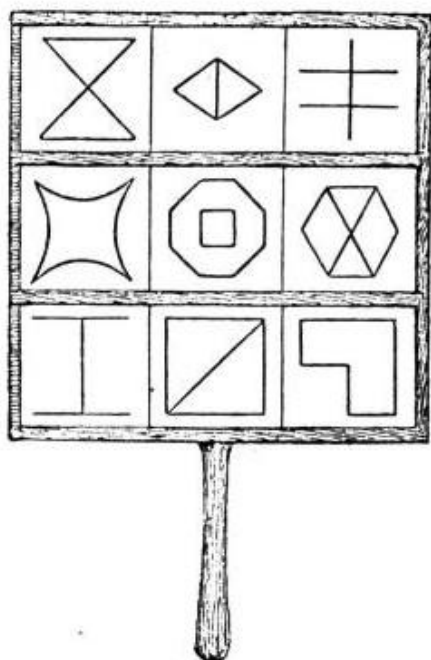
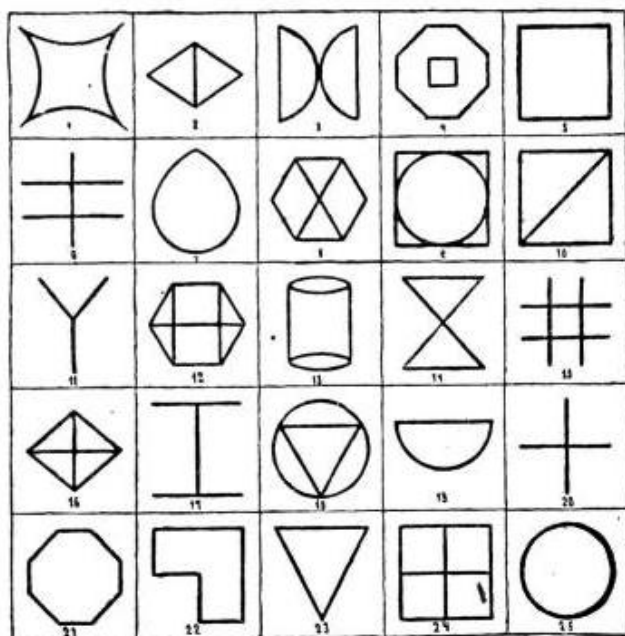


Рис. 17.



22.  
Рис. 18.

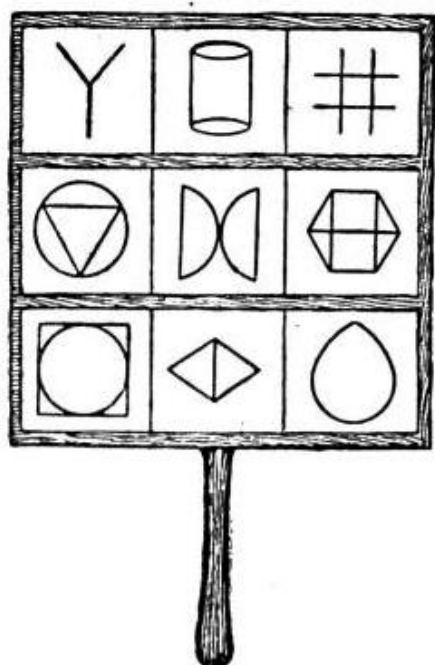


Рис. 19.

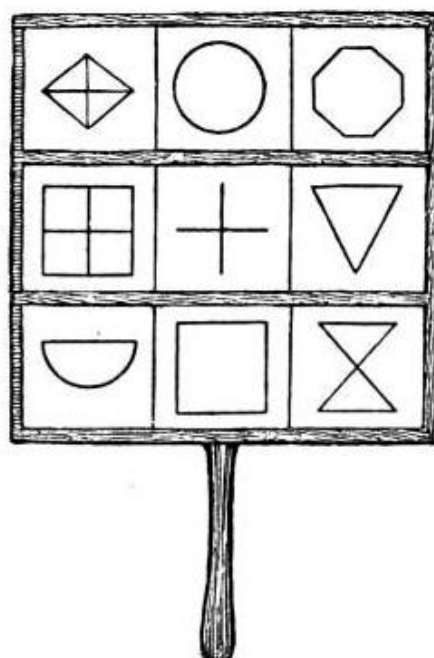
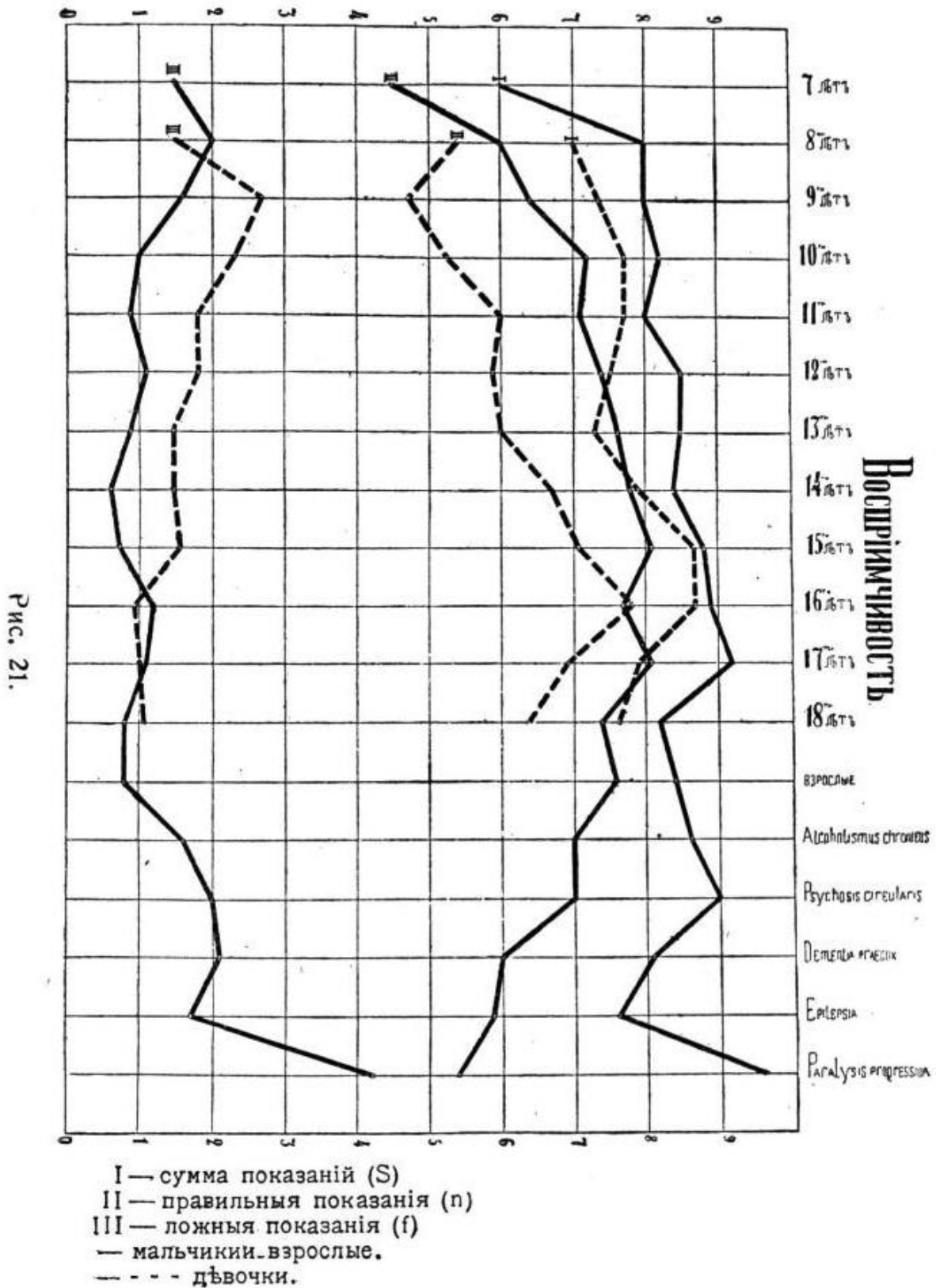


Рис. 20.

шеству, допускает еще и сравнительную оценку в отношении соответствующей возрастной группы; для облегчения этого сравнения может служить прилагаемая кривая, составленная мною совместно с доктором Богданов-

в ым на основании большого ряда исследований здоровых и больных (рис. 22).

Для определения состояния способности механического двигательного-речевого запоминания, исследование которого имеет в некоторых случаях дифференциально-диагности-



ческое значение, всего удобнее пользоваться модифицированным методом Ebbinghaus'a, состоящим в следующем. Больного заставляют непрерывно повторять ряд из 10 бессмысленных слогов (напр.: кор, дес, ман, гаф, бун, жис, люн, дак, чив, тол), до тех пор, пока он не будет в состоянии его безошибочно повторить: количество повторений, потребных для запоминания ряда, служит мерилем механической восприимчивости. Через известный промежуток времени (1 час, 9 часов, сутки) заученный ряд оказывается забытым, но для его возобновления в памяти требуется уже количество повторений меньшее, нежели первоначальное; это „сбережение“, т.-е. отношение нового количества повторений к первоначальному, служит мерилем прочности механической памяти.

При исследовании характера ассоциативных процессов в их патологическом значении, обычные измерительные определения быстроты ассоциаций не дают руководящих указаний; быстрота ассоциирования на подказанное слово, повидимому, зависит не столько от конструкции и состояния ассоциативных механизмов, сколько от моментов внеинтеллектуального порядка: с одной стороны на нее оказывает влияние моторное состояние исследуемого (возбужденное или угнетенное), с другой—индивидуальные эмоциональные переживания, пробуждаемые подказанным словом (об этом будет речь в своем месте).

Обыкновенно клиническое исследование ассоциативных процессов производится таким образом, что перед испытуемым произносится обычным голосом ряд отдельных слов, причем ему предлагается вслед за каждым словом произнести вслух или записать первое пришедшее ему в голову слово. Время, протекшее между моментом произнесения слова-задачи и моментом произнесения слова-реакции (т. н. время реакции), измеряется либо точными приборами (хроноскопом с включенными в цепь вспомогательными аппаратами, как звуковые или губные ключи), либо совершенно достаточными для клинических целей *секундными часами*<sup>1)</sup>. Полученные ассоциации группируются по какой-либо из существующих клинических классификаций Aschaffenburg, Zichen, Jung и т. д.). Все эти классификации, построенные частью на логическом, частью на психологическом принципе, мало пригодны для клини-

1) 1) Секундными часами называются особые часы, циферблат которых показывает секунды и пятые доли последних. Стрелка, обходящая весь циферблат в течение одной минуты, пускается в ход нажатием на особую пружину и останавливается при вторичном нажатии, показывая время, протекшее между обоими нажатиями в пятых долях секунды. Третьим нажатием пружины стрелка переводится в свое первоначальное положение (на нуль).

ческих целей, очевидно потому, что они оперируют с содержательным материалом и распределяют его по признакам вне его лежащим. Для формальной характеристики индивидуальных ассоциативных процессов большее значение имеет исследование непрерывного ассоциирования, т.-е. свободного произнесения вслух (или написания) отдельных слов, непосредственно приходящих на ум; и здесь большая или меньшая быстрота нанизывания слов может служить показателем не столько быстроты и легкости совершения ассоциативных процессов, сколько большей или меньшей степени возбуждения или угнетения, а также большей или меньшей широты умственного кругозора, объема знаний и умения ими пользоваться. Но свободное ассоциирование дает материал, ценный в ином отношении: следя за ходом мысли больного, мы можем охарактеризовать формальную сторону хода его ассоциаций, наблюдая направление ассоциаций, пункты и характер переходов из одних ассоциационных кругов и цепей в другие и т. д. Вместо продукции свободного ассоциирования можно подвергать такой же ассоциационной оценке свободный рассказ больного, или—еще лучше—пересказ какого-либо несложного рассказа<sup>1)</sup>.

Характерные результаты для оценки формальной конструкции ассоциативных процессов дает иногда прием связанных непрерывных ассоциаций, который сводится к тому, что исследуемому предлагается назвать ряд объектов определенного порядка (белые, черные, красные предметы и т. п.). При оценке получаемого ряда приходится обращать внимание на преобладание внешних или внутренних ассоциаций, обилие или скудность их, монотонность или разнообразие, а также устойчивость, в смысле отсутствия

---

<sup>1)</sup> Жил был один крестьянин, не то чтоб зажиточный, а хорошим домом, человек работающий и честный. Кроме жены, семья состояла из трех дочек, да сына молодца. В животе, в смерти Бог волен. Кажись, крепок был наш Василий Антонов, а вдруг взял и отдал Богу душу. Новая изба, которую он начал было строить, собираясь женить своего Ваню, осталась недоконченной, и долгов нашлось на нем не мало: соседям—кому пять, а кому так и десять рублей; а одному городскому купцу, у которого забирал товар, всего без малого пятьсот рублей.

Этот же текст может служить для другой цели, указанной ниже.



уклонения от заданной темы. Необходимо отмечать и характер словесного выражения ассоциационной цепи. У больных, обнаруживающих самостоятельное речевое возбуждение, уже простое показывание картинок при исследовании восприятия и усвоения является реактивом для исследования характера ассоциаций, так как каждая новая картинка служит у них исходным пунктом для непрерывной цепи ассоциаций; наравне с зрительными стимулами пригодны у этих больных слуховые стимулы в виде отдельных, подсказываемых с известными промежутками, слов <sup>1)</sup>).

---

---

<sup>1)</sup> Для того, чтобы пользоваться этим приемом, полезно иметь всегда наготове ряд слов, которые можно, не подыскивая, подсказывать; я лично пользуюсь рядом, который из мнемотехнических соображений расположен в виде четверостишия:

Стол—рука—бежит—варенье—  
Тридцать девять—воскресенье—  
Горе—круглый—свет—ручей—  
Старый—выпить—казначей.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ.

Формальная оценка эмоциональных и волевых проявлений сама по себе представляет гораздо меньше затруднений, чем формальная оценка интеллектуальных процессов; это роковым образом происходит от того, что, тогда как сведения об интеллектуальных процессах и чисто интеллектуальных переживаниях другого лица мы можем получить только через посредство его словесных продукций, — эмоциональные и волевые переживания и акты сами себя проявляют, непосредственно и объективно, в определенных уловимых формах: эмоциональное состояние отражается на дыхании, на кровообращении (колебания сердечного ритма, вазомоторные расстройства), на мимических выразительных и реактивных движениях; волевые расстройства выражаются в характере простых и сочетанных движений, в особенностях двигательной реакции и т. п. И то и другое состояние выступает перед нами, таким образом, в виде чистых формальных проявлений, о содержании (мотивах) которых мы можем судить только по своей догадке или объяснениям самого наблюдаемого лица. Тогда как интеллектуальная сфера проявляет себя индивидуальными содержательными комплексами, формальная конструкция которых должна быть уловлена путем отвлечения или эксперимента, эмоциональная и волевая сфера знаменуют себя перед глазами наблюдателя готовыми общими формами, для оценки которых в большинстве случаев достаточно констатировать их объективно, т.-е. отрешившись от привнесения в них предположительных (или подсказанных больным) мотивов и намерений.

Поскольку эмоциональные и волевые особенности являются постоянными (статическими), они улавливаются путем простого клинического наблюдения (душевное угнетение, тревожное настроение, двигательное заторможение, говорливость и т. п.). Поскольку они возникают лишь по поводу внешних воздействий (реактивные особенности), они в известной степени искусственно вызываются изо дня в день теми неизбежными воздействиями, которые в одинаковых приемах применяются к больным всякого рода—

умывание, переодевание, подача еды и лекарств, приглашения в ванну и на прогулку и т. д.; повторяемость однородных реакций облегчает уловление их характерных моментов, а одинаковость воздействий до известной степени приближает эти элементарные житейские воздействия к экспериментальному принципу однородного раздражения; повторяемость явлений допускает сравнение и качественную оценку эмоциональных и двигательных реакций, полученных таким примитивно-экспериментальным путем при заведомо однородном содержательном составе внешних воздействий.

Для фиксирования повседневных наблюдений за внешними проявлениями эмоциональных и волевых комплексов я рекомендую пользоваться графическими пометками на особых схематических формулярах (см. стр. 78—79), где, наряду с графами, относящимися к соматике больного и лечебным назначениям, имеется ряд граф, регистрирующих и психологически-ценные данные. Пометки делаются помощью крестиков, проставляемых наблюдающим персоналом, и знаменуют констатирование наличности явления, обозначенного в заголовке графы, в течение данного календарного дня этого месячного формуляра. Так как дело идет о простой констатирующей отметке явления (малоподвижность, плач, пение, нападение, разрушение и т. п.) без какой-бы то ни было оценки интенсивности, длительности, а тем менее мотивировки или объяснения явления, то регистрация может вестись и средним персоналом, находящимся в постоянном близком общении с больным. Особый порядок расположения граф ведет к тому, что на формуляре вырисовывается своеобразная пятнистая фигура, характеризующая взаимоотношение проявлений между собой и применение этого взаимоотношения во времени. Для глаза, привыкшего читать эти графики, они являются характерным отражением совокупного формального эмоционально-двигательного состояния больного и придают наблюдению за общим течением болезни осязательную форму, позволяющую не только следить за сменой состояний, но и устанавливать некоторые хронологические закономерности.

На исследовании физиологических особенностей, сопровождающих патологические эмоциональные состояния, я не стану останавливаться, с одной стороны, в виду того, что измерение и регистрация дыхания (пнеймография), пульса (сфигмография), кровяного давления (тонография), кровенаполнения (плетисмография) требуют дорогой и громоздкой лабораторной обстановки и неприменимы в повседневной клинической практике, а с другой стороны, в виду того, что до сих пор все подобного рода иссле-

дования не позволили констатировать чего-либо определенного, ценного и применимого к нозологической характеристике. Повидимому, это же относится покуда и к психогальваническому рефлексу Veraguth'a, позволяющему однако надеяться на некоторые возможности в будущем.

Более применимым к клинике приемом исследования эмоционального состояния является ассоциационный метод Jung'a. Не отличаясь в постановке и ходе исследования от описанного выше ассоциационного эксперимента, он существенно отличается от него способом группировки и оценки получаемого материала, при котором устанавливается эмоциональная нагрузка каждой ассоциации, обнаруживаемая появлением так называемых комплексных признаков.

В виду того, что психологические основы метода Jung'a не являются столь очевидными, как прозрачная техническая конструкция приемов исследования интеллекта, на них необходимо остановиться несколько подробнее, тем более, что они являются принципиально и методологически важными, как первый практически удачный опыт отыскания ключа для проникновения через интеллектуальную сферу в эмоциональный мир здорового и больного человека.

Если отмечать время ассоциационных реакций, то оказывается, что оно варьирует не случайно, а в зависимости от персонального отношения испытуемого к смыслу подказанного слова, в зависимости большей или меньшей персональной заинтересованности испытуемого в том клубке образов, мыслей и чувств, на который в ассоциативном порядке наткнулось заданное слово. Чем персональнее, чувствительнее, болезненнее для субъекта этот клубок, этот „комплекс“ разбуженных переживаний, тем большим оказывается время ассоциации, возрастающее в 15—20 раз; иной раз реакции может вовсе не получиться; таково экспериментально установленное положение, которое может быть толкуемо очень различно, но которое должно быть практически принято, как характеризующее основной комплексный признак.

Для оценки времени ассоциативной реакции необходимо иметь в виду, что среднее время безразличной ассоциации равняется  $1\frac{4}{5}$  сек. (по секундным часам); для большей точности можно в каждом отдельном случае устанавливать среднее вероятное время <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Среднее арифметическое не годится, как основа для сравнения, т. к. благодаря наличию отдельных высоких цифр оно может оказаться слишком высоким. Среднее вероятное определяется путем расположения всех полученных чисел в восходящем (или нисходящем порядке), причем число, занимающее в ряду срединное положение и называется средним вероятным.



Иной раз эмоциональное увеличение времени реакции относится не только к критической реакции, но и к следующей за нею задаче; отнесение этого замедления к первой или второй может быть установлено путем поверочного эксперимента, который сводится к повторению основного эксперимента с предложением реагировать теми же ответами, что и в первый раз (воспроизведение ассоциативной реакции); неправильное воспроизведение или невозможность воспроизвести ее также является комплексным признаком.

Для исследования рекомендуется пользоваться готовыми формулярами, на которых напечатан ряд из 100 или 200 слов и на которые заносятся как ответы больного, так и время реакции; в моем формуляре (см. стр. 77) имеется ряд пустых мест, заполняемых в каждом отдельном случае такими словами, которые предположительно способны задеть комплексы данного исследуемого лица.

Хотя ассоциативный эксперимент Jung'a вскрывает содержательные интеллектуально-эмоциональные комплексы, включение его в систему формальных реактивов оправдывается двумя соображениями: с одной стороны, он дает возможность установить не только такие эмоциональные занозы, о которых осведомлено сознание больного, но и такие, которые больным не сознаются или не признаются; с другой стороны, сравнительная оценка содержания вскрытых комплексов по их относительной эмоциональной интенсивности (приблизительно пропорциональной удлинению времени реакции и степени влияния на посткритическую реакцию) может уяснить нам индивидуальную формальную структуру аффективности исследуемого.

О попытках графической регистрации двигательных особенностей, встречающихся у душевно-больных можно куда сказать то же, что было сказано о применении физиологических методов исследования к их эмоциональной жизни. Гораздо больше дает пока в этом отношении простое клиническое наблюдение в сочетании с некоторыми ручными приемами. Если формальные двигательные расстройства выражены резко (grimасы, позы, негативизм, стереотипные движения и речи кататоников, заторможение циркулярных, спотыкающаяся речь паралитиков, излишество и разнузданность алкоголиков), то они могут быть отмечены и без специального исследования; кроме того, как мы увидим ниже, они с достаточной яркостью дают себя знать попутно при интеллектуальном исследовании. Только у больных крайне вялых, малоподвижных, недоступных по своей молчаливости для интеллектуального исследования приходится направить особое исследование на то, чтобы

попытаться определить у больных наличие кататонического состояния мускулатуры (негативизм, автоматизм, каталептоидное состояние) при помощи искусственного придавания туловищу и конечностям вычурных и неудобных положений, ради отграничения его от *flexibilitas cerea*, изредка наблюдаемой при истерии и при циркулярном ступоре, и от вялой неподвижности некоторых эпилептиков. Некоторое дифференциально-диагностическое значение может иметь определение быстроты реакции — двигательной и речевой, которое нуждается в специальном исследовании.

Но и здесь, — как по отношению к измерению длительности различных психических процессов у душевнобольных вообще, — я считаю совершенно неприменимыми к повседневной больничной практике те точные приборы, которые служат для этого рода измерений в психологических лабораториях; общим заданием приемов хронометрического исследования в клинике должна являться их приноровленность к показаниям обыкновенных или, в лучшем случае секундных, часов. В виду того, что каждый отдельный акт двигательной реакции протекает в промежутки времени слишком мелкие и ускользающие от регистрации карманного измерителя, я обхожу это обстоятельство тем, что суммирую ряд непрерывных отдельных актов в длительную цепь и измеряю общий период течения совокупной цепи. Таким путем с одной стороны вместо сотых долей секунды я получаю целые секунды, поддающиеся измерению с точностью до  $\frac{1}{5}$  s, а с другой — уменьшаю влияние личного коэффициента исследователя, распределяющегося на ряд актов вместо того, чтобы сказываться на каждом из них в отдельности.

Для измерения быстроты словесной реакции я пользуюсь рядом из 20 привычно связанных слов (счет от 1 до 20), причем секундные часы пускаются в ход в момент начала произнесения первого слова и останавливаются в момент окончания произнесения последнего слова.

Руководящим критерием может служить выработанное моим опытом положение, что для произнесения чисел от 1 до 20 в среднем требуется здоровому взрослому человеку около 5 s.

Для исследования времени речевой реакции у грамотных я иногда пользуюсь чтением текстов, подобранных таким образом, что каждая строчка заключает в себе определенное количество слогов (обыкновенно 10 или 11); для прочтения такой строчки хорошо грамотному здоровому человеку нужно от 5 до 6 sec. Образец такого текста приведен в выноске на стр. 34.

При измерении времени двигательной реакции я пользуюсь тем же принципом суммирования, причем суммируется ряд прикосновений пальца к определенным объектам; для этой цели служит мне таблица, на которой имеются ряды разноцветных звездочек (рис. 22); к этой таблице подводится исследуемый, которому предлагается, по данному сигналу, возможно быстро пересчитать пальцем все звездочки определенного ряда; обыкновенно я предлагаю считать не только прикосновением, но и произнесением вслух, имея в виду, что быстрота движений речевых и указательных не всегда совпадает и что, при совместной работе обоих механизмов, более медленный из них будет оказывать тормозящее влияние на более

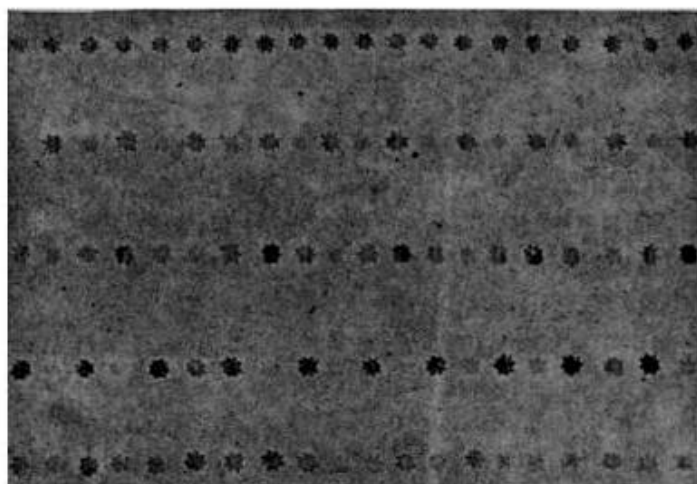


Рис. 22.

быстрый, и в результате скажется минимальная быстрота. Всех звездочек в ряду имеется двадцать, и на сосчитывание их здоровый взрослый употребляет в среднем около 5 сек. Эта же таблица может служить для исследования реакции с выбором, если для сосчитывания будут предлагаться звездочки одного цвета в рядах с разноцветными звездочками; в норме это сосчитывание требует около 3 сек.

Исследование должно производиться в спокойной обстановке (не в палате, а в кабинете), среди полной тишины и, всего лучше, в отсутствие посторонних лиц. Прежде чем приступить к исследованию, необходимо убедиться в том, что зрение больного удовлетворительно, а в случае наличия близорукости или дальнозоркости скорректировать их соответствующими очками.

При исследовании отнюдь не следует помогать работе больного наводящими советами или вопросами и не сле-



дует добиваться того, чтобы каждая задача непременно была доведена до правильного конца: надлежит твердо помнить, что для формальной оценки важен не результат решения задачи, а способ, метод, путь, каким идет больной в своей работе.

Чтобы не утомлять больного, не следует продолжать исследования слишком долго; необходимо прерывать его, как только больной станет обнаруживать признаки усталости или нетерпения.

Исследование должно вестись систематически, планомерно; но нет необходимости придерживаться всегда строго одного и того же порядка; полезно разнообразить ход исследования, чередуя методы наглядные с отвлеченными, требующие большого напряжения с более легкими, скучные (счет шариков, звездочек, чтение) с более интересными (показывание и складывание картинок).

В большинстве случаев больные охотно подвергаются исследованию; даже молчаливые больные нередко поддаются исследованиям, не требующим словесных реакций (исследование восприимчивости, комбинирования). Часто больные, отказывающиеся от исследования сегодня, становятся доступны для него несколько дней спустя. Во всяком случае настаивать не следует; нужно подождать удобного момента.

Если при исследовании ведется и протоколирование результатов, то предпочтительнее следует поручать запись словесных продукций больного третьему лицу, чтобы исследователь не отвлекался от внимательного наблюдения за всеми проявлениями реакции больного на поставленную задачу.

При пользовании данными, изложенными ниже в специальной части, для сравнительно-диагностической оценки материала, полученного при исследовании того или иного больного, следует помнить, что наличие какого-либо одного расстройства, а тем более такого, которое обнаружилось при одном только эксперименте, отнюдь не может иметь решающего значения для диагностики: расстройство может оказаться случайным, временным или даже ошибочно отмеченным. Только совокупность данных, полученных при исследовании, только удостоверенная и проверенная комбинация особенностей, соответствующих характерным расстройствам определенной нозологической группы, позволяет причислить к ней и исследуемого пациента. Но, с другой стороны, и отсутствие одного из характерных расстройств при наличии всех прочих психологических стигматов, характеризующих группу, не должно останавливать от диагностического заключения. Здесь, как и при решении всех вообще диагностических вопросов в



клинике, критическая оценка всех данных, их естественное сопоставление и планомерное комбинирование обеспечивают правильное распознавание.

Приводимые в специальной части схематические обобщения касаются случаев резко выраженных болезненных состояний; примеры, приводимые там, являются яркими и типическими иллюстрациями. Не следует ожидать, что в каждом отдельном исследуемом случае все расстройства будут выражены так же ярко и так же типично. В случаях легких, в начальных стадиях болезни, в периоды ремиссий и интермиссий, многие расстройства могут оказаться сглаженными и бледными; при таких обстоятельствах требуется от исследователя значительно большая наблюдательность, обращение внимания на каждую мелкую подробность, обнаруживаемую исследованием, и повторные исследования с более трудными задачами, построенными аналогично предлагаемым здесь.

---

## ЧАСТНАЯ СЕМИОТИКА.

На следующих страницах излагаются на примерах и схематических формулах те формальные расстройства, интеллектуальные и отчасти волевые, которые обычно получаются при исследовании больных, относящихся к различным нозологическим группам. Здесь представлены не все нозологические группы, составляющие клинику душевных болезней, а только те, относительно которых я имею возможность уже теперь сообщить вполне определенные данные. Сюда не вошла паранойя (в смысле Кгаереліп'а), при которой мне до сего времени не удалось, при помощи моих методов, уловить наличность каких-либо формальных расстройств, для обнаружения которых, очевидно, необходимы другие методы, затрагивающие другие незатронутые еще мною стороны интеллектуального функционирования. Не вошли сюда истерия и другие психогенные расстройства, относительно которых едва ли удастся установить специфические изменения интеллектуальных форм. Наконец, не вошла сюда и так называемая острая затуманенность сознания (Amentia) — эта сборная группа симптоматических состояний, встречающихся при самых разнообразных болезнях, как психических, так и соматических. Укажу лишь, что общую для всех аментивных состояний черту составляет расстройство восприятия и усвоения в смысле асимболии. Частные формальные особенности, повидимому, отличаются различными свойствами в зависимости от этиологических основ различных аментивных состояний; этот вопрос нуждается еще в монографической разработке.

### Раннее слабоумие.

Восприятие, усвоение, осмысление. Исследование восприятия и усвоения при раннем слабоумии дает обыкновенно такие же результаты, какие получаются у здоровых лиц; больные узнают и правильно называют показываемые им изображения знакомых предметов. Только в некоторых

состояниях раннего слабоумия ответы получают своеобразные; то больные называют не показываемое изображение, а соседнее, то называют не целый предмет, а ту часть, на которую направлена указка (напр., при показывании коровы — хвост или голову), то отзываются незнаением, прибавляя иногда к отрицательному ответу пояснение, указывающее на то, что узнавание совершилось правильно: напр., при показывании пивной кружки больная говорит: „не знаю, что это; я пива не пью“.

В подобных ответах сказывается, очевидно, не расстройство восприятия, а проявление негативизма, которое обнаруживается в этих случаях и при других исследованиях, и которое должно быть учтено при оценке результатов.

При исследовании осмысления тот же негативизм сказывается в отказе от работы, в рассматривании картин в опрокинутом верхом книзу виде, в рассматривании изнанки вместо лица и т. п. Но если отрешиться от таких результатов, которые явно окрашены негативистическими тенденциями, то обычный тип осмысления у больных с dementia praecox независимо от стадии болезни и состояния больного, характеризуется следующими постоянными особенностями. Больные отмечают и выделяют не все детали представляющегося комплекса, а выхватывают случайно некоторые из них, не сообразуясь с тем, являются ли они существенными или неважными, главными или второстепенными, крупными или мелкими.

В некоторых случаях, преимущественно у больных с медленным, но прогрессивным нарастанием психического распада, не сопровождающимся резкими бредовыми или галлюцинаторными явлениями, это сказывается в крайне схематической передаче, из которой исключено все конкретное. Вот пример пересказа больным картинок, изображающих „Смерть пьяницы“ (рис. 3.)

„У казенки идет. Пьет он. Здесь свалился. Отрывают. Везут его“.

Самый процесс осмысления во многих случаях останавливается на первом стадии — перечня инвентаря, но инвентарь, перечисляемый в описательном пересказе, оказывается неполным и случайным; в этих случаях вывод о смысле содержания отсутствует, связь между элементами не устанавливается вовсе. Так, при взгляде на картину, изображающую винный погреб (рис. 1) больная говорит: „Вино здесь... Крант... Льют...“ Другая больная передала содержание той же картины в таких выражениях: „насчет бочек... насчет водопровода“. Один больной говорит: „Бутылки, то и се, морковь; вообще в Москве видали, квас виноградный, копченье“.

Тот же характер более рельефно обнаруживается при передаче рассказа в картинах. Содержание ряда картин, изображающих смерть пьяницы, одна больная передала так:

„Что ж? Лошадь... Не знаю я... Лошадь... И тут лошадь... Что ж? Лошадь еще... Мужик“...

Другая больная содержание того же ряда картинок передала так:

„Водку пьет мужчина, тут хата какая-то в три окна, крыльцо. Опохмеляется, водку пьет. Он в деревню хочет ехать, водку пьет. Слетел мужчина. Месяц... Снег... Дедушка снег хочет разгрести“...

Рассказ о мальчике, упавшем в колодезь, один больной передал следующим образом:

„Колодезь вообще, мальчишка, петух и три курицы, вообще теленок. Несут корыто. Мальчишка спускается вниз головой. Скотина, вообще... А здесь как на пароходе веревки несут. Мы знаем, вообще, или на железной дороге. А то в деревне... Братенник есть, вообще, к сестре“...

Вот еще образец передачи той же серии картинок:

„Куры, овца, человек, собака. Тут же домашние обстоятельства, кормит женщина коров, лезет мальчик на аркан, собака лежит, куры. Тут одно и то же, только мальчик упал с веревки. Опять девочка плачет, а старик работает. Какой-то диван устраивает, что ли? Осматривают что-то, мальчик что-то, а это—поднял обе руки кверху“.

В тех случаях, где дело не ограничивается описательным перечнем, но устанавливается и связь между отмеченными элементами и усвоенными комплексами, можно различать две разновидности пересказа, между которыми, разумеется, наблюдаются всевозможные переходные формы.

Первая разновидность характеризуется тем, что главные и второстепенные элементы переплетаются между собою без порядка и руководящей нити, как случайно выхваченные из общего комплекса, причем в иных случаях преобладание второстепенных деталей мешает правильности вывода.

„1. Это воду достает женщина, и мальчик смотрит в колодезь. А собака лежит вправо, а влево корова и корыто или теленок и куры с петухом. 2. А это мальчик воду тянет. Собака лежит вправо. А женщина теленка поит. Теленок с курами и колодезь. 3. Мальчик в колодезь упал,—веревка оборвалась. Собака встала, а замок остался. А женщина испугалась, теленок глядит на нее, и куры с петухом побежали врозь. 4. А здесь мальчика достают из колодца. Собака глядит в колодезь. А мужик веревку несет, а телка отворила ворота и пошла. 5. Здесь мальчика хотят вешать. Собака глядит. Сперва женщина глядит, по-



том собака. А потом—мужик, и другой мужик, и корыто, и столб. А тут хотят поднять кверху, т. е., вытаскивают? Я не понимаю этого. А телушка ушла сено есть“.

При другой разновидности самый вывод не вытекает не только из совокупного существа картинки, но не вытекает даже из сопоставления и оценки тех элементов, которые были случайно выхвачены из комплекса самим больным. Этот вывод всплывает помимо содержания комплекса, рядом с ним, вне существенной или даже вне всякой связи с ним, как видно хотя бы из следующих примеров. Разглядывая картину с изображением винного погреба, больной говорит:

„Бутылки. Бочки. Это бочки пива; это будет молоко“. На вопрос, что же все это вместе изображает, больной говорит: „Это все Япония“.

Другой больной, перечисливши ряд деталей в картине, изображающей падение мальчика в колодезь, на вопрос, в чем же тут дело, говорит: „Так вообще пять картинок“. Еще один больной на тот же вопрос ответил: „Не знаю. Мальчика спускали. Для чего его спускали? Я не могу понять таких вещей“. Одна больная, спрошенная после перечисления деталей о смысле той же картинке, заявила: „Не могу ответить; это неприличное“.

Некоторые больные, правильно определивши прямой смысл комплекса, не удовлетворяются этим и усматривают в комплексе какое-то скрытое значение, которое они либо отказываются сообщить, либо не могут уловить.

Характерны в этом смысле слова одного больного, относящиеся к серии „Смерть пьяницы“: „Это в виде того показано, чтобы увековечить постановление неправильное, что, дескать, там много в отношении народа, дескать, не нужны эти дела“.

Очевидно, что все эти разновидности осмысляющего процесса у кататоников представляются по существу однородными; все они указывают на наличие такого расстройства, при котором, с одной стороны нарушена способность сравнительной оценки и выбора элементов, а с другой изменена способность объединять эти элементы в правильно освещенное целое. Стремление установить связь удовлетворяется не столько объективным содержанием комплекса, сколько субъективной тенденцией с собственным субъективным содержанием.

При исследовании осмысления по методу пересказа прослушанных или прочитанных вслух рассказов выступают те же особенности. Больные улавливают не столько смысл рассказа, сколько те или иные случайные элементы текста: они дословно передают отдельные выхваченные

фразы, часто не связывая их вовсе между собою, или дополняя такими данными, которых не только не имеется в тексте, но которые никакого отношения к содержанию текста не имеют. Иногда, вместо пересказа содержания, больные высказывают какое-нибудь словно навеянное содержанием соображение, которое ни в какой связи с существом рассказа не стоит. Так один больной, выслушавши рассказ о калачах (см. выноску на стр. 15), передал его так:

„Купил мужик калач, купил второй калач, купил третий калач, купил четвертый калач. Экий дурак! Все ему есть хочется“.

Другой больной по поводу рассказа произнес, не пересказывая его: „Калачи ли, баранки ли — один дьявол. Нешто с них сыт будешь!“ Третий больной высказался так: „Что зря дураков кормить? Перевешать их, сукиных детей!“

Соображение. Больные, страдающие ранним слабоумием, комбинируют по синтетическому типу во время приступа болезни, и в состоянии интермиссии. Этот тип характеризуется тем, что больные приступают к складыванию (синтезу) без предварительного анализа и даже без предварительного обозрения материала. Метод, которым при синтетической работе пользуются эти больные отличается отсутствием плана; они попросту прикидывают новый отрезок к предыдущему; в одних случаях, отметивши непригодность взятого случайно отрезка, больные отбрасывают его, берут другой и перебирают таким образом до тех пор, пока не дойдут до подходящего; в других случаях, привязавшись к одному отрезку, больные долго не расстаются с ним, пробуя прикладывать его то к тому, то к другому краю, сообразуясь часто не с сущностью рисунка, а с его контурами или даже контурами самого отрезка, часто имея в виду не столько содержание сложного рисунка, сколько форму получаемой картонной фигуры, — словно складывают мозаику. Описывая этот беспорядочный метод работы больных с ранним слабоумием, я имею в виду не те лишь случаи, в которых больные проявляют негативистические тенденции или гебефреническую дурачливость, а также и те, в которых имеется налицо полная готовность исполнить предложенное, и серьезное желание разрешить задачу. Самая способность комбинирования при этом существенно не страдает, и, идя своим собственным путем, больные большей частью, при помощи одних понуканий, достигают правильных результатов; правда, они нередко бросают задачу раньше конца и отказываются от дальнейшей работы.

Интересно отметить, что часто больные складывают картины наоборот, т. е. в опрокинутом виде.

Синтетический тип комбинаторной работы сказывается при *dementia praecox* и в устном счете; задача  $3 \times 17$  больными расчленяется на  $17+17+17$ , и если она посильна для уровня развития больного, то она разрешается правильно; в иных случаях больные эти проделывают в уме письменное решение задачи, т. е., решают мысленно задачу так, как она решается письменно: иногда это решение сопровождается писанием пальцем по воздуху или по столу.

При исследовании акта сопоставления по методу размещения картинок по порядку, наблюдается тот же беспорядочный метод работы; картинки раскладываются сразу, как придется, и лишь после этого начинается их перемещение и передвигание. В лучшем случае оно после многократных нецелесообразных передвижений приводит к последовательному правильному размещению, причем большею частью картинки размещаются безразлично в вертикальные или горизонтальные ряды, или в неопределенной формы группы. Нередко в картинках, представляющих нарастающее количество предметов, серия располагается не в прямом (нарастающем), а в обратном (убывающем) порядке. Там, где дело касается более сложных серий, больные располагают их в порядке и эволюции какого-либо одного из данных элементов (напр., бутылки в рис. 10) или, беспорядочно расположивши картинки кое-как, даже не стараются привести их в правильный порядок. Некоторые больные раскладывают картинки таким образом, что одни из них лежат правильно, другие — стоямя (т. е. повернутыми под углом в  $90^\circ$ ), третьи — опрокинутыми нижним краем кверху.

Исследование сопоставляющего процесса по методу устного вычитания, дает при раннем слабоумии не всегда ошибочные результаты; ошибки легче возникают при последовательном вычитании (напр.  $100 - 7 - 7 - 7$  и т. д.) или при вычитаниях, выходящих из пределов данного десятка либо сотни (напр.  $83 - 17$  или  $112 - 25$ ); здесь ошибки выражаются преимущественно в неправильностях в числе десятков (или сотен), а не единиц; напр.  $100 - 7 - 7 \dots = 93$ ;  $86$ ;  $69$ ;  $62$ ;  $65$ ; и т. д. или  $83 - 17 = 76$ .

Исследование критической способности при раннем слабоумии по методу оценки наглядных несообразностей показывает, что, если картинка достаточно осмыслена больным и противоречащие друг другу элементы ее им восприняты, то и оценка совершается правильно. Но это случается не всегда; очень часто больные не отмечают противоречивых особенностей даже в тех картинках, где несообразности касаются крупных данных.



Один больной, рассматривая картинку, на которой изображена сапожная лавка с вывеской „Торговля фруктами“, не отметил в ней ничего особенного; когда же я обратил его внимание на вывеску, он возразил: „Вывеску можно всякую повесить“. Этот ответ может считаться типичным для такого рода случаев: не отметивши несообразности, больные кататоники упрямо отстаивают свою точку зрения, обосновывая ее увертливыми отговорками, обнаруживающими подчас значительную критическую изобретательность.

**Память.** Характер восприимчивости памяти при раннем слабоумии обнаруживает особенности, отмеченные на таблице (рис. 21); общая сумма показаний обычно не достигает 9, причем это уменьшение относится на счет уменьшения количества правильных показаний; количество ложных показаний колеблется в пределах, близких к норме, и очертания ложно указанных фигур аналогичны тем, которые подлежали запоминанию. Количество фигур, первоначально показанных в рамке, нередко отмечается больными неправильно, причем заметна склонность к его преуменьшению.

Заучивание бессмысленных слогов большею частью дается легко в смысле удержания в памяти звукового комплекса; но значительно труднее заучивается порядок: и при воспроизведении через некоторый срок отмечается резкое несоответствие между прочностью запечатления звуковых комплексов и их порядка: первое оказывается много лучше второго.

**Ассоциации.** При исследовании по методу непрерывных связанных ассоциаций при раннем слабоумии ряды произносимых слов отличаются очень однообразным характером; больные либо перечисляют предметы данного порядка, находящиеся у них перед глазами (напр. „бумага белая, потолок белый, докторский халат белый, зубы у вас белые, вот свечка белая, мало ли что белого бывает, жилет белый на вас, галстух, сорочка“), либо перечисляют на заданную тему предметы какой-либо определенной категории (напр., кумач красный, всякая материя бывает красная, сукно, бархат, шерстяная материя, платки). Нередко у этих больных попадаются повторения в смежных рядах одних и тех же предметов (напр. красное: сукно, материя, платки, ситец, бархат, черное: сукно, бархат, драп, кожа, меха, материи, одежда; белое: полотно, одежда, платье, платки); случается, что больные в том же ряду повторяют два и три раза одно и то же название, то кряду, то раздельно: „Белый хлеб, снег белый, пол белый бывает, снег белый, электричество белое, газ белый, полотно белое, снег белый, люди белые бывают, платки бывают бе-



лые". Как видно из этих примеров, преобладающее место занимают названия таких предметов, в которых тематический признак является случайным атрибутом; характерно, что во многих случаях тематический атрибут в виде прилагательного очень часто сопровождает произносимое название предмета.

Приведенные сейчас данные касаются больных, не обнаруживающих самостоятельного речевого возбуждения; у этих последних ряды получаются значительно более сложные. Их сложность выражается прежде всего в том, что они быстро выходят из рамок заданной темы на путь свободного ассоциирования, неподдающегося экспериментальному упорядочению. Для формальной оценки этих самостоятельных продукций я пользуюсь, как я уже указывал, примитивным приемом подсказывания больному в короткие промежутки отдельных слов, причем регистрируется изменение продукции под влиянием подсказанного и судьба, претерпеваемая самими подсказанными словами в продукции больного.

Отношение к подсказанным словам у кататоников с речевым возбуждением бывает двойное: в одних случаях подсказанное слово проходит совершенно бесследно, больные как бы не замечают его и ничем не реагируют на подсказывание; в других случаях они живо откликаются на подсказанное слово, вплетая его в свою речь в подлинном или измененном виде, пользуясь не столько образом, который навеян его содержанием или слуховой формой, сколько звуковым комплексом его коренных или характерных слогов; эти последние не влияют на изменение направления речевого потока, а вплетаются в него, как словесный материал; то они дают повод к рифмованному отзвуку (Бог — „издох, а дьявол помолился“, книга — „на тебе, фи́га“), логически не связанному с подсказанным словом, то повторяются в различных модификациях, не приуроченных ни к их собственному смыслу, ни к содержанию спонтанной речи; последняя продолжает сохранять свойственный ей характер отсутствия логической связности при достаточно - сохраненной связности грамматической формы.

Внимание. Счет цветных шариков обнаруживает у больных, страдающих ранним слабоумием, ослабление способности длительного сосредоточивания внимания, которое обнаруживается в том, что ошибочные показания часто начинаются уже с третьего поля, причем ошибки большею частью выражаются в преуменьшении числа шариков; во время самой счетной работы изредка удается отметить, что больные неоднократно сбиваются со счета и начинают его сызнова.

То же явление обнаруживается и при последовательном вычитании, где оно сказывается в ошибках в цифре десятков.

Двигательная реакция не представляется измененной в своем течении во времени; даже у больных, которые представляются вялыми и медленными, время совершения ее (если удастся побудить больных к счету звездочек) не отличается от нормального. Это обстоятельство может иметь некоторое значение для дифференциального отличия от циркулярной или эпилептической подавленности, при которых общее замедление обычных движений отражается и на замедлении времени сосчитывания звездочек.

**Резюме.** Характерно расстроены при раннем слабоумии следующие процессы:

**Осмысление:** случайный подбор элементов без различия главных и второстепенных; связь либо отсутствует, либо устанавливается независимо от соотношения данных.

**Комбинирование:** синтетический тип, непланомерный метод.

**Ассоциации:** стереотипия, бессвязность, откликаемость, сохранение грамматической связи при нарушении логической связи.

---

### Прогрессивный паралич.

**Восприятие, усвоение, осмысление.** Восприятие при прогрессивном параличе обычно не расстраивается вовсе, а усвоение остается нерасстроенным очень долго; лишь в поздних стадиях этой болезни способность усвоения нарушается, то давая повод к неправильной оценке, то вовсе препятствуя ее совершению. Характер этого нарушения ясен из следующих примеров: при виде работника, колющего дрова, больные говорят: „человек нагнулся“; при виде хищных животных больные смешивают их друг с другом, называя тигра львом, льва медведем и т. п. Другими словами, больные производят лишь общую оценку представляющегося комплекса, не входя в частное рассмотрение специфических его особенностей и смешивая сходные объекты на основании их сходных признаков. Повидимому то же расстройство усвоения проявляется и в известном расстройстве чтения паралитиков, когда они наугад произносят не те слова, которые находятся у них перед глазами; это отмечается главным образом в длинных словах, из которых выхватывается несколько букв, начальных или средних, и больные строят из них свое часто бессмысленное слово.

Характер процесса осмысления при прогрессивном параличе отличается от нормального скорее количественно, чем качественно. По мере прогрессирования болезни, он постепенно приближается к детскому типу осмысления, и описательный элемент (составление инвентаря) постепенно становится в нем преобладающим. В ранних стадиях описательный элемент фигурирует лишь в пересказе первой картинки серии, как видно из следующего примера:

„Крестьянка достает воду. Сынишка. Петух, куры, корыто. Вот — корова, а здесь — собака. Сынишка достает воды. Веревка оборвалась, и он упал туда. Полезли доставать его. Достали“.

Затем описательный элемент распространяется и на следующие картинки, и описание заменяется пересказом лишь к концу серии:

„Здесь колодезь, дом с замочком, дерево и женщина в пестром платочке, в белом фартуке, в черной юбке; мальчик — белое лицо, черная головка. Корыто, два дерева. Курочки, собачка... Здесь мальчик тот же, и собачка та же, и корыто то же. Барашек из корытца пьет водицу. Дерево и замочек на избе. Ну, тут все то же. А нет, нет, не все. Мальчик тут упал в колодезь, веревка оборвалась. Господи! А тут мужик бежит веревку подвязать, женщина плачет. Господи! А тут вытащили его, батюшки, слава те Господи! И я то рада, Господи, а то-было заплакала тоже“.

В далеко зашедших случаях описание вовсе не переходит в пересказ; элементы вовсе не оцениваются, главные от второстепенных не отделяются, и связь, между элементами не устанавливается вовсе.

„1. Птицы, теленок, лестница, петухи и куры, девочка, мальчик, девочка, решетка, столб, теленок, куры. 2. Теленок с хвостом, рыба, цыпленок. 3. Столб, женщина, скамейка, корова, птицы. 4. Цепь, мальчик, корова, два человека, три, четыре, четвертая баба. 5. Корова и лестница, — и мужчины: три мужчины и женщины. Лес, трава“.

Такие же результаты получаются в более ранних стадиях, при попытке осмыслить более трудные серии картин. Поэтому, предлагая больному один ряд картинок за другим, мы получаем возможность установить ту ступень, на которой осмысление перестает у него осуществляться, заменяясь простым описанием. У паралитиков не трудно отметить постепенное падение силы осмысления, сказывающееся в том, что в более трудных комплексах больные перестают разбираться раньше, чем в более легких.

Ослабление способности осмысления сказывается, таким образом, в уменьшении силы его и еще в замедлении его течения; но глубина его самостоятельно не страдает обычно до той поры, пока не рас-



страивается способность усвоения; это последнее расстройство очевидным образом нарушает самую возможность правильного осмысления, т. к. заставляет его оперировать с недостаточно или ложно усвоенными элементами.

Пересказ прочитанных и прослушанных рассказов дает в общем худшие результаты: позабываются многие детали, прибавляются несуществующие подробности (ложные воспоминания); смысл улавливается с трудом.

Соображение. При прогрессивном параличе и тип, и метод комбинаторной работы не представляются измененными по существу: больные, если они только в состоянии усвоить смысл задачи (что в большинстве случаев легко удается) обыкновенно начинают с рассмотрения отрезков, часто вслух высказывают, какое изображение получится в результате складывания, и уже затем приступают к работе. Но рядом с этим у них отмечается прогрессирующее, по мере хода болезни, ослабление самой способности комбинирования, которое сказывается либо в том, что им удается сложить лишь более легкие из предлагаемых комбинаций, либо в том, что они при более трудных комбинациях не могут проанализировать задачи, или сбиваются с планомерной работы и прикидывают отрезки друг к другу наудачу.

То же отмечается и при устном сложении и умножении: больные обыкновенно правильно расчленяют задачу на естественные составные части (напр.  $3 \times 17 = 3 \times 10 + 3 \times 7$ ); но конечный результат часто оказывается неверным, так как выполнение намеченного плана не удается: напр.  $3 \times 17 = 45$ , т. к. в решении больного  $3 \times 7$  оказывается равным 15.

При исследовании сопоставления по методу размещения рядов картинок больные обыкновенно приступают к решению задачи, разложивши перед собою все картины; по рассмотрении их, они их пытаются разложить по порядку в правильный горизонтальный ряд. Когда дело идет о простых рядах (с нарастанием величины или количества предметов), то больные без труда справляются с задачей, прикидывая каждую новую картинку к ряду, прежде чем утвердить ее на месте. Но там, где дело касается более сложных сопоставлений, больные беспомощно перекаладывают картинки, заменяя их поочередно одну другою, вопрошающе взглядывают на исследующего и в конце концов отказываются от работы.

При устном вычитании ошибки очень обычны, но в противоположность тому, что наблюдается при раннем слабоумии, здесь преобладают ошибки в единицах ( $100 - 7 - 7 \dots = 93$ ; 89; 83; 78; 71 и т. д.).



Упадок критики по отношению к наглядным несообразностям выражается в том, что больные легко подчиняются непосредственной очевидности, принимая ее на веру: если так изображено, стало быть так и бывает.

При виде кошки, сидящей в клетке, больная говорит: „Ну что ж, посадили ее, она и сидит; как же ей уйти?“ При виде скрипача, держащего скрипку грифом кверху, на вопрос, можно ли так играть,—больной отвечает: „Можно, вот, видите, этот играет“. При виде девушки, несущей на коромысле одно ведро, больная не находит в этом ничего необычного и на замечание, что ведро может упасть, успокоительно замечает: „Не бойся, не упадет; она подхватит“. При этом больные упорно отстаивают несообразную видимость, не поддаются убеждениям в ее нелепости и легко приходят в гневное настроение при более настойчивых попытках их переубедить.

Память. При прогрессивном параличе количество правильно узнаваемых фигур оказывается пониженным, а неправильно указанных—повышенным по сравнению с нормой, причем количество ложных показаний часто превышает количество правильных (см. рис. 21); среди неправильно указанных фигур изобилуют фигуры, вовсе не похожие на показанные (не аналогичные); общее количество воспроизводимых фигур обычно превышает 9 (количество фигур, показанных в рамке). Количество фигур в рамке определяется преувеличенно (12, 16, 25) или вовсе не определяется. При повторном исследовании (без новой демонстрации рамки) сумма показаний часто возрастает, увеличиваясь на счет обилия ложных показаний.

Заучивание бессмысленных слогов удается с большим трудом; заученное быстро позабывается, и при повторном заучивании почти не получается сбережения работы; оно дается так же трудно, как и первоначальное.

Ассоциации. Исследование ассоциаций при прогрессивном параличе при помощи указанных выше методов не дает существенных результатов. Ряды получаемых непрерывных связанных ассоциаций мало отличаются от того, что наблюдается у здоровых; больные перечисляют обыкновенно разнообразные предметы, заимствуя их то из окружающей обстановки, то из воспоминаний, преимущественно выбирая такие, в которых тематический признак является существенным, а не случайным (напр., при перечислении белых предметов говорят: бумага, мел, сахар, снег, мука, облако); в далеко зашедших случаях подбор предметов затрудняется: перечень становится короче, паузы длиннее. Общий ход ассоциативных процессов ничего характерного при исследовании не обнаруживает, за исключе-

нием случаев с маниакальным состоянием, где он приближается к тому, что наблюдается у циркулярных маниаков (см. ниже).

**Внимание.** Счет шариков показывает ослабление внимания: ошибки появляются нередко уже во втором, а иногда и в первом поле, и наклонны к преувеличению количества шариков; в четвертом или пятом поле обыкновенно больные часто сбиваются и возобновляют счет.

**Двигательная реакция** ничего характерного не обнаруживает.

**Резюме.** Характерно в формальном отношении расстроены при прогрессивном параличе следующие процессы:

**Сопоставление:** беспомощная, беспорядочная работа.

**Критика:** подчинение очевидности.

**Восприимчивость:** количество  $g$  понижено,  $f$  повышено;  $f$  не аналогично  $g$ ;  $S$  больше 9.

**Память** механическая хуже ассоциативной.

---

### Циркулярный психоз.

Формальные расстройства, свойственные циркулярному психозу, одинаково обнаруживаются и в экспансивных, и в депрессивных, и в смешанных состояниях; в чистых депрессивных состояниях они бывают выражены наименее резко.

**Восприятие, усвоение, осмысление.** Восприятие у циркулярных больных обычно не расстраивается; усвоение также, вообще говоря, не представляет заметных расстройств; лишь при очень интенсивных степенях отвлекаемости, обычно характеризуемых клиническим обозначением спутанности, возбужденной или угнетенной, оно оказывается характерно расстроенным. Это расстройство сводится к тому, что больные не ограничиваются общей оценкой представляющегося частного комплекса, а стремятся к его индивидуальному осмыслению, путем оценки деталей, либо действительно в нем заключающихся, либо своеобразно привнесенных творчеством самого больного; в этих состояниях больные стремятся не усвоить, а осмыслить объект и проявляют при этом те характерные расстройства осмысления, которые свойственны их болезни. Об этом речь впереди.

Характер осмысления при циркулярном психозе близок к нормальному типу в том отношении, что и здесь описательный стадий обыкновенно отсутствует (т.-е. протекает скрыто) и сравнительная оценка правильно отделяет существенные детали от второстепенных; другими

словами, сила осмысления при циркулярном психозе обычно не страдает. В состояниях легкой экзальтации и депрессии, не нарушающих течения мыслей, и стадий объединяющего вывода не отличается от нормального типа, хотя здесь уже можно уловить наклонность больных отмечать, на ряду с наличными деталями, еще и подразумеваемые или привнесенные творческой работой самого больного, окрашенной обычно в колорит преобладающего настроения. Этот элемент присочинения гораздо ярче выступает в случаях более интенсивного расстройства; характерною особенностью осмысления в этих случаях является то, что вывод делается раньше, чем успевает закончиться усвоение и оценка всех данных комплекса, и поэтому оказывается преждевременным, поспешным и поверхностным; больные не столько продумывают, сколько предчувствуют или предугадывают смысл; они не подходят к нему путем последовательной постепенности шаг за шагом, а устремляются к нему преждевременно внезапным прыжком; недостающие для угаданного вывода данные (детали) не заимствуются из представляющегося комплекса, а возникают в представлении из области воспоминаний, фантазирования и побочных ассоциаций, в которые уклоняется мысль больного по законам свойственной циркулярному психозу отвлекаемости (о ней речь ниже). Так, один больной, в состоянии очень незначительной экзальтации, взглянувши быстро на картину Ярошенко „Хор“ (рис. 2), сказал: „Это митинг“.

Любопытно отметить, что циркулярные больные, взявши в руки полосу рассказа в картинах, часто начинают рассмотрение не с первой, а с последней картинки.

Бегло взглянувши на ряд картинок, изображающих смерть пьяницы, один больной сказал: „Человек замерз“: когда же его внимание было мною обращено на то, что на первой картинке крестьянин пьет водку, он произнес: „Виноват! Пьяный человек замерз“. Другой больной, просмотревши картинку, изображающую возвращение утерянного топора (рис. 3), заявил: „Грабитель зарубил топором богатого мужика“. Такое понимание было, очевидно, навеяно тою картинкой, где верховой размахивает топором в воздухе, причем представление о богатстве мужика, едущего в телеге, было, разумеется, извлечено не из данной картинки, где для такого соображения не имеется никаких оснований, а из побочно возникших предположений о вероятности мотивов ложно угаданного убийства. От другого больного, рассматривавшего иллюстрацию рассказа о верной собаке (рис. 23), я получил такой ответ: „Это известная сказка о медведе и двух приятелях“.



При расспросе выяснилось, что больной принял фигуру падающего с дерева охотника за медведя; вторая картинка, где охотник лежит, а собака обнюхивает его, в связи с медведем первой картины, напомнила больному сцену из упомянутой сказки, в которой медведь обнюхал притворившегося мертвым охотника, тогда как второй охотник взобрался на дерево, чтобы укрыться от мед-

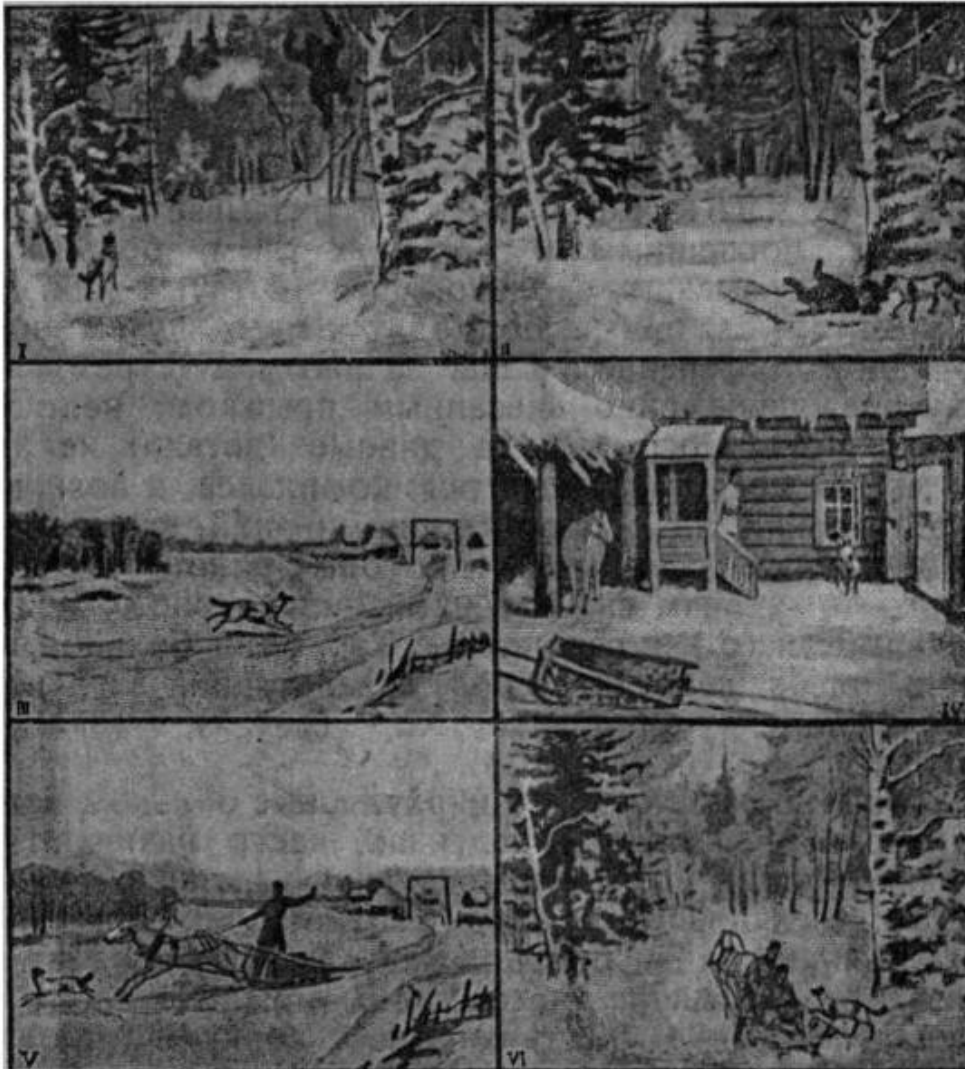


Рис. 23.

ведя. В представлении больного образ медведя, навеянный первой картинкой, перенесся на собаку второй картинки, а рядом с этим такая концепция второй картинки повела к толкованию первой в том смысле, что охотник (первоначально принятый за медведя), взбирается на дерево (а не падает с него). Таким образом получился неправильный вывод, подсказанный побочно всплывшею баснею, которая возникла в связи с поверхностной оценкой части элементов первой и второй картинок и, в свою



очередь повела к новому толкованию первой картинки; то обстоятельство, что это новое толкование уничтожало первое и тем самым устраняло повод к возникновению воспоминания о содержании басни, не остановило больного, не помешало ему принять поспешный вывод, построенный на противоречивых основаниях.

В состояниях легкой экзальтации и депрессии поспешный вывод обыкновенно легко поддается коррекции, производимой либо самостоятельно, либо при посторонней помощи; в состояниях резко выраженных интеллектуальных расстройств, клинически характеризуемых обозначением спутанности, коррекция либо не удается вовсе, либо удается только на время: больные соглашаются с указаниями на неправильность их вывода и принимают поправку, но, будучи предоставлены самим себе, снова возвращаются к своему собственному толкованию, чтобы опять отказаться от него под влиянием посторонних указаний и убеждений.

Я уже указывал на то, что в подобных состояниях нередко расстраивается, аналогично осмыслению, и усвоение. Пример этому мы видели в приведенном сейчас случае, где охотник был принят за медведя. И здесь сущность расстройства сводится к поверхностной оценке одних деталей изображения, навеянной внешним сходством, догадкой и отвлекаемостью, и к упущению из виду других деталей, противоречащих этому.

**Соображение.** При циркулярном психозе тип комбинирования внешним образом отличается от нормального в том отношении, что, независимо от состояния, больные обычно приступают к работе сразу, без предварительного рассмотрения всего материала: они берут один отрезок за другим, прикладывают следующий к предыдущему или откладывают его в сторону, как не подходящий. Таким образом, с внешней стороны тип работы этих больных представляется синтетическим без предварительного анализа; однако, при внимательном наблюдении, можно отметить, что и здесь анализ предшествует синтезу, но самый анализ совершается по знакомому уже нам поспешному пути, благодаря чему больной, для производства анализа, не вдается в рассмотрение всех отрезков, а угадывает смысл совокупного изображения уже по виду одного-двух первых попавших ему на глаза отрезков. Тем не менее с внешней стороны тип работы циркулярных больных остается синтетическим, причем отдельные отрезки пригоняются друг к другу планомерно, сообразно существу помещенного на отрезках рисунка. Иногда в маниакальных состояниях больные, комбинирующие торопливо, ошибаются в шестом номере,

перепутывая соседние отрезки; но большею частью они сами отмечают и исправляют свои ошибки. Вне приступов болезни у этих больных обычно восстанавливается аналитический тип комбинирования.

Устный счет производится по нормальному аналитическому типу.

Сопоставление совершается быстро: взглянув на две случайно взятые картинки из серии, больные видимо сразу улавливают основную мысль задачи и рассортировывают картинки, вставляя каждую новую сразу на ее правильное место среди других. Часто эта сортировка производится больными не на столе, а в руках, как сортируются сданные на руки карты при игре, и затем уже подобранная в порядке серия раскладывается на столе в горизонтальный ряд, а иногда и веерообразно.

Исследование с наглядными несообразностями никаких расстройств у циркулярных больных не обнаруживает.

Память. Восприимчивость по отношению к геометрическим формам часто дает нормальные результаты: иногда (в смешанных состояниях) несколько понижается количество правильных и повышается количество ложных показаний. Сумма показаний большею частью равна 9, и количество объектов в рамке определяется по воспоминанию правильно.

Ассоциации. При исследовании по приему непрерывных связанных рядов, больные в депрессивном состоянии дают обычно нормальные результаты, т. е. произносят ряды слов, в которых тематический признак является существенным атрибутом (напр., черное: уголь, сажа, смола, вакса, чугун, земля, ночь); в экспансивных же состояниях больные легко уклоняются от темы, либо включая в свой ряд названия образов совершенно иного порядка, навеянных смежностью или созвучием, либо вовсе переходя от заданного перечисления к продукциям другого содержания. Вот, напр., ряд слов, произнесенных одною экзальтированной больной на предложение назвать красные предметы (это предложение было сделано непосредственно после того, как больная считала звездочки и шары на таблицах для исследования): „звезды, шары, баллотировка, цветы, маргаритка, земляника, ягоды, яблоки, гранат, вино, платье, которое я разорвала“. В этом ряде ярко выступают отклонения от заданной темы: образ шаров вызвал представление о баллотировке, представление о цветах породило образ маргаритки. При предложении назвать черное, та же больная сказала: „стул, стол, клеенка, уголь, кокс, торф“. Нередко у циркулярных больных появляются в рядах аллегорические образы, как черная совесть, черная сотня, белый царь, белый свет; сюда

же относится „черная ночь“ в приведенном выше примере.

При свободном ассоциировании у больных, в особенности в экспансивных состояниях (чистых и смешанных), более или менее резко выступает отвлекаемость, как самостоятельная, так и под влиянием подсказанного слова или представленного зрительного образа; подсказанное слово меняет направление мысли больного, отвлекая его к новой цели, навеянной либо по смыслу, либо по созвучию; основной чертой отвлекаемости является изменение самой темы речевой продукции под влиянием подсказанных извне или внутренних побочных ассоциаций; на место первоначального целевого представления то и дело возникают новые, попутно вызываемые уклонением ассоциационного процесса в боковые цепи. При очень значительных степенях отвлекаемости, соединенных с речевым возбуждением, темы сменяют друг друга так быстро, что каждая из них, не успевая развиться и вылиться в грамматически правильную форму, выражается незаконченным обрывком фразы, и вся словесная речь превращается в ряд бессвязных отрывочных слов или незаконченных предложений.

Внимание, исследуемое счетом нарисованных шариков, оказывается способным к длительному сосредоточению в депрессивных состояниях, где больные безошибочно сосчитывают количество шариков нередко до последнего поля. В состояниях экспансивных неустойчивость внимания очень колеблется у отдельных больных и в различные моменты, давая разноречивые результаты счета; большею частью первые три-четыре поля сосчитываются правильно даже довольно возбужденными больными; дальнейший счет им обыкновенно надоедает: они начинают шалить или сердиться и отказываются от исследования.

Двигательная реакция бывает обыкновенно замедлена в депрессивных состояниях, тогда как при экспансивных—резкого ускорения ее, вопреки ожиданию, отметить не удается.

Резюме. Характерно расстроенными в формальном отношении следует считать следующие процессы:

Осмысление: поспешность вывода, основанного не на последовательной работе, а на торопливом отгадывании.

Ассоциации: отвлекаемость—изменчивость тематического направления, неустойчивость целевого представления.

Комбинирование: тип синтетический, метод планомерный, характер поспешный.



### Эпилепсия.

Восприятие, усвоение, осмысление. Наиболее яркое расстройство восприятия обнаруживают больные эпилептики в состояниях послеприпадного оглушения или сумеречного эквивалента. Здесь расстройство восприятия носит характер, присущий всяким состояниям затуманенного сознания (аментивные или делириозные состояния): в наиболее тяжелой степени оно сводится к нарушению способности идентификации, т.-е. ослаблению или уничтожению способности узнавать предмет и его назначение (асимболия); различные степени этого расстройства выражаются в том, что тогда как в одних случаях асимболия представляется очень распространенной, почти универсальной, охватывающей почти весь запас знаний больного, в других—она ограничивается только объектами, менее обычными, менее знакомыми больному. По мере прояснения сознания асимболические расстройства сглаживаются, причем способность узнавать реальные предметы восстанавливается ранее способности узнавать рисунки, а способность узнавать раскрашенные рисунки возвращается раньше способности узнавать рисунки черные. Но у эпилептиков, по мере сглаживания асимболического синдрома, на место его выступает другое расстройство, которое, собственно, не является нарушением воспринимающего процесса, а представляет амнестически-афазический комплекс: это расстройство, которое мною названо олигофазией, выражается в том, что больные, хотя и узнают предмет и знают его назначение, но не сразу находят подходящее название для его обозначения, или вовсе его не находят; они беспомощно глядят на предъявленный объект, взглядывают просительно на окружающих, на лице их, в их жестах проявляется нетерпение; они прибегают к описательным выражениям, приводят название предмета, сообщают, где его видели, где он находится, называют его, если могут, на иностранном языке, произносят первое подвернувшееся на язык слово, часто то именно, которое произносили незадолго пред этим по другому поводу (напр., название показанного перед этим предмета), прибегают к общим родовым или неопределенным обозначениям (то, это, вот то самое)—и с радостью подхватывают подсказанное название. Если подсказано неправильное название, то больные не всегда сразу отвергают его, а иногда подхватывают и временно присваивают, и, наоборот, не всегда они сразу соглашаются принять подсказанное им надлежащее слово. В большинстве случаев можно и здесь отметить, что предметы более обыденные, более близкие больному называются с боль-



шею легкостью, чем те, с которыми реже приходится встречаться.

Для образца я приведу протокол исследования одной больной. В 10<sup>1/4</sup> ч. у больной был эпилептический судорожный припадок, длившийся 10 мин. В 11<sup>1/2</sup> больная еще ничего не узнает, на вопросы не отвечает, стонет. В 11<sup>3/4</sup> ч. улыбается, на вопросы почти не отвечает; называет врача доктором, надзирательницу—барыней, обращается с обычной просьбой: „отпустите, мне нужно“, но на вопросы, куда нужно, улыбается и молчит. В 12 ч. дня показывается ей куриное перо и спрашивается, что это? Больная смотрит, трогает пальцами, поворачивает его к свету и говорит: „белое... желтое... в руке“. Показанную юбку, простыню называет верно. Указывается на стол: „что это“. Больная с живостью: „а это?.. это?.. ка... ак... это... на-зывается?..“ задумывается и умолкает. Дается ей одеяло и спрашивается, как назвать. Больная: „а это?.. это...“ смотрит, перебирает руками и молчит. Вопрос повторяется. Больная: „это-то? как звать?“—продолжает перебирать в руках, одеяло и молчит. Скатерть назвала простынкой; башмаки, чулки, стул назвала верно, но с некоторыми затруднениями и запинками. Указаны туфли; на вопрос, как их звать, больная говорит: „эти... это... назвать-то...“, молчит. Указывается на стене фонарь и спрашивается, что это. Больная говорит: „этот... как его?.. Ах!—как его?“ Затем показаны были рисунки. Из них больная назвала верно: грабли, лошадь, собаку, петуха, чайник, чашку, ложку; но многих рисунков она не назвала совсем или называла несоответствующим именем или описательно.

Указана лопата; больная говорит: „а это... это...“ Показана ягода, отв.: „это... как его?“ Показан цветок земляники, отв.: „это... это... листок... нет... как его... да, цветок“. Показан гусь, отв.: „не утка?“ Дрозд, отв.: „птица“; показан заяц, больная долго думает и говорит: „не знаю“. Показан майский жук, отв.: „не знаю, как назвать“. Больную спрашивают: это собака? Она отвечает: „нет“. Ей говорят: это мотылек? Она отвечает: „ну, мотылек“. Ей говорят, все указывая на жука: может быть это пчела? Она говорит: „ну пчела“. Тогда ее спрашивают: не птичка ли это? Она смотрит и говорит: „словно на птичку не похоже“. Барана назвала коровой: коровы, кошки, гриба не называет.

Указана шляпа: больная с живостью: „а эта... как ее?.. батюшки мои!“—вздыхает, охает, думает и вдруг говорит: „шляпа“; довольна, смеется.

На предложение указать, где нарисованы: гриб, кошка, корова, ягода, жук, мотылек и т. д., больная показывала правильно, только нередко с сомнением, произнося: „не это ли будет?“.

В 12<sup>1/2</sup> ч. дня узнает показываемые предметы и картинки гораздо лучше и называет правильнее: называет по именам знакомых ей врачей и надзирательниц.

Однако олигофазические явления присущи не одним только сумеречным и послеприпадочным состояниям; в этих состояниях они представляются лишь наиболее резко выраженными. Появляясь в первоначальные периоды болезни только при появлении названных сейчас эпизодов, олигофазия с течением болезни фиксируется, и в случаях давнишней эпилепсии оказывается более или менее выраженной и во вне-припадочные периоды, как постоянный симптом так называемого эпилептического слабоумия, стоящий рядом с склонностью употреблять уменьшительные и ласкательные названия (коровка, топорик, ребеночек).

Усвоение у эпилептиков не представляет самостоятельных расстройств: оно оказывается измененным постольку, поскольку расстроено восприятие и постольку это последнее расстройство роковым образом нарушает возможность усвоения.

При исследовании осмысления при помощи картинок прежде всего обращает на себя внимание обилие описательного элемента: больной тщательно, подробно описывает детали картинки, отмечая совершенно несущественные подробности и мало стараясь о сведении их в одно целое. Вот как описывает один больной картину Савицкого „Панихида“ (рис. 24):

„Кладбище. Тут крест деревянный, за решеткой, вон там еще крест и еще третий, а вот и еще. Снег свежий лежит. Священник служит и дьякон. Вот барин в шубе, в роде военный, и воротник богатый на шубе. Барыня на него навалилась. Девочка тоже стоит маленькая; не маленькая, а в роде подросточек, за барыню ухватилась. Деревья тоже в снегу, снег-то мягкий, свежий. И еще мальчик тут же, ребеночек в шапочке, на снег глядит, мой батюшка. И старушка Божья ручки сложила, молится. А это нищая, должно быть, старушка, с палочкой“.

При исследовании с сериями картинок еще резче заметно это преобладание эмоционально окрашенного созерцания, это отсутствие стремления проникнуть в смысл представляющегося, установить соотношение между данными, правильно усвоенными и правильно оцененными. Большею частью приходится наводить больных указанием на то, что картинки связаны между собою по содержанию. Но и при таком наведении созерцательное отношение не покидает больных, и они продолжают свою миниатюрную описательную работу, отмечая рядом и главное и второстепенное, уделяя тому и другому одинаковый интерес.

Вот пример пересказа серии картин, изображающих падение мальчика в колодезь.

„1. Это—картинка особая. Это, послушайте, колодезь. И это—женщина опускает туда бадью, черпает воду, вот собачка, курочка, а это—не знаю, телочка, должно быть, да, телочка и мальчик. 2. А это вот—коровка, она в колоде чего-то кушает, а это вот—дама, она месит ей, как я вот месила своим телкам и коровам. И вот она, дама эта, держит корзину, видно, с травой пришла или с чем-нибудь намесить. А она в корытце кушает, что-нибудь ей намесила. А это корытце, наверное, для кур стоит, это—кочеток, три курочки. А это—мальчик черненький, бадью



Рис. 24.

достал, то куда он, подлый, стал?—на самый край, долго ли до беды? Эх-ма! Зачем этаких посылают матери? Это—собачка, видите, сидит. 3. А это—амшанничек на избушечке. А это—опять дама стоит с коровкой, так что-нибудь уже у них вышло с коровкой: и она отвернулась, и коровка отвернулась, на нее не глядит, и ведро валяется. А это вот: чтоль она опустила в колодезь, или это—мужчина, может быть, мальчик какой опрокинулся. 4. А здесь вот: 4 мужчины и 1 девочка, чего-то плачет, не знаю чего, один вот держит веревку, и собачка у них. Они что то в колодезь смотрят, да, вот в колодезь смотрят. 5. Ну, телочка в поле ушла. 4 мужчины, только не пойму здесь что-то: неужели двойня? нет, один, нет, вдвоем, и одна дама,—руки так охватила и сюда к губе прижала. Из колодца они, не иначе, вынули, и она, стало-быть, ахнула: ах, дескать, откуда является? А вот—видите, собачка. По



правую сторону—все собачки, 5 собачек, а по эту сторону,—все коровы и куры, коровы и куры“.

Иногда общий смысл рассказанного в картинах ускользает от больного, несмотря на видимое усилие его понять содержание картинок: усилие это сказывается и в мимике больного, и в жестах, которыми он словно старается себе помочь; случается, что смысл внезапно, словно по наитию, становится ясен больному, после долгого напряжения, что, видимо, вызывает у больного чувство удовлетворения и облегчения.

В пересказе больного обращают на себя внимание и обычные особенности эпилептической речи: олигафазические затруднения, обилие уменьшительных и ласкательных имен, повторение однородных оборотов речи.

**Соображение.** Комбинаторная способность эпилептиков, поскольку она характеризуется методом складывания разрезанных картинок, представляется неодинаковой в различных состояниях. На высоте после-припадочного или сумеречного оглушения больные, повидимому, совершенно не понимают предлагаемой им задачи; они бесцельно перебирают и переворачивают отрезки картинок, раскладывают их беспорядочно по столу, часто не стремясь вовсе создать из них что-либо целое, не заботясь не только о содержании картинки, но даже о составлении какой-либо контурной фигуры. По мере прояснения сознания, тип складывания постепенно приближается к тому, который является характерным для эпилептика, как такового, и который может быть назван смешанным типом: он представляется аналитическим в том отношении, что, прежде чем приступить к складыванию, больные обыкновенно обозревают предлагаемые им отрезки, стараясь представить себе конечный результат работы; но метод, по которому производится самое складывание, является не плановым синтезом, сказывающимся в том, что больные примеривают отрезки один за другим, по мере того, как они поочередно попадают им в руки, отбрасывая неподходящие и оставляя на месте удачно пригнанные. При этой работе больные обыкновенно руководствуются не столько содержанием совокупной картинки, сколько узорами рисунка, его контурами и красками, по которым они и пригоняют отрезки один к другому. Обыкновенно в основу синтеза кладется какой-либо один отрезок, к которому затем пригоняются следующие, тщательно и аккуратно, без щелей и просветов, без изломов по линиям рисунка, прилегающих к разрезу; приложенные отрезки часто придерживаются пальцами, чтобы они не расползались. Если комбинирование не ладится, больные с досадливостью переделывают свою работу и удовлетворяются



только тогда, когда получается правильный результат. Нередко удается отметить в синтетической работе два момента, особенно выступающие в более трудных задачах, где картинка состоит из большого числа отрезков: первые два-три отрезка прилаживаются непланомерно, путем примеривания, а потом работа сразу принимает планомерный характер, и остальные отрезки прикладываются уверенно сразу в том порядке и положении, которые соответствуют цели: как будто и здесь происходит какое-то внезапное просветление или преодоление препятствия, мешавшего правильному и продуктивному ходу работы. Очень часто первые, более легкие задачи исполняются с большими затруднениями, нежели последующие, более трудные. В случаях давнишней эпилепсии обнаруживается, кроме того, и общее ослабление комбинаторной способности, которое сказывается в том, что более трудные задачи оказываются вовсе неразрешимыми.

Те же особенности комбинирования сказываются и в устном решении задач на умножение. Например, задача умножения  $17 \times 3$  решается по следующей схеме  $17 \times 3 = 10 \times 3 + 7 \times 3 = 30 + 7 + 7 + 7 = 51$ . Или  $6 \times 19 = 6 \times 10 + 6 \times 9 = 60 + 6 + 10 - 6$ ; или  $60 + 3 \times 9 + 3 \times 9$ ; иногда встречается, однако, и наиболее совершенное аналитическое решение типа  $6 \times 20 - 6$ . На промежуточных этапах таких решений встречаются, однако, сплошь и рядом ошибки в выполнении намеченного плана: вычитаются и умножаются не те числа, какие требуются ходом задачи, а другие, часто обусловленные, очевидно, персевераторной склонностью (прилипание); напр.,  $6 \times 19 = 60 + 6 \times 10 \times 10 - 10$  или  $17 \times 3 = 30 + 7 + 7 + 7 = 30 + 14 + 14$  и т. п.

Сопоставление эпилептиков при исследовании дает результаты, аналогичные тем, которые получаются при комбинировании; повидимому, оба эти акта совершаются у эпилептиков при участии одних и тех же механизмов.

Критическая способность эпилептиков не представляет формальных расстройств при условии правильного усвоения и осмысления несообразной картинке; несообразности, требующие для своей оценки наблюдательности, определяются ими при этом условии так же легко, как и очевидные нелепости.

Память. Восприимчивость эпилептиков в состоянии после-припадного оглушения или на высоте сумеречного состояния дает при исследовании результаты, приближающиеся к нулю, т.-е. ни одна из предлагаемых для запоминания фигур обычно не удерживается в памяти; но при попытке воспроизведения больные иной раз указывают на большой таблице все фигуры кряду, обходя в том или

ином порядке всю таблицу, что, конечно, должно быть рассматриваемо, как автоматический акт, а не как действительное показание. По мере прояснения сознания коэффициент восприимчивости их постепенно приближается к тому, который свойствен эпилепсии самой по себе и который характеризуется некоторым понижением количества правильных показаний без повышения ложных.

**Ассоциации.** Связанные непрерывные ассоциации эпилептиков однообразны и возникают медленно; тематический признак является в них большею частью внешним атрибутом (черный стул, черный шкаф, черная рама, черный стул) и заимствуются либо из окружающей обстановки, либо из какого-либо замкнутого круга однородных объектов (белая лошадка, белая коровка, белая собачка, белый барашек, беленький теленочек, кошечка белая). Свободные ассоциации эпилептиков (при предложении произносить любые слова или перечислять любые предметы) тотчас переходят в связанные, причем они связываются тематическим признаком, навеянным первым произнесенным словом или окружающей обстановкой, или каким-нибудь определенным кругом воспоминаний или знаний, которые больной принимается описывать или излагать.

При свободном рассказе, когда речь идет не о пересказе прочитанного, а о каком-либо воспоминании, внешнем событии и т. п., у эпилептиков отмечается склонность настолько тесно связывать содержание с формой, что одни и те же факты, одни и те же суждения они всегда передают в дословно одинаковых выражениях и даже с одинаковыми паузами, интонациями и жестами. Наблюдаемый в их самостоятельных словесных продукциях характер ассоциативных процессов отличается склонностью к персеверации, как в смысле повторения одних и тех же слов, так и в смысле прилипания к одному кругу событий или даже подробностей одного события, передаваемого с обилием несущественных описательных деталей, благодаря чему их повествование, как принято выражаться, топчется на месте. Эпилептик не поддается отклонению от цели при помощи внешне отвлекающих моментов (подсказывание слов, показывание предметов): эпилептики неуклонно следуют в своей речи внутренним руководящим факторам, не реагируя на представляемые им помехи, не обращая внимания на перебивающие вопросы, часто отмахиваясь от них, досадливо прося погодить и не мешать. Уклоняясь в своей речи от прямого пути, ведущего к цели, эпилептики не упускают этой цели из виду; то топчась на месте, то увлекаясь подробностями, объяснениями, поучениями, они все-таки остаются в кругу представлений, охваченных первоначальным намерением и

приуроченных к главной цели, к которой они неизменно стремятся, хотя и извилистыми и спутанными тропинками. Тема их рассказа не меняется.

**Внимание.** При исследовании внимания по методу сосчитывания шариков, эпилептики обнаруживают ослабление способности сосредоточения тем более значительное, чем ближе состояние больного к сумеречному или после-припадочному оглушению. Это ослабление сопровождается, повидимому, и субъективным чувством немогущности, которое выражается старанием помогать счету руками, которые обе тянутся к таблице и как бы стараются захватить в горсть и отграничить отдельные группы шариков. И здесь больные при неудаче громко досадуют на себя и сетуют на свою неумелость и неспособность.

**Двигательная реакция** обыкновенно представляется несколько замедленной.

**Резюме.** Характерно расстроенными в формальном отношении оказываются при эпилепсии следующие процессы.

**Восприятие:** асимболия, олигофазия.

**Осмысление:** преобладание созерцания.

**Комбинирование:** тип смешанный; метод не планомерный, характер аккуратный.

**Ассоциации:** персеверация, склонность ограничиваться замкнутыми кругами представлений.

### Алкоголизм.

**Восприятие, усвоение, осмысление.** Исследование восприятия и усвоения по методу показывания картинок открывает у алкоголиков склонность к иллюзорному восприятию, т. е. склонность к привнесению в представляющийся объект или комплекс некоторых несуществующих в нем данных, извращающих его узнавание. Эта особенность бывает наиболее резко выражена в состояниях острого алкогольного опьянения и так называемой белой горячки, при которой она иногда бывает настолько значительна, что мешает правильно узнавать все окружающее и приводит к нарушению ориентировки и к спутанности и даже затуманенности сознания.

Интересно отметить, что, чем мельче показываемый больному предмет и чем менее отчетлива вручаемая ему картинка, тем больше она дает поводов к иллюзорному узнаванию. Иллюзорные образы подсказываются не только общими очертаниями предмета: они могут быть навеяны и побочными ассоциациями (часто бредовыми), и наводящими указаниями исследующего лица, и соседними кар-



тинками, и всею окружающею обстановкой. Больные склонны оживлять неодушевленные объекты и представлять их подвижными, шевелящимися, меняющими формы, цвета, очертания, а иногда и увеличивать их количество.

Однако, склонность к описанному иллюзорному узнаванию свойственна не только опьянению или белой горячке; хотя и в значительно меньшей степени, она имеется налицо и у чистых хронических алкоголиков, и показывание картинок, особенно мелких и не расцвеченных, без труда позволяет обнаружить ее у них. К этому же ряду расстройств усвоения относится и характерное расстройство чтения алкоголиков, которые часто ошибаются в словах, не только длинных, как паралитики, но и в коротких, на место которых они произносят совершенно неподходящие к смыслу, а часто и совершенно бессмысленные слова, руководствуясь не столько начертанием слова, сколько его размерами.

При исследовании осмысления по методу показывания картинок обращает на себя внимание недостаточное отграничение главного от второстепенного, благодаря чему несущественные подробности выдвигаются на первый план, а наиболее существенное часто вовсе упускается из виду; построенное на таких недостаточных данных заключение о смысле оказывается логически правильным, но не исчерпывает всего смысла, а является частичным, неполным. Вот пример пересказа картинок о потерянном топоре (рис. 3).

„Вот мужичек едет, обыкновенно, в лес. Через мост переезжает. Мальчик едет, его родня, наверное. Вот он слез с лошади... Топор, наверное, забыл... Кричит отцу ли, дяде ли, кто он ему? Едет, догоняет его. Последнее—вот, передает топор“. (Откуда топор он взял?) — „А... Вот — потерял... виноват“.

Указание на неполноту вывода, как в приведенном примере, заставляет больного исправить, дополнить заключение, что удастся без труда. Нередко сами больные, по мере рассматривания картинок, отмечают недостаточность для уловления смысла тех отдельных элементов, которые они почерпнули из предыдущих картинок серии; это заставляет их снова возвращаться к предыдущим картинкам и попутно пополнять инвентарь; это обстоятельство придает их осмысляющей работе характерный для нее оттенок бессистемности и небрежности, как видно, например, из следующего протокола.

„1. Женщина воду достает, ребяенок в колодезь смотрит. 2. Мальчик достает воду из колодца. Женщина поит корову... (переходит опять к первой картинке). Овечка вышла на колодезь пить. Курицы овес клюют, петух си-

дит в середине... (опять обращается ко второй картинке) дальше две курицы овес клюют, петух в середине. Дальше женщина корову к колодцу пригнала, смотрит за коровой, а корова пьет. 3. Дальше куры куда-то летят. Из колодца тащит мужичек воду. 4. Дальше тоже из колодца воду тащат, корову поят. 5. Мальчишка сел на колодезь, они его в колодезь опускают, женщина держит, два мужчины, наверное, ведро уронили... за ведром... (возвращается снова к 4-й картинке). Два мужика держат дерево, должно быть, кто упал в колодезь; женщина плачет, а 3-й мужик опускает веревку... (переходит к 3-й картинке). Мальчик полез в колодезь по воду и упал, овечка дожидается“.

Иногда отмечается склонность привносить в пересказ несуществующие подробности, большею частью, правдоподобные, не противоречащие общему смыслу картин. Просматривая серию картин о мальчике, ушибленном падающим деревом, больной говорит о крестьянине: „наверно пьян был“.

Осмысление прочитанного совершается правильно, но иногда и здесь в пересказ привносятся сочиненные подробности. Рассказ о собаке и нищем одним больным был передан так:

„Собака у ворот сидела, сытая, облизывалась, хвостом помахивала, а нищий три дня не ел, еле на ногах держится, весь застыл. Собака залаяла: „Это я, говорит, не на тебя лаю, а в роде как звонок подаю, чтобы тебя покормили“.

Соображение. Комбинирование алкоголиков сохраняет одинаковый характер, как во время белой горячки, так и вне ее. Оно характеризуется отсутствием аналитической фазы, но синтетическая работа совершается с достаточной планомерностью и руководствуется содержанием картинки; наиболее характерною особенностью ее является небрежность, которая сказывается в том, что алкоголики, в противоположность эпилептикам, прикладывают отрезки неаккуратно, кое-как, не заботясь об общем контуре; некоторые отрезки прикладываются в неправильном положении, а в шестой картинке моей коллекции сплошь и рядом оказывается тот или иной отрезок приложенный верхней частью вниз, или смежные отрезки положенными один на место другого, или одному из отрезков вовсе не оказывается места, и он объявляется лишним. Неправильные результаты не смущают больных; они не только удовлетворяются ими, но при указании на то, что рисунок сложен неверно, вступают в пререкания, ссылаясь либо на то, что, вероятно, один отрезок затерялся, либо на то, что картинка неправильно разрезана и т. п.

При устном счете отмечается склонность к ошибкам, аналогичным отмеченным у эпилептиков: план намечается

правильно, но нередко выполняется небрежно, с ошибками в промежуточных звеньях, обусловленных забыванием промежуточных результатов, или отступлениями от плана.

Сопоставление совершается у алкоголиков так же небрежно, и в более трудных задачах смежные отрезки часто оказываются поставленными один на место другого; так в серии „снежный болван“ (рис. 4) вторая и третья картинка меняются местами, а в серии с бутылкой и рюмкой (рис. 9) больные часто руководствуются в своем сопоставлении только степенью наполнения рюмки, оставляя без внимания бутылку или наоборот, в результате чего рисунки оказываются размещенными неправильно. Если указать больным ошибку, они исправляют ее охотно, но стараются оправдаться и доказать, что и тот порядок, который избран ими, также представляется допустимым.

Критика наглядных несообразностей совершается правильно и сопровождается большей частью юмористическими замечаниями.

Память. Коэффициент восприимчивости алкоголиков характеризуется некоторым понижением правильных показаний и повышением количества ложных. При повторном исследовании (без новой демонстрации рамки) обнаруживается ослабление прочности запоминания, выражающееся в уменьшении суммы показаний; количество ложных показаний при этом неуклонно увеличиваться.

Ассоциации. В течении ассоциаций у алкоголиков при помощи применяемых мною методов исследования заметного отклонения от нормального типа отметить не удается. Заслуживает внимания лишь некоторая развязность речи, грубый, часто циничный, юмор, который не покидает больных и во время белой горячки.

Внимание. Сосчитывание шариков производится больными правильно в пределах пяти-шести полей; только при остром опьянении и на высоте приступа белой горячки больным часто не удается правильно сосчитать даже шариков первого поля, число которых представляется увеличенным.

Двигательная реакция не представляется измененной во времени.

Резюме. Характерно расстроенным в формальном отношении оказываются при хроническом алкоголизме следующие процессы:

Восприятие и усвоение: иллюзионность.

Осмысление: частичность заключения.

Комбинирование и сопоставление: тип синтетический, метод планомерный, характер небрежный, результат недоделанный.



### Артериосклероз мозга.

Восприятие, усвоение, осмысление. При церебральном артериосклерозе и старческом слабоумии (представляющем в клиническом отношении усугубленное проявление первого) характерною чертой расстроенного восприятия является его не отчетливость, расплывчатость; до известной степени это расстройство обуславливается, очевидно, ослаблением зрения (пресбиопия) и может быть компенсировано оптической коррекцией (очками); но и при полной коррекции сохраняется некоторая неотчетливость и неуверенность узнавания, заставляющая больных отказываться от узнавания со ссылкой на незнание, на свою неграмотность, усталость и т. п.

При исследовании усвоения, помимо тех расстройств, которые обусловлены неотчетливостью восприятия, отмечается стремление уклоняться при усвоении в сторону знакомых обыденных представлений, возможно конкретизировать представляющийся объект или комплекс, относя его в круг привычной обстановки, воспоминаний и собственных переживаний. При виде солдата больная говорит: „Это мой Ваня на службе“; при виде изображения доенья больная говорит: „Это я коровок доила“.

То же отмечается и при осмыслении. Рассматривая картину, изображающую панихиду, больной сказал: „Это у нас в Алексеевском, должно быть, покойника хоронят“. Часто, однако, больные оказываются не в состоянии связать между собою отдельные элементы сложной картинки и лишь беспорядочно перечисляют случайно выхваченные детали.

При комбинирующем осмыслении обращает на себя еще большее внимание это ослабление способности связывать между собою отдельные комплексы, особенно в тех случаях, где требуется пополнить по смыслу пробел между смежными картинками. Больные совершенно не отграничивают главного от второстепенного и, обычно, ограничиваются беспорядочным перечнем отдельных, не всегда отчетливо усвоенных деталей. Вот как передал один больной рассказ о мальчике, упавшем в колодезь:

„1. Девочка таскает. 2. Мальчик стоит, схватился за веревку, а это — в роде сарая, замок, и это — кормит. 3. Упал, в роде убитый, что ли. 4. Тоже дети тащат что-то, а эта — подшиблась, ревет, плачет. 5. За волосы что ли? В середине вот маленькая девочка, тоже вот какой-то человек, тоже в роде нагибает или чего ломает что-то“.

Нередко отмечается у больных ухудшение осмысляющей работы по мере перехода от первых к последним картинкам серии: тогда как при прогрессивном параличе

нередко описательный элемент исчезает к концу серии, и больные переходят к повествованию, — здесь, наоборот, больные, иногда осмысливши более или менее правильно одну-две первые картинки серии, в дальнейшем переходят к неосмысленному описанию, или вовсе отказываются от дальнейшей работы, говоря: „не пойму я что-то“ или „не могу я“...

При исследовании осмысления по методу пересказа прочитанного или прослушанного, результаты получаются значительно лучшие, чем по методу объяснения картинок. Больные большей частью правильно схватывают смысл рассказа, передают без лишних подробностей его суть, часто дополняя пересказ аналогичными случаями из своих воспоминаний или непосредственно относя его к себе, к своей личности, своему прошлому. Очевидно, понимание готового смысла, заключающегося в рассказе, легче дается этим больным, чем извлечение смысла из нагромождаемых деталей и разрозненных комплексов картинной серии. Пересказ прослушанного дается лучше, чем пересказ прочитанного.

**Сообращение.** Комбинирование артериосклеротиков носит на себе черты общего ослабления этой способности, степень которого в известной мере характеризуется порядковым номером последней, доступной их разрешению, задачи-картинки. Тип работы у них приобретает характер чистого синтеза, метод работы остается планомерным. Характерной особенностью этой планомерности является расчленение задачи на две и более частей, из которых каждая разрешается самостоятельно, а затем уже сложенные в отдельности части разрезанной картинки слагаются в окончательное целое; всего ярче это проявляется, конечно, при сложении многоотрезочных картинок, которые и комбинируются по частям. При этом нередко выступает еще и та особенность, что больные быстро устают при исследовании, и та задача, которой они к концу исследования не могли разрешить, — после передышки или на следующий день разрешается без особого затруднения.

Эта утомляемость сказывается особенно при устном счете, где в сложных задачах, с большим количеством промежуточных звеньев (умножение двухзначных чисел, последовательное сложение и вычитание) больные часто путаются, забывая то условие задачи, то промежуточные результаты, то план решения; устный счет с именованными числами (деньги) дается легче отвлеченного, и нередко больные при счете прибегают к помощи пальцев.

Сопоставление артериосклеротикам почти не удается; они без всякой системы переключают предложен-

ные им картинки, видимо, не усматривая в них никакого уловимого порядка. Часто удается отметить склонность складывать картинки не в горизонтальные, а в вертикальные ряды, идея которых, быть может, навеяна вертикальным расположением серий картинок, предлагаемых при исследовании осмысления, так как последние обычно предлагаются наклеенными вертикально на полосы картона.

Такие же результаты получаются и при исследовании сопоставления по методу устного вычитания и по методу дополнения недописанных слов: при резко выраженном болезненном состоянии, больные беспомощно останавливаются перед предложенной задачей и отказываются ее решить, или, читая текст с пропущенными слогами и словами, не останавливаются на пропусках, не стараются их заполнить и спокойно продолжают чтение.

Критическая способность при артериосклерозе постепенно ослабляется, первоначально в смысле наблюдательности, а затем и в смысле оценки. Это ослабление носит характер подчинения очевидности: „Уж если так нарисовано, стало быть, так и есть, так и правильно“ — говорят больные; но, в противоположность паралитикам, они не настаивают на своем утверждении и, под влиянием убеждающих доводов, легко отказываются от своего первоначального суждения.

Память. Восприимчивость артериосклеротиков характеризуется значительным понижением правильных узнаваний при незначительном повышении ложных, причем общее количество показаний меньше 9. Коэффициент восприимчивости их в среднем равняется  $\frac{3,4}{9}r + 2,2f$ . Ложные показания, в отличие от паралитических, относятся к фигурам, сходным с действительно показанными. Важную в нозологическом и диагностическом отношении особенность восприимчивости артериосклеротиков составляет неравномерное ослабление восприимчивости механической (двигательной) и ассоциативной (слуховой или зрительной). Тогда как воспроизведение пассивно воспринятого материала дает указанные выше результаты, воспроизведение словесного материала (или бессмысленных слогов), заученного путем повторения вслух в течение того же промежутка времени, дает результаты значительно лучшие и значительно более прочные. При повторных исследованиях восприимчивости (без новой демонстрации рамки) сумма показаний быстро падает до нуля, тогда как при повторном заучивании сбережение работы обнаруживается через значительные промежутки времени (сутки, двое) даже в тех случаях, где коэффициент восприимчивости близок к единице.



Внимание при счете шариков оказывается ослабленным в большей или меньшей степени, в зависимости от интенсивности болезненных расстройств вообще: но и в ранних стадиях болезни больные обычно сбиваются уже на четвертом поле и отказываются от дальнейшего счета.

Ассоциации у артериосклеротиков, и свободные и связанные, довольно скудны, не разнообразны; связанные ассоциации не уклоняются от тематического признака, свободные вращаются в кругу обыденных представлений, часто узко-индивидуальных и эгоистических (домашний обиход, профессия, болезнь). Подобно эпилептикам, и у них можно отметить склонность произвольно ограничивать круг свободных ассоциаций случайным тематическим признаком и превращать их в связанные, т. е. в перечисление предметов одного конкретного порядка: посуда, мебель, животные и т. п.

Двигательная реакция обыкновенно оказывается замедленной.

**Резюме.** Характерно расстроеными в формальном отношении оказываются при мозговом артериосклерозе следующие процессы:

**Восприятие и усвоение:** неотчетливое, субъективное:

**Комбинирование:** тип синтетический, метод планомерный, склонность к раздроблению, упрощению задачи.

**Память:** ассоциативная слабее механической.

---

Фамилия

ЗАДАЧА.	Время реакции.	Реакция.	Репродук- ция.	ЗАДАЧА.	Время реакции.	Реакция.	Репродук- ция.
Книга . . . . .				Ждать . . . . .			
Большой . . . . .				Дверь . . . . .			
Стол . . . . .				Горячий . . . . .			
Часы . . . . .				Шляпа . . . . .			
Бояться . . . . .				Лгать . . . . .			
Друг . . . . .				Двести . . . . .			
Золотой . . . . .				Унижение . . . . .			
Учитель . . . . .				Военный . . . . .			
Спешить . . . . .				Семья . . . . .			
Красный . . . . .				Резать . . . . .			
Клетка . . . . .				Ствол . . . . .			
Суровый . . . . .				Противно . . . . .			
Согласие . . . . .				Песок . . . . .			
Окно . . . . .				Губы . . . . .			
Удобный . . . . .				Мать . . . . .			
Пить . . . . .				Купаться . . . . .			
Волна . . . . .				Перчатка . . . . .			
Невеста (жених)				Гордый . . . . .			
Пестрый . . . . .				Забывать . . . . .			
Лес . . . . .				Письмо . . . . .			
Путешествие . . . . .				Полотенце . . . . .			
Гибкий . . . . .				Лодка . . . . .			
Обвинять . . . . .				Упрекать . . . . .			
Забота . . . . .				Пол . . . . .			
Родной . . . . .				Флейта . . . . .			
Цветок . . . . .				Маленький . . . . .			
Молиться . . . . .				Платье . . . . .			
Больно . . . . .				Спать . . . . .			
Коса . . . . .				Несчастный . . . . .			
Встретить . . . . .				Небо . . . . .			
Отец . . . . .				Корзина . . . . .			
Средство . . . . .				Перо . . . . .			
Смеяться . . . . .				Слабый . . . . .			
Старый . . . . .				Чуллок . . . . .			
Гладить . . . . .				Вата . . . . .			
Стена . . . . .				Конец . . . . .			
Глупый . . . . .				Широкий . . . . .			
Дерево . . . . .				Сестра . . . . .			
Выбирать . . . . .				Ружье . . . . .			
Ребенок . . . . .				Открытый . . . . .			
Гладкий . . . . .				Ложка . . . . .			
Опека . . . . .				Колоть . . . . .			
Ведро . . . . .				Свадьба . . . . .			
Беречь . . . . .				Труба . . . . .			
Сад . . . . .				Отдать . . . . .			
Преступный . . . . .				Снег . . . . .			
Кухня . . . . .				Подушка . . . . .			
Дорогой . . . . .				Двор . . . . .			
Мешать . . . . .				Очки . . . . .			
Брат . . . . .				Стена . . . . .			

# Ведомость о состоянии

Поступил ..... 192... г.

с 1 ..... по

Число.	Сон.		Температура.	Припадки обмороки.	Моча.		Дефекация.		Неопрятность (число раз).		Пища.				Вес.	Молчаливость.	Малоподвижность.	Стереотипные движения.	Разгов. с самим собою.	Плач.	Хохот.	Пение.	Приставание.	Суета.
	Ночью.	Днем.			Утром.	Вечером.	Число раз.	Число раз.	Ночью.	Днем.	Ночью.	Днем.	Регулы.	Поллюции.										
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								

Примечания:





## ОГЛАВЛЕНИЕ.

Предисловие ко второму изданию . . . . .	3
Введение . . . . .	5
Методика	
Исследование интеллектуальной сферы . . . . .	13
Исследование эмоциональной и волевой сферы . . . . .	36
Частная семиотика	
Раннее слабоумие . . . . .	44
Прогрессивный паралич . . . . .	52
Циркулярный психоз . . . . .	56
Эпилепсия . . . . .	62
Алкоголизм . . . . .	69
Артериосклероз мозга . . . . .	73
Приложение: две таблицы . . . . .	77

---