

Ю.А. Александровский

ИСТОРИЯ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ПСИХИАТРИИ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

ГОРБАТОВ

Юрий Александровский

**История отечественной
психиатрии. В одном томе**

Издательский дом «Городец»

Александровский Ю. А.

История отечественной психиатрии. В одном томе /
Ю. А. Александровский — Издательский дом «Городец»,

ISBN 978-5-907085-40-4

От усмирения и призрения — к наблюдению, лечению и реабилитации психически больных — таков путь развития психиатрической практики. В этом трехтомном издании впервые всесторонне рассматриваются этапы формирования отечественной психиатрии как части клинической медицины. Приводятся материалы об организации и деятельности психиатрических больниц, кафедр психиатрии высших учебных заведений, научных институтов. В приложениях перепечатываются труднодоступные первоисточники, на основании которых прослеживается история развития отечественной психиатрии. Это делает книгу не только историческим, но и хрестоматийно-антологическим изданием. В первом томе («Усмирение и призрение») рассказывается об изменении отношения общества к психически больным, прослеживается переход от их усмирения и изоляции к лечению. Во втором томе («Лечение и реабилитация») анализируется система развития диагностики, лечения и реабилитации психически больных в XX и в начале XXI в. В третий том («Психиатрия в лицах») вошли сведения о жизни и деятельности выдающихся отечественных психиатров, о съездах и крупных конференциях психиатров и невропатологов, а также о российских психиатрических обществах. В заключении, основываясь на представленных материалах, автор пытается заглянуть из прошлого психиатрии в ее будущее. Для врачей-психиатров, историков медицины, студентов медицинских учреждений образования и слушателей факультетов последипломной подготовки врачей. В одном томе.

ISBN 978-5-907085-40-4

© Александровский Ю. А.
© Издательский дом «Городец»

Содержание

Об авторе	7
Предисловие автора	9
Введение	10
Часть первая. Усмирение и признание	13
Глава 1 Психиатрия – взгляд в далекое прошлое	13
1.1. Донаучный период развития психиатрии	13
Гиппократ – отец медицины	17
1.2. Психиатрия Средневековья[14]	21
Глава 2. Зарождение психиатрии в России	30
Глава 3. Организация специализированных учреждений для душевнобольных	49
Глава 4. Земская медицина и психиатрическая помощь[100]	61
Глава 5. Внеземская психиатрия	73
Глава 6. Начало подготовки врачей-психиатров[139]	83
Глава 7. Становление и развитие военной психиатрии[151]	96
Глава 8. Начало проведения судебно-психиатрической экспертизы[155]	105
Глава 9. Психиатрическая помощь детям[158]	112
Конец ознакомительного фрагмента.	119

Ю. А. Александровский
История отечественной психиатрии
В одном томе

© Александровский Ю. А., 2026

© ИД «Городец», 2026

Расширенная версия в 3-х томах в печатном виде доступна на сайте ИД "Городец":
<https://gorodets.ru/product/istoriya-otechestvennoy-psihiatrii-v-korobe>

Об авторе



*Член-корреспондент РАН,
профессор Ю.А. Александровский*

Член-корреспондент Российской академии наук, заслуженный деятель науки России, лауреат Государственной премии СССР, доктор медицинских наук, профессор. Родился в Москве 12 апреля 1936 года. Окончил Второй Московский медицинский институт. Работал врачом-психиатром и научным сотрудником в Московской психиатрической больнице № 4 им.

П. Б. Ганнушкина, Московском институте психиатрии, Институте фармакологии Академии медицинских наук. В 1964 году защитил кандидатскую («Лечение шизофрении галоперидолом»), в 1972 году – докторскую («Клиническая фармакология транквилизаторов») диссертации. В течение 22 лет являлся заместителем директора по научной работе Национального научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. В 1984 году организовал в Центре отдел пограничной психиатрии, который возглавляет до настоящего времени. Автор около 500 публикаций, в том числе 28 монографий и руководств для врачей. Руководитель и консультант более 50 докторских и кандидатских диссертаций. Написал широко известные научно-познавательные книги «Глазами психиатра», «Звоночек и все остальное». В 2013 году издал, а в 2020 году переиздал трехтомную книгу «История отечественной психиатрии».

Предисловие автора

О российской психиатрии специалисты зарубежных стран знают не очень много. Это связано не только с определенным языковым барьером, но и с длительным периодом трудностей общения в СССР отечественных психиатров с зарубежными коллегами. Между тем, в России существует современная развитая сеть амбулаторной и стационарной психиатрической помощи, постепенно сформировавшаяся, как и во всех европейских странах, на основе двухвекового развития клинической медицины и научного понимания основ психического здоровья и нездоровья. Работами многих поколений ученых и врачей-психиатров создавалась история российской психиатрии, основные этапы которой прослежены в трехтомной книге «История отечественной психиатрии», напечатанной в Москве в издательстве «ГЭОТАР-Медиа» в 2013 году и переизданной с авторскими добавлениями и исправлениями в издательстве «Городец» в 2020 году. Настоящее издание на английском языке сокращенного варианта этой книги может способствовать не только знакомству с развитием психиатрической помощи населению России, но и сопоставлению ее возможностей в разные исторические периоды с научной, клинической и организационной психиатрией зарубежных стран. Рассматриваемые в заключительных разделах вопросы современной психиатрии и пути ее дальнейшего развития вытекают не только из многолетней предыстории и научной истории психиатрической помощи, но и из общих проблем развития фундаментальных представлений о психической деятельности. Их решение станет основой новых глав уже современной, а не уходящей в прошлое истории нашей специальности.

Выражаю благодарность издательству «Городец», уважаемым редакторам и переводчикам, взявшим на себя труд по переводу книги и адаптации ее сложного текста для читателей, говорящих на английском языке.

Введение

Психиатрия как самостоятельная клиническая дисциплина, с точки зрения исторического развития, сформировалась относительно недавно – немногим более 200 лет назад, когда появились первые научные представления о болезненных нарушениях психической деятельности человека. Однако в практической медицине она получила признание значительно раньше и по праву относится к числу наиболее древних медицинских специальностей, которые по мере развития знаний о болезнях человека сформировали основу современной клинической медицины. Становление психиатрии было обусловлено необходимостью оказания помощи людям с психическими расстройствами и защиты окружающих от их нелепых, а иногда и опасных поступков.

На всех этапах становления и развития психиатрии на нее в большей мере, чем на другие области медицины, влияли господствовавшие религиозные, философские, мировоззренческие взгляды. Именно с этим связаны драматические, а порой и трагические ее страницы, непростые судьбы психически больных. Во время психической болезни в одних случаях резко, в других постепенно могут меняться характерные свойства личности человека, многие его поступки становятся непонятными, не соответствуют общепринятым нормам, а иногда и противоречат окружающей обстановке. В результате заболевшие перестают быть нужными и полезными для окружающих, нередко становятся опасными. В таких случаях применение к больному вынужденного насилия бывает необходимым условием сохранения жизни и его самого, и окружающих.

Отношение здоровых к людям с психическими нарушениями и организация ухода за ними всегда так или иначе отражают не только собственно медицинские возможности, но и состояние культуры общества, его гуманность. В истории психиатрии можно выделить несколько периодов, когда пересмотру подвергались основные принципы и постулаты понимания природы психических расстройств, подходов к исследованию больных и оказания им помощи. При этом опровергались старые и рождались новые основополагающие клинико-диагностические и организационные основы психиатрической помощи.

Первый период начался с развитием первобытно-общинного общества, когда в мировоззрении человека преобладал наивный реализм. Несколько позже сформировались анимистический взгляд на окружающее и демонологические воззрения на сущность психических расстройств. Донаучный примитивно-теологический период продолжался веками и сводился к изоляции психически больных и избавлению от них, а иногда – к их обожествлению и преклонению перед ними. До появления эллинской медицины врачебная помощь, в том числе и при психических расстройствах, отсутствовала. Однако шло накопление эмпирических сведений о психических нарушениях. Важно подчеркнуть, что первые попытки описаний и систематизации психических расстройств в Древней Греции дали обозначения болезненных состояний, в дальнейшем прочно вошедшие в психиатрическую терминологию: мания (в древнегреческой мифологии Мания – богиня безумия), меланхолия, эпилепсия, паранойя и др.

При анализе патогенеза болезни уже в XVIII–XIX вв. врачи стремились проследить постепенный переход от нормальных явлений к патологическим, определить сущность болезни, механизм патологического процесса, взаимосвязь болезненных симптомов и общие законы, которым подчиняются многочисленные и разнообразные патологические явления. При этом общепатологические концепции в отечественной медицине базировались на прогрессивном понимании природы болезненного состояния. Приват-доцент Санкт-Петербургского Императорского университета А.И. Тальянцев в учебном курсе патологии, например, дал вполне современное определение общей патологии: «наука о болезненных процессах, изучающая причины возникновения, механизмы развития и течения болезней». Он отмечал, что

патологические процессы не могут быть объяснены при помощи только анатомии и физиологии. Для их понимания необходимо знание общих условий возникновения и развития болезней и «причин, их производящих». Болезнью называли «уклонение от нормального жизненного процесса, происходящего под влиянием ненормальных условий (болезненных причин) и нарушений регуляторной способности организма».

В лечебной практике выделяли три основных направления изучения психически больных: клиническое наблюдение, которое включает расспрос, направленный на выяснение причины болезни и изучение функций и систем организма, длительное изучение состояния больного и, в случае наступления смерти, обнаружение «внутренних» и «внешних» причин болезни и «предрасполагающих» (*dispositio*) факторов. Общие подходы к пониманию болезненных расстройств нашли отражение в развитии принципов зарождающейся клинической психиатрии и деятельности первых поколений отечественных психиатров, заложивших основу **второго** – клинико-наблюдательного – **периода** развития психиатрической помощи. Он характеризуется крушением суеверий во взглядах на сущность психических расстройств и утверждением в медицинской практике понимания того, что психические нарушения являются проявлением болезни, требующей медицинской помощи. При этом ведущее место занимали (а в ряде случаев занимают до сих пор) преимущественно описательные подходы к оценке и классификации болезненных нарушений и, пользуясь современным определением, пассивная терапия.

По мере накопления научных знаний о психической деятельности человека и познания сущности психических заболеваний происходил постепенный переход к **третьему** – медико-социально-терапевтическому – **периоду** развития психиатрии, продолжающемуся до настоящего времени. Он характеризуется формированием нозологического принципа выделения отдельных психических заболеваний, появлением методов обоснованной и целенаправленной терапии и реабилитации больных с психическими расстройствами, пришедших на смену трудовой терапии и использованию в основном эмпирически подбираемых лекарственных средств. С начала этого периода наблюдалось интенсивное развитие научных основ психиатрии: создавались новые концепции, уточнялись понятия, пересматривались старые, необоснованные взгляды на природу психических нарушений, формировались подходы не только к констатации, но и к пониманию клинических и общепсихологических особенностей основных психических заболеваний. Наряду с этим во второй половине XX столетия, в период постиндустриального изменения условий жизни и деятельности больших групп населения и развития экономической основы жизнедеятельности, происходил рост внимания к социально-психологическим проблемам общества. Среди них приоритетное значение приобретал интерес к оценке не только физического, но и психического здоровья и нездоровья вначале у работающих в сложных и опасных производственных условиях и военнослужащих, а затем и в самых разных группах населения. Во многих случаях начал проводиться профессиональный служебный отбор с участием врача-психиатра, появились различные организационные формы психологического и психосоматического консультирования. Развивающаяся клиническая и профилактическая психиатрия стала базой для перехода от призрения лиц с психическими расстройствами и их изоляции от общества к познанию природы психических болезней и целенаправленному дифференцированному лечению больных.

В наиболее обобщенном виде история психиатрии в соответствии с указанными выше периодами может быть представлена как движение от призрения психически больных к их активному лечению. Периодизация развития психиатрии носит довольно условный характер. Многие нерешенные вопросы переходили из периода в период и существовали на протяжении многих десятилетий. Однако их выделение позволяет проследить эволюцию психиатрии, выявить ее место в медицинской науке и практике и более четко ориентироваться в оценке тех или иных событий.

Организация психиатрической помощи в качестве самостоятельной области медицины формировалась в России, как и в других странах, исходя из практической потребности лечения «сумасшедших» и ограждения общества от их «безумной» деятельности. Этим обусловлено появление странноприимных заведений, монастырских приютов, доллгаузов, а в дальнейшем – и специальных больниц. Наряду с этим развитие медицины, в том числе и клинической психиатрии, необходимость эффективного лечения больных и квалифицированной врачебной помощи потребовали развития не только практической психиатрии, но и ее научного обоснования. Принято считать (Шульц, 1865; Т.И. Юдин, 1951), что в организации психиатрической помощи в России можно выделить несколько этапов. Во-первых, монастырский этап, начавшийся в XI столетии и продолжавшийся до 1775 г. – времени открытия первых доллгаузов. В этот период, судя по «Изборнику Святослава», болезни разграничивались только на две группы – «недуги плотные» (соматические) и «душевные». Пояснения по этому разделению можно найти у Ф.С. Текутьева, писавшего о том, что болезни «во всем своем пространстве» могут рассматриваться в неразрывном союзе между наружными, внутренними и другими отделами, которые в совокупности являются производными одного объекта – телесной основы. В отличие от этого душевные болезни формируются «духовной субстанцией». Вторым этапом (1775–1864) определялся, во-первых, организацией Приказов Общественного призрения¹ и, во-вторых, строительством психиатрических больниц и появлением врачей-психиатров. Третий этап, связанный с развитием земской медицины, завершился после революционных событий 1917 г. Последующее столетие по существу является четвертым **периодом** – формирования научной основы психических заболеваний и современной организации помощи психически больным. В соответствии с указанными периодами в истории психиатрии XVIII столетие можно считать веком начала организации специализированных учреждений для психически больных, XIX столетие – веком создания учебных кафедр психиатрии и клинически обоснованного описания большинства психических расстройств, XX столетие – веком организации научно-исследовательских институтов и научных центров, формирования и реализации научно-практической парадигмы системного диагностического и лечебного подхода при оказании психиатрической помощи. Можно предполагать, что дальнейшее развитие психиатрии будет зависеть прежде всего от расширения фундаментальных знаний о психической деятельности и понимания сущности психических заболеваний. При этом многое будет определяться новыми методами научного познания и взаимодействием психиатрии с другими областями науки. Возможно, XXI столетие станет веком расцвета научной, а затем (на новой научной основе) и практической психиатрии, что позволит значительно улучшить диагностику, повысить эффективность лечения, направленного на предотвращение хронизации заболевания и профилактику инвалидизации больных. При этом следует признать, что прогресс психиатрии был бы невозможен без знаний о психическом здоровье и психических болезнях, полученных в прошлом.

¹ До создания Приказов, в соответствии с церковной реформой, проведенной в годы царствования Екатерины II, в России имелось 26 епархий, в которых содержались богадельни в виде «пристроек для безумных».

Часть первая. Усмирение и признание

Глава 1 Психиатрия – взгляд в далекое прошлое

1.1. Донаучный период развития психиатрии

История дает много фактов, свидетельствующих о проявлениях психических нарушений у древнейших предков современного человека. Исторические сказания и легенды разных народов пестрят упоминаниями о необычных поступках, в том числе особых ритуалах, купании в священных источниках, жертвоприношениях, совершавшихся, по-видимому, не вполне нормальными людьми. Можно легко представить себе, какое сильное впечатление на неразвитого человека оказывали проявления психических расстройств. Как и другие необъяснимые явления природы, они вызывали страх и тревогу, порождали фантазии, мифологию, в которых обожествлялось все непонятное и объединялось с религиозно-мистическими представлениями о сверхъестественной силе. Психически больных в зависимости от их поведения и высказываний люди воспринимали как одержимых злым духом или как пророков, святых и блаженных. От этого зависела судьба больного: «святых» почитали, из «одержимых» изгоняли злых духов, а иногда уничтожали.

В рукописях более позднего времени удается обнаружить не только точную картину психических расстройств, но и некоторые способы их лечения, с успехом применяемые и сегодня. При этом за множеством отдельных существенных и не очень значимых наблюдений наших далеких предшественников можно обнаружить, как и в других областях научного познания, общую закономерность. В развитии понимания сути психических процессов и их нарушений вначале находился анализ отдельных конкретных фактов деятельности человека. Накопление фактов и формирующееся обобщающее мышление позволили оторваться от изучения отдельных событий и приступить к нескончаемому синтетическому изучению основы не только конкретных явлений, но и абстрактных процессов. При этом общая для научного познания идея развития, движения, эволюции биологических и социальных процессов стала главенствующей для научного изучения психических нарушений.

Лечением в античные времена занимались священнослужители – врачи, представлявшие культовую медицину. В IV в. до н. э. в Греции было более 300 асклепейонов – храмов, воздвигнутых в честь бога врачевания Асклепия (сына Аполлона и нимфы Корониды). На острове Кос в Эгейском море, родине Гиппократов, существовал самый известный асклепейон – подобие современного медицинского центра. Больные приезжали сюда, чтобы избавиться от различных недугов. Исцеление начиналось с принесения жертв и исполнения очистительных обрядов. Затем больной помещался в привратную часть храма, где, как гласят священные писания, во время сна к нему являлся Асклепий и давал подсказки². Их толкование входило в задачи священнослужителей, которые в соответствии с пониманием подсказки назначали различные купания, припарки, посты и предлагали жизненные советы.

Психически больные также искали исцеления у богов. В асклепейонах они подвергались мистическим и ритуальным внушениям и ждали чуда. Многим больным, особенно с истери-

² На протяжении тысячелетий толкование снов было одним из основных методов не только лечения, но и определения судьбы человека. Существует большое число «путеводителей по снам» – сонников. Современные исследования свидетельствуют о том, что анализ сновидений связан с их содержанием, которое не может быть ничем иным, как продуктом переработки мозгом сигналов, поступающих от внешних и внутренних раздражителей и из «кладовой памяти». Поиск в сонных мыслях конкретных жизненных «подсказок» не имеет научного обоснования, хотя и используется в психотерапевтических целях.

ческими расстройствами, несомненную пользу приносила, как мы сейчас сказали бы, психотерапия, в том числе гипноз: исчезали «припадочные» состояния (это был наиболее заметный внешне терапевтический эффект), наступало эмоциональное успокоение. Однако положительные результаты приписывались божественному вмешательству.

Исцеленные оставляли в храме приношения и писали на мраморных стелах истории своих болезней. Знакомство с этими записями позволило исследователям Древней Греции сделать заключение о том, что наряду с болезнями «частей тела» в число недугов посетителей храмов Асклепия входили и такие болезни, как депрессия, истерия, эпилепсия (в современном их понимании)³.

³ Необходимо заметить, что границы психической нормы и патологии определяются общественным сознанием. Так, в Древней Греции гомосексуализм воспевали как высшую форму любви, а в советской и российской психиатрии с середины 30-х годов до конца XX в. гомосексуальность рассматривалась как подлежащая лечению сексуальная девиация.

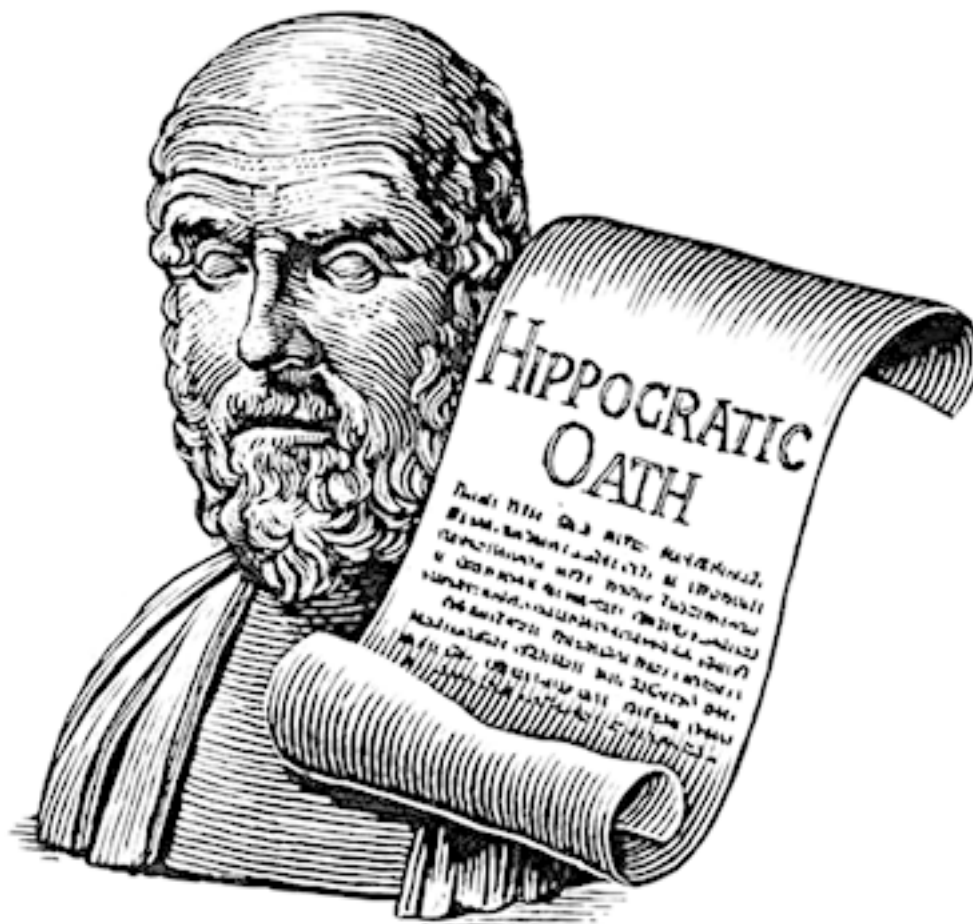


Беснование (Леманн А. Иллюстрированная история суеверий, 1900)

Во времена расцвета Древней Греции и Рима были сделаны первые шаги на пути к научному пониманию психических расстройств. Высокая культура, поощрение научного толкования окружающих явлений дали толчок развитию материалистического подхода ко многим проблемам. Великие мыслители и врачи Демокрит, Пифагор, Гален и др. считали мозг центром психической деятельности человека и признавали, что его изучение относится к компетенции медицины.

Основателем научной медицины, а вместе с тем и психиатрии, признается Гиппократ (ок. 460–377 гг. до н. э.), происходивший из рода Асклепиев, в котором из поколения в поколение передавалась наука врачевания. Медицина Гиппократа опиралась на рациональные предпосылки, помощь исцеляющими силами природы и предписывала ставить диагноз только после

тщательного обследования пациента. Гиппократ описал около 200 лекарственных веществ растительного происхождения, которые с успехом применялись в лечебной практике. Краеугольным камнем его учения был принцип «не навреди», и актуальным канон созданной им врачебной этики до сих пор считается «клятва Гиппократа». Проявления болезней изучались в основанной Гиппократом в городе Кос первой научной школе «Искусство терапии».



Гиппократ — отец медицины

По мысли Гиппократа, помешательство – болезнь мозга, имеющая физические причины, а не ниспосылаемая богами. Он считал, что в возникновении душевных болезней играют роль «наследственность, душевные волнения, истощение, подавление геморроидальных кровотечений, аменорея, большие кровопотери, роды, отравления (мандрагора, чемерица), травма, старческий возраст»⁴.

Гиппократ писал: «Надо знать, что, с одной стороны, наслаждения, радости, смех, игры, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы – происходят от мозга... От

⁴ Цит. по: Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. – Берлин: Госиздат, 1923. – С. 21.

него мы становимся безумными, бредем, нас охватывают тревога и страхи либо ночью, либо с наступлением дня»⁵.

Значение Гиппократов для медицины состоит в том, что он отошел от понимания болезней как влияния божественного начала и обратил внимание на телесное их происхождение. После Гиппократов врачи стали начинать изучение болезней с непосредственного исследования тела и отдельных органов человека. Именно на этом строилась система постгиппократовского лечения, предопределившая развитие медицины вплоть до наших дней. Она подразумевала отказ от религиозной основы помощи больным и создание специальных лечебных учреждений, не зависящих от церковного влияния.

Гиппократ – отец медицины

Знаменитая «клятва врача» формулировала взаимоотношения врача и больного, а также окружающих его врачей между собой. «Клянусь... считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они хотят его изучить, преподавать им безвозмездно и без всякого договора... Я направлю режим больных к их выгоде, сообразно с моими силами и разумением... Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария... В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного...»⁶

Многие древнегреческие и римские философы высказывали материалистические взгляды на природу «души» и ее болезненные расстройства, которые получили свое развитие в последующие столетия. Так, например, Эпикур (341–270 гг. до н. э.) и Лукреций (99–55 гг. до н. э.) считали, что «душа» состоит из мельчайших подвижных атомов, реагирующих на внешние воздействия. Однако в античной философии преобладали идеалистические взгляды, в соответствии с которыми «реально существуют только бессмертные нематериальные идеи», а вещи являются их «теньями». «Душа» по Платону (427–347 гг. до н. э.) относится к бессмертной «идее» и только временно соединяется с телом. Аристотель (384–322 гг. до н. э.) свои сходные взгляды изложил в сочинении «О душе», положившем начало психологии как науке. Живший в античной Греции в Абдере Демокрит своими материалистическими взглядами на природу «души» вызывал недоумение у своих сограждан, которые называли его «помешанным». Для освидетельствования Демокрита был приглашен Гиппократ, который в результате длительной беседы объявил его здоровым с «ясным умом».

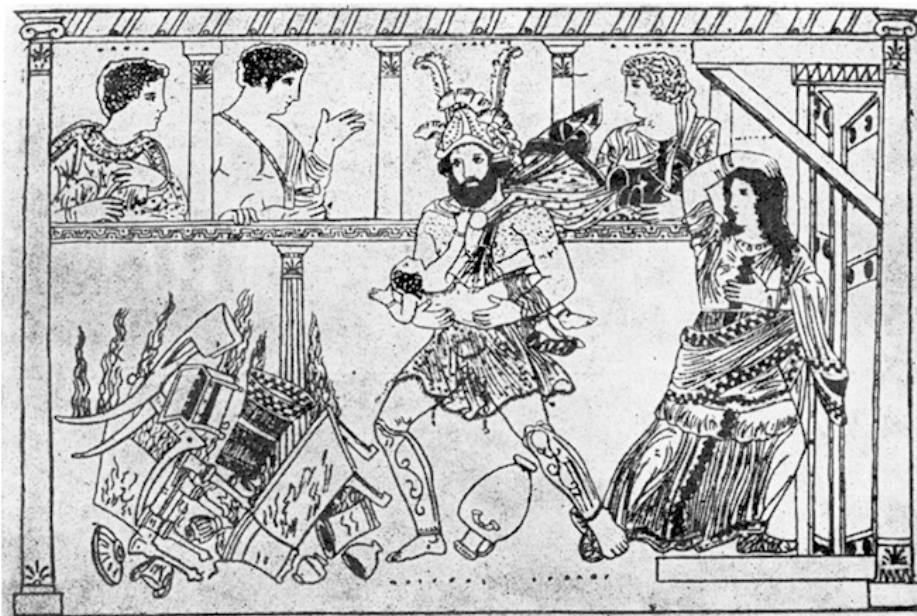
Авл Корнелий Цельс, живший в Риме в I в. до н. э., в трактате «О медицине» упоминает три вида болезненного безумия: френит (остро возникающие и сопровождающиеся высокой температурой психические нарушения), меланхолию (депрессивные, обычно циклически наступающие расстройства) и искаженное мышление, изменяющее восприятие окружающего. Особо выделялась мания, поразительно четко описанная почти 2 тыс. лет назад в работах древнеримского врача греческого происхождения Сорана Эфесского. Интересно сопоставить выделяемые им нарушения с современными трактовками маниакальных расстройств.

«Задолго до наступления мании можно отметить некоторые предшественники приближающейся беды: тяжесть в голове, потерю аппетита или, наоборот, прожорливость и вздутие живота; далее – учащение пульса, ослабление зрения, искры в глазах, плохой сон с тягостными сновидениями, тревожное состояние, недоверчивость, раздражительность по ничтожным поводам... На высоте болезни появляется бред то веселого, то печального содержания, с

⁵ Цит. по: Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1928. – С. 31.

⁶ Гиппократ. Клятва врача. Избранные книги. – М.: Биомедгиз, 1936. – С. 87.

идеями бессмысленного чванства или ребяческими страхами. Фразил, сын Пифагора, думал, что ему принадлежат все суда, стоявшие в Пирее. Грамматик Артемидор, увидев растянувшегося на песке крокодила, вдруг вообразил, что гад съел его руку и ногу. Некоторые больные уверяют, что они превратились в воробьев, петухов и в глиняные сосуды; другие считают себя ораторами, трагическими актерами, а третьи, потрясая пучком соломы, заявляют, что держат в руках скипетр мира, или же, как новорожденные дети, кричат и просятся на руки к матери. Попадают и такие, которые боятся выпускать мочу из опасения вызвать потоп.



Геракл в «припадке безумия» убивает своих детей. Рисунок на вазе (Кун А.Н. Легенды и мифы Древней Греции. — М., 1957)

Уже внешний вид этого рода больных указывает на расстройство душевной деятельности: они поражают пристальным и беспокойным взглядом своих кровью налитых глаз, красным цветом лица, вздутыми жилами. Во всем организме заметны напряжения, исходящие от головы. Пусть некоторые врачи думают, что в таких случаях раньше всего заболевает душа, это ошибочно: причина болезни чисто телесная; еще ни один философ не сумел выработать предписания, как лечить помешательство»⁷.

В I в. греко-римской медицине были известны не только внешние проявления многих психических нарушений, но и их смена на протяжении заболевания. На этой основе врачи могли составлять прогноз течения болезни. Вот пример, взятый из сочинений Аретея – уроженца Каппадокии, жившего в Риме во второй половине I в. Говоря о меланхолии, он обращает внимание на то, что наряду с «подавленным состоянием при наличии той или иной неправильной (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки»⁸, но при достаточной продолжительности болезни постепенно усиливается равнодушие ко всему окружающему, наступает полное отупение. Такая тенденция свойственна, по современным представлениям, шизофрении и служит одним из кардинальных признаков этого наиболее тяжелого и многоликого в своем выражении психического недуга.

⁷ Гиппократ. Избранные книги. – М.: Биомедгиз, 1936. – С. 50–51.

⁸ Там же. – С. 43.

Врачи древности были хорошо осведомлены об особенностях протекания разных психических заболеваний, однако лучше всего, пожалуй, они разбирались в эпилепсии. Аретей Каппадокийский заметил, что систематически повторяющиеся судорожные припадки в конце концов вызывают у больных «бледно-свинцовый цвет лица, неясные восприятия органов чувств, медлительность в мыслях и неловкость в словах... Они влачат тяжелые дни и безотрадные ночи, полные страшных видений, а когда достигают среднего или более преклонного возраста, то очень часто всем становится очевидным, что их умственные способности пострадали»⁹. Ряд античных авторов, подчеркивая крайне разнообразный характер «падучей» болезни, не исключали возможности появления у эпилептиков подозрительности, злобности, мстительности, приводящих к немотивированным нападениям, убийствам и прочим непредсказуемым, но катастрофическим по своим последствиям действиям. В современных учебниках по психиатрии в описании форм эпилепсии можно найти практически те же симптомы.

Любопытны древние сведения об истерии. В одном из папирусов, найденных при раскопках древнеегипетского города Кахун (около 1900 г. до н. э.), сообщается, что у женщин отмечаются эмоциональная неуравновешенность и всем знакомые расстройства истерической природы. Сам термин «истерия» ввел позже Гиппократ (по-гречески *hystera* – матка). В древности господствовали представления о блуждающих в теле (в буквальном смысле) органах; а матка, по мнению египетских врачей, была независимым организмом. Ее перемещения вверх и ее «голод» будто бы обуславливали истерию. На этом представлении строилась врачебная тактика. Половые органы женщины и нижнюю часть живота смазывали и окуривали благовониями, чтобы «привлечь» матку. Одновременно заболевшую женщину заставляли вдыхать зловонные средства и принимать внутрь вещества с отвратительным вкусом, чтобы «отогнать» матку на место.

Такое понимание истерии существовало длительное время и нашло отражение в отечественной психиатрии. А.В. Пруссак, изучая историю исследований истерии в России, пишет о том, что в XVII в. она не имела определенного русского названия, но в дошедших до нас лечебниках такие симптомы «болести», как «биение сердечное, кое бывает от меланхолии», «к грудям приступает, аки хочет удавити человека», «болящий бьется, лает, кричит, аж слушать невозможно, судороги держат, трусятся всем телом, в щеках кривление (клоническая фаза), глава назад искривляется (истерическая дуга)»¹⁰, дают основание предполагать, что в данном случае мы имеем дело с истерией.

Интересна оценка психических расстройств в Древнем Китае. В ранних медицинских изданиях «О природе и жизни» и «О трудном» (VI–V вв. до н. э.) описываются некоторые психические нарушения, в частности делирий, который рассматривается как проявление инфекции или интоксикации. В других древних книгах описаны картины мании, бредовые и галлюцинаторные синдромы, эпилепсия. Причину психических заболеваний многие китайские врачи видели в нарушении соотношения в организме мужского (ян) и женского (инь) начал.

Оставленные выдающимися учеными этого периода картины психических расстройств, несомненно, отражали клиническую реальность, были результатом наблюдательности, умения анализировать и обобщать. Именно поэтому к ним многократно возвращались и в более поздние времена, они не устарели и сегодня, с учетом, конечно, нового терминологического оформления, выделения дополнительных симптомов и изучения динамики развития болезненного процесса.

Знакомство с «достижениями психиатрии» древних греков, римлян, китайцев, египтян наводит на мысль об очень давнем стремлении к научному осмыслению психической деятель-

⁹ Гиппократ. Избранные книги. – М.: Биомедгиз, 1936. – С. 48.

¹⁰ Пруссак А.В. У истоков русской психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1952. – № 6. – С. 77.

ности человека и непрекращающемся, несмотря на исторические катаклизмы, поступательном движении познания. Причем нередко новшества в описании болезненного безумия оказывались на поверку повторением «давно пройденного» в клинико-описательной оценке психической патологии¹¹.

Важно отметить, что в Греции и Риме в качестве нормы утвердилось гуманное отношение общества к безумцам. Вот какие рекомендации дает Соран для общения с возбужденными больными и их лечения:

«В комнате больного, в первом этаже, окна должны быть расположены повыше, чтобы нельзя было выброситься наружу. Изголовье кровати располагается спиной к дверям (тогда больной не видит входящих). У очень возбужденных больных приходится иногда поневоле вместо постели ограничиваться соломой, но тогда последнюю надо тщательно осматривать, чтобы не попалось в ней твердых предметов. В случаях повреждения кожи эти места необходимо перевязывать... Приходится иногда прибегать к помощи надсмотрщиков: эти люди должны по возможности незаметно, под предлогом, например, растирания, приблизиться к больному и овладеть им, но при этом надо принять все меры, какие возможны, чтобы еще сильнее не взволновать его... Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятых рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух... Когда выздоровление уже подвинулось далеко, надо побуждать больного к более сложной умственной деятельности...»¹²

Перечитывая эти строки, не перестаешь удивляться, что они содержатся в трактатах почти двухтысячелетней давности. Хотя гуманное отношение к умалишенным преобладало, но были у него и противники. Соран пишет: «Иные врачи предлагают держать всех без исключения больных в темноте, не принимая во внимание, как часто отсутствие света раздражает человека... Некоторые, например Тит (вероятно, один из оппонентов Сорана), проповедовали голодный режим, забывая, что это вернейший способ довести больного до смертельной опасности... Врачи, сравнивающие умалишенных с дикими животными, укрощаемыми голодом и жаждой, должны сами считаться умалишенными и не братья за лечение других. Исходя из ошибочных аналогий, они предлагают применение цепей... Некоторые заходят так далеко, что рекомендуют бич, полагая, что таким воздействием можно вызвать прояснение рассудка: жалкий способ лечения, ожесточающий болезнь и уродующий больных»¹³.

К сожалению, надолго – более чем на полтора тысячелетия – эти слова предадут забвению, а отношение к психически больным будут определять антиподы Сорана. Лишь около 250 лет назад гуманизм стал понемногу отвоевывать свои позиции и занял – правда, не везде и не во всем – подобающее ему главенствующее положение.

Недостаточный уровень развития анатомии, физиологии, психологии, фармакологии и других областей науки, а также сдерживающие рамки рабовладельческого строя не позволили перейти от первого шага в борьбе с психическими болезнями – понимания их природы – ко второму – их научному изучению и лечению. Переход к естественнонаучному представлению о болезнях длился не одно тысячелетие. Путь от мифологического к современному пониманию природы болезней, в том числе психических нарушений, преодолевался параллельно с развитием культуры, науки, общественного сознания. На этом пути формировались подходы к зарождению, а затем и к развитию психиатрии как области медицинских знаний.

¹¹ Наблюдение, описание, классификация видимого – первый этап любого исследования. Затем – анализ накопленных данных. В отличие от первого, этот этап, основанный на материалистическом понимании болезни, начался в психиатрии относительно недавно и определяет ее прогресс в наши дни.

¹² Цит. по: Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – С. 48–49.

¹³ Там же. – С. 49–50.

1.2. Психиатрия Средневековья¹⁴

После упадка Древней Греции и Рима, начиная примерно с III в. н. э., естественнонаучный свет в медицине стал постепенно тускнеть – Церковь подчиняла себе научную мысль. Но надо заметить, что в эпоху Средневековья эстафету греков и римлян подхватили арабы. Арабские врачи, заимствовав из старых источников передовые взгляды на причины психических расстройств, пытались учитывать их в своей практической деятельности. Немалое значение имел и своеобразный подход ислама к «ненормальным», которые якобы появились по воле Аллаха (а его волю следует уважать). Именно арабы построили первые приюты для психически больных.

Значительный вклад в формирование представлений о психической деятельности человека и развитии психических болезней внес средневековый писатель, ученый и врач Авиценна (Абу Али Ибн-Сина, родился недалеко от Бухары, жил в 980–1037 гг.). Его собственные наблюдения и обобщение опыта древнегреческой и восточной медицины отражены в «Медицинском каноне» – медицинской энциклопедии того времени. В книгах «Поэма о медицине», «Книга о пульсах» и др. Ибн-Сина отвергал учение астрологов о влиянии созвездий на судьбу человека, течение и исход болезней, которые являются «неестественным состоянием человеческого тела», и в классификации наук относил медицину к прикладной физике. Он писал, что «душа есть функция мозга, и когда в мышлении есть расстройство, то это говорит о том, что в самом мозгу есть какой-то дефект». О состоянии мозга врач может узнать по состоянию произвольных движений и действий, чувств и мыслей. Органы чувств при этом связывают «внешние» и «внутренние» миры. К числу «воспринимающих внутренних сил» относятся возможности обобщения воспринятых органами чувств явлений и их сохранения в памяти. «Движущие силы» позволяют передавать по нервам восприятия. Инстинкт, по мнению Ибн-Сины, отличается от «мыслящей силы» тем, что не сопровождается суждением. Для инстинкта необходима также «сила памятующая», являющаяся хранилищем доходящих до разума ощущений. Наряду с описанием клинической симптоматики многих болезней нервной системы в трудах Ибн-Сины можно найти весьма точные характеристики нарушений восприятия и мышления. Вот, например, как он разграничивает состояния помрачения сознания и слабоумия: «Различие между ними состоит в том, что, хотя и то и другое является расстройством рассудка, но помрачение сознания есть повреждение мыслительных способностей в сторону изменения, а слабоумие и дурашливость есть повреждение в сторону недостаточности и исчезновения»¹⁵. Варианты слабоумия, меланхолических состояний, психогенных (реактивных) расстройств, падучей болезни (эпилепсии), целого ряда других психических нарушений, описанные Ибн-Синою с попыткой объяснения их возникновения «болезнью мозга», свидетельствуют о широте взглядов ученого и перспективности намечавшихся подходов к исследованию психических заболеваний.

В средневековом Китае для лечения многих болезней с успехом применялась чжень-цзю-терапия (иглоукальвание и прижигание). Один из известных врачей времени Танской династии (618–907 гг.) Сунь Си-Мяо при лечении психических заболеваний использовал длительный сон. Для купирования возбуждения он назначал слабительные и голод.

¹⁴ См. подробнее: Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М.: Медгиз, 1951.

¹⁵ Цит. по: Гулямов М.Г. Научное наследие Абу Али Ибн-Сины (Авиценны) в области психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – Вып. 8. – С. 1228.



Изгнание бесов. XV в.
(Леманн А. Иллюстрированная
история суеверий, 1900)

В Священном Коране указывается на то, что «неразумных людей» надо кормить, одевать и «говорить им слово доброе»¹⁶. С учетом такого отношения «неразумных» и «недееспособных» в Багдаде в 705 г., Фесе в начале VIII в., в Каире в 800 г. возникли первые прибежища для лиц с «помрачением разума»¹⁷.

В Западной Европе в Средние века положение психически больных было безотрадным. Инквизиция Католической церкви подвергала преследованию так называемых ведьм и колдунов, многие из которых, несомненно, были психически больными людьми.

Примечательным свидетельством отношения Церкви к психически больным является булла (послание) 1484 г. папы Иннокентия VIII против ведьм, в которой рекомендовалось

¹⁶ Коран, сура 4, аят 5.

¹⁷ Юсупов Тимур – URL: <http://oneislam.ru> P=3485.

«разыскивать и привлекать к суду людей, добровольно и сознательно отдавшихся во власть дьявола». Опираясь на папскую буллу как на юридическую санкцию, в Германии доминиканские монахи Якоб Шпренгер и Генрих Кремер начали энергично истреблять «ведьм». В 1486 г. они опубликовали компендиум (руководство) «Молот ведьм», в котором перечислялись все способы опознания и сокрушения «неверных». М. Лютер, один из основателей протестантизма, писал в XVI в.: «По моему мнению, все умалишенные повреждены в рассудке чертом. Если же врачи приписывают такого рода болезни причинам естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени могуч и силен черт»¹⁸.

Под розгами и пытками заподозренные в связях с дьяволом «признавались» в своих преступлениях. Характерен случай, происшедший с некой Анной Кезерин в 1629 г. в баварском городе Нейбурге. У молодой женщины без всяких на то причин развились безысходная печаль и тоска. Она избегала людей, не выходила из дома, непрерывно плакала (в настоящее время это состояние без особого труда было бы оценено как депрессивное). И вот однажды 12 «ведьм» и «колдунов», перед тем как взойти на костер, показали, что Анна Кезерин тоже ведьма. Ее арестовали, посадили на цепь, допрашивали, и в конце концов она призналась во всех предъявленных ей обвинениях. Только перед казнью на исповеди Анна Кезерин отреклась от всего и потом, умирая, слезно просила, чтобы после нее больше никого не сжигали¹⁹. По приблизительным подсчетам отечественного невропатолога профессора Л.В. Блуменау, в Европе с XIV до конца XVII в. было сожжено до 9 млн «ведьм». Среди них была и ставшая в дальнейшем символом справедливости и свободы во Франции Жанна д'Арк, обвиненная в ереси и колдовстве и сожженная в 1431 г. в Руане. При Карле IX во Франции на костер было отправлено более 300 тыс. ни в чем не повинных «колдунов» и «колдуний».

¹⁸ Цит. по: Кербиков О.В. Лекции по психиатрии. – М.: Медгиз, 1955.

¹⁹ Киркофф Т. Цит. по: Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1928. – С. 76.



Пытка колдуньи в Средние века
(Иллюстрированный обзор
минувшего столетия,
СПб., 1901)

Коридор в Бедламе. Психиатрическая больница в Лондоне в здании Вифлеемского аббатства. Больные выставлены на всеобщее обозрение



Коридор в Бедламе.
Психиатрическая больница
в Лондоне в здании
Вифлеемского аббатства.
Больные выставлены на
всеобщее обозрение



Сцена в Бетлемской больнице.
Гравюра из цикла Уильяма Хогарта «Карьера мота». 1763 год



Сцена из дома умалишенных.
В. фон Каульбих, 1835

В средневековой Европе психически больные если не попадали на костер инквизиции, то бродили без надзора, нищенствовали или проводили значительную часть своей жизни в монастырских приютах и тюремных камерах. Общество стремилось избавиться от обузы. Нередко и сами больные (с наличием бреда) выступали в роли доносчиков и яростных обвинителей «ведьм».

Массовое истребление психически больных в Западной Европе постепенно сменилось полнейшим равнодушием к их судьбе: «приверженцев дьявола» и «припадочных» помещали в специальные учреждения, где условия существования были хуже тюремных. Одним из первых учреждений такого рода был лондонский Бедлам (Bethlehem – убежище для сумасшедших),

возникший при Вифлеемском аббатстве. Более пяти веков прошло с тех пор, но слово «бедлам» до сих пор употребляется в русском языке в значении «беспорядок», «хаос», «сумасшедший дом».

На сохранившихся до наших дней гравюрах, рисунках, картинах изображены сцены из жизни Бедлама: маленькие комнаты без печей, без какой бы то ни было мебели, с дырами в стенах; голые, опутанные цепями и в большинстве своем прикованные к стенам люди. «Врачи»-надзиратели вооружены только одним «медикаментом» – плетью. Отношение к больным ярко иллюстрируется следующим примером: по праздничным дням англичане могли посещать смотровые площадки Бедлама и дразнить несчастных. Число посетителей доходило до 40 тыс. в год.

Во Франции дела обстояли не лучше. В 1656 г. один из пороховых заводов Парижа был переоборудован в своеобразный приют, за которым сохранилось прежнее название – Сальпетриер (селитровый завод). По документальным записям можно судить, каково там было больным. Они почти не получали еды и свежего воздуха. За незначительную плату их показывали любопытным. «Лечение» мало отличалось от пыток – часто применялись телесные наказания, больных длительное время держали вверх ногами, катали «как колесо», делали им кровопускания и т. п.

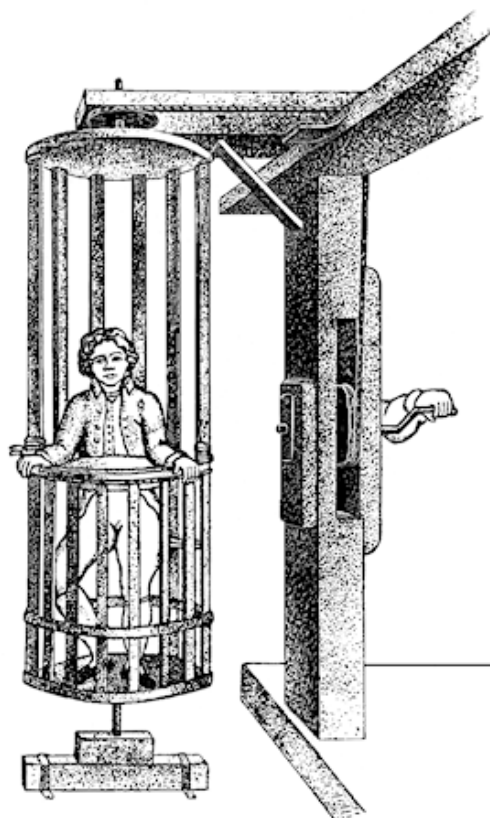
В 1785 г. королевская комиссия обследовала во Франции госпиталь Отель-Дье. В докладе ее председателя говорилось, что психически больные в этом госпитале «лежат на кроватях по четыре, а иногда по шесть на каждой. Нередко умершие лежат вперемежку с живыми... Помещения не отапливаются, больные отмораживают уши, ноги, носы, им тут же делают ампутации...»²⁰ Герцог Ларошфуко, представляя Учредительному собранию Франции отчет о посещении парижских больничных учреждений, писал: «Посмотрим на заведения Бисетр и Сальпетриер, мы увидим там тысячи жертв в общем гнезде всяческого разврата, страданий и смерти... Закованных и обремененных цепями их бросают в подземелье и тесные казематы...»²¹

Основанием для такого отношения к людям с психическими нарушениями было господствовавшее представление о том, что каждый человек – хозяин своей воли, больше ни от чего она не зависит, а раз так – человек обладает полной свободой выбора между добром и злом. Неправильное, нелепое поведение безнравственно потому, что люди сами встали на порочный путь зла. Отсюда вывод: их надо не лечить, а наказывать. Цепи, кандалы, смирительные рубашки, особая «груша», которой затыкали рот, чтобы нельзя было кусаться и плевать, ледяной душ, сбивающий с ног, лишение пищи, карцер – вот далеко не полный перечень изощренных «лечебных методов», распространенных в развитых европейских странах еще два столетия назад.

Как ни странно, эти «методы» долго не вызывали протеста – ни в XVIII, ни даже в начале XIX в., когда гуманные концепции широко проникли в философию, литературу и искусство. Общество не могло предложить иных способов содержания и лечения безумцев. По предложению профессора медицины из Базеля Ф. Платера, автора одной из первых классификаций психических болезней, для обозначения наиболее выраженных расстройств был введен термин «ментис алиенацио», означавший отчуждение больных от общества вследствие «помрачения ума». Это надолго предопределило отношение населения к больным с психическими нарушениями.

²⁰ Цит. по: Медицинский работник. – 1939. – № 65. – С. 3.

²¹ Цит. по: Баженов Н.Н. Психиатрические беседы на литературные и общественные темы. – М., 1903. – С. 77.



Приспособление
для вращения беспокойных
больных



Камера в Сальпетриере.
XVIII в. Скванная цепями
и связанная ремнями
больная (Каннабих Ю.В.
История психиатрии, 1928)

Эпоха Ренессанса принесла новые научно-методические подходы и концепции, утверждавшие органическую природу и мозговую локализацию психических расстройств. Томас Уиллис (Виллизий) (1621–1675) и Томас Сиденгам (1624–1689) в Англии явились родоначальниками нейроанатомических исследований психически больных. Обнаруженная ими связь некоторых нарушений психической деятельности с анатомическими повреждениями мозга и проводящих нервных путей послужила основанием для отказа от гуморальной теории происхождения психических расстройств.

Развитие общества, сопровождавшееся успехами науки, в том числе и медицины, создало условия для перелома в организации психиатрической помощи. В период Великой французской революции правительство Франции издало ряд декретов о создании психиатрических учреждений. Филипп Пинель (1745–1826) – уполномоченный специальной правительственной комиссии – впервые в мае 1792 г. снял цепи с больных в госпиталях Бисетра, а затем и Сальпетриера. Это не только не способствовало усилению возбуждения, но, наоборот, успокоило больных и улучшило их состояние. Устранение грубых мер физического воздействия существенно помогло развитию научной мысли, так как появилась возможность наблюдать подлинные картины психозов, не искаженные озлоблением или страхом. Памятник Пинелю, установленный перед преобразованной парижской лечебницей Сальпетриер, увековечил память о его деятельности. Заслуга Пинеля заключается прежде всего в том, что ему удалось поколебать традици-

онное религиозно-мистическое объяснение психических расстройств, заменив его естественнонаучным подходом. Это значительно изменило отношение общества к больным²².

²² Основной труд Пинеля «Медико-философский трактат об умственном расстройстве или мании» был издан во Франции в 1801 г., а в 1809 г. переведен на русский язык. Его работа «Врачебно-философское начертание душевных болезней» в переводе Степана Завадского-Краснопольского с добавлением учения «О душевных болезнях Маттея» была издана в Петербурге в 1829 г.

Глава 2. Зарождение психиатрии в России

На Руси отношение к психически больным не было столь жестоким, как в Западной Европе. Их жалели и часто называли не «одержимыми дьяволом», а «Богом наказанными», считали их не «вражьей силой», а «божегневными», которым надо помогать искупить свою вину перед Богом. Причем помешательство связывалось с порчей «несчастных» чем-то посторонним по причинам, от них не зависящим.

Т.И. Юдин в «Очерках истории отечественной психиатрии» обращает внимание на то, что в Киевском государстве IX–X вв. существовала организация призрения «нищих, странных и убогих». По указу князя Владимира от 996 г., заменившего на Руси язычество христианством, на Церковь возлагалась обязанность за счет десятины княжеских доходов открывать в городах «странноприемницы», сиротские, вдовьи дома и больницы. Эти «странноприемницы», видимо, стали на Руси прообразами психиатрических больниц. Они устраивались при монастырях, многие монахи-врачеватели прославлялись как чудотворцы за то, что «исцеляли больных и имели дар внушать то, что они хотели, помимо воли тех, кому они делали внушение». В отличие от «слабоумных», к которым относили «странных и убогих», беспокойных постояльцев называли «бесными». Согласно Русской летописи по Никонову списку, среди разных монастырских строений была и «крепкая темница» для злых еретиков и беспокойных психически больных²³.

Необходимо отметить, что в России отсутствовала организованная система судилищ, широко использовавшаяся святой инквизицией в Западной Европе. Это определяло терпимость, с которой на Руси относились к волхвам и чародеям. В XI в. киевский митрополит Иоанн – высшее духовное лицо – проповедовал: «Занимающихся чародейством необходимо наставлять не раз, не дважды, но непрерывно, пока узнают и уразумеют истину, а при закоренелости их действовать и телесными наказаниями, но не проливать крови»²⁴.

Сожжение колдунов на Руси было редким явлением, в исторических документах об этом немного упоминаний: в 1021 г. были сожжены волхвы в Суздале, в 1071 г. – в Киеве; в 1227 г. в Новгороде четыре волхва были приведены в архиепископский двор и там сожжены, несмотря на заступничество бояр. Позже, в царствование Алексея Михайловича, все еще продолжались костры «с колдунами». Причем они проводились не только «по нарочитому повелению», а по воле бояр. В историческом исследовании Н. Новомберского говорится, что «в 1675 год, сентябрь в 13 день, боярин и гетман Иван Мартынович Брюховецкий в Гадяче велел сжечь пять баб ведьм, да шестую Годяцкого полковника жену... за то, что они его, гетмана, и жену его портили и чахоточную болезнь на них напустили... а также выкрали у гетмановской жены дитя из брюха»²⁵. В Церковном уставе Ярослава, однако, за «чародейство, волхвование или зелейничество» определялся лишь штраф. Интересно отметить, что в дальнейшем, в XVII и XVIII столетиях, многие психически больные, называвшиеся «кликушами» и «беснующимися», блуждали по стране без всякого наказания. Колдуны могли, по народному поверью, причинять недуги, «навести порчу» прикосновением, словом (заговором), взглядом (сглазить). В Ипатьевской летописи упоминается о «чудце», который мог привораживать зельем и песнями. В. И. Даль писал, что «о колдунах народ верил также, что они «отводят глаза», напускают «мороку», так что никто не видит, что есть, и все видят то, чего нет». Считалось, что сила беса была злая, но все же непосредственно дьявол душой людской не завладевал. Например, Феодосию Печерскому бес являлся в образе черной собаки, которая мешала ему класть земные поклоны.

²³ Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М.: Медгиз, 1951. – С. 179.

²⁴ Там же.

²⁵ См.: В.В. Ерофеев, Е.А. Чубачкин, М.С. Шефер. Томашев Колок. Самара: Издательство «Ас Гард», 2013. – С. 30.

Причины относительной мягкости и терпимости к людям со странными, необычными поступками в определенной мере объясняются особенностями славянской культуры, формировавшейся со времен собирания земель, начатого в XIV веке Калитой, продолженного Иваном III (Великим) и другими руководителями Российского государства. Благодаря этому небольшое Московское княжество превратилось в одну из самых больших империй с многонациональным населением, но общими гуманными и «соборно-справедливыми» отношениями людей. Вот что писал по этому поводу в конце прошлого столетия известный историк В.Б. Антонович: «Суеверие, конечно, было свойственно славянам не меньше, чем другим народам. С начала Русского государства волхвы и прорицатели будущего играли среди славян достаточную роль, но народный взгляд на чародейство был не демонологический, а исключительно пантеистический. Допуская возможность чародейственного влияния на бытовые, повседневные обстоятельства жизни, народ не искал начала этих влияний в сношениях со злым духом; демонология мало была развита в России»²⁶.

На Руси и в большей части славянских земель никогда не было таких обширных эпидемий бесноватости, какие наблюдались в Западной Европе. И.В. Константиновский²⁷ объяснял это тем, что русское духовенство не поощряло преследования одержимых, определив над ними только духовный надзор.

В летописи Нестора упоминается о живших в Печерском монастыре психически больных монахах, причем показано благодушное отношение к ним. Так, летопись очень хорошо описывает болезнь черноризца Исаакия, за которым ухаживал как за больным сам игумен Феодосий Печерский, поместив его в свою келью. Началась болезнь с ночных видений бесов, которые соблазняли Исаакия, с истощения и беспокойства во время нахождения «в затворе» (одиночной пещере); затем Исаакий «не мог ни повернуться на другую сторону, ни подняться, ни сесть; отказывался от пищи и питья; его извлекли из пещеры, но он лежал два года, не говоря ни слова. На третий год он стал ходить, но ни за что не хотел пройти в церковь. Тогда его стали водить туда насильно и так мало-помалу приучили»²⁸. Затем Исаакий стал «юродствовать»: «во время зимы стоял часами неподвижно, так что ноги примерзали к камням; временами портил что-нибудь у игумена или братии, и за это его били». Феодосий считал его определенно больным, и, когда Исаакий вздумал «спасаться» и уединился в пещере (обычный тогда способ религиозной аскезы²⁹), его оттуда насильно вывели. В Киево-Печерской лавре сохранились записи монаха Эриха Яссоты, относимые к 1594 г. В них он говорит об одном из способов лечения «бесноватых». Их привязывали к деревянному столбу и оставляли на ночь. Если возбуждение не проходило, били «антониевой плетью»³⁰.

²⁶ Антонович В.Б. Колдовство. – СПб., 1877.

²⁷ Константиновский И.В. Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами // Тр. I Съезда отечественных психиатров 1887 г. – М., 1887.

²⁸ Русский летописец по Никонову списку. Цит. по: Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М.: Медгиз, 1951. – С. 9.

²⁹ Аскеза (аскетизм) – достижение духовных целей через самоограничения и самоистязания. В современном широком понимании – крайняя скромность, воздержание от удовольствия и роскоши.

³⁰ «Антониева плеть» – орудие для наказания, известное с XIII в., представляющее собой плетку с тремя хвостами и многочисленными узлами и шилами. Использовалась в движении флагеллантов для самоистязания.



Душа покидает тело после смерти человека
(со старинной гравюры)

Гуманное отношение к психически больным видно и из следующих слов проповеди Феодосия Печерского, где он противопоставляет их пьяным: «Бесный страдает неволею и обрящет себе вечная жизни, а пьяный, волею своею стражда, добудет себе вечная муки...»³¹

³¹ Русский летописец по Никонову списку. Цит. по: Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М.: Медгиз, 1951. – С. 9.



Путешествие души после смерти человека.
(Фрагменты картины, изображающей мытарства души)

К концу XI в. лечение и признание больных в монастырях достигли в Киеве, по-видимому, высокой организационной степени. Согласно Кормчей книге (сборнику правил русской Церкви и государственных законов по церковным вопросам), Церкви передавалось не только признание убогих, но и создание церковного суда. Ему, кроме преступлений и тяжб по делам семейным, подлежали чародеи, колдуны, составители отрав, а также все дела, касающиеся людей, состоящих в ведомстве церковном (т. е. все призываемые вдовы, сироты, хромцы, слепцы). В Судный закон Владимира был внесен ряд статей о психически больных. В главе «О завещании», например, имеется предписание, чтобы завещатель был в здравом уме и твердой памяти, говорится о порядке вознаграждения опекуна, о совете старших при обручении, если родители психически больны, о недопущении «свидетельствовать на суде несовершеннолет-

них, рабов, глухих, немых, бесных и блудников». В Церковном уставе Ярослава говорится о недопущении развода, если жена или муж психически заболевают.

Если принять во внимание, что первое психиатрическое учреждение в Германии, в монастыре Ордена святого Алексия в Кёльне, открылось лишь в конце XIII в., а первый доллгауз – в 1369 г. (Эслинг), что лондонский Бедлам возник в 1247 г., а психически больных стали туда принимать лишь с 1400 г., то окажется, что лечебно-призренческая организация в Киеве была гораздо прогрессивнее, чем в Европе того времени. Об этом свидетельствует, в частности, строительство уже в конце XI в. (1089 и 1091 гг.) в Переяславльском монастыре «крепких темниц» для психически больных.

Постоянные торговые сношения с Константинополем и принятие христианства из Византии, бывшей в те времена наиболее культурной страной, содействовали в Киеве большему, чем в остальной Европе, вниманию к «странным и убогим». Но одним только византийским влиянием это объяснить нельзя. На самостоятельность культурного развития Киевской Руси XI в. указывает, например, полемика, которую еще во времена Ярослава Мудрого вели киевские церковные писатели со сторонниками идеи об исключительном праве Византии на вселенское культурное руководство. В 1039 г. киевский митрополит Илларион, принявший митрополичий сан без санкции Константинополя, в «Слове о законе и благодати» резко протестовал против византийской теории единственной истинной вселенской империи и вселенской Церкви³². Илларион указывал, что ни один народ не может хвалиться своим преимуществом: «Все народы равны между собой... а Киев равноправен Константинополю».

Дифференцированные представления о душевных болезнях прослеживаются в древнерусской письменности уже с XI в. Так, в «Изборнике Святослава» все патологии человека делятся на два больших раздела – «недуги плотные» (соматические) и «недуги душевные». Причину последних видели во «врежении мозга» – этого «перваго и начального» органа, «без которого ничтоже есть в человеке», а больной становится как бы «мертвецем непогребенным»³³.

Широко бытовали термины с корневой основой «ум», «мысль»: безумие, слабоумие и малоумие, недоумие. О киевском митрополите Фотии летописцы говорили, что он жил «во исступлении ума». Распространены были определения «бессмыслие», «недомыслие», «смысла чиста нет в нем» (о психически больном)³⁴.

В «Изборнике Святослава», говоря современным языком, описывается клинический метод диагностики психических заболеваний, заключающийся в расспросе и наблюдении за больным: врач должен был вызывать больного на разговор и «надзирати» в это время его поведение, позу, «ступание ног, смеяние зуб» (походку и улыбку). Больной в состоянии возбуждения назывался «буя». Слово «кручина» означало меланхолию, депрессию³⁵.

При этом известный филолог К.А. Богданов обращает внимание на то, что в русском языке понятия врачевания и говорения связаны этимологически: врач «заговаривает» болезнь, он «ритор», его «говорение» о «болезни» и «здоровье» направлено на выздоровление, однако оно не бывает самодостаточным. Необходимо, выражаясь современным языком, «объективизация» словесных представлений и убеждающих фактов.

Из Киевского патерика XI в. известно, что киевских князей, как правило, сопровождали врачи с Востока. У Владимира Мономаха был врач Петр, родом сириянин, «лечец вельми хитер», как рекомендует его летописец; впрочем, Петра «посрамил» своими знаниями Агапит-врач – монах киево-печерский; у князя Черниговского в начале XII в. был восточный врач

³² Лихачев Д.С. Русские летописи. – М.; Л.: Издательство Академии наук СССР, 1947. – С. 51–58.

³³ Цит. по: Богоявленский Н.А. О душевных и нервных болезнях на Руси эпохи феодализма // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1966. – № 10. – С. 1706–1707.

³⁴ Там же.

³⁵ Каледа В.Г. Церковь и психиатрия: история и современность // Альфа и Омега. – 2008. – № 1 (51).

и т. д. Все это свидетельствует о взаимовлиянии Киевской Руси и наиболее передовой в то время восточной культуры.

Самобытность русской культуры привела к своеобразному развитию монастырской лечебной медицины, в том числе психиатрии. Имеются сведения о том, что в числе монахов Киево-Печерского монастыря были люди высокообразованные. Так, пресвитер Иоанн ссылается на мнения Фалеса, Демокрита, восхваляет Аристотеля и высказывает свои критические замечания об учении Платона. При этом считалось, что психическая деятельность определяется «бессмертной душой», частицей «божьего духа», которая не связана с телом и независима от него. «Душа» в античном мире представлялась таинственной силой, вселявшейся в тело человека после его рождения и управлявшей всеми его поступками. Местом пребывания «души» считали то сердце, то голову, то поддиафрагмальную область, то желудок. Предполагалось даже, что «душа» перемещается в теле (до наших дней сохранилось выражение «душа в пятки ушла») и, будучи своеобразным двойником тела, покидает его только во время сна или обморока. После смерти человека «душа» якобы переселяется «на небо», где ей предопределено бессмертие.

Понятие бессмертия души имеет много религиозных толкований. Однако не последнее место в сознании на протяжении человеческой истории, наверное, занимает простая и вечная мысль о надежде на продолжение жизни и страх потерять ее. Во время несчастья многие из нас, так же как и наши предки, цепляются за проблеск этой надежды, повторяют известные легенды о загробной жизни для своих близких и самого себя. Люди, исповедующие разные религии и культуры, верят в мыслящий неумирающий дух, продолжающий жить после смерти тела. Эта вера распространена в христианском мире и иудаизме. Непрерывный цикл перехода души после смерти из одного тела в другое характерен для индуизма, мусульмане также убеждены, что душа человека продолжает жить после его смерти.

В Киево-Печерской лавре хранятся картины, изображающие путешествие души преподобной Феодоры³⁶. В церковных книгах подробно описан сюжет, по которому они написаны. Вот, например, как, судя по одной из легенд, сама Феодора «рассказывает» о разделении своей души и тела:

«Трудно, конечно, описать болезнь телесную и те мучения и страдания, какие переносит умирающий... как люто разлучение души от тела, особенно же для таких грешников, как я! Когда настал час моей смерти, я вдруг увидела множество злых духов, которые... став у одра моего, вели возмутительные разговоры и зверски посматривали на меня... Вдруг я увидела двух ангелов в образе светлых юношей весьма благообразных, покрытых золотыми одеждами... Они приблизились к одру моему и стали по правой стороне... Вот наконец пришла и смерть. Она налила чего-то в чашу... поднесла мне испить и затем, взяв нож, отсекала мне голову... смерть исторгнула мою душу, которая быстро отделилась от тела, подобно тому, как птица быстро отскакивает от руки ловца, если он выпускает ее на свободу.

...Ангелы приняли меня на руки свои, и мы начали отходить на небо. Оглянувшись назад, я увидела тело свое лежащим неподвижно, бездушным и бесчувственным, как обыкновенно лежит одежда, когда кто-то, раздевшись, бросит ее и потом, став перед нею, смотрит на нее... Святые ангелы взяли меня от земли, направились вверх, на небеса, восходя как бы по воздуху...»

Далее Феодора описывает 20 мытарств своей души, через которые ее провели ангелы по дороге к Богу. Каждое из мытарств обусловлено «грехами жизни», к которым относятся клевета, поругание, зависть, ложь, обиды и неправда, гнев, гордыня, празднословие и сквернословие, взяточничество и лезть, пьянство, злопамятность, разбойничество, воровство и т. д.

³⁶ Житие преподобного Василия Новаго и видение Георгия, ученика его, о мытарствах преподобной Феодоры: 7-е изд. – М., 1895.

В них нетрудно увидеть человеческие пороки, причем пороки, обусловленные социальными взаимоотношениями.

Существует немало и других легенд о путешествиях «души» во время сна и после «отживания грешного тела», которыми пытались объяснить, в частности, содержание сновидений. В «душе» находятся разные духи – добрые, злые, порочные, сама нечистая сила, бесы, сатана, которые во всем и виноваты. Исходя из этого многие религии считали нелепые поступки психически больных проявлением действия злых духов.

Формирование феодальных отношений сопровождалось появлением крупных землевладений и стремлением бояр к самостоятельности. Ко второй половине XII в. феодалы настолько укрепились на своих позициях, что киевский центр стал помехой дальнейшему их развитию, достижению их собственных политических целей. В результате единое государство распалось на ряд феодальных владений. Разорение в 1240 г. Батыем Киева, Переяславля, Чернигова, от которых остались только «кровавые пепелища», окончательно уничтожило влияние Киева. Разорение Киевской Руси привело к упадку монастырской медицины, но по мере становления и укрепления Московского государства вопрос о судьбе психически больных снова стал крайне актуален. Хотя в этот период и продолжали господствовать идеалистические воззрения на причины помрачения рассудка, вновь проявилась гуманность русского народа. На церковно-земском Стоглавом соборе в Москве, созванном в царствование Ивана IV Грозного в 1551 г., было отклонено предложение о преследовании Церковью «одержимых бесом»; наоборот, отмечалось, что «бесных» и «лишенных разума» надлежит помещать в монастыри, чтобы они могли «получать вразумление или приведение в истину... дабы не быть помехой для здоровых»³⁷. В то же время Стоглавый собор издал указ, в котором угрожал волхвам и чародеям царскою опалю, а тем, кто прибегнет к их помощи, – отлучением от Церкви.

На Украине в XIV–XV вв. существовал своеобразный тип призрения людей, «которые от пана бога хворобою и уломностями невежоны»: старики, старухи, калеки, слабоумные³⁸. Это было время расцвета церковных братств, а вместе с тем и время наибольшего расцвета «богаделен-шпиталей». Каждая община имела свой шпиталь, обычно рассчитанный на 5–10, иногда на 20 мест. Шпитали были довольно элементарно устроены, представляли собой постройку с двумя покоем, разделенными сенями; в сенях устраивался очаг для приготовления пищи и два чуланчика для хозяйства. Нередко обитатели шпиталей составляли особое «старческое братство» с особым старостой во главе, которое принимало на себя обязанности сторожить, охранять посевы, скот и т. п. Вследствие рассеянности шпиталей и малой величины каждого из них точные сведения о числе и составе их обитателей отсутствуют. В числе призреваемых упоминались и слабоумные, но сомнительно, чтобы в шпиталиях могли призреваться беспокойные психически больные. После установления крепостного права «братства» разрушились, а вместе с тем постепенно уничтожились и последние убежища для спокойных психически больных. Однако шпитали сохранялись длительное время в городах Остроге, Борзне и Конотопе. Н. Сумцов³⁹ писал о действующем шпитале в слободке Боромля Ахтырского уезда Харьковской губернии, действовавшем до 1883 г. В нем был староста, полуслепой 80-летний старец, собиравший по слободе даяния «на пропитание шпиталю», а от волостного правления шпиталю предоставлялась хата, дрова и отпускался гроб в случае смерти призреваемого.

³⁷ Цит. по: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 12.

³⁸ Сумцов Н. Киевская старина. – 1883. – Сентябрь – октябрь. Цит. по: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 12.

³⁹ Там же.



Василий Суриков. Фрагмент картины
«Боярыня Морозова», 1887 год

Интересна заметка Н.Н. Баженова⁴⁰ о сохранившемся под Острогом в 1885 г. своеобразном виде призрения психически больных в семьях. В деревню Ювковцы, в 30 верстах от Острога, по свидетельству случайно узнавшего об этом Баженова, свозили из окрестностей психически больных, и они там оставались в семьях крестьян. Вероятно, в этом можно видеть

⁴⁰ Баженов Н.Н. Проект законодательства о душевнобольных. – М., 1911. – С. 117.

стихийное, без врачебного участия, зарождение одного из видов деревенского патронажа, который в дальнейшем приобрел широкое распространение в России.

Хотя расцвет «шпитального» типа призрения при церковных приходах и точные сведения о нем относятся к XIV в., есть все основания думать, что свое начало шпитали получили в старом Киевском государстве, где существовало правило давать десятину своих доходов Церкви на дело призрения убогих.

В литовском своде законов, существовавшем до XVIII в., имелись положения о психически больных, сходные со старыми киевскими: например, о праве лишать наследства детей, оставивших своих умалишенных родителей, или о том, что помешанные должны находиться под надзором родных, и за деяния сумасшедших отвечает надзирающий так, как если бы он сам совершил преступление. Несмотря на влияние католического духовенства и папские буллы, упоминание о бесоудержимости и ведьмах появляется впервые в литовском законодательстве только в 1564 г., причем и в это время разбор таких дел поручался старостам и воеводам, т. е. светскому суду, а не инквизиции.



Кадр из фильма-оперы «Борис Годунов», 1954 год.
В роли юродивого Народный артист СССР Иван Козловский

Многие «лишенные разума» позже стали называться блаженными (старославянское название святого) или юродивыми⁴¹. Им позволяли говорить все, что они хотят и кому хотят. Слова юродивых часто приравнивались к «гласу святых». Один из исследователей феномена юродства Ефим Поселянин в 1901 г. писал, что юродивый подвергает себя поруганиям и лишениям «бесприютной» жизни. Он несет на себе личину слабоумного, странного человека, но он полон мудрости, а в своих бесстрашных обличениях имеет в виду назидание и спасение⁴². Уже в XIV в. было несколько известных юродивых, но расцвет юродства пришелся на XVI в.:

⁴¹ Словарь древнерусского языка (М., 1989) широко и противоречиво определяет юродивых как людей «глупых», «смелых», «несмышленных» (staltus), «диких», «дерзких». В древнерусском языке юродивые часто назывались «уродами» и «похабами».

⁴² Вероятно, в юродивых прошлых двух столетий, с учетом произошедших цивилизационных изменений в обществе, можно найти истоки деятельности современных ясновидящих и прорицателей судеб.

на Соборе в 1547 г. Церковь признала трех из десятка прославленных юродивых местночтимыми святыми. Широкой известностью пользовался почитавшийся современниками московский юродивый Василий Блаженный (1469–1552, по другим данным – 1557). А.К. Толстой в историческом романе «Князь Серебряный» так описывает его: «По улице шел человек лет сорока, в одной полотняной рубахе. На груди его звенели железные кресты и вериги, а в руках были деревянные четки. Бледное лицо его выражало необыкновенную доброту, на устах, осененных реденькою бородой, играла улыбка, но глаза глядели мутно, неопределенно...»⁴³ В разгул опричнины Василий Блаженный прославился смелыми обличениями политики Ивана Грозного. Несмотря на это, царь участвовал в торжественном погребении юродивого и сам нес гроб с его телом. Похороны состоялись в Москве, на Красной площади, возле храма Покрова, который с тех пор называют храмом Василия Блаженного.

В. Даль в «Толковом словаре живого великорусского языка» отмечал, что юродивым считали «божевольного» человека, «сроду сумасшедшего». Считалось, что в его нередки бессознательных поступках имеется глубокий смысл. Наряду с этим, юродивого называли «дурачком», «глупым», «неразумным», «безрассудным».

Одно из объяснений феномена русского юродства принадлежит философу Г. Федотову, считавшему, что юродивые заполнили пустоту, образовавшуюся в Церкви после эпохи святых князей. Расцвет юродства пришелся на время Стоглава и Домостроя, когда свобода человеческой личности подавлялась в наибольшей степени, и юродивый оказался единственной фигурой, имевшей право критиковать власть и Церковь.

Английский посол Дж. Флетчер в книге «О государстве Русском 1591 года» писал, что о «юродивых нельзя не упомянуть, говоря о призрении психически больных в Московском государстве, так как любовь и уважение к юродивым составляли особенность Москвы: домохозяева считали их посещение за особую благодать, их всюду кормили, водили в баню, одевали и обували... Таким образом, этот обычай оказывался своеобразной формой призрения значительного числа больных»⁴⁴.

К началу XX в. популярность юродивых стала снижаться, Церковь перестала их канонизировать прежде всего из-за того, что юродивые не отвечали правилам «уставного благочестия» и «обрядного исповедничества». Наряду с этим в обществе постепенно менялось отношение к различным маргинальным группам населения, нарушавшим общественный порядок. Зарождавшейся психиатрической службой в этих группах выявлялось большое число психически больных.

Среди женщин было распространено кликушество – от слова «кликать», т. е. истошно кричать, выкрикивать. Считалось, что в кликуш вселяется дьявол. Среди них, как и среди юродивых, было много слабоумных. Природу этой болезни изучал академик В.М. Бехтерев. Он писал: «...Вряд ли может быть какое-либо сомнение в том, что дело идет в огромном большинстве случаев о настоящей болезни, а не о притворстве, как некоторые, по-видимому, еще до сих пор полагают. Я даже думаю, что если и встречаются среди кликуш притворщицы, то, во всяком случае, число таких должно быть весьма незначительно. В пользу того, что дело идет о болезни, а не о притворстве, говорит уже стереотипность проявления отдельных симптомов у больных, разделенных друг от друга огромными пространствами».

Историк Н.И. Костомаров писал, что «правительство в XVI и XVII веках, получив известие о появлении кликуш в каком-нибудь крае, посылало туда нарочных сыщиков отыскивать и выводить ведунов и ведуний... Обвиняемых сажали в тюрьмы, заточали в монастыри... Мужчин за волшебство, чернокнижничество сжигали, а женщинам отсекали голову... Корыстные воеводы и дьяки нарочно подговаривали кликуш обвинять богатых хозяев, чтобы обирать

⁴³ Толстой А.К. Князь Серебряный. – М.: Детская литература, 1981. – С. 48.

⁴⁴ Цит. по: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 16.

потом последних...»⁴⁵ Т.И. Юдин указывал, что страх перед кликушами, а вместе с ними и перед психически больными в целом вследствие этих преследований еще более усиливался.

Особенно много сохранилось дел о порче, бесоодержимости, колдовстве со времен царя Алексея Михайловича, что было связано с проведением церковной реформы патриарха Никона. Яков Рейтенфельс писал, что «тех, которые возбуждают какие-либо сомнения относительно веры, заключают в небольшие деревянные домики и сжигают живыми...» С 1647 по 1690 г. сохранились сведения о сожжении 16 человек, осужденных за колдовство. Среди погибших в срубах и на дыбе, конечно, было немало и психически больных, оговоривших себя.

Особого анализа заслуживает оценка психического состояния участников восстаний, охвативших в XVII в. огромную территорию России от Волги до Дона. В них участвовали не только крепостные крестьяне, но и донские казаки, городские низы, «служивые», бурлаки и даже представители низшего духовенства. Их жестокость, а после поражения в 1670 г. и казнь в Москве на Болотной площади предводителя восстания Степана Разина, массовые расправы над самими восставшими явились прологом к многократно возникавшим в России в последующих столетиях периодам восстаний и гражданских войн. Среди их активных участников, вероятно, были люди с психически неуравновешенными чертами, одержимые не только религиозным верованием, но и бредовыми стремлениями к власти и реформаторству, что помогало им становиться лидерами бунтарских требований и творцами несоразмерных расправ над побежденными. Можно думать, что в связи с этим постепенно появлялась потребность в развитии судебно-психиатрической экспертизы.

«Для получения вразумления» психически больных направляли в монастыри по особым указам, при этом рекомендовалось, чтобы больных, которые в монастыре «сумасбродничают и приставленных служебников бьют и самовольничают... держать на цепи, приковав к стене, а за драку – смирять монастырским смирением и бить шелепами»⁴⁶. Усиление строгостей в монастырях к содержанию беспокойных больных или лиц, помещаемых в соответствии с особыми государственными распоряжениями, регламентировалось специальными указами. Вместе с тем порядок исполнения установок светской власти в большинстве случаев адаптировался к особенностям сложившегося церковного попечительства душевнобольных, что в целом соответствовало гуманистическим принципам русской культуры.

Нередко о помещении в монастырь или принятии других мер «смирения» просили родственники больных, опасаясь попасть в опалу по вине умалишенного. Примером такой просьбы является следующая челобитная:

«Царю-государю – холопы твои [перечислены имена родственников] бьют челом... Велено всем нам жить в Москве со всем скарбом, а брат наш Сидор глуп, ничего не мыслит, пьян, безобразен, твоего, великий государь, указу не помнит, к Москве не едет, живет в деревне, пьет без просыпу, странствует, у твоих... смотров не был по глупости своей... Милосердный государь, пожалей нас, холопей своих, вели, государь, его, Сидора, взять к Москве и от той дурости и пьянства смирить по своему милосердному рассмотрению. И по его малому умению отдать под начал, чтобы нам от его, Сидоровой, дурости и от пьянства от тебя, великий государь, в опале не быть...» На прошении пометка: «Послать государеву грамоту на Тулу к воеводе, велеть выслать к Москве с приставом»⁴⁷.

Еще интереснее, что иногда «под начал» больные просились сами. Например, Михаил Козодавлев из Бежецка «бил челом великому государю о ево государеве жалованье для того, что ему прокормиться нечем, поместья и вотчины нет, а служить не мочно, потому что болен

⁴⁵ Костомаров Н.И. Очерк домашней жизни и нравов великорусского народа XVI и XVII веков. – М., 1992.

⁴⁶ Цит. по: Баженов Н.Н. История Московского доллгауза. – М., 1909. – С. 19.

⁴⁷ Там же.

падучей болезнью...». На просьбе пометка: «Государь указал сослать его под начало в монастырь...»⁴⁸

О гуманном отношении к душевнобольным свидетельствует и то, что нередко в период улучшения состояния они могли покинуть монастырь. Вот пример удовлетворения одной из таких просьб: «Царю-государю... бьет челом холоп твой, кашинец Якушка Федоров, сын Македонский. В прошлом, государь, я, холоп твой, в уме порушился... и велено меня отдать под начало в Кашине в Клобуковский монастырь... И ныне я, холоп твой, сидя под началом, в уме исцелился. Милосердный государь, помилуй меня, холопа твоего, вели меня, государь, из-под начала освободить. Царь-государь, смилуйся!» На прошении пометка: «1669 год декабря в третий день. Дать по Указу великого государя грамоту в Кашин к Ивану Пестову, велеть его из-под начала освободить и написать его в службу по-прежнему и выслать для службы к Москве»⁴⁹.

Анализируя представленные данные, можно увидеть, что отношение к психически больным в Московском государстве в XVI–XVII вв. было весьма дифференцированным: одних почитали святыми прорицателями, других держали для забавы, третьих посылали на костры, четвертых – «для вразумления» – в монастыри, немногих социально опасных бесоудержимых держали в тюрьмах; безобидные больные при этом оставались на свободе. Отношение к больному, по-видимому, определялось его высказываниями: лица, произносившие кощунственные или противогосударственные слова, имевшие бред бесоудержимости, попадали на костры и на плаху, лица же с явно нелепым буйством – в тюрьму. При этом особое место отводилось судебной психиатрической экспертизе. С начала XVII в. подозреваемых в «безумных расстройств» направляли в монастыри не только для «исправления», но и для врачебного освидетельствования⁵⁰.

К концу XVII в. в Московской Руси стал преобладать взгляд на «ненормальных» и «глупых» как на больных. Сохранились сведения, что в 1681 г. царь Федор Алексеевич предложил Собору епископов строить больницы и обещал дать на это деньги, но, по словам епископа Филарета, «слова своего не сдержал». Поэтому расходы по призренческой деятельности целиком ложились на монастыри, которые за это хотели платы, а у государства денег на это не было.

Среди деятелей Церкви выделялся новгородский митрополит Иов, человек в высокой степени образованный, устроивший в своей епархии до 30 школ, в которых с 1706 по 1726 г. обучалось 1007 учеников. Он в 1706 г. построил в Колмовском монастыре под Новгородом дом для подкидышей и инвалидную больницу, где были и психически больные. Но это было исключительное для того времени явление. В 1783 г. в монастыре был устроен один из первых в России дом для призрения умалишенных⁵¹.

Много нового в отношении к психически больным внесло царствование Петра I, ознаменовавшееся значительным прогрессом науки, в том числе и естествознания. Указов Петра I, непосредственно касающихся психически больных, которые по существу завершили монастырский период психиатрии и приоткрыли пути ее развития в качестве медицинской специальности, было три⁵².

Первым указом, от 16 января 1721 г., Петр I, учредив магистраты, предлагал им устроить «смирительные дома и госпитали». «Оным смирительным домам, – гласил указ, – надлежит

⁴⁸ Там же.

⁴⁹ Там же.

⁵⁰ Историк медицины Б.А. Спасенников называет среди первых в России законодательных актов о правовой оценке психически больных Соборное уложение царя Алексея Михайловича (1649), Артикул воинский Петра I (1716), Указ Александра I от 23 апреля 1801 г., Свод законов (1832), Уложение о наказаниях (1845).

⁵¹ Через столетие, в 1874 г. в заведование Колмовской психиатрической больницы вступил доктор Андриоли, который одним из первых в российских земских психиатрических больницах организовал трудотерапию больных и использовал ее в лечебных целях.

⁵² См. подробнее: Юдин Т.И. Указ. соч.

быть ради таких людей, которые суть непотребного жития... имения расточают, дома разоряют и прочие непотребства чинят, также и рабы непотребные... ленивые... нищие и гуляки, которые не хотят трудиться. Таковых надлежит сажать в смирительные дома, кто на какое время... И посылать на работу, чем бы они могли пропитание себе заработать, чтобы никогда праздными не были; а прядильные дома для непотребного и неисправимого женского пола. А госпиталям быть ради призрения сирых, убогих, больных и увечных и для самых престарелых людей обоюбого пола».

Вторым законодательным актом был указ от 5 сентября 1722 г., которым Петр I повелел «сумасбродных и под видом изумления бывающих, каковые наперед сего аки бы для исцеления посылались в монастыри, таковы отныне в монастыри не посылать».

Третий указ от 6 апреля 1723 г. гласит: «Понеже... движимые и недвижимые имения дают в наследие детям... дуракам, что ни в какую службу не годятся и... оное получив, беспутно расточают, а подданных бьют и мучат... повелеваем, ежели у кого в фамилии... таковые есть, о том подавать известия в Сенат, а в Сенате их свидетельствовать, и буде таковыми являются... отнюдь жениться и замуж итти не допускать, и деревень... за ними не справлять, а велеть ведать такими деревнями по приказной записке, а их, негодных, с тех деревень кормить...»

К тому времени понятие о психическом расстройстве как о болезни укоренилось довольно прочно; даже в некоторых криминальных случаях поднимался вопрос о вменяемости преступника. Так было, например, в одном деле, где сочли необходимым поместить больного на испытание в монастырь и поручить день за днем вести запись всем его речам и поступкам. Это обширное дело об «истопнике Евтюшке Никонове», который был арестован за то, что «пришел к солдатам на караул, говорил, будто-де великий государь проклят, потому что он в Московском государстве завел немецкие чулки и башмаки»⁵³.

Вскоре после смерти Петра I магистраты упразднили, а смирительные дома так и не были устроены. Поскольку никаких учреждений для психически больных не имелось, пришлось возвращаться к услугам монастырей. Уже в 1725 г. по указу Сената от 12 мая по старым обычаям были посланы в монастырь «беспутный солдат да извозчик», а указом от 15 марта 1727 г. вновь приказано помешанных, находящихся по важным делам в Преображенской канцелярии (орган политического следствия и суда), принимать в монастыри безотказно и «чтоб Святейший Синод не ссылался при своих отказах на указ 1723 г.». Однако монастыри продолжали сопротивляться помещению в них психически больных, ссылаясь то на «79-е правило святых апостолов», которым возбранялось допускать на молитву безумных, то на неимение средств, что не всегда соответствовало действительности⁵⁴. В 1765 г. Екатерина II своим указом повелела учредить в Зеленецком и Андреевском монастырях два специальных доллгуза для душевнобольных.

Своеобразные взаимоотношения в отношении психически больных Сената и Синода видны из ряда правительственных указов. Так, по сенатскому указу от 2 сентября 1730 г. был послан в ведение Синода капитан Яков Похвиснев, который, «будучи в Персии, в безумстве подполковника Колюбакина поколол шпагою, а караульного солдата изрезал ножом, от чего тот умер»⁵⁵. Похвиснева было приказано «определить в монастырь, который способнее к его деревням, и содержать за присмотром его людей и на его Похвиснева коште». 1 сентября 1732 г. епископ Коломенский Вениамин доносил Синоду: «...августа 6 дня сего 1732 г. оный капитан Похвиснев, будучи в Голутвинском монастыре под началом и за неприсмотром людей его, того монастыря иеромонаха Иону да конюха Федота изрезал ножом до смерти». После этого Сино-

⁵³ Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1928.

⁵⁴ Троице-Сергиева лавра имела, например, более 10 000 крепостных крестьян.

⁵⁵ Лахтин М.Ю. Материалы к истории психиатрии в России // Записки Московского археологического института. – 1912. – Т. XVII.

дом было «велено того капитана содержать в том Голутвинском монастыре, оковав... а ножей и прочего никакого к повреждению орудия не токмо ему не давать, но и в той храмине, где он, Похвиснев, находится, отнюдь не иметь, под опасением за несмотрение жестокого наказания... А о людях его исследовать, так ли они его содержали, как им было приказано, и ежели явится их в том какое ослабление, и за то им учинить наказание плетьюми нещадно». Однако Сенат, узнав об этом приказе Синода, сообщил, что «о показанных капитана Похвиснева людях следовать в духовном суде не надлежит, понеже они светского суда... и потому повелено от Правительствующего сената исследовать о тех людях, о чем послан указ в Московскую губернию от 22 января 1733 г.».

Известен ряд указов, относящихся ко времени правления Елизаветы Петровны, настаивающих на приеме психически больных в монастыри. Например, в указе от 23 июня 1742 г. говорится: «Так как Святейший Синод, ссылаясь на то, что доходы по синодальному ведомству переданы в Коллегию экономии и он не имеет средств на пересылку безумных, отказывается принимать таковых, то Святейшему Синоду приказано посылать в монастыри послушные приказы, а на содержание помешанных назначать оставшиеся от штатного содержания монастырские порции»⁵⁶.

В 1755 г. императрица Елизавета основала департаменты общественного попечения, обязав их строить дома для умалишенных. В 1762 г. император Петр III издал указ, в соответствии с которым умалишенных необходимо было направлять в специально построенные доллгаузы. На представлении Сената от 20 апреля того же года он собственноручно наложил резолюцию: «Безумных не в монастыри отдавать, но построить на то нарочный дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгаузы...»⁵⁷

Во исполнение высочайших повелений Сенат обратился в Академию наук за сведениями, как строить доллгаузы. Историк Г. Ф. Миллер⁵⁸, признаваясь, что он не осведомлен в этом вопросе, тем не менее занялся его изучением и пришел к убеждению, что «в деле врачебной помощи психически больным самое важное – разделять их по отдельным категориям, так как есть различие по степени безумия: эпилептики, лунатики, меланхолики, бешеные». Поэтому Миллер рекомендовал для них «строение каменное о двух или трех этажах с небольшою церковью. В нижнем этаже – бешеные, т. е. такие, которые совсем с ума сошли и прилежнейшего смотрения требуют; по обеим сторонам коридора большие залы или галереи, а в них чуланы, в которых сажают бешеных порознь... окошки с железными решетками; некоторых приковывают к стене цепью. У них нет ни стульев, ни столов, ни кроватей, а спят на полу. Не дают им ни ножей, ни вилок, ни другого орудия, коим бы они вредить себе могли. Надсмотрщик наказывает их не иначе, как малых ребят; иногда одного показания лозы достаточно. Доктор употребляет всякие средства к их врачеванию, а прежде, нежели придут в разум, священникам у них дела нет, кроме того, что за них Бога молят... Для меланхоликов и лунатиков – второй этаж. Окошки с решетками... содержатся строже или свободнее по мере их болезни. Некоторые могут жить по два и по три в камере и обедать за общим столом. В третий этаж принимают эпилептиков». Наряду со строениями для больных считалось необходимым строительство «настоящих фабрик, суконных, шелковых, полотняных... которые учреждены быть могут с тем, чтобы содержащиеся в доллгаузах люди, к таким работам способные, в оных фабриках работали». Кроме того, «меланхолики и лунатики, имеющие время, когда находятся в полном разуме, и эпилептики, которые кроме пароксизма их болезни помешательства разума не чувствуют, чтобы время в праздности не препровождали, могут работать, ходить в церковь и за

⁵⁶ Цит. по: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 25.

⁵⁷ Цит. по: Баженов Н.Н. История Московского доллгауза. – М., 1909. – С. 3.

⁵⁸ Герард-Фридрих Миллер был одним из немцев, связавших всю свою жизнь с новой родиной; он оказал немаловажные услуги и русской исторической науке; 9 лет провел в Сибири, разрабатывая сибирские архивы, участвовал в экспедиции на Камчатку.

общим столом кушать». Среди штата дома умалишенных перечислены: «доктор, лекарь, два подлекаря и цирюльник... десять или больше служителей женского пола... повар, поварские ученики... прачки, смотря по числу заключенных». Подчеркивалось, что «доктор здесь должен употреблять всякие средства для излечения». Далее говорилось: «Если кто в доме надежно вылечится, то его выпускать с докторским аттестатом, где вся болезнь отражена»⁵⁹.

По указу Сената канцелярии Российской академии наук было предложено представить планы строительства доллгаузов и документ с обоснованием положения о содержании безумных. Упоминались меры по охране прав душевнобольных в связи с тем, что «в иностранных государствах иногда родственники сажают родных за малые меланхолические припадки или напрасно, дабы пользоваться их именем. Этого остерегаться должно, для чего докторам и надзирателям особое внимание обращать на тех, кто жалуется, что посажен напрасно». Членами профессорского собрания были «выписаны из-за моря» книги, объясняющие устройство доллгаузов, по дипломатическим каналам получены подробные сведения об их работе, особыми комиссиями осмотрены монастыри, где находились умалишенные. При Сенате был организован комитет по «учинению» доллгаузов. Финансирование доллгаузов после завершения их строительства планировалось отчасти осуществлять за счет труда больных на «прибольничных» фабриках и заводах⁶⁰. В архиве Академии наук известный исследователь истории психиатрии А.М. Шерешевский обнаружил 14 документов, позволяющих проследить этапы внедрения этого начинания⁶¹.

Решение об организации специальных домов для умалишенных принималось в известной мере с учетом того, что число больных, требующих попечительства и дезорганизующих жизнь в городах, особенно в Петербурге и Москве, значительно увеличилось. В столичных городах психически больные настолько «мешали спокойствию», что 9 октября 1766 г. генерал-полицмейстером Санкт-Петербурга был объявлен указ: «Ее величество... указать соизволила: всем жителям г. Петербурга с подписками объявить: ежели у кого в доме окажется... в безумие впавшие, а паче чинящие беспокойства и сумасбродные дела, или дерутся до беспамятства, или проказы чинят и тем могут кого от безумия своего умертвить или уязвить, таковых в тот же день представлять в главную полицию, буде же кто... о таком безумном человеке... не объявит, а тот безумный учинит зло или кому какой вред, за то те люди, кто о таковых в главную полицию не объявил, подвергнутся, как бы они сами то зло учинили, штрафу без упущения... и хотя бы какого зла сумасшедший не учинил, взыщется за необъявление штраф немалый»⁶².

Вслед за объявлением этого указа в полиции скопилось так много помешанных, что на основании доклада Екатерине II «О собранных в полицию бешеных людях» она приказала нанять для них или выбрать из казенных домов Ведомства коллегии и экономии особый дом и спешно «сочинить регламент». Это заставило вновь вспомнить указы 1761–1762 гг. о доллгаузах.

Проблемы с содержанием умалишенных существовали не только в столичных городах. Сибирский губернатор Д.И. Чичерин 19 декабря 1767 г. доносил в Сенат, что у него скопились в значительной мере помешанные из ссыльных, и просил разрешения помещать неимущих

⁵⁹ Подробнее см.: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 33.

⁶⁰ Вероятно, это был один из первых проектов психиатрического заведения, основанный в известной степени на принципах частичной самокупаемости.

⁶¹ См. подробнее: Шерешевский А.М. Создание в России первых специальных учреждений для душевнобольных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Вып. 1; Осипов В.П. Принципы устройства первых психиатрических больниц в России // Курс общего учения о душевных болезнях. – Берлин, 1926. – С. 54–73.

⁶² Константиновский И.В. // Труды I Съезда психиатров. – М., 1887. – С. 633–634. Цит. по: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 33.

помешанных в те монастыри, где нет полного числа монахов. Кроме Чичерина, еще четыре губернатора предлагали «основать особые дома для мужского и женского пола безумных»⁶³.

Указом 1768 г. было разъяснено, что в монастыри надлежит принимать всех неимущих помешанных, а Указом от 6 ноября 1773 г. предложено назначить для этой цели уже по два монастыря (один мужской и один женский) в каждой губернии и подготовить исполнение указанного прежде всего в губерниях Петербургской, Московской и Казанской. Было выписано распоряжение комиссии о церковных имениях Синода «об учреждении для содержания безумных доллгаузов при Зеленецком и Андреевском монастырях». Первый из них, «состоящий в 50 верстах от Ладоги», – для призрения душевнобольных из Петербурга и его окрестностей, второй – для душевнобольных «из Москвы и ее округи». В доллгауз Андреевского монастыря больные доставлялись родственниками, от которых на месте их принимали «назначенные отставные обер-офицеры». В Зеленецкий монастырь больные поступали через синодальную канцелярию, откуда доставлялись в доллгауз «нижними чинами-инвалидами на подводах родственников и свойственников». Подчеркивалась необходимость для призреваемых «достатка одежды и пищи», которые должны поступать от родных и выделяться монастырями. Отмечалось, что «кто из присылаемых будет приходить в чувство, таковых можно начинать поучать божественным писанием». Это, однако, не рекомендовалось для тех, кто «в бешенстве состоит». Говорилось и о возможности привлечения выздоравливающих к «полевому труду». Четко предопределялось «человеколюбивое обращение со всеми присылаемыми». Обязательным условием было информирование сенатской комиссии о всех поступавших и о том, кто из родных на время болезни «поставлен управлять их имуществом»⁶⁴.

Духовное начальство упорно сопротивлялось превращению монастырей в доллгаузы, ссылаясь не только на финансовые соображения, но и на то, что лечение психически больных – дело врачей, а не духовенства. В связи со спором, кому надлежит ведать лечением психически больных – духовенству или врачам, – интересно также предложение Сената Синоду от 29 августа 1774 г. и ответ Синода, связанный с конкретным случаем. «... Академии наук студент Яков Несмеянов при выдаче ему жалования объявил, что у него в ушах стоит некий голос, который обращается в слова больше русские, а иногда латинские, очень вслух нараспев разговаривает и тем его беспокоит бесперывно». «По указу ее величества, – сообщал Сенат, – понеже усмотрено, что Несмеянов находится в меланхолии и в несостоянии ума своего, того ради для исправления и содержания его в монастырь, пока исправится, отослать». Синод на это сообщил, что «Несмеянов отослан был Московской Славяно-греко-латинской академией к ректору Порфирию Крайскому, и велено с ним разговаривать и увещевать и притом усматривать, не имеет ли он в Законе Божиим какого сумнения. Ректор доношением представил, что за тем Несмеяновым никакого сомнения в Законе Божиим не присмотрено точию повреждение головы, и по ее величеству указу... оный Несмеянов для излечения болезни в Московскую госпиталь при указе послан, а по излечению или же паче чаяния через несколько времени усмотрено будет, что к излечению той болезни надежды не окажется, то его, Несмеянова, оной госпитали доктору с обстоятельным показанием представить Сенату, да благоволит он о том ведать»⁶⁵.

Настоятели монастырей не всегда могли содержать душевнобольных в надлежащих условиях. А.М. Шерешевский⁶⁶ пишет о том, что, например, в Спасо-Евфимиевском монастыре

⁶³ Государственный архив, р. XVI, № 374. Цит. по: Люблинский И.П. Из истории законодательства о призрении душевнобольных в России // Невропатология и психиатрия. – 1937. – № 12.

⁶⁴ Шерешевский А.М. История создания окружных психиатрических больниц в России // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – № 1.

⁶⁵ Цит. по: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 31.

⁶⁶ См. кн.: Шерешевский А.М. и др. «Верните к жизни ум больной...». Архангельск, 2000. Издательский центр СГМУ. – 188 с.

режим содержания психически больных колодников не соответствовал тем требованиям, которые были изложены в указах. Путешественники, посещавшие обитель в тот период, рассказывали о «сумасбродных», сидящих на цепи длиной около двух аршин и весом до двух пудов. Эта цепь заканчивалась с одной стороны ершовым клином, вбивавшимся в стену, а с другой – околошейным железным охватом с петлями, в которые продевался замок.

Буйных умалишенных изолировали и по приказу архимандрита, ограниченного в средствах усмирения беспокойных больных, на некоторое время лишали пищи.

В 1877 г. Спасо-Евфимиевский монастырь посещал ревизор. Целью его визита было знакомство с содержанием безумных заключенных. Ревизор нашел, что солдаты били «сумасбродных» палками, к тому же их плохо кормили и одевали.

Монастырские тюремные больницы для душевнобольных предназначались преимущественно для государственных преступников, занимавших высокое положение в обществе. Так, в лечебнице Спасо-Евфимиевского монастыря с 1808 по 1822 г. содержался помешавшийся на франкмасонстве Кирилл Разумовский, сын министра народного просвещения. Сюда же «по причине душевной болезни» был переведен из сибирской ссылки декабрист Ф.П. Шаховской.

Режим содержания государственных преступников и душевнобольных в монастырях во многом зависел от архимандрита. Если человечность, забота о своей пастве превалировали над прочими чувствами, в частности «непочтением» к государственным преступникам, настоятель требовал от монастырской братии человеколюбия и терпимости к узникам, если он с ненавистью относился к людям, покушавшимся на устои государства, то закрывал глаза на жестокое обращение с ними, а иногда и открыто поощрял эту жестокость.

К.А. Богданов⁶⁷, анализируя взаимоотношения церковнослужителей и врачей, обращает внимание на их неоднозначность и на то, что само слово «врач», изначально церковнославянское, в конце XVIII в. подверглось определенной секуляризации, но еще не было лишено религиозных коннотаций: «врачеванию», так же как и «(ис)целению», вверялось не только тело, но и душа, «болящий» врачевался лекарственными снадобьями, а также словесным увещанием и молитвой. К.А. Богданов пишет, что исполнение религиозных предписаний находит одобрение и в собственно медицинском отношении: например, в диетологическом «Слове о постах как средстве, предохранительном от болезней» доктора П.Д. Вениаминова, произнесенном в 1769 г. на публичном собрании Московского университета и тогда же изданном отдельной брошюрой. В целом контроль физического здоровья естественным образом сопутствовал практикам религиозного контроля: и врач, и священник, «при всем различии между ними, пеклись о физическом и душевном здоровье, а значит, и о будущем тех, кто им был вверен властью и законом». К.А. Богданов считает, что «дублирование» социальных функций врача и священника поддерживалось в России еще одним важным обстоятельством. Начиная с петровского времени врачами часто становились выходцы из священнического сословия. Первые русские медицинские школы вербовали студентов из учащихся духовных учебных заведений – семинарий и академий, где преподавали необходимый для изучения медицины латинский язык. В середине XVIII в. основным таким заведением была Киево-Могилянская академия, воспитанники которой отпускались «в медико-хирургическую науку... как по письменным приглашениям Медицинской коллегии», так и «по собственному желанию» (по доношению киевского митрополита в комиссию по Уложению, к 1754 г. таких студентов было более 300). Из духовного звания вышли первые отечественные ученые-медики, добившиеся известности в Европе: академик Н.Я. Озерецковский, профессор С.Г. Зыбелин, врачи-эпидемиологи Н.М. Максимович-Амбодик, Д.С. Самойлович, М.Н. Тереховский, анатомы А.М. Шумлянский и О.Я. Саполович. Именным указом Павла I от 28 августа 1797 г. духовные семинарии должны были ежегодно отпускать до 50 воспитанников в медицинские заведения. Прием в Медико-

⁶⁷ Богданов К.А. Врачи, пациенты, читатели. – М.: О.Г.И., 2005. – С. 503.

хирургическую академию дозволялся риторам, философам и богословам духовных училищ по их собственному желанию. Святейший Синод, по представлению Медицинской коллегии, предписывал училищному начальству увольнять таких желающих беспрепятственно, а Медицинское управление облегчало им экзамен в академию, заложив основы рекрутирования медиков из, как казалось властям, наиболее благонадежных в идеологическом отношении социальных слоев населения.

Стоит заметить, что и среди самих священнослужителей было немало интересовавшихся медициной и способствовавших популяризации медицинских знаний. В 1770-е году академик И.И. Лепехин, удостоверившийся на собственном опыте в ничтожном количестве профессиональных врачей на окраинах России, настаивал, что медицинское просвещение священников полезно уже потому, что «долго нам надобно ждать, чтобы в наших селах завелися лекаря, когда и в городах отдаленных мало их сыщешь». Сельский пастырь мог бы составить при этих обстоятельствах посильную замену врачу⁶⁸.

Большое значение для решения проблемы «человеческого содержания умалишенных» имели реформы местного управления во время царствования Екатерины II. В 1775 г. Россия была разделена на губернии, в том же году было издано «Уложение о губерниях», где предусматривалось учреждение в каждой из них Приказов общественного призрения, в ведении которых находилось управление народными школами, госпиталями, приютами для больных и умалишенных, больницами, богадельнями и тюрьмами. С этого времени монастырское участие в организации помощи психически больным официально было прекращено.

Для руководства медицинскими заведениями в каждой губернии были организованы гражданские врачебные управы. В 1803 г. в ходе продолжения реформ государственного строительства, проводимых Александром I, в России были впервые образованы министерства. Медицинская коллегия вошла в состав Министерства внутренних дел под названием «Экспедиция государственной медицинской управы», которая в дальнейшем была преобразована в Медицинский департамент этого министерства. Приказы являлись по существу отделами государственной структуры управления в Российской империи, осуществлявшими за счет казны общественное призрение (заботу, опеку, обустройство) неимущих больных, нищих, бездомных, детей-сирот. Особое место отводилось призрению умалишенных.

Статья 389 Указа об общественном призрении сформулирована четко и определенно: «В рассуждении установления и надзирания «дома для умалишенных» Приказу... надлежит иметь попечение, чтобы дом избран был довольно просторный и кругом крепкий, чтобы утечки из него учинить не можно было. Такой дом снабдить нужно пристойным, добросердечным, твердым и исправным надзирателем и нужным числом людей для смотрения, услужения и прокормления сумасшедших, к чему нанимать можно или из отставных солдат, добрых и исправных, или же иных людей за добровольную плату, кои бы обходились с сумасшедшими человеколюбиво, но притом имели за ними крепкое и неослабное во всякое время смотрение, чтобы сумасшедшие сами себе и никому вред не учинили, и для того держать сумасшедших по состоянию сумасшествия или каждого особо запертым или же в таком месте, где от него ни опасности, ни вреда учиниться не может, и приложить старание к их излечению. С ума шедших неимущих принимают безденежно, а имущих... не иначе, как на годовую плату на содержание, присмотр и на приставников».

Эти же положения Указа определили основные подходы к организации психиатрической службы в Медицинском департаменте и в гражданских врачебных управах в каждой губернии. Для решения всех вопросов деятельности губернских больниц в октябре 1851 г. циркуляром медицинского Департамента МВД было предписано организовать в них больничные советы,

⁶⁸ Богданов К.А. Врачи, пациенты, читатели. – М.: О.Г.И., 2005. – С. 84–85.

сыгравшие в дальнейшем большую роль в жизни всех лечебных учреждений, в том числе и психиатрических больниц.

Создавая Приказ общественного призрения, Екатерина II хотела привлечь к управлению лечением и призрением местные силы. Но деятельность приказов фактически не охватывала сельскую местность. Там обязанность призрения бедных по-прежнему возлагалась на помещиков, духовенство и сельские общества.

В распоряжение Приказа для каждой губернии было выделено по 15 тыс. рублей, дальше они должны были действовать независимо от правительства. Председателем Губернского приказа был губернатор, но в управление входили депутаты от дворянства, купечества и крестьян, и, согласно ст. 82 управления Приказа, «воспрещалось губернатору как должностному лицу во всех делах, до Приказа относящихся, распорядиться своим лицом и давать к исполнению свои распоряжения... а только как председателю комитета предлагать все на общее суждение коллегии Приказа»⁶⁹.

Приказ имел право содержать не только чисто благотворительные, но и исправительные, трудовые, общепольные учреждения, устраивая при них фабрики и заводы, а также увеличивая свои средства за счет пожертвований и общественных отчислений. Кроме того, взималась плата за лечение психически больных (кроме неимущих). Все капиталы Приказа числились отдельно от государственных ассигнований и хранились в особом губернском банке.

С учетом переполнения «приказных» учреждений в 30-е годы XVIII столетия восемь санкт-петербургских и московских больниц, включая Обуховскую больницу с самостоятельной психиатрической лечебницей, были переведены в ведение Мариинского ведомства (ведомство императрицы Марии Федоровны), что обеспечивало им привилегированное положение.

Так началось устройство домов умалишенных Приказа общественного призрения, благодаря чему на целое столетие в психиатрии установились определенные приказные порядки. В губернских городах главным образом европейской части страны было открыто 13 больниц с «домами для умалишенных» (в Новороссийске, Екатеринославле, Киеве, Харькове, Чернигове, Полтаве, Каменец-Подольске, Херсоне, Житомире, Одессе и др.). В 1860 г. в России было уже 43 психиатрические больницы (автономных отделения)⁷⁰. В 1842 г. Министерство внутренних дел командировало за границу генерал-штаб-доктора Рихтера «для обозрения всех заведений для душевнобольных и изыскания мер к соответствующему их устройству» и создания Комитета «для устройства губернских домов для умалишенных, соответствующего их назначению». Отчет о его командировке во многом определил дальнейшее развитие организации в России психиатрической помощи.

⁶⁹ Варадинов Н.В. История Министерства внутренних дел. – СПб., 1858. Цит. по: Юдин Т. И. Указ. соч. – С. 37.

⁷⁰ См. Юдин Т.И. Краткий исторический очерк организации психиатрической помощи// В кн.: «Проблемы организации психиатрической помощи». Харьков, Госмедиздат УССР, 1935. – С. 39–84.

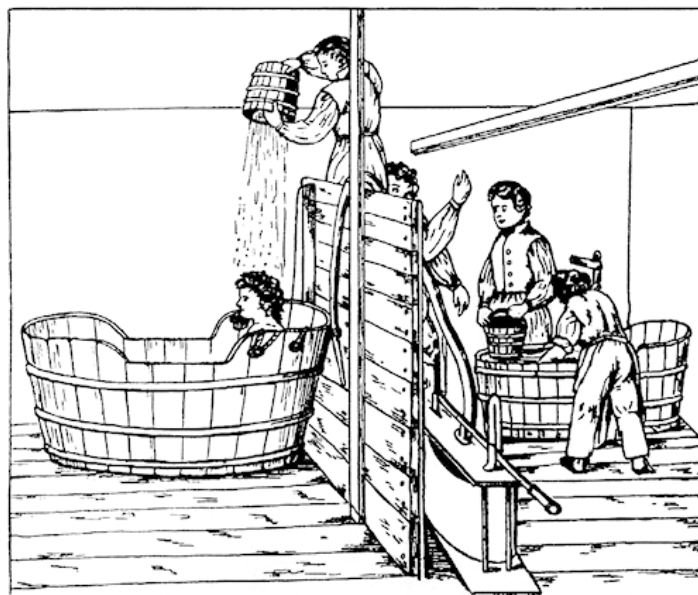
Глава 3. Организация специализированных учреждений для душевнобольных

Важнейшими этапами становления в России психиатрии как клинической медицинской специальности в конце XVIII – начале XIX столетия стала организация первых специализированных учреждений для душевнобольных и начало подготовки врачей-психиатров. Положение обитателей первых российских доллгузов в принципе мало чем отличалось от положения пациентов лондонского Бедлама – главным образом из-за беспомощности тогдашней медицины. Доллгузы возникали, как правило, на базе богаделен, домов инвалидов и других богоугодных заведений, а нередко объединялись с тюрьмой или со смиренным рабочим домом. Последний предназначался «для ограждения общества от многих продерзостей, добронравие повреждающих», и в него помещались на время или навсегда люди, «обществу стыд и зазор приносящие». Среди этого контингента заключенных находилось место для безумных и умалишенных. Безумными назывались «больные от рождения», умалишенными – заболевшие «в процессе жизни»⁷¹.



Обуховская психиатрическая
больница в Санкт-Петербурге. Фото К.К. Буллы. 1913

⁷¹ См. подробнее: Юдин Т.И. Указ. соч.

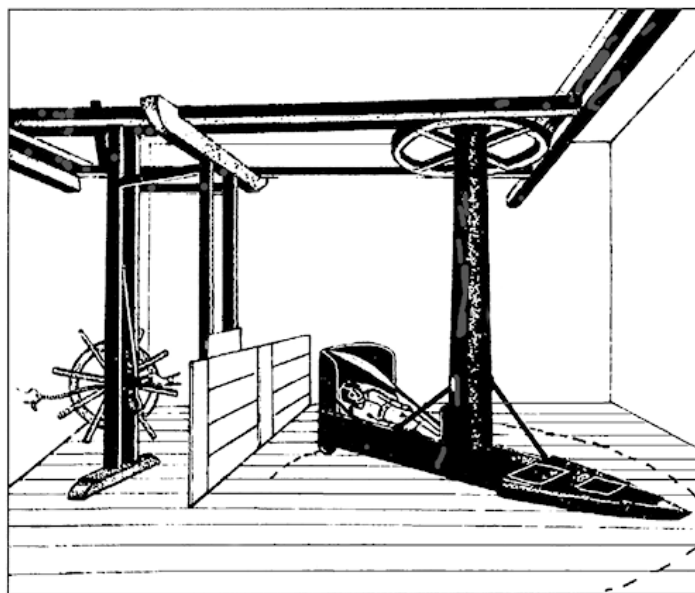


Обливание душевнобольных холодной водой.
XVIII — начало XIX в.

В 1771 г. градоначальство Петербурга объявило, что «на сооружение каменного здания для человеческого содержания умалишенных требуется много приготовлений. Поэтому на реке Фонтанке открываются деревянные светлицы, сколько возможно удобные для их нахождения». Там же размещалось заведение для «страждущих различными болезнями». Таким образом, на месте будущей Обуховской больницы были построены шесть деревянных больничных зданий, одно из которых являлось «отделением для сумасшедших». Принципы работы этого отделения, выработанные группой профессоров Академии наук, носили гуманный и передовой для своего времени характер, и в дальнейшем ими несколько десятилетий руководствовались губернские приказы общественного призрения при создании учреждений для душевнобольных.

В 1784 г. при Обуховской больнице было развернуто психиатрическое отделение на 32 человека. В 1789 г. количество мест в отделении было увеличено до 44; при этом 10 мест предназначались для состоятельных пациентов. Каждый больной, поступающий в дом умалишенных, должен был предъявить лекарское свидетельство врача с места своего проживания. Прием больных сверх имеющегося числа мест допускался только с разрешения военного генерал-губернатора. В заведении работали четыре врача. Желтый цвет, в который было выкрашено здание, положил начало народному названию этого богоугодного заведения – «желтый дом».

В последующие годы количество больных в отделении увеличилось: в 1790 г., по данным Ю.В. Каннабиха, было уже 124 человека, в 1791 г. – 143, включая страдающих белой горячкой. Спокойные больные были отделены от беспокойных, причем с 1805 г. беспокойные больные дополнительно содержались в особом отделении смиренного дома, которое также находилось в сформировавшейся к этому времени Обуховской больнице.



Вращающаяся кровать (40–60 оборотов в минуту)
для купирования возбуждения

Сохранилось описание доктором И.Ф. Кайзером дома умалишенных Обуховской больницы: «... Дом занимает двухэтажное каменное строение, имеющее 32 сажени в длину и 9 сажени в ширину... Каждый этаж разделен в длину капитальной стеной; вдоль стены коридор, из которого ведут 15 дверей в отдельные камеры (6,5–7,5 аршин). Всего для мужчин и для женщин по 30 комнат. В каждой из комнат окно с железной решеткой, деревянная, прикрепленная к полу кровать и при оной ремень для привязывания беспокойных умалишенных... Сверх того, в каждой комнате прикрепленный к полу стол наподобие сундука и при оном место, где можно сидеть... В дверях сделаны маленькие отверстия наподобие слуховых окошек, дабы можно было... присматривать за больными, запертыми в комнатах... В нижнем этаже помещаются «яростные»... а в верхнем «задумчивые» больные... Сверх того те из поступающих больных, выздоровление коих еще сомнительно, поступают на некоторое время в особые залы оной больницы до совершенного исцеления. В летнее время больные перемещаются в деревянные строения, которые находятся по обеим сторонам сада, имеющего 164 шага в длину и 80 в ширину... Устройство комнат в деревянных строениях такое же, как и в каменном здании. Пользование сих несчастных вверено особому врачу. Прислуга, состоящая из 20 мужчин и 20 женщин, находится в ведении надзирателя и надзирательницы... Средства для усмирения беспокойных состоят в ремне 2 дюйма ширины и 2 аршина длины, коим связывают им ноги, и так называемых смирительных камзолов»⁷².

По описанию педагога и историка Х.Х. Безака, во всех комнатах дома умалишенных «соблюдалась возможная чистота. Лишенные разума привязаны к кроватям ремнями, которые они переносят охотнее оков. Со всеми ими обходятся кротким и приятным манером, через что, как и через точное соблюдение диеты, многие бывают излечены»⁷³.

В Москве в это время, по свидетельству Н.Н. Баженова, большинство психически больных помещалось в смирительном доме, а спокойные больные – в богадельне; в дом умалишенных направляли лишь «буйных». Душевнобольные, являвшиеся жертвами пыточного двора,

⁷² Цит. по: Прозоров Л.А. Современная психиатрия. – М., 1914. – № 11. – С. 899.

⁷³ Безак Х. Описание Петербурга. – СПб., 1794. – Ч. I.

помещались в Тайной экспедиции⁷⁴ на Мясницкой улице. О наличии такой группы больных свидетельствует распоряжение Павла I от 1798 г. об освобождении всех узников Тайной экспедиции, а «повредившихся в уме покоить и по излечении освободить».

Первое упоминание о предоставлении специальных мест для душевнобольных в московском лечебном заведении имеется в найденном в Московском губернском архиве документе об открытии Екатерининской больницы⁷⁵ в 1776 г. В нем сказано: «Вмещаться могут в оную больницу до ста двадцати четырех больных и двадцати шести сумасшедших». В 1804 г. было ассигновано 180 тыс. рублей «на исправление Московского Екатерининского богадельного дома, также инвалидного и для умалишенных».

В 1802 г. московский гражданский губернатор ходатайствовал о постройке отдельного флигеля для инвалидов и душевнобольных при богадельном доме в слободе Преображенской: «Теперешний дом, где инвалиды и сумасшедшие помещаются, по заключению моему, сколько тесен, столько же и неудобен, потому что, стоя внутри города, не имеет ни саду, ни просторного двора, где бы инвалидам и сумасшедшим можно пользоваться чистым воздухом». С этого времени все учреждения благотворительного и приютского типа в Москве постепенно концентрируются в Преображенской слободе на берегу реки Яузы.

В Ярославле⁷⁶ дом для умалишенных был устроен в составе богоугодных заведений в 1779 г. До того, как свидетельствует запись современника, «сумасшедшие, или, как их иногда называли, «сумасбродные», люди испытывали жестокую участь колодников. Об излечении, о человеколюбивом уходе за ними никто не заботился. Если родственники усматривали, что голова одного из членов их семейства была не в порядке или же магистратские сотские непосредственно убеждались в «сумасбродстве» кого-либо из ярославских посадских, то в обоих случаях несчастных помешанных ожидал один конец: заключение в тюрьму»⁷⁷.

В Новгородской губернии дом для умалишенных, открытый в 1783 г., входил в состав Колмовских богоугодных заведений. Больные размещались в двух деревянных флигелях.

В Екатеринославе 19 апреля 1796 г. были основаны богоугодные заведения, которые состояли из больницы, смирительного дома, богадельни и дома для умалишенных. Все они размещались далеко за городом в ветхих зданиях. Из медицинского персонала имелись лекарь и подлекарь. В доме для умалишенных вместе с душевнобольными содержались бездомные нищие и больные арестанты. На пропитание «каждой души» полагалось по 5 коп. в день. Когда в 1818 г. все эти заведения перешли под начало инспектора губернской врачебной управы, начались хлопоты о постройке новых зданий. В 1845 г. окончилось строительство каменного больничного здания, подвальный этаж которого в 1851 г. был приспособлен для психически больных, причем при 42 штатных койках в 1852 г. больных было уже 67 человек.

В Киеве 10 апреля 1786 г. указом Екатерины II был упразднен Кирилловский Троицкий мужской монастырь. В его здании открылись Кирилловские богоугодные заведения, куда вошли, как и в других городах России, дом для содержания увечных и престарелых инвалидов, богадельня, общая больница и дом умалишенных на 30 коек⁷⁸. В начале XIX в. Кирилловские богоугодные заведения были реорганизованы в госпиталь с отделениями для лечения сомати-

⁷⁴ Тайная экспедиция при Сенате – высший орган политического надзора и сыска в России в 1762–1801 гг.; заменила Тайную канцелярию.

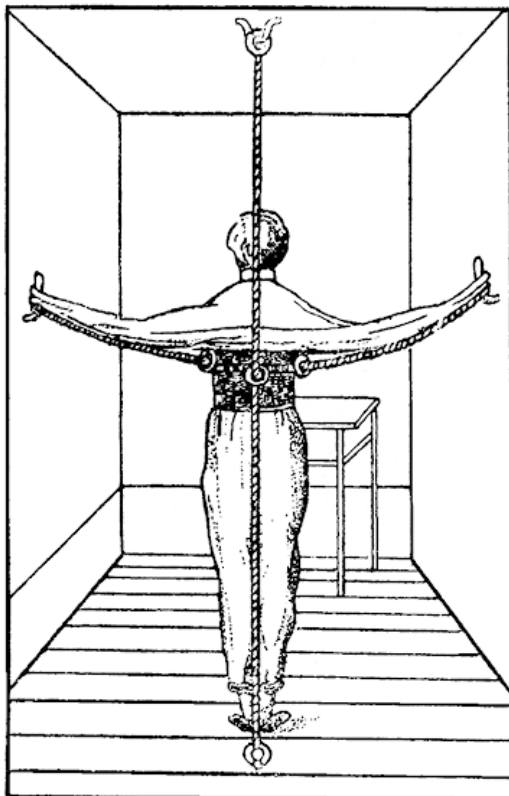
⁷⁵ Старо-Екатерининская больница впоследствии носила имя профессора А.И. Бабухина, в настоящее время в здании расположен Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского.

⁷⁶ См. подробнее: Аронзон А.М. Психиатрическая помощь в бывшей Ярославской губернии в 1779–1830 гг. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1952. – № 1. – С. 62–67; Трефолев Л.Н. Ярославская старина. – Ярославль: Ярославское областное издательство, 1940.

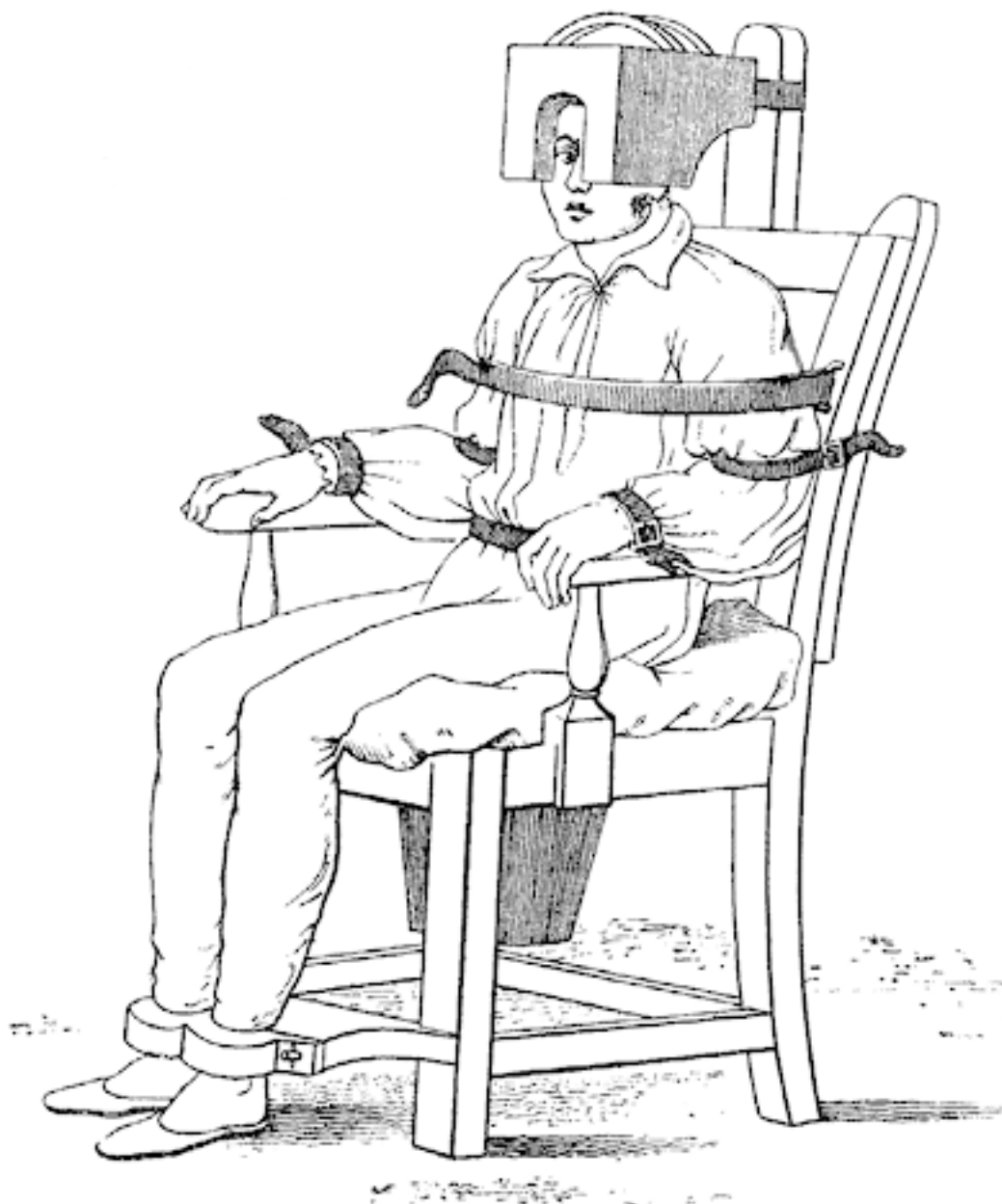
⁷⁷ Трефолев Л.Н. Указ. соч. – С. 15–16.

⁷⁸ См. подробнее: Юдин Т.И. Указ. соч.; Нечай П.Н. Краткий очерк Кирилловских богоугодных заведений в Киеве. – Киев, 1904.

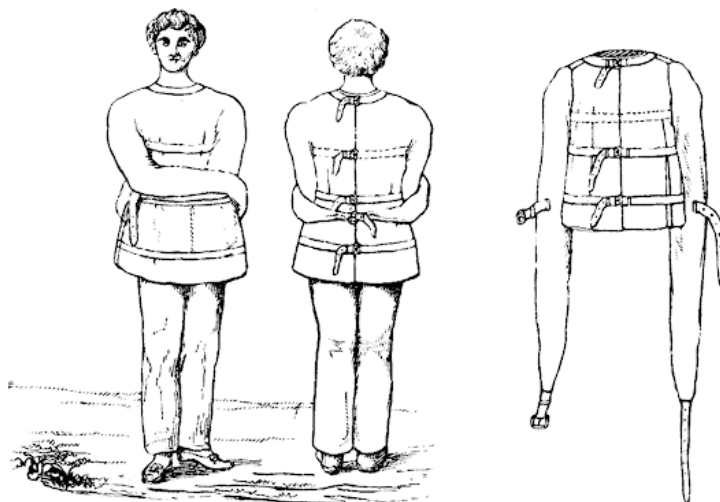
ческих и душевнобольных. В 1803 г. штатных коек для психически больных было 60 (для 40 мужчин и 20 женщин).



Насильственное состояние больного — привязывание веревкой на 8–12 часов. XVIII — начало XIX в.



Смирительный стул



Смирительная (горячечная) рубашка

В Тамбове в 1802 г. на средства Приказа общественного призрения для размещения душевнобольных было выстроено специальное здание – огороженный высоким частоколом деревянный барак с окнами под потолком и крепкими решетками. В 1842 г. было построено новое каменное здание. Лечебница входила в состав соматической больницы. Душевнобольные находились на попечении фельдшеров и надзирателей. Из-за отсутствия лечения для успокоения пациентов применялись смирительные рубашки, ремни, цепи, тяжелые рукавицы, холодный душ.

В Пензе в структуре учреждений Приказа общественного призрения в 1807 г. был построен смирительный дом на 10 мест. Он выполнял в основном надзирательные функции. Врачебную помощь оказывал один из докторов Пензенской городской больницы⁷⁹.

В Сибири первый дом умалишенных Приказа общественного призрения был открыт в Тобольске. В 1793 г. по указанию губернатора Алябьева было выделено специальное помещение в тюремном остроге. Больных обслуживали смотритель и трое слуг. В 1812 г. врачебная управа закрепила за домом сумасшедших особого лекаря, который периодически осматривал больных. В 1823 г. душевнобольных перевели в крестьянскую больницу, в 40-х годах XIX в. дом сумасшедших занимал один из флигелей городской больницы, а в 1865 г. уже размещался в ее главном корпусе.

В Риге дом для умалишенных был открыт в 1824 г. В трехэтажном здании находились также смирительный дом, лазарет для государственных преступников, арестантов смирительного дома и страдающих венерическими болезнями.

Начало психиатрической помощи в Одессе относится к 1833 г., когда старший врач единственной в то время городской больницы К.Т. Спасский признал невозможным совместное содержание психически больных с другими больными и обратился в Приказ общественного призрения с просьбой об устройстве особых помещений, предназначенных для помешанных. Он предложил переоборудовать три комнаты подсобного помещения городской больницы в мужскую и женскую психиатрические палаты. Для реорганизации отделения в Одессу был приглашен из Москвы ученик профессора П.И. Ковалевского Э.И. Андрузский. Врач больницы

⁷⁹ См. подробнее: Савельев В.П., Жуковский В.И. История развития психиатрической помощи в Пензенской области // Выдающиеся психиатры России. – М., 2008. – С. 216–218. В историческом очерке организации психиатрической помощи в Пензенском крае, опубликованном О.А. Макаровым и Д.Ю. Мурашевым в 2013 г. (Пенза, издательство Ассоциации психиатров), приводится анализ архивных данных, указывающий на открытие «дома сумасшедших» в Пензе в 1810 г.

П.И. Грязнов так описывал состояние психиатрического отделения одесской больницы:⁸⁰ «Для душевнобольных отведено здание наподобие конюшен со сводчатыми потолками и окнами с железными решетками, но без всякого приспособления для правильного распределения больных по роду болезней, с десятком всевозможных закоулков, частью темных, устроенных точно нарочно для того, чтобы больные могли прятаться, с массой ненужных – якобы изоляционных – комнат без света, воздуха и вентиляции, с безобразными дверями наподобие дверей товарных вагонов, причем они открывались и закрывались с невообразимым грохотом и были снабжены перекладами, на которых крайне удобно повеситься. Никаких ванн не имелось»⁸¹.

В Перми в 1834 г. при Александровской больнице был открыт дом для умалишенных⁸², в котором содержалось около 30 человек (20 мужчин и 10 женщин). Основным средством лечения была касторка; при возбуждении больного одевали в смирительную рубашку, после чего сыромятными ремнями привязывали к кровати, привинченной к полу. Грубость и бесчеловечность персонала были обычным явлением. Приказ общественного призрения мало заботился о подчиненных ему учреждениях; сохранившиеся документы говорят, что дом для умалишенных был в крайне запущенном, антисанитарном состоянии – стены покровились, крыша протекала, полы прогнили, печи дымили... Александр I, посетивший Пермь в 1830-х годах, обозревая богоугодные заведения и Александровскую больницу, выразил неудовольствие губернатору Тюфяеву, сказав: «Не мешало бы вам привести дома Приказа в лучший вид, а то они у вас настоящие руины».

Во Владимире дом для умалишенных открылся в 1835 г. Описание его можно найти в городском отчете Владимирской врачебной управы за 1842 г.:⁸³ «Дом для умалишенных, один в целой губернии, состоит под ведением Приказа общественного призрения и имеет 2 отделения: мужское на 20 человек и женское на 10 человек». Далее упоминается, что «дом для умалишенных крайне тесен и неудобен», что «постройка пришла в совершенное разрушение, даже стены треснуты снаружи».

Из других источников следует, что это было каменное одноэтажное здание, разделенное на две половины. Больные содержались изолированно друг от друга, каждый в «своем чулане». В течение почти 30 последующих лет это заведение не расширялось.

В Херсонской губернии психиатрическая помощь началась в 20–30-х годах XIX столетия, когда в Херсоне в составе «богоугодной» больницы был впервые организован дом умалишенных на 10 коек. Лечение и надзор за ними осуществлялись фельдшерами и прислугой. Лечение было платным (9–10 рублей в месяц); тем не менее это заведение выполняло лишь функции призрения.

Первые специализированные дома для содержания душевнобольных не были в полном смысле слова психиатрическими больницами. Часто в штате таких заведений не было ни одного врача. До середины XIX столетия при проектировании психиатрических лечебниц прежде всего предусматривалась необходимость обеспечения непрерывного наблюдения за больными, предупреждения их агрессивных (в том числе и аутоагрессивных) действий и самостоятельного ухода из отделения. Именно это обуславливало тяжелую обстановку в этих заведениях. А.М. Шерешевский пишет об их хроническом переполнении и ужасных условиях призрения больных⁸⁴. Людей привязывали ремнями к кроватям, приковывали цепями, надевали на них смирительные камзолы, морили голодом, обливали холодной водой...

⁸⁰ Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. – 1883. – Т. II. – № 1. – С. 236.

⁸¹ Об отношении лихорадочных болезней к психозам // Труды Одесской городской больницы. – 1876. – Т. II.

⁸² Старицин С.Е. Из истории Пермской психиатрической больницы // Вопросы психоневрологии. – Челябинск: Южно-Уральское книжное издательство, 1968. – С. 23–58.

⁸³ Горелик П.Л. Краткий очерк деятельности Владимирской психоневрологической больницы. – Владимир, 1962. – С. 111.

⁸⁴ Шерешевский А.М. История создания окружных психиатрических больниц в России // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Вып. 3. – С. 432.

К этому следует добавить, что во многих домах умалишенных имелись вооруженные караулы, которые не предусматривались уставом Приказа общественного призрения. В населении считалось, что «сумасшедшие особо опасны и достойны солдатского караула». Однако это противоречило взглядам просвещенной части общества. Во время инспекционной поездки по стране император Николай Первый, проезжая через Рязань, посетил дом умалишенных и обнаружил при одном из больных караул из солдат с ружьями, который он повелел немедленно отменить, «изволив найти нахождение караула неприличным». 1 октября 1832 г., вслед за этим событием, министром внутренних дел был объявлен следующий Указ императора:

«В случае, если в комнатах, где содержатся умалишенные, имеется военный караул, оный немедленно отменить и донести мне, почему оный был учрежден, ибо, кроме того, что в карауле сего рода в таких заведениях нет никакой нужды, оружие по неосмотрительности караульных может легко быть обращено во вред несчастным, лишенным рассудка; да и самый вид оного должен производить неблагоприятное действие на их расстроенное воображение»⁸⁵.

В соответствии с этим Указом в Устав Приказа общественного призрения был внесен пункт 625, гласивший: «Внутри покоев в домах умалишенных запрещается иметь военный караул».

В 20–30-х годах XIX в. обстановка в домах для умалишенных начала меняться. Главным образом это объясняется распространением идей Филиппа Пинеля⁸⁶, впервые в истории медицины снявшего цепи с душевнобольных, превратив тем самым психиатрические заведения из мест тюремного заключения в лечебные учреждения. Это стало началом нового этапа в отношении к психически больным в европейских государствах. Так, по примеру Франции расковали больных Преображенского доллгауза в Москве, сам доллгауз переименовали в больницу, на каждого пациента завели «скорбный лист» (историю болезни). В царствование Николая I правительство создало специальную комиссию для реформы домов умалишенных. Система призрения психически больных постепенно начала вытесняться системой их лечения. Некоторое улучшение содержания душевнобольных в приказных учреждениях привело к тому, что население стало относиться к ним с известным доверием и число поступивших туда призреваемых стало увеличиваться.

Для улучшения работы домов сумасшедших, которые все чаще стали называть больницами, была назначена «специальная ревизия мест призрения умалишенных»⁸⁷, в которой участвовал известный психиатр И.Ф. Рюль. По его инициативе в 1844 г. был образован «особый комитет для изыскания способов к возведению домов умалишенных в ту степень, на которой они находятся в Москве и Петербурге, и выработки общих правил пользования там призреваемых»⁸⁸. К работе были привлечены опытные психиатры – Ф.И. Герцог из Петербурга и, несколько позднее, В.Ф. Саблер из Москвы. Исходя из материальных возможностей и наличия врачей комитет предлагал «учредить дома излечимых сумасшедших согласно требованиям психиатрии» (по одному на несколько губерний), а приказные заведения оставить «для призрения неизлечимых умалишенных, произведя в них соответствующие этому поправки». Было решено «представить врачам средства к основательному практическому изучению душевных болезней и к приобретению навыка в обращении с больными»⁸⁹. Комитет также обследовал

⁸⁵ Баженов Н.Н. «Проект законодательства о душевнобольных и объяснительная записка к нему (Доклад I Съезду психиатров, созываемому Союзом русских психиатров и невропатологов в память С.С. Корсакова в Москве с 4 по 11 сентября 1911 года)». М., 1911. – С. 134).

⁸⁶ Пинель Ф. Врачебно-философское начертание душевных болезней. М., 1829.

⁸⁷ Коцовский А.Д. Очерки призрения душевнобольных в России // Вопросы нервно-психической медицины. – 1902. – Т. 7. – № 2. – С. 237.

⁸⁸ ЦГИА. – Ф. 1287. – Оп 12. – Ед. хр. 2025. – Л. д. 1, 2.

⁸⁹ Там же. – Л. д. 4, 6.

«для надлежащих реформ» имевшиеся к тому времени дома общественного призрения умалишенных.

Для решения вопроса о необходимом числе психиатрических больниц в конце XIX столетия были предприняты попытки выявления среди населения психически больных. Переписи больных проводились в Тверской (1877), Московской (1877), Пермской (1880), Уфимской (1880), Костромской (1884) губерниях. Их инициаторами и организаторами были В.И. Яковенко, П.П. Кащенко, Н.А. Вырубов, Л.И. Айхенвальд и другие известные в тот период психиатры. Непосредственными «переписчиками» были сотрудники волостных правлений и нередко приходские священники. Врачи к переписи практически не привлекались. Несмотря на неполноту обследования и не всегда продуманную методическую четкость, эти переписи дали определенное представление о распространенности психических заболеваний и, соответственно, о потребности в психиатрических больницах.

Крупные психиатрические больницы, названные вначале «центральными», а затем «окружными», решено было строить в Москве, Петербурге, Казани, Одессе, Харькове, Киеве, Вильно и Риге для обслуживания окрестных губерний. Так, к центральной больнице в Москве «приписывалось» 10, а в Казани – 9 губерний. «Генеральный план» окружной больницы для умалишенных был составлен Ф. И. Герцогом. Планом предусматривался не дом призрения, а психиатрическая больница с «залой для занятий, мастерскими, специальными помещениями для выздоравливающих» и корпусами для «реконвалесцентных и неизлечимых». Упоминалось о необходимости приспособления проекта к различным местностям.

По плану предполагалось бесплатное содержание бедных, перевозка их к месту лечения в «специально заготовленных экипажах». Отмечалось, что «помещение больных для психиатрического пользования требует их разделения по свойству их сумасшествия – бешеных, неопрятных, требующих совершенного уединения, неизлечимых или выздоравливающих, но в любом отделении, кроме зала для занятий и дневного пребывания, должны быть лечебные ванны и помещения для сугубо медицинских нужд». Указывалось на необходимость составления «инструкций по руководству пользования душевными болезнями и обращению с умалишенными»⁹⁰. Заведения рекомендовалось располагать неподалеку от городской черты, устраивая здесь же сады и огороды «для упражнений больных работами». В местах, где предполагалось устройство больниц, создавались комиссии, принимавшие «меры к решению этого вопроса в имеющихся там условиях». В комиссиях участвовали врачи, знакомые с психическими заболеваниями.

В 50-е годы XIX в. комитет в Петербурге и комиссии на местах составляли обоснованные проекты, а также приобретали участки для последующего возведения больниц. Реализации проектов помешала начавшаяся Крымская война⁹¹. Работа комитета постепенно прекратилась. Однако его деятельность в 40–50-е годы XIX в. привлекла общественное внимание к необходимости скорейшего улучшения психиатрической помощи.

Возобновившуюся с 1856 г. работу комитета возглавили председатель Медицинского совета Е.М. Маркус и известный организатор здравоохранения Е.В. Пеликан. Постоянное участие в заседаниях комитета принимал В.Ф. Саблер⁹². Предлагалось создавать окружные больницы в городах, «где находятся медицинские факультеты, с тем чтобы они служили средством для образования психиатров, в которых у нас большой недостаток». На комитет решением Медицинского совета – «высшего в государстве врачебно-учебного места» – было возложено «рассмотрение проектов и постановлений насчет домов умалишенных и равно для образова-

⁹⁰ ЦГИА. – Ф. 1287. – Оп. 12. – Ед. хр. 2025. – Л. д. 32–36.

⁹¹ Призрение душевнобольных в России // Правительственный вестник. – 1891. – № 175.

⁹² ЦГИА. – Ф. 1287. – Оп. 12. – Ед. хр. 2025. – Л. д. 71, 72.

ния общих больниц, согласно требованиям науки и истинным пользам общества»⁹³. В одном из документов, подчеркивающих необходимость индивидуального подхода к душевнобольному, отмечалось, что «суммы на содержание одной кровати в обыкновенной больнице для психиатрического заведения... будут малы»⁹⁴.

Принятые комитетом предложения носили характер установки для всех психиатрических больниц. Функции комитета, касающиеся «обыкновенных больниц», вскоре отпали, однако его деятельность в области психиатрии еще длительное время играла немаловажную роль.

Важно подчеркнуть, что, по словам И.М. Балинского, в соответствии с правилами, утвержденными Медицинским Советом в 1835 г., «диагностика психозов в России осуществлялась единообразно». Это имело большое значение не только для решения собственно медицинских вопросов, но и для соблюдения гарантий защиты гражданских прав душевнобольных. Об этом по просьбе французских психиатров написал в предисловии к книге министра здравоохранения Франции, посвященной законодательству о душевнобольных, Н.Н. Баженов. Вероятно, можно считать, что решение Медицинского Совета о единообразии диагностики психозов относится к первым попыткам обоснования единой классификационной схемы психических расстройств, разрабатываемой и в настоящее время.

В 1857 г. было обращено внимание на трудность отправления и перевозки больных из ряда прикрепленных к окружным больницам отдаленных мест. Считалось, что «вопрос этот при неудовлетворительных путях сообщения представляет особенную важность», так как «возможно значительное ухудшение состояния больных». Комитет занялся проблемой приближения психиатрической помощи к населению. В качестве экспериментальной была выбрана психиатрическая больница в Казани, которая должна была стать и центром обучения студентов и врачей в области психиатрии⁹⁵.

К 1861 г. психиатрическими учреждениями уже располагало более 40 приказов. Крупнейший в России того времени приказный дом умалишенных, организованный в Полтавской губернии, был рассчитан на 70 коек. В Воронеже, Курске, Киеве, Орле и Перми число психиатрических коек в губернских больницах достигало 60, а в остальных колебалось от 5 до 40⁹⁶. В 60-е годы XIX в. врачебные лечебницы для умалишенных уже составляли 79 % всех психиатрических заведений⁹⁷.

В 1862 г. была создана комиссия «для опеки всех планов устройства заведений для душевнобольных, их перестроек, а также внутреннего распорядка по содержанию там призреваемых». В нее вошли психиатры И.М. Балинский, А.У. Фрезе, А.В. Шульц, Ф.А. Штейн, Р.Х. Зейферт, а также Е.В. Пеликан и архитекторы П.В. Жуковский и К.В. Мровинский⁹⁸. Позднее в ней работали И.П. Мержеевский, С.И. Штейнберг, П.А. Дюков, В.Н. Чехов, архитектор И.В. Штром, а затем В.М. Бехтерев, В.И. Левчаткин, Н.В. Краинский и Н.Я. Смелов. Комиссия действовала до 90-х годов XIX в.

К 1865 г. психиатрические больницы по всей России распределялись на следующие категории:

- 1) больницы Приказов общественного призрения – 43 (1329 коек);
- 2) больницы под управлением Опекунского и Попечительного советов – 5 (665 коек);
- 3) полицейские приюты для умалишенных – 2 (2 койки);

⁹³ Там же. – Л. д. 63.

⁹⁴ Там же. – Л. д. 61.

⁹⁵ Там же. – Л. д. 64, 65.

⁹⁶ Устройство общественного призрения в России. – СПб., 1862. – Ведомость 5.

⁹⁷ Шульц А. // Архив судебной медицины и общественной гигиены. – 1865. – Кн. I. – Разд. III. – С. 11–12.

⁹⁸ ЦГИА. – Ф. 1297. – Оп. 239. – 1862. – Ед. хр. 1. – Л. д. 115, 116.

- 4) больницы под ведением Военного министерства – 2 (200 коек);
- 5) частные больницы – 5 (132 койки).

Иными словами, в стране было всего 2328 мест для душевнобольных⁹⁹. Государственная и государственная психиатрическая помощь в России лишь частично и в некоторых районах была бесплатной; примерно в половине случаев родственники вносили за содержание пациентов в среднем от 10 до 20 рублей.

Начало создания в первой половине XIX в. психиатрических отделений и лечебниц явилось потрясением основ тюремной психиатрии. Это было, несомненно, прогрессом в области ухода за психически больными. В новых психиатрических учреждениях стало возможным наблюдать за естественным течением болезни. Отсюда выросло убеждение в возможности излечения психических расстройств. Это был важный шаг от усмирения и призрения к лечению.

После земской реформы 1865 г. большая часть психиатрических больниц была передана в ведение земств, что предопределило новый этап в их развитии.

⁹⁹ Шерешевский А.М. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Вып. 3. – С. 432.

Глава 4. Земская медицина и психиатрическая помощь¹⁰⁰

К середине XVIII столетия в России сохранялся крепостнический строй с его непризнанием самоценности человека, насилием каждого, кто сильнее, над тем, кто слабее, и правовым бесправием. Историки этого периода считают, что наиболее характерным словом, оценивающим настроение во всех слоях российского общества, было «нигилизм». Н.Я. Эйдельман пишет, что жить по-старому было уже невозможно. Только авторитет «помазанника Божия», вера в «Батюшку-Царя» смогли удержать Россию от большой крови в ходе «очередной нашей «жакерии», именуемой на языке родных осин «пугачевщиной»». В стране дважды возникали революционные ситуации, правительство переходило от самых решительных реформ, направленных на модернизацию национальной жизни, к торможению намечаемых изменений. Земская реформа, начатая 1 января 1864 г. Александром III, была одной из важнейших реформ 1860–1870 гг. Она вводила всесословное выборное местное самоуправление в уездах и губерниях. Земства имели собственную финансовую базу, основывающуюся на «земских сборах», собираемых главным образом в качестве налога на землю.

Организация земств являлась следствием экономических и социальных преобразований в стране (в конце XIX – начале XX в. в России был самый высокий темп экономического роста, население ежегодно увеличивалось на 1,5 %, агроэкспорт составлял 40 % в мировой торговле, шло интенсивное переселение населения в города).

После отмены крепостного права в 1861 г. и начала уничтожения сословных разграничений было освобождено почти 23 млн крестьян, которые во многих губерниях составляли подавляющее число населения^{101, 102}. Возникла необходимость на новых основаниях устраивать управление всеми местными хозяйственными делами, которые касались одинаково и крестьян (часто их стали называть «свободными сельскими обывателями»), и помещиков, и других жителей сельских территорий. В 1864 г. было утверждено «Положение о губернских и уездных земских учреждениях», согласно которому земское самоуправление вводилось примерно в половине губерний страны. Реформа не распространялась на Сибирь, Дальний Восток, Архангельскую, Астраханскую и Оренбургскую губернии, где не было или почти не было помещичьего землевладения, а также на национальные окраины страны – Польшу, Литву, Кавказ, Казахстан и Среднюю Азию. Но и в тех губерниях, которые подпадали под действие нового закона, земские учреждения создавались не сразу.

Центральное правительство передало земским учреждениям ряд своих функций, в том числе дела и учреждения приказов общественного призрения, из которых главными были городские больницы и богадельни, и 48 врачей – всех, кто работал в 1864 г. в деревнях земских губерний. Среди переданных учреждений было 43 психиатрических заведения с 2440 лечебными койками. К 1885 г. в земских губерниях числилось около 38 млн жителей, причем в городах (34 губернских и 350 уездных) проживало лишь 12,8 % населения. Из 384 официально признанных городов таковыми могли быть названы лишь 77, т. е. 20 %, а остальные в сущности были деревнями. Больничных учреждений было очень мало, как и штатных коек в них. Больницы имелись в 319 уездных городах, причем во всех больницах вместе взятых было 5 тыс. штатных коек (т. е. в среднем 16 коек на больницу); в деревнях не было ни одной больницы.

¹⁰⁰ Наряду с земской и внеземской психиатрией особое место в ее развитии занимала психиатрическая помощь в столичных городах.

¹⁰¹ Якобий П.И. Основы административной психиатрии. Орел, 1900. – С. 146.

¹⁰² Официально сословные ограничения в России были ликвидированы в 1917 г. Законодательно было подтверждено, что люди не могут быть неравными друг другу только по факту принадлежности в момент рождения к разным сословиям и классам.

Как отмечал Т.И. Юдин¹⁰³, земские врачи уже в первые годы своей работы обнаружили в деревне больных, нуждающихся в психиатрической стационарной помощи, и стали отправлять их на лечение в единственные имевшиеся тогда губернские дома умалишенных. Число больных в этих домах стало быстро увеличиваться, причем оказалось, что сами дома требуют серьезного переустройства. Содержание больных во многих «домах призрения» было ужасающим. П.И. Якобий так оценивает, например, состояние Нижегородской больницы, которую он посетил вместе с другими врачами: «Это ад, но это не ад, а отхожее место в аду».

Как правило, в центре плохо знали положение на местах, и волевые решения сверху совершенно не учитывали реальных возможностей органов местного самоуправления. Несмотря на то что передаваемые земствам лечебницы находились в плачевном состоянии и были переполнены, 15 июля 1875 г. Сенат издал распоряжение № 29937, по которому учреждения, подчиненные органам самоуправления, не имели права отказывать в приеме душевнобольным при любой степени переполнения, а расширение стационаров рекомендовалось проводить путем найма любых помещений за счет местного бюджета. 18 земских и ряд городских органов самоуправления заявили протест по этому поводу.

Реорганизация психиатрической помощи происходила достаточно быстро, хотя порой и хаотично. Сдерживало ее то, что, как и в других областях медицины, расходы на развитие значились в числе «необязательных».

Вначале земская медицинская помощь была разъездной. Для психиатрической же службы необходима была организация стационарных отделений. Широко обсуждались новые формы помощи. Многие земства первой своей обязанностью считали введение бесплатного лечения психически больных. Ярославское и Сибирское земства ввели его в 1867 г., Самарское – в 1868 г., Псковское – в 1873 г., Бессарабское – в 1874 г., Курское – в 1877 г. Наибольшее внимание в этот период созданию и развитию психиатрической помощи уделялось в губерниях, называвшихся в тот период Черноземным великорусским центром (Воронежской, Курской, Орловской, Рязанской, Тамбовской, Тульской), в которых имелся устоявшийся уклад деятельности и сравнительно высокая зажиточность крестьянского населения и формировавшегося сельскохозяйственного производства. Это служило основанием для выделения средств для развития медицины, включая и психиатрическую помощь¹⁰⁴.

Избрать пути и направление переустройства психиатрической помощи земству было труднее, чем в медицине соматической, потому что психиатрия для имевшихся в земстве врачей была малознакомой областью клинической практики. Некоторые земства консультировались с профессорами-специалистами: например, Рязанское земство в 1872 г. – с профессором А.Я. Кожевниковым; Курское земство в 1867 г. пригласило врача-психиатра Я.В. Гершзона.

Отделения и дома умалишенных стали расширять прежде всего за счет вывода богадельцев в другие помещения, поскольку для них особых условий не требовалось, а также путем приспособления для психически больных различных барачков, сараев и найма частных домов. В ноябре 1879 г. при участии психиатров на уровне государственной власти был разработан циркуляр, предусматривающий оказание пособия земствам из бюджета государства на строительство или улучшение домов для душевнобольных в размере до 50 % израсходованной на это суммы.

Многие земские и городские органы самоуправления разрабатывали проекты совершенствования или строительства психиатрических учреждений, требуя научных рекомендаций и финансирования. Для губернских специалистов И.М. Балинским и профессором архитектуры И.В. Штромом были разработаны примерные планы устройства психиатрических лечебниц, которые могли быть приспособлены к местным условиям. Планировалось, что они должны

¹⁰³ Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М.: Медгиз, 1951. – С. 90.

¹⁰⁴ Литвак Б.Г. Переворот 1861 года в России. М., 1991. Издательство политической литературы. 302 с.

состоять из центрального здания с соответствующими отделениями для размещения больных и их лечения и фермы или колонии для занятия полевыми работами. Это признавалось эффективным средством лечения больных. Кроме того, сельскохозяйственные работы приносили определенную прибыль и позволяли пополнять бюджет лечебницы.

Интересен ряд постановлений отдельных земств, из которых видно: земские врачи первое время полагали, что принципы организации лечения психически больных не должны отличаться от принципов организации всей медицины.

Так, новгородское земское собрание в 1869 г. решило: неизлечимых психически больных перевести в обычную богадельню; построить в каждой волости комнату для первоначального помещения психически больных, откуда их переводить в уездные лечебницы; в губернские больницы психически больные должны быть направлены только в случае безуспешного лечения в уездных больницах. В 1872 г. было постановлено собрать сведения о числе психически больных в Новгородской губернии, чтобы отобрать нуждающихся в лечении, а на I Губернском съезде врачей в 1873 г. при обсуждении вопроса о расширении дома умалишенных, вследствие его переполнения, съезд рекомендовал «для предоставления населению возможности легче пользоваться помощью при психических заболеваниях построить для них помещение на 60 человек в северо-восточной части губернии».

Тверское земство на первом собрании в 1867 г. решило создать психиатрическую больницу для лечения больных с психозами по образцу столичных. На VII Тверском съезде врачей в 1879 г. принципы построения психиатрической организации вызвали значительную дискуссию. Участковый земский врач П.Д. Максимов предложил призрение спокойных больных устраивать по уездам, а один из гласных, наоборот, доказывал, что для удобства скорейшей доставки больных необходимо устроить поуездные лечебницы, а в центре губернии (не около Твери), в месте, удобном для сообщений, построить земледельческую колонию для хроников.

В 1870 г. Костромское губернское собрание поручило управе предложить на обсуждение уездных собраний вопрос об устройстве приемных покоев при каждой уездной больнице, и в 1871 г. уездные земства согласились принять эту задачу на себя.

Рязанское губернское земство в 1872 г. постановило выдавать пособия несостоятельным семьям, которые держат у себя хроников. При обсуждении губернским земским собранием в 1880 г. вопроса о переустройстве дома умалишенных говорилось о том, что «задачей земства является не устройство арестантских для умалишенных, а прежде всего организация их лечения».

Организация психиатрической помощи в земских учреждениях на общих со всей остальной медицинской помощью лечебно-профилактических основаниях встретила ряд затруднений. В течение столетия в дома умалишенных направляли главным образом больных, нарушивших общественный порядок или состоящих под судом. Полицейские власти привыкли не только беспокойных психически больных, но и всякого скандалиста и пьяницу везти в дом умалишенных, который никто не считал лечебным учреждением, а лишь местом заключения для «без ума буйствующих». Трудно было такой «дом» превратить в лечебно-профилактическое учреждение, изменить взгляд населения на находящихся в нем больных. Это стало одной из причин, почему психиатрия не пошла по общему со всей земской медициной пути организации помощи, а ограничилась вначале созданием губернских больниц.

Цель деятельности земских заведений была менее широкой, чем у клинических больниц. Прежде всего они должны были дать приют, призрение и лечение больным, находящимся на попечении земства. В основе организации земской психиатрической помощи лежали следующие принципы:

- ограждение общества от психически больных путем их изоляции в специальных учреждениях;

- использование системы нестеснения, заключавшейся в обеспечении благоприятных условий для выздоровления больных;
- широкое применение с лечебной целью сельскохозяйственного и ремесленного труда;
- организация больших загородных больниц-колоний.

Реформируемые отделения губернских больниц и новые психиатрические лечебницы различались по уровню материально-технической базы (что определялось размерами средств, выделенных земствами), но руководящей идеей в вопросе содержания и лечения больных было максимальное нестеснение, использование труда в лечебных целях, пребывание больных на свежем воздухе. Особое место в больницах занимал трудовой режим, использование которого вызывало споры среди психиатров. В.Ф. Чиж говорил о том, что «применение труда душевнобольных носит показательный характер»¹⁰⁵.

А.Д. Коцовский (1902) настаивал на том, что «физический труд» в психиатрических больницах должен регламентироваться врачебным персоналом. При этом «лозунгом» больниц должно быть отсутствие каких-либо экономических или коммерческих целей при использовании труда больных¹⁰⁶.

С.И. Штейнберг оценивал стоимость рабочего дня душевнобольного в 10 коп., считая его равным $\frac{1}{3}$ стоимости здорового рабочего¹⁰⁷.

Тем не менее «экономический эффект» трудовой деятельности больных для многих больниц, особенно расположенных в сельской местности (земледельческие фермы), был достаточно значительным, что ставило вопросы о их самоокупаемости. В земский период вопросы рационального использования индивидуального и «дозированного» труда, необходимого для лечения больного, во многих больницах практически не рассматривались. Больные, привлекаемые к трудовой деятельности, оценивались только с точки зрения «остроты» и «хроничности» заболевания.

Большое внимание в земских больницах уделялось устройству приемного отделения (приемного бюро) больницы. В него поступали неимущие, а в экстренных случаях и другие жители. Точное определение и надлежащая оценка болезненного состояния после нескольких дней наблюдения и обоснованное распределение больных по разным отделениям значительно упрощали дело призрения больных и обеспечивали скорую и соответствующую их болезненному состоянию помощь.

В 1879 г. Министерством внутренних дел был подготовлен проект Указа о массовом строительстве больниц для умалишенных во всех российских губерниях. После его одобрения Правительствующим Сенатом Указ подписал император Александр II (Указ Александра II № 39102 от 31 октября 1879 г.).

В нем говорилось о том, что, ввиду неудовлетворительного состояния домов для умалишенных во многих губерниях и необходимости приведения сих заведений в надлежащее устройство Министр Внутренних Дел входил с представлением в Комитет Министров о разрешении оказать земским учреждениям пособие для учреждения упомянутых домов из особого на сей предмет источника. Комитет Министров, рассмотрев это представление и одобрив, в существе, выраженные в оном предположения, полагал: разрешить Министру Внутренних Дел отпускать на устройство и улучшение помещений для умалишенных пособия подлежащим земским учреждениям на следующих основаниях.

1) Пособия сии могут быть производимы исключительно из образованного Министерством Внутренних Дел особого с означенной целью фонда, причем выдача этих пособий не

¹⁰⁵ Чиж В.Ф. Больница Св. Пантелеймона в 1886 г. С.-Петербург, 1888, 126 с.

¹⁰⁶ Коцовский А.Д. Очерк призрения душевнобольных в России. Вопросы нервно-психической медицины. СПб., 1902. Т. VII.

¹⁰⁷ Штейнберг С.И. Краткий отчет истории психиатрического дела в Саратовском земстве (1883–1905). Саратов, 1906.

должна быть производима ни в каком случае в ущерб прямого назначения имеющихся в распоряжении Министерства сумм общественного призрения.

2) Воспособления могут быть разрешаемы как тем земствам, кои впредь устроят и расширят помещения для умалишенных, так и тем, кои произвели уже эти улучшения на собственные средства. В первом случае требуется предварительное одобрение Министерством Внутренних Дел смет и разрешение приступить к работам.

3) При разрешении работ, кои будут предприняты земствами в виде пособия, должна быть соблюдаема постепенность, причем прежде всего имеет быть допускаемо производство улучшения помещений для умалишенных в тех губерниях, где таковые находятся в более неудовлетворительном состоянии и нуждаются в скорейшем переустройстве.

4) Пособия, разрешаемые тем земствам, кои произвели уже до сего надлежащие улучшения в помещениях умалишенных, не могут получать другого назначения, как на меры общественного призрения.

5) Пособия могут быть выдаваемы не иначе, как по освидетельствовании и признании произведенных работ соответствующими требованиями призрения умалишенных.

6) Размер пособия не должен превышать пятидесяти процентов действительно употребленных земствами сумм.

Реформы Александра II дали мощный импульс к развитию всей системы российского общественного здравоохранения. По переписи 1897 г. в стране было 17 тысяч врачей, большую часть из которых составляли отечественные специалисты, получившие медицинское образование на родине. В конце столетия дипломированных врачей готовила Военно-медицинская академия, медицинские факультеты девяти университетов в Петербурге, Москве, Казани, Харькове, Киеве, Варшаве, Томске, Новороссийске, Юрьеве. Главным учебным заведением являлся Московский университет, в котором обучались 1194 студента-медика¹⁰⁸.

Закон о 50 %-ной субсидии на строительство психиатрических больниц и отказ правительства от постройки окружных лечебниц способствовали в 1880–1890 гг. особенно интенсивному строительству психиатрических лечебниц в различных российских городах (Москва, Полтава, Харьков, Вологда, Курск и др.). Строительство крупных больниц обуславливалось в то время не только соображениями экономического порядка и «защитой» общества от психически больных, но и стремлением земских психиатров создать своим больным максимально благоприятные, гуманные условия для длительного, порой многолетнего пребывания. Этому должно было содействовать размещение больных в ряде небольших павильонов, система нестеснения, столь свойственная гуманному духу отечественной психиатрии, и возможность широкого применения единственного в то время вида активной терапии – лечебно-трудовых процессов.

Считалось, что в больших городах и столицах должны быть двоякого рода психиатрические заведения: центральная больница с приемным отделением для острых случаев и загородное отделение с фермами и мастерскими. Загородные отделения организовывались для хронических неизлечимых больных или же больных, нуждавшихся в деревенском воздухе, полевых занятиях или работах в мастерских. Больницы строились по системе изолированных павильонов, в которых больные распределялись в зависимости от состояния: павильоны для спокойных, беспокойных, слабых, работающих больных и т. д.

В начале XX в., проделав вынужденный путь централизованного и оторванного от общей медицины строительства колоний, даже психиатры, сами их строившие, стали задумываться, не являются ли более правильными те пути организации психиатрической помощи, о которых еще в 70-х годах XIX в. говорили участковые врачи, и не являются ли децентрализация, диф-

¹⁰⁸ Нувахов Б., Крылов-Толстикевич А. Верность клятве Гиппократу. Т. I. М., 2007. – С. 6.

ференциация учреждений и теснейшая связь с общемедицинским участием главной основой развития психиатрической службы.

Как отмечал Н.Н. Баженов, в 1887 г. число госпитализированных больных было обратно пропорционально расстоянию от места их проживания до больницы. «В России призываются не те, которые по состоянию своего психического здоровья в этом преимущественно нуждаются, – писал он, – а те, кто ближе к больнице живет, кто просто попал на глаза представителям местной власти или влиятельному деятелю». Поэтому в губернских органах начинается обсуждение вопросов приближения психиатрической помощи к населению, ее децентрализации, обеспечения большей доступности и разнообразия видов.

Ряд психиатров (С.С. Корсаков, Б.И. Яковенко, П.П. Кашенко и др.) начали предпринимать усилия к организации небольших (например, уездных) лечебниц для больных с острыми формами психоза. При ряде больниц были организованы посещения на дому, а также амбулаторный прием, чем пользовалось вблизи живущее сельское население.

Мысль о необходимости создания уездных психических больниц не оставляла земских врачей до конца XIX столетия. Так, например, на Губернском съезде врачей Курской губернии в 1899 г. один из участковых врачей предлагал прекратить постройку Курской психиатрической колонии-гиганта и организовать ряд уездных лечебниц. Знаменателен в этом отношении доклад В.И. Яковенко на Пироговском съезде врачей 8 января 1902 г.¹⁰⁹ Он утверждал, что «общественность психиатрической помощи для населения достижима только при ее децентрализации», подразумевая под децентрализацией «рассеивание психических учреждений по данной территории вместо сосредоточения в одном центре». Указывая на тот установленный факт, что губернской психиатрической больницей больше всего пользуются губернский город и ближайшие к нему уезды, а дальние уезды – мало, он видел причины этого, во-первых, в плохих путях сообщения при больших расстояниях; во-вторых, в слабой осведомленности населения о губернской психиатрической больнице (в оторванности врача-психиатра от непосредственного общения с населением); в-третьих, в отсутствии правильной организации обнаружения и доставки больных в губернскую психиатрическую больницу; и, наконец, в-четвертых – в чисто моральных причинах: нежелании семьи расставаться со свежезаболевшим больным, отправить его куда-то в далекую и неизвестную больницу; страх, что он умрет на стороне, что его нельзя навещать, и т. д. «Принцип приближения лечебниц и врачей к самому населению давно признан в земской медицине единственно правильным», – говорил Яковенко и дальше указывал, что «несколько раз после перехода попечения о душевнобольных от правительства в руки земства то в одном, то в другом земстве как бы проскальзывала мысль о необходимости подобной децентрализации».

Возражая против устройства только приемных покоев для психически больных при соматических больницах, Яковенко в своем докладе приходит к мысли: «Для того чтобы приблизить к населению серьезную психиатрическую помощь, нужно устраивать в уездах не приемные покои, а лечебницы... которые будут заботиться об эвакуации только неизлечимых больных, подлежащих содержанию или в своей семье, или в чужой (патронаж), или, быть может, в специальной колонии...»

Однако, считая полный план такой децентрализации *pium desiderium* (благим пожеланием), Яковенко полагал, что по крайней мере в Московской губернии возможно создать для каждого уезда лечебницу на 10–20 кроватей и направлять из этих лечебниц в центральную больницу-колонию только неизлечимых больных, которые не могут быть эвакуированы в собственные семьи или патронаж (больные с возможными возбуждениями и т. п.).

¹⁰⁹ Яковенко В.Я. Общедоступность психиатрической помощи для населения достижима только при ее децентрализации // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1902. – № 1–2. – С. 136–144; 300–306.

По докладу Яковенко Пироговский съезд постановил: «Существующая организация психиатрической помощи не удовлетворяет жизни; психиатрическая помощь должна быть приближена к населению, которое в настоящее время использует ее неравномерно». В докладе доктора В. Гаккебуша больничному совету Харьковской губернской земской больницы, сделанного в ноябре 1907 г., дан анализ необходимости децентрализации психиатрической помощи¹¹⁰.

Интересно отметить, что П. П. Кащенко после многих лет работы в большой больнице возвратился к идее психиатрической организации, предлагавшейся первыми земскими врачами. В докладах на XII Пироговском съезде и на X съезде земских врачей Петербургской губернии он отстаивал необходимость дальнейшего развития психиатрической помощи по образцу общемедицинской организации.

В конце 1880-х годов отечественные психиатры, регулярно знакомясь с опытом зарубежных специалистов в деле призрения и лечения психически больных, начали создавать по примеру западноевропейских стран колонии-лечебницы, предназначенные для больных с хроническим течением заболеваний, которые потеряли связь с семьями, а по своему психическому состоянию не нуждались в активном наблюдении и лечении и могли находиться вне стен психиатрических больниц. В отличие от постоянно переполненных психиатрических больниц, колонии создавались для значительно большего числа больных (до 1,5–2 тыс. человек).

Первой психиатрической колонией в России стала Бурашевская колония в Тверской губернии. По ее образцу создавались больницы-колонии: Сапогово возле Курска, Колмово около Новгорода, Голенчино близ Рязани, Томашев Колок в Самарской губернии, Кувшиново близ Вологды и многие другие¹¹¹.

Земледельческие колонии строились во многих губерниях, но не везде их задачи понимались одинаково. Все соглашались, что для известного контингента больных земледельческие колонии нужны, но дискуссию вызывал вопрос, должны ли они находиться в центре внимания психиатров, надо ли, чтобы они обладали таким количеством земли, чтобы могли окупать свое содержание, и возможна ли вообще такая самоокупаемость, не лучше ли работоспособных спокойных хроников держать дома под надзором психиатров.

Главным же вопросом в конце XIX в. был вопрос о месте и способах лечения острых свежезаболевших. Если проблема лечения острых больных оказывалась наиболее важной, то неизбежно возникал вопрос о приближении психиатрической помощи к населению (децентрализация), теснейшей связи с участковой медициной, пропаганде среди населения правильных взглядов на начальные формы психических болезней. Вопрос о необходимости связи с участковой медициной возникал сам собой и в тех случаях, когда признавалось нужным работоспособных хроников держать дома.

Наряду с психиатрическими больницами и колониями многие земства в 90-х годах XIX и в начале XX столетия рассматривали возможность альтернативных видов помощи душевнобольным. Так, еще на I Съезде отечественных психиатров в 1887 г. С.С. Корсаков выступил с докладом, основанным на анализе опыта семейного призрения душевнобольных в местечке Геель (Бельгия), организации семейного патронажа в Шотландии, Англии, Франции и Германии. Он рекомендовал эту форму помощи к внедрению в России, считая, что она позволяет

¹¹⁰ Через 100 лет, в совершенно новых условиях социальной и медицинской помощи больным с психическими расстройствами, вопрос о децентрализации психиатрической помощи и ее сближения с общемедицинскими службами остается одним из центральных при рассмотрении направлений развития организационной психиатрии.

¹¹¹ В 50-е годы XX столетия после появления и внедрения в практику методов восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации больных была выдвинута идея ликвидации психиатрических колоний. В 1963 г. в соответствии с решением IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров и приказом Минздрава СССР психиатрические колонии были реорганизованы в психиатрические больницы. Из лексикона «психиатрического общения» исчезло широко использовавшееся понятие «колонийный больной»; реже начали говорить о больном как о «хронике». Главной задачей бывших психиатрических колоний стала, как и в других больницах, лечебно-профилактическая и социально-реабилитационная работа.

душевнобольным приспособиться к условиям жизни в семье, способствует большей сохранности индивидуальных особенностей и трудовых навыков больных и экономически более выгодна в сравнении с больничным содержанием пациентов. При семейном патронаже больного оставляли в семье или помещали в другую семью с ее согласия или по медицинским показаниям, обеспечивая со стороны больницы медицинской помощью и денежным пособием. Патронаж назначали хронически больным в состоянии ремиссий и нуждающимся в уходе и наблюдении. Система патронажа приближала психиатрическую помощь к населению, позволяла выздоравливающим больным перейти к обычным занятиям или подыскать себе работу, находясь под контролем врача. Семейный патронаж появился в Москве, Нижнем Новгороде, Екатеринославе и на других территориях, хотя официальное признание семейное призрение душевнобольных в России получило лишь в 1902 г., когда на VIII Пироговском съезде психиатрическая секция рекомендовала городской и деревенский патронаж для спокойных хронических больных в качестве важной составной части помощи душевнобольным.

В этот период среди ведущих психиатров были и противники патронажа. Так, например, организатор психиатрической помощи в Пензе К.Р. Евграфов считал, что пока не будет создан надзор со стороны государства (он предлагал создать «психиатрическую инспекцию»), передача душевнобольных в чужие семьи за деньги равносильна «узаконению самого худшего вида рабства и эксплуатации»¹¹².

В начале XX в. уже все понимали, что устройством психиатрической больницы не исчерпывается круг обязанностей по отношению к психически больным, находящимся среди населения. Важнейшим был вопрос о постоянном учете наличия психически больных среди населения, а не только об установлении однократно числа психически больных в данный момент, и числа различных категорий лиц, нуждающихся в больнице. Для губернских самоуправлений в силу ограниченности финансовых ресурсов этот вопрос стал одним из важнейших. Особенно сложным было положение в промышленно развитых губерниях (Московской, Петербургской, Владимирской, Костромской, Ярославской, Пермской и др.), куда на заработки стекались огромные массы народа. Изменение образа жизни и трудовой деятельности неизбежно приводило к распространению психических заболеваний среди населения городов.

В России переписи больных были проведены уже в 1839 г. по инициативе И.Ф. Рюля путем опроса полицейских учреждений. В результате было учтено 15 428 больных на 41 575 000 жителей, т. е. 0,37 больного на 1000 жителей.

Как отмечал В.И. Яковенко, практически до конца XIX в. бытовало мнение, что на 1000 человек психически здорового населения в России приходится только 1 душевнобольной. Подобное «благополучие» объясняли тем, что культурная отсталость России по сравнению с Западной Европой обеспечивает и более низкую заболеваемость психическими недугами. Такое заключение, по мнению В.И. Яковенко, было необоснованным и сформировалось на основе ложных статистических материалов.

В первых переписях, определяя долю больных среди населения, забывали ответить на весьма важные вопросы: положение и способ существования каждого отдельного больного и его потребность в той или иной форме попечения. При позднейших переписях через врачей этот дефект до известной степени был исправлен: специалисты определяли, беспокоен больной, спокоен или слаб, нуждается ли в больнице, колонии, патронаже, пособии в семье и т. п. Но вскоре выяснилось, что и эти данные недостаточны для точного и длительного определения потребности всего населения в попечении психически больных. В России к 1900 г. врачами было достаточно точно произведено уже несколько переписей, которые дважды повторялись в одной и той же губернии. Во всех случаях число больных росло, и, несмотря на постройку больниц, число беспокойных больных среди населения изменялось мало. Стало ясно, что одно-

¹¹² См.: Макаров О.А., Мурашов Д.Ю. Организация психиатрической помощи в Пензенском крае. Пенза, 2013. 227 с.

кратная перепись, как бы тщательно она ни производилась, всегда говорит не о заболеваемости, а о степени обращаемости к медицинской помощи в данный момент, так как предварительные списки больных, которых потом осматривали врачи, всегда составлялись по заявлениям самого населения. Обращаемость же зависит от очень многих факторов: прежде всего от экономической обеспеченности населения, жилищно-бытовых условий, наличия свободных рабочих рук в семье, осведомленности населения о больнице, степени убежденности в ее пользе, легкости доставки в больницу и т. п.

Каковы были причины отказов от обращения в психиатрические больницы? Прежде всего то, что психиатрическая помощь оказывалась лишь в одной на всю губернию психиатрической больнице. Еще в отчете Рязанской больницы за 1886–1887 гг. Баженов доказал, что по мере удаления уезда от губернской психиатрической больницы пропорционально снижаются и пользование уезда больницей, и процент выздоровления. Например, в Харьковскую больницу за 1893–1902 гг. поступления из Харьковского уезда составляли 36,6 на 10 000 населения, а из самого отдаленного Старобельского уезда – 6,5. В Пензенской губернии из Пензы поступало в больницу 15, из Пензенского уезда – 6,2, а из отдаленных уездов, например Инсаровского, – 1,1 и Керенского – 0,9 человека на 10 000 населения. Для Воронежской губернии соответствующие показатели составляли 16,2 и 3,8; для Тверской – 62,2 и 9,7; для Саратовской – 85,8 и 14; для Полтавской – 10,9 и 1 и т. д.

Главный врач Пензенской психиатрической больницы К.Р. Евграфов указывал, что отдаленность не только влияет на количество поступлений больных, но и отражается на скорости выписки, среднем числе проведенных в больнице дней выбывшими и на проценте выздоровления. Так, в отчете 1911 г. он сообщал, что в то время как процент выздоровлений больных, поступивших из Пензы, был равен 30,8, поступивших из Пензенского уезда – 19,9, для поступивших из отдаленных – Инсаровского, Чембарского, Наровчатского и Керенского – уездов он составлял 8,2–9,7. Длительность пребывания в больнице выписавшихся для жителей Пензы была в среднем равна 148,3 дня, а для Керенского уезда – 234,6 дня.

По мере удаления от больницы возрастают не только трудность перевозки больных, но и сложность свидания с ними, получения сведений об их состоянии, уходе за ними; все больше затрудняется информирование населения о больнице и правильном подходе к психически больному.

Из всего вышесказанного видно, что и в 1900-х годах население мало доверяло психиатрическим больницам, больные поздно поступали на лечение, многие нуждающиеся в психиатрической помощи не получали ее, беспокойные больные сплошь и рядом оставались среди населения, а спокойные рабочие хроники переполняли больницы. Не имея постоянного общения с врачом в амбулатории, население продолжало смотреть на психиатрию и ее учреждения то со страхом, то с любопытством, но, во всяком случае, как на нечто совершенно чуждое обыденной жизни. Только безвыходная нужда заставляла их помещать своих родных в эти далекие и «страшные» учреждения. Так, было установлено, что безземельные крестьяне чаще других обращались за психиатрической помощью, а именно – 3,18 на 1000 населения, имеющие 5–10 десятин земли – 1,3 на 1000, а имеющие свыше 25 десятин – лишь 0,9 на 1000¹¹³.

Невозможность для одной больницы обслужить больных всей губернии, отсутствие постоянной связи психиатров с общемедицинскими организациями обсуждались на XVIII Съезде врачей Московской губернии (1913 г.). В докладах были даны сведения о психически больных почти каждого уезда. Уездные делегаты считали необходимым участие в оказании психиатрической помощи не только психиатров, но и участковых земских врачей. Делегаты указывали на тяжелое положение психически больных в деревне, необходимость помощи эпилептикам и идиотам, являвшимся «элементом, особо тяжелым для крестьянской семьи».

¹¹³ Вырубов Н.А. Земельный фактор и психические болезни // Современная психиатрия. – 1914. – С. 688.

Вопросы воспитания и лечения дефективных детей становились столь же актуальными, как и вопрос о помощи невротикам¹¹⁴.

Участковые врачи считали необходимым, чтобы не сам больной стучался в двери больницы, а местная врачебная организация немедленно приходила к нему в момент заболевания и оказывала ту помощь, в которой он нуждался. Для многих психически больных изъятие из семьи вовсе не было желательным; с другой стороны, население не везло в больницу излечимых больных с острой формой заболевания, не зная, что их могут вылечить.

На основании единовременных переписей через врачей при ознакомлении не только с количеством, но и с составом психически больных среди населения большинство психиатров пришло к заключению, что число заявляемых самим населением больных в России составляло в среднем 3 на 1000 жителей; из них нуждалось в стационарном помещении от 35 % (Яковенко¹¹⁵, Баженов¹¹⁶) до 45 % (Кашенко¹¹⁷), причем $\frac{2}{3}$ из них требовались богадельни, патронаж, пособие в семьях и лишь 15 % – помещение в больницу.

Из этого следовало, что система психиатрической помощи должна предоставлять постоянный круг забот о больном по месту его жительства. Весьма важно своевременное и быстрое помещение больного в больницу, но также необходима и быстрая выписка из больницы, чтобы больной без крайней надобности не лишался свободного участия в трудовой и семейной жизни. При этом он должен быть уверен, что если у него вновь обнаружится расстройство, то он будет быстро вновь помещен в больницу.

В 1902 г. в «Журнале невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова» появилась статья А.А. Яковлева «Санатории для нервных больных и их ближайшие задачи», а на II Съезде психиатров в Киеве в 1905 г. М.Я. Дрознес сделал доклад на тему «Важнейшая задача современной практической психиатрии». Эти два доклада, несколько различные по своим установкам, говорили по существу об одном и том же. «У современного общества, – утверждал Дрознес, – существует самое превратное понятие о нервных и душевных болезнях, полное равнодушие и даже отталкивающее отношение ко всему касающемуся этой области медицины... Первоначальные явления психической болезни вовсе игнорируются: окружающие не придают им значения... В начале болезни больного принято считать «нервным», а обнаруживаемые им болезненные идеи, стремления, действия – «странностями»... Современное общество стремится всеми силами избежать врача-психиатра... и только когда болезнь «созрела», когда болезнь нельзя скрывать, миновать «позора», тогда обращаются к психиатру...» Дрознес рекомендовал: «1) увеличение числа врачей-психиатров, 2) большее внимание к преподаванию психиатрии на медицинском факультете, так как общие врачи также чуждаются психиатрии, 3) необходимость пропаганды, рассеивающей неправильные представления общества в отношении психических болезней, 4) повсеместное учреждение лечебниц, предназначенных для начальных «мягких» форм душевных болезней, как необходимая профилактика, 5) учет всех, в том числе и «легких», психически больных».

М.Я. Дрознес, один из наиболее известных русских психиатров, организовавший в 80-х гг. XIX в. Херсонскую земскую психиатрическую больницу, был с самого начала своей деятельности сторонником отделения лечебниц для свежезаболевших от колоний для хроников; он особенно явно чувствовал дефекты призренческого направления русской психиатрии.

Своевременность поднятых Дрознесом вопросов подтвердилась и тем, что на том же II съезде с предложением устраивать народные санатории выступил профессор В.К. Рот в своей

¹¹⁴ XVIII Губернский съезд членов врачебно-санитарных организаций Московского земства. Делегатские доклады. – М., 1913. – Вып. I, II.

¹¹⁵ Современное положение дела попечения о душевнобольных в России. – М., 1909.

¹¹⁶ Проект законодательства о душевнобольных. – М., 1911.

¹¹⁷ Ближайшие задачи в деле попечения о душевнобольных // Современная психиатрия. – 1911.

заключительной речи «Общественное попечение о нервнобольных, устройство специальных санаторий», а также и тем, что на IX Пироговском съезде 1904 г. стоял доклад С.С. Ступина, а в 1907 г. на X Пироговском съезде – доклад Станиловского «Об устройстве народных санаторий». Да и само общество начало создавать добровольные организации попечения о психически больных, которые стремились на пожертвования создать недостающие звенья в системе психиатрической помощи. Так, в Петербурге в 1911 г. такое общество на членские взносы и пожертвования в 25 тыс. рублей устроило в Шувалове санаторий для выздоравливающих душевнобольных на 50 человек. А.Ф. Мальцев в 1910 г. поднял вопрос об организации при Полтавской психиатрической городской лечебнице открытого санаторного отделения для начальных мягких форм психозов и психоневрозов, а в 1915 г. вышло постановление земского собрания об открытии такого отделения. В Харькове в 1913 г. С.Н. Давиденков поднял тот же вопрос на Губернском съезде врачей Харьковской губернии.

Однако финансовые возможности земств совершенно не соответствовали тем обязанностям по удовлетворению многочисленных потребностей населения, которые на них были возложены законом. Расходы на попечение о психически больных казались земствам особенно тяжелыми вследствие их убеждения, что значительная часть этих расходов относится к нуждам общегосударственным, а не местным.

Еще в 1886 г. Пензенское, а в 1887 г. Рязанское земство просили о переводе в окружные лечебницы всех душевнобольных судебно-испытываемых и психически больных преступников; Черниговское и Пензенское земства в 1899 г., Калужское, Псковское в 1900 г., Вологодское, Уфимское в 1901 г., Симбирское в 1904 г. просили казну взять на себя расходы по содержанию этих больных в земских больницах. Об отнесении на счет казны расходов в размере 180 рублей в год по содержанию инокубернских больных ходатайствовали Таврическое земство в 1897 г., Уфимское в 1900 г.; Харьковское, Пензенское, Воронежское земства в 1909–1910 гг. просили «о принятии казной расходов по крайней мере 75 % стоимости призрения умалишенных». Поэтому в начале 1911 г. 38 членов Государственной думы внесли законопроект об улучшении земских и городских финансов, в котором предлагалось принять на счет казны треть расходов по содержанию и лечению психически больных. 5 декабря 1912 г. закон, одобренный Государственным советом и Государственной думой, был утвержден. В нем рекомендовалось следующее:

«I. Принять на средства Государственного казначейства нижеследующие расходы, относимые ныне на земские повинности. . . б) по содержанию 1) лиц, совершивших преступное деяние в состоянии душевной болезни и помещенных в дом умалишенных, 2) душевнобольных чиновников, отставных воинских чинов, бродяг <..>

IV. В размере трети расходов, произведенных из земских сумм, на содержание и лечение всех других умалишенных <..>

X. Привести закон в пункте 4-м в действие с 1 января 1913 г., а в пункте 1-м с 1 января 1914 г.».

Однако меры, предусмотренные данным законом, так и не были претворены в жизнь.

Примечательно, что в некоторых губерниях вопросы призрения и лечения психически больных решались без долгих дискуссий о том, кто должен этим заниматься: земство или правительство. Так, в Вятской губернии, где до 1861 г. почти не было крепостных крестьян и дворян-землевладельцев, крестьянско-мелкокупеческие земства легче шли навстречу нуждам населения, хотя одновременно и отличались большим стремлением к экономии, не допуская трат на не вполне еще осознанные населением цели. Когда выявилась трудность доставки в Вятку больных из дальних уездов, губернское земство перешло к децентрализации психиатрической помощи и уже в 1891 г. устроило психиатрические отделения в Елабуге на 60 коек, в 1901 г. – в Орлове и в 1904 г. – в Сарапуле, тоже по 60 коек, наконец, в 1910 г. – в Котельничихах на 160 коек. Перевозка больных была принята на счет губернского земства; больных обычно

сопровождали фельдшеры с выдачей на время пути теплой одежды. Уже в 60-х годах XIX в. лечение стало здесь бесплатным. В 1914 г. Вятская губерния по числу леченых психически больных стояла среди земских губерний на втором месте.

Обобщая данные о развитии земской психиатрии, Т.И. Юдин писал: «Участковые врачи: 1) искали самобытные пути для организации психиатрической помощи, 2) стремились не отделять организацию психиатрической помощи от общемедицинской, 3) стремились прежде всего организовывать активную лечебную помощь, отодвигая заботу о хрониках на второй план, и 4) с самого начала понимали необходимость приближения психиатрической помощи к населению...»¹¹⁸

К началу Первой мировой войны 6 земств из 34 оставались при старой форме психиатрической организации и имели «психиатрические отделения» при губернской земской больнице в губернском городе. Казанское земство не имело своего психиатрического учреждения, пользуясь для помещения больных своей губернии Казанской окружной психиатрической лечебницей.

В известной мере земская психиатрия, как и весь период земской медицины в России, явилась примером успешного начала развития медицинской помощи в крайне бедной и малограмотной стране. Опыт использования участкового принципа помощи больным, совмещавшийся с организацией земских больниц (для чего привлекалось внегосударственное финансирование), вероятно, может быть использован и современной психиатрией, ищущей в совершенно иных условиях наиболее оптимальные пути организационного развития.

¹¹⁸ Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 95.

Глава 5. Внеземская психиатрия

Поскольку земские учреждения были введены не на всей территории Российской империи одновременно, а в ряде губерний (Гродненская, Виленская и др.) так и не были созданы, наряду с земской психиатрией в стране продолжала существовать приказная психиатрическая служба. Так называемые правительственные лечебницы неземских губерний к концу XIX в. играли значительную роль не только в оказании помощи больным, но и в становлении отечественной психиатрической науки. К 1901 г. приказы общественного призрения продолжали действовать в неземских губерниях: Архангельской, Астраханской, Витебской, Волынской, Гродненской, Киевской, Могилевской, Полтавской, Ставропольской, Тобольской, Томской, Енисейской, Иркутской, а также в Области Войска Донского.

Отсутствие психиатрических заведений в ряде губерний и областей, где здравоохранением ведали приказы общественного призрения, привело к тому, что даже в начальном периоде своего становления земская психиатрия располагала в три раза большим числом коек, чем неземская. А если учесть тот факт, что губернии, в которых функционировали общественные самоуправления, были по территории значительно меньше, то можно прийти к выводу о существенном отставании неземской психиатрии от земской уже в период зарождения последней¹¹⁹.

Во второй половине XIX – начале XX в. организация медицинской помощи психически больным губерний России, не попавших в число земских, прошла три периода. Первый охватывал конец 60-х – 70-е годы XIX в. и характеризовался дальнейшим выделением психиатрии из рамок общелечебной сети и некоторым расширением домов для умалишенных.

Во второй период (80-е годы XIX в.) происходило общее улучшение медицинского обслуживания жителей неземских губерний. Выражалось оно в росте коечной сети больниц приказов, организации первых сельских лечебниц. Вместе с тем масштабы их деятельности значительно отставали от таковых в земских губерниях, где врачебные участки были меньших размеров, число их – большим, а количество населения, обслуживаемого одним врачом, – меньшим. Таким образом обеспечивалось быстрее выявление больных психическими заболеваниями, своевременная их госпитализация.

Количественным показателем, существенно влиявшим на качество психиатрической помощи, был рост коечного фонда. За 25 лет (к 1886 г.) число мест в психиатрических учреждениях земских губерний увеличилось в 4,8 раза, тогда как в других районах страны за этот же период времени, в основном благодаря инициативе психиатров, отмечался рост в 5,2 раза¹²⁰. И все же, несмотря на такой рост, в неземских областях и губерниях страны обеспеченность психиатрическими местами по отношению к численности обслуживаемого населения была в два раза меньшей, а психиатрические заведения имелись лишь в 22 из 57 губерний и областей. Это свидетельствовало о неравномерности размещения таких учреждений. Результатом была переполненность психиатрических больниц, которая препятствовала проведению адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий. Об этом, а также о несоответствии психиатрических учреждений требованиям науки сообщали из Варшавы, Иркутска, Тобольска, Могилева, Житомира, Киева, Каменец-Подольска и других городов страны.

Появление в ряде психиатрических отделений квалифицированных медицинских сестер Красного Креста, улучшение ведения историй болезни свидетельствуют об определенном прогрессе в деле призрения душевнобольных.

Третий период развития психиатрической помощи населению неземских губерний охватывает 90-е годы XIX – начало XX в. и характеризуется прежде всего появлением трех окру-

¹¹⁹ См. подробнее: Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. – М., 1899.

¹²⁰ Сведения о психиатрических заведениях Петербурга и Москвы в них не включались.

ных психиатрических больниц – Варшавской, Винницкой и Нововиленской (под Вильно). С 1869 по 1908 г. правительством было построено шесть окружных психиатрических лечебниц: Казанская (1869), Варшавская (в Творках) (1891), Винницкая (1896), Виленская (1902), Московская (1907), Томская (1908). Кроме того, проводилось переоборудование психиатрических отделений губернских больниц. К этому времени идея государственного здравоохранения в России была дискредитирована. По-видимому, создание крупных психиатрических учреждений, оборудованных в соответствии с научно-медицинскими требованиями того времени и обеспеченных врачами-психиатрами, усовершенствование существующих психиатрических учреждений были попыткой ликвидировать отставание психиатрической службы в неземских губерниях.

Особое место при этом занимает анализ значимости деятельности психиатрических больничных попечительских советов. Их роль носила не одинаковый характер и зависела как от состава самих советов, их полномочий и спонсорских возможностей, так и от взаимоотношений с врачами и коллективом больниц. В первый период создания советов они обычно состояли из влиятельных представителей местной знати, крупных чиновников, меценатов. Это способствовало ускорению строительства и оборудования больниц, привлечению высококвалифицированных кадров врачей. Однако в число попечителей по мере развития больниц в ряде случаев включались далекие от медицины «почетные граждане», которые стремились управлять больницей, конфликтуя с врачами и всячески подчеркивая свое главенство в решении даже текущих больничных вопросов. Характерным примером этого является попытка влияния «почетного гражданина» М.И. Яковлева на деятельность даже такого авторитетного главного врача больницы «Всех скорбящих» в Санкт-Петербурге, как И. Ф. Рюль¹²¹. В связи с конфликтами психиатры поднимали вопрос о коллегиальном управлении больницами без участия попечителей.

К середине 1880-х годов в неземских губерниях, согласно собранным профессором Пастернацким для I Съезда психиатров сведениям и ряду других источников, отмечалось следующее положение¹²².

Архангельская губерния имела при больнице психиатрическое отделение на 10 коек.

В Астраханской губернии было два отделения: 30 коек для мужчин и 10 для женщин. («Никаких предметов для занятий и развлечений больных не было. Врача-специалиста не было».)

Виленская губерния имела в Вильно: больницу Св. Духа для женщин на 30 коек, дом умалишенных для мужчин и еврейскую больницу для душевнобольных на 10 коек. Во всех этих учреждениях, где помещалось 137 больных, врачей-специалистов не было.

Витебская губерния имела дом умалишенных на 40 человек, в котором помещалось 60 человек. Врача-специалиста не было.

Гродненская губерния располагала отделением на 30 кроватей.

В Киевской губернии функционировала основанная еще в 1786 г. Кирилловская больница (в 1881 г. – 274 психиатрические койки).

Ковенская губерния имела отделение на 20 человек («тесное, темное, с отсутствием всякой вентиляции, спертый воздухом, куда помещалось 30 больных; врача-специалиста не было»).

Минская губерния располагала отделением на 60 человек (40 мужчин и 20 женщин), помещавшимся в одном из зданий бывшего униатского монастыря, построенного в XVII в.

¹²¹ См.: Шерешевский А.М. и др. «Верните к жизни ум больной...». 2000, Архангельск. Издательский центр СГМУ. – С. 90.

¹²² См.: Юдин Т.И. Указ. соч.

Могилевская губерния имела открытое в 1846 г. отделение на 20 человек, в котором помещалось 40 человек.

Оренбургская губерния имела отделение на 10 человек (7 мужчин и 3 женщины), в котором помещалось от 30 до 35 человек. Врача-психиатра не было.

На I Съезде психиатров приводились данные только о двух психиатрических больницах в Сибири: Тобольской, рассчитанной на 33 мужчин и 17 женщин (в 1875 г. там было 59 больных, а в 1884 г. – 40), и Иркутской, о которой у Пастернацкого сказано: «Отделение находится в нижнем этаже больницы, в нем нет чистого воздуха и господствуют мрак и теснота... в кельях для буйных только недавно сняты цепи». Лишь в 1884 г. на пожертвованные средства в Иркутске было построено каменное здание на 60 кроватей.

В.А. Брянцев, ученик профессора А.У. Фрезе, приглашенный заведовать Иркутской психиатрической больницей, писал о Красноярском доме умалишенных: «Покосившиеся здания уже издали не внушали ни малейшей симпатии... Привратник увидел мое любопытство к дому, спросил, не пришел ли я подать подавание, и если я пришел с этой целью, то могу идти к больным хоть сейчас... Я пошел по почерневшим ступенькам и, пройдя маленькие сени, попал в буквально темное помещение: в комнату без окон с подгнившими полами... Воздух отличался страшным зловонием: смесь дыма махорки, запаха сырости и плесени с букетом, вероятно, от обеденных щей... Я отворил одну из камер – тесная для одного комната вмещала трех. Грязь белья и платья на больных не поддается описанию»¹²³.

В Томске отделение на 20 человек было открыто в 1852 г. Почти через полвека, в 1899 г., Н.М. Попов так описывал его: «Смрад, зловоние выгребных ям, чад от плохо устроенных печей, крайне испорченный воздух вследствие отсутствия вентиляции и крайней скученности людей производили у свежего человека головную боль даже после кратковременного пребывания здесь»¹²⁴.

Не лучше обстояло дело и во всех других приказных больницах. Так, К.Н. Сулима писал о губернских психиатрических больницах в 1885 г.: «Дома умалишенных не только остаются в весьма жалком виде, но и мест в них так мало, что поместить в больницу больного оказывалось делом бесконечно трудным... И оставались больные среди населения... их заставляли работать и только после ряда наказаний убеждались, что с больным ничего не поделаешь, что он «дурачок», и тогда его оставляли на произвол судьбы, не заботились уже о том, что он ест, где спит и во что одевается... Еще тяжелее была участь беспокойных больных: их запирали в подвал...»¹²⁵

В конце 80-х годов XIX в. директором Медицинского департамента министерства, курировавшего вопросы здравоохранения, был назначен профессор Л.Ф. Рагозин (бывший после А.У. Фрезе директором Казанской психиатрической больницы). Он критиковал всю земскую организационно-психиатрическую деятельность. В частности, Рагозин писал: «Поразительный факт, что почти все сделанное одним земством как бы бесследно пропадало для другого... и каждое земство начинало, и притом неоднократно, решать вопрос заново». В дальнейшем он был инициатором введения в России Лечебного устава (принят в 1893 г.), отнимавшего у земств право руководить лечебной стороной всех больниц, хотя и оставлявшего за ними возможность финансирования проводимой лечебной и хозяйственной деятельности.

Л.Ф. Рагозин принялся за устройство окружных психиатрических лечебниц. Все они строились по единому плану, «существенно восполняя задачи содержания душевнобольных»¹²⁶. Создание крупных психиатрических учреждений, оборудованных в соответствии с

¹²³ Цит. по: Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 309.

¹²⁴ Новое время, 14 ноября 1809 г.

¹²⁵ Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. – 1885. – Т. VI. – С. 47.

¹²⁶ ЛГИА. – Ф. 2265. – Оп. 1. – Ед. хр. 496. – Л. д. 87.

научно-медицинскими требованиями и полностью обеспеченных врачами-психиатрами, было призвано ликвидировать отставание психиатрического дела в неземских губерниях.

В 1887 г. началась постройка Варшавской окружной лечебницы на 420 коек при деревне Творки (с 60 десятинами земли). Лечебница была открыта в 1891 г. и предназначалась для польских губерний. В 1897 г. она была расширена до 720 мест, причем бесплатных коек было только 320, а остальные с платой (три класса) от 50 копеек до 3 рублей в день; бесплатные больные помещались в казарменном двухэтажном здании (за исключением фермы на 30 человек), а платные – в павильонах. При лечении даже в начале XX в. применялись длительная изоляция, влажные обертывания и помещение в кровать-клетку с железными сетками¹²⁷.

В 1896 г. для Подольской, Киевской и Волынской губерний открылась окружная лечебница вблизи Винницы на 750 мест, с 66 десятинами земли. В комиссии по постройке, кроме Л.Ф. Рагозина, принимали участие В.П. Кузнецов и Н.Н. Баженов. Посетившие лечебницу С.С. Корсаков и В.М. Бехтерев дали ей высокую оценку. Тип постройки был казарменный, что мотивировалось дешевизной. Каждая губерния в Винницкой лечебнице имела 200 мест, в том числе 50 мест для испытуемых и арестантов и 50 мест для лиц, помещаемых по распоряжению Министерства внутренних дел. К 1899 г. в лечебнице жителям Киевской губернии представлялось 280 мест; по 150 мест выделялось для жителей Волынской и Подольской губерний, а 120 мест непосредственно распределял директор окружной лечебницы. К 1912 г. лечебница была расширена до 1000 мест, из которых 300 были платные – 200 мест I класса и 100 мест II класса. В этой лечебнице были устроены хорошая водолечебница и электролечебница, которыми амбулаторно пользовалось окружающее состоятельное население, что приносило значительный доход. В то же время психиатрическая помощь оставалась недоступной для большинства населения, поскольку лечебница была рассчитана на три губернии.

В 1902 г. вблизи станции Нововилейск открылась Виленская окружная лечебница с 380 десятинами земли (100 десятин пахотной земли, остальное лес) для Виленской, Витебской, Минской, Ковенской и Гродненской губерний. Это была лечебница корпусного типа. Всего к 1912 г. в ней имелось 1080 штатных мест, из них 100 для испытуемых и арестантов, 300 для Виленской губернии и 500 для остальных четырех губерний.

В первый период своей деятельности окружные психиатрические больницы вмещали до 500 человек. К началу XX столетия в каждой из них находилось уже до 1000 пациентов. Данные о числе душевнобольных в их лечебницах позволяют считать, что каждая губерния зоны их действия в среднем могла рассчитывать на 220–230 коек.

При устройстве окружных лечебниц цели изоляции больных и стремление получать доходы от больниц (платные пансионаты) превалировали над попечением о психически больных из малосостоятельных слоев населения соответствующих губерний.

Одновременно происходили весьма существенные качественные изменения в организации психиатрической службы. Так, П.И. Дагаев, заведующий домом умалишенных в Астрахани, в 1894 г. вместо смиренных рубашек заказал рабочие блузы, брюки, пальто и вывозил психически больных в этих «обычных» костюмах на огородные работы. В Киевской психиатрической больнице начали устраивать спектакли, основной контингент зрителей составляли душевнобольные. В Винницкой лечебнице в 1899 г. при участии больных был создан оркестр, а с 1903 г. там стали обучать больных танцам.

Наличие центрального отопления, электрического освещения, искусственной вентиляции, механизированных подсобных помещений, ферм, огородов и полевого хозяйства позволяло сравнивать окружные лечебницы с лучшими психиатрическими заведениями Европы, тем более что при первоначальном планировании площади исходили из расчета 2,5 кв. м на больного. Если в момент открытия в окружной Винницкой психиатрической больнице было

¹²⁷ Никольский А.В. Психиатрические параллели. – М., 1913. – С. 2.

всего 4 психиатра, то к 1901 г. там уже работало 10 врачей. Каждый из них вел по 80 пациентов. За месяц врач обычно выписывал 3–4 человека и столько же принимал. Работа врачей в этом учреждении во многом протекала под влиянием как земских врачей, так и передовых профессоров столичных университетов.

В 1898 г. при Медицинском департаменте было созвано совещание о постройке окружных психиатрических лечебниц. Планировалось, что дальнейшее расширение сети крупных окружных больниц станет «способом коренного разрешения назревшего вопроса о порядке призрения душевнобольных». Однако проект этот вызвал при предварительном обсуждении ряд серьезных замечаний, в связи с чем было организовано новое совещание об упорядочении лечения и призрения психически больных под председательством товарища министра внутренних дел князя А.Д. Оболенского при участии Л.Ф. Рагозина.

На совещании были намечены пути разграничения правительственных и земских функций в призрении психически больных. Были приняты следующие решения.

1. Содержание психически больных, помещаемых по суду, отнести за счет правительства. Эти больные обязательно помещаются в окружные лечебницы. Также на счет правительства относится и содержание больных, помещаемых по требованию воинских учреждений, и больных, признанных в установленном порядке явно угрожающими общественной безопасности. (К проекту постановлений совещания были приложены правила о признании психически больных явно опасными.)

2. На счет земства должно быть отнесено содержание психически больных, страдающих острым помешательством, и тех из хроников, которые не могут обойтись без специального содержания; прием этой категории больных для земства обязателен. Призрение остальных (патронажных) больных осуществляется по мере возможности.

Кроме того, постановлено было образовать специальный капитал для помощи земствам при устройстве лечебниц для психически больных.

Проект комиссии Оболенского не получил высшей санкции, так как выяснилось, что он помимо капитальных затрат требовал ежегодного правительственного расхода около 4,5 млн рублей. Его было решено проводить постепенно, с учетом того, что к тому времени Московская и Томская окружные лечебницы, каждая из которых насчитывала около 1000 мест¹²⁸, уже были построены (Московская – в 1907 г., Томская – в 1908 г.), а в 1914 г. проектировалось устройство окружных лечебниц в Луганске и Хабаровске. Кроме того, в 1908 г. во всех окружных лечебницах были выделены места для испытуемых больных, а при Казанской окружной лечебнице для них построен особый «крепкий» корпус.

В Витебской губернии еще в 1880-х годах был приобретен участок земли Юрьева Горка для постройки психиатрической колонии, но обычные приказные порядки, а затем надежды на открытие Виленской окружной лечебницы привели к тому, что никаких построек не производилось. Когда Виленская лечебница была открыта, в 1906 г. туда было переведено 150 больных; тем не менее в 1908 г. Витебское психиатрическое отделение опять оказалось переполненным и был нанят соседний неприспособленный дом, а через 3 года, к 1912 г., – еще второй дом. В 1912 г. имелось 5 отделений, в которых содержалось 163 больных.

В Киеве в 1908 г. заведующий Кирилловской больницей П.И. Нечай говорил о необходимости переписи психически больных в губернии и постройке в первую очередь в Киеве двух корпусов приемных отделений на 200 больных. На постройку корпусов было ассигновано 308 тыс. рублей. Решено было Кирилловскую больницу расширить до 600 коек, одновременно построив под Киевом колонию на 600 коек, приобретя имение в 200 десятин, и организовать патронаж. В 1914 г. был разрешен заем в 750 тыс. рублей на расширение психиатрического дела в Киеве. Постройка зданий к этому времени заканчивалась, и оставшиеся деньги предна-

¹²⁸ Обзорение психиатрии. Хроника. – 1896. – № 5. – С. 409.

значались для дальнейшего расширения психиатрических больниц. Комиссия, состоявшая из Н.Н. Баженова, А.Д. Коцовского, Г.Г. Бойно-Родзевича, рекомендовала произвести перепись и разработать план децентрализации психиатрической помощи.

В Минске в 1907 г. врачебный инспектор С.П. Урванцев так описывал психиатрическое отделение: «Палаты сплошь заняты кроватями... в коридорах и палатах невыносимое зловоние... в изоляторах больные на соломе... Белье и одежда – вид убогого тряпья...»¹²⁹ В 1910 г. отделение было переведено в здание богадельни и расширено до 200 кроватей (кроме того, Минская губерния имела 160 коек в Виленской окружной лечебнице). Предлагались децентрализация психиатрической помощи и организация колонии вблизи Минска, психиатрической больницы вблизи Мозыря для южных районов губернии (уезды Мозырский, Пинский и Речицкий) и устройство патронажей. В 1912 г. было ассигновано 5000 рублей на расширение Минской еврейской больницы, где было закончено к этому времени строительство нового здания на 40 человек и было переведено в богадельню 20 человек.

В Могилеве в 1909 г. психиатрическое отделение было переведено из имения Карабановка в Печерскую усадьбу, где в доме епископа размещалась богадельня. П.И. Якобий разработал проект устройства четырех лечебниц, на 25–30 коек каждая, в Могилеве, Орше, близ Гомеля и близ Кричева, и одной центральной колонии. Предполагалось учреждение должности губернского психиатра. С 1910 по 1912 г. психиатрическим делом заведовал П.П. Викторов. К 1916 г. в Могилевской губернии действовали Сеньковское отделение для спокойных хроников богадельного типа на 100 человек и Георгиевская лечебница (в Печерске), где содержалось 222 психически больных. Лечебница состояла из шести отделений, размещавшихся в трех зданиях. В нижнем этаже центрального здания помещалось мужское беспокойное отделение (30–40 больных), в верхнем – приемно-наблюдательное. Е.А. Копыстынский так описывает беспокойное отделение: «Нет ванн. Имеющаяся одна в тесном помещении не может заполнить пробега. Беспокойное и приемное женские отделения помещались в новом бетонном здании, но и здесь не было комнат дневного пребывания и небольших комнат. Удручающее впечатление производят слабые отделения, находящиеся в боковом флигеле (25 мужчин и 8 женщин); при этих отделениях нет комнаты для врача»¹³⁰.

В Волынской губернии еще в 1836 г. было решено построить психиатрическую лечебницу на 200 коек в центре губернии, но необходимый для этого заем в 200 тыс. рублей не был разрешен. На 1 января 1912 г. в Житомире на 30 штатных койках размещалось 55 мужчин и 35 женщин.

В Подольской губернии, в Каменец-Подольске, на 1 января 1912 г. на 60 штатных койках размещалось 156 больных, причем не было врача-психиатра.

На I Оренбургском губернском собрании были оглашены результаты осмотра психиатрической больницы. Отмечалось, что она, «рассчитанная по штату на 25 коек, вмещает 75 психически больных, которые буквально лежат вповалку, где попало... Больные находятся совершенно без призора... Загрязнение больницы не поддается описанию». Собрание возбудило ходатайство об отводе по 100 десятин для четырех районных психиатрических больниц: у станции Каргалки, в Челябинском, Верхнеуральском и Троицком уездах.

Тяжелое положение с психически больными отмечалось в Области Войска Донского. В Новочеркасске с начала 1820-х годов действовал дом умалишенных в составе богоугодных заведений. Расходы по содержанию больных возлагались на Войсковой приказ общественного призрения. При богоугодных заведениях имелись сады и огороды, на которых использовался труд больных, а доходы с них шли на благоустройство заведений. В связи с плохими санитар-

¹²⁹ Русский врач. – 1907. – № 18.

¹³⁰ Копыстынский Е.А. Очередные задачи Могилевского губернского земства // Вестник Могилевского губернского земства. – 1916. – № 1.

ными условиями в 1892 г. в доме умалишенных возникла эпидемия холеры, после завершения которой были приняты следующие решения:

- 1) выделить дом для умалишенных из числа богоугодных учреждений и образовать из него психиатрическую лечебницу на положениях, общих для всех больниц;
- 2) в самом ближайшем будущем передать управление больницей врачу-психиатру;
- 3) усилить врачебный, средний и низший медицинский и санитарный персонал до госпитальных штатов;
- 4) иметь оборудованный, с полной больничной обстановкой изоляционный барак при доме умалишенных для всех заразных больных.

В 1911 г. Новочеркасская больница, в которой было 75 штатных мест и богадельня на 80 человек, содержала 325 психически больных. В 1916 г. ее посетил член Государственной думы А. Назаров. Он писал: «Всех отделений в ограде 5 мужских и столько же женских. Все постройки настолько обветшали, что нужно удивляться, как еще Бог милует их от разрушений... Хозяйственного глаза здесь ни в чем не заметно... Больных 400, врачей четыре».

Ставропольское психиатрическое отделение в 1895 г. было рассчитано на 35 человек, которых приходилось размещать в помещениях, «похожих скорее на клетки, чем на комнаты».

В Ростове-на-Дону имела лишь одна, построенная в 1902 г. на пожертвования, небольшая больница на 10 мужчин и 9 женщин. В ней в 1911 г. в среднем было ежесуточно 49 больных: в течение года на излечении состояло 228 человек (157 мужчин и 71 женщина).

В 1859 г. была сделана попытка произвести перепись психически больных на Кавказе¹³¹. Она тянулась до 1862 г. (в Мингрелии – до 1867 г.) и обнаружила в пяти губерниях края (Тифлисской, Елизаветпольской, Эриванской, Бакинской и Кутаисской) 745 психически больных и 322 глухонемых, причем женщин перепись не касалась.

Первое психиатрическое учреждений на Кавказе – отделение на 16 мужчин и 8 женщин при Михайловской больнице в Тифлисе – было открыто в 1869 г., заведующим был А. А. Павловский. В 1881 г. для отделения было приобретено собственное здание и число больных увеличено до 60 человек; в 1891 г. был построен барак на 30 человек, и уже в 1896 г. число больных дошло до 110, а на 1 января 1911 г. – до 122 (при 95 штатных местах). В 1898 г. в Тифлисе был устроен городской приют на 50 коек и отделение железнодорожной больницы для психически больных на 10 коек.

В Кутаиси при тюремной больнице в 1893 г. было учреждено психиатрическое отделение на 20 коек (в 1910 г. расширено до 50 коек); в том же году устроен дом призрения в Эриване на 16 мужчин и 4 женщины. В Эриванской губернии первая психиатрическая больница на 12 мест (исключительно мужских) появилась в 1910 г.

В Баку с 1892 г. существовал дом призрения психически больных на 30 коек. В 1908 г. Бакинская городская дума постановила построить городскую психиатрическую больницу на 70 коек, однако она так и не была создана.

Согласно данным В.И. Яковенко, по переписи 1897 г. на Кавказе значилось 9 188 000 жителей, число психически больных равнялось 6892 (4129 мужчин и 2763 женщины). На 1 января 1911 г. на Кавказе с его к тому времени 12-миллионным населением имелось 358 коек для психически больных.

Отделение для психически больных на 23 места было открыто при Екатеринодарской войсковой больнице в феврале 1902 г. К 1911 г. здесь также функционировали приют на 40 коек на станции Лабинской, городские приюты на 10 коек во Владикавказе (с 1895 г.) и на 4

¹³¹ Съезд гражданских врачей на Кавказе (декабрь 1911 г.) // Современная психиатрия. – 1912. – С. 245; Эриксон Э.В. О призрении душевнобольных на Кавказе // Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психопатологии. – 1904. – № 10. – С. 761–778.

койки в Ейске, убежище на 27–30 коек в станице Горячеводской. При этом женских коек не было.

В 1913 г. в селе Дуба-Юрт Терской области была обнаружена принадлежащая чеченцу Хаджаеву подпольная частная больница, в которой психически больных «лечили» молитвой и нашептыванием. В этой «лечебнице» были обнаружены две длинные железные цепи, двое железных нарукавников и железные кандалы¹³². В Дагестане в городе Темир-Хан-Шуре (в настоящее время Буйнакск) 12 декабря 1912 г. был открыт Областной земский дом призрения для душевнобольных на 10 коек, который положил начало организации психиатрической помощи. Приказом военного губернатора Дагестанской области заведующим домом призрения был назначен врач В.В. Геевский, который до этого короткое время работал в психиатрическом отделении Тифлисской Михайловской больницы. Лечение больных практически не проводилось, силами смотрителей и надзирателей осуществлялся лишь надзор за ними для предупреждения совершения опасных поступков. В марте 1917 г. обязанности заведующего домом призрения принял областной врач Р.А. Янкелевич. (В этот период в доме призрения работал фельдшер Муслим Нахибашев, ставший позже одним из организаторов здравоохранения Дагестанской республики, во время Великой Отечественной войны и в послевоенный период возглавлявший Наркомздрав ДаССР.) Только в 1920 г. из Баку в Дагестан был приглашен опытный врач-психиатр Хазаров, который разработал проект расширения дома призрения и организации на его основе психиатрического отделения Дагестанской областной больницы. С 1921 г. психиатрическая больница (отделение) была включена в состав областной, а с 1923 г. – Буйнакской городской больницы¹³³.

В Сибири статистики психиатрических заболеваний не существовало до самого конца XIX в. С.В. Максимов в свое время отмечал, что среди бродяг и сосланных преступников в Сибири было немало душевнобольных: «Тобольский приказ в партиях, приходящих из России на поселение, находит много дураков и идиотов». По свидетельствам некоторых путешественников можно судить о большой распространенности пьянства. Так, П.С. Паллас, посетивший несколько сибирских городов в 70-х годах XVIII в., писал: «Ни единого места не видел я такого, в котором пьянство было бы столь обще и столь высокой степени, как в Томске». При этом, по данным В.И. Яковенко, на 1 января 1905 г. в Сибири было всего 9 психиатрических больниц с 253 штатными койками, при наличии 454 больных, причем годовой оборот койки равнялся 5,2 (в то время как в земских больницах он составлял 2,2).

Строительству больниц на востоке страны способствовала, в частности, необходимость лечения большого числа раненых с психическими расстройствами после Русско-японской войны 1904–1905 гг. в непосредственной близости от районов боевых действий.

В 1904 г. были открыты Омская окружная больница и специализированное отделение в военном госпитале Хабаровска. Через два года аналогичные отделения открыли в госпиталях Владивостока, Находки, Спасска.

С 1908 г. ведет свою историю крупнейшая в Сибири окружная психиатрическая больница в Томске на 850 коек (для Томской, Тобольской, Енисейской, Иркутской, Забайкальской, Семипалатинской губерний и Китайской Восточной железной дороги).

Во время Русско-японской войны в Никольске-Уссурийском Красный Крест организовал психиатрический госпиталь для воинов. По окончании войны в Никольске возникло Общество помощи психически больным. Получая субсидию от Уссурийского казачьего войска по 3 тыс. рублей в год, оно превратило этот госпиталь в гражданскую больницу для населения. В 1909 г. содержание больницы, согласно закону, принятому Государственной думой, было взято

¹³² Современная психиатрия. – 1914. – № 1.

¹³³ См.: Алиев М.А. Призрение душевнобольных в Дагестане. Махачкала, 2013. 60 стр.

на казенный счет со штатом всего в 15 коек, несмотря на то что больных на 1 января 1908 г. было 40 (27 мужчин и 13 женщин).

В 1906 г. при Благовещенской городской больнице было организовано психиатрическое отделение, но своего врача-специалиста там не было. В сентябре 1910 г. заведующим был приглашен бывший ординатор Саратовской земской психиатрической больницы Э.И. Кальнин, который застал больницу в «хаотическом», как он выражался, состоянии: весной до 20 % больных страдали цингой; ванны и водопровод были хронически неисправны, отделение было переполнено, температура временами падала ниже нуля, на 40–48 больных приходилось всего 3 служителя и 2 служанки. Для работы и развлечения ни помещений, ни приспособлений не было. По предложению Кальнина управа начала приводить больницу в порядок, но в мае 1911 г. он ушел со службы, и лишь с сентября 1911 г. его место занял приехавший из Саратова Н. Старокотлицкий. Он закончил приведение больницы в порядок и завел истории болезни¹³⁴. На 1 января 1911 г. в больнице числилось 50 человек (34 мужчины и 16 женщин); поступило 177 человек (123 мужчины и 54 женщины, из них 64 мужчины и 8 женщин-алкоголиков).

Психиатрическая больница на острове Сахалин подчинялась Главному тюремному управлению. Она располагалась в посадах Александровском (200 коек) и Ново-Михайловском (100 коек). Заведовал больницей с 1902 г. И.К. Серединский¹³⁵. В его распоряжении имелось 60 служителей-каторжан, 10 надзирателей, а из медицинского персонала – всего 2 фельдшера; у больницы имелось 7 десятин земли и мастерские.

Хуже всего обстояло дело с психиатрической помощью в среднеазиатских областях и губерниях. В Акмолинской, Закаспийской, Самаркандской, Семиреченской, Сыр-Дарьинской, Тургайской, Уральской и Ферганской областях с населением по переписи 1897 г. в 7 754 000 жителей, при наличии 3505 зарегистрированных психически больных (2556 мужчин и 949 женщин), имелось на 1 января 1908 г. лишь 102 койки (49 в открывшейся в 1907 г. в Петровске больнице для Сыр-Дарьинской, Самаркандской и Ферганской областей)¹³⁶.

В 1896 г. при Ташкентском военном госпитале было открыто отделение, именованное «отделением для душевных болезней». Оно размещалось в трех корпусах, предназначенных для 24 больных военнослужащих и 26 гражданских лиц. В отделении работали врачи В.П. Тишков, Я.П. Горшков, А.В. Трапезников, выпускники Санкт-Петербургской военно-медицинской академии. В первый период отделение выполняло прежде всего учебно-экспертные функции и организовывало отправку части больных в другие психиатрические заведения России. Несколько позже работа отделения координировалась с организованной в Петровске (Кзыл-Орда) земской психиатрической больницей Сыр-Дарьинской области.

По данным Управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел, в отчете о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1908 г. можно найти сведения о том, сколько призревало душевнобольных по отношению ко всему населению в отдельных районах России на 1 января 1909 г. Еще более точные сведения были собраны Главным управлением по делам местного хозяйства для Всероссийской гигиенической выставки 1911 г. (табл. 1).

Таблица 1. Количество психически больных в отдельных районах России¹³⁷

¹³⁴ См. подробнее: Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1909. – № 1, 2.

¹³⁵ Серединский И.К. Призрение душевнобольных на Сахалине // Военно-медицинский журнал. – 1907, октябрь.

¹³⁶ См. подробнее: Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1907. – Кн. 3.

¹³⁷ Красовский Ф.И. и др. // Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 313.

Губернии и области	Население в 1909 г.	Число больных на 01.01.1909 г.	Больных на 10 000 населения	По Красовскому, на 01.01.1911 г.
Губернии неземские	27 289 713	3643	1,3	4004
Привисляньские	12 356 205	1681	3,6	2653
Остзейские	2 613 591	1698	6,5	3816
Область Войска Донского	3 111 221	284	0,9	284
Губернии земские	82 726 333	30 520*	3,7	39 422**
По европейской России	128 097 607	37 826	2,9	46 079
Кавказ	11 552 968	411	0,35	485
Сибирь	8 187 529	566	0,7	1276***
Средняя Азия	9 347 462	118	0,1	135
По азиатской России	29 087 949	1085	0,4	1896
Всего по империи	157 185 556	38 921	2,5	47 975

* Сюда входят больные, находившиеся не только в земских психиатрических стационарах, но и в окружных лечебницах, военных госпиталях, частных лечебницах, патронажах, приютах и т. п.

** С новыми земскими губерниями.

*** По Гольдблату (Советская психоневрология. – 1933. – № 3. – С. 100), в 1914 г. имелось 1526 коек.

Примечание. Остзейские губернии – прибалтийские губернии: Курляндия, Лифляндия, Эстляндия. Привисляньские губернии (губернии Царства Польского): Варшавская, Калишская, Келецкая, Ломжинская, Люблинская, Петроковская, Плоцкая, Радомская, Сувалкская, Седлецкая. Область Войска Донского включала почти всю территорию современной Ростовской области, большую часть правобережной части современной Волгоградской области, северную часть современного Краснодарского края, юго-восток Донецкой области (современная Украина) и часть Луганской области (современная Украина).

Представленные данные свидетельствуют о довольно быстром становлении стационарной психиатрической службы в России. Уже на первых этапах она во многом опиралась на энтузиастов, врачей-лидеров, отличавшихся не только гуманным отношением к больным, но и организаторскими талантами. Без этого невозможно было решать вопросы строительства, а потом и расширения больниц, обеспечения их деятельности в условиях отсутствия действенных терапевтических средств и научного объяснения многих наблюдаемых у больных расстройств, частой передачи из подчинения одного ведомства в другое (Министерство полиции, городское, земское, вземское управление и др.) и социальных потрясений начала XX в.¹³⁸

¹³⁸ Красовский Ф.И. и др. // Юдин Т.И. Указ. соч. – С. 313.

Глава 6. Начало подготовки врачей-психиатров¹³⁹

С конца XVIII в., по мере создания специализированных учреждений для содержания душевнобольных, в России все более значимой становилась потребность во врачах, ориентирующихся в вопросах психического здоровья. Прежде всего это определялось необходимостью оказания помощи раненым с различными психическими расстройствами, пострадавшим в войнах, которые вела в тот период Российская империя. Также велика была потребность в квалифицированном освидетельствовании умалишенных для установления их судебной ответственности при решении различных спорных вопросов. Иными словами, важнейшей основой формирования психиатрии в качестве самостоятельной медицинской специальности и начала подготовки врачей-психиатров стала общественная потребность. К этому времени уже существовала определенная база понимания причин и особенностей течения многих психических нарушений и имелись подробные описания целого ряда психических расстройств, сделанные профессорами университетов и врачами разных специальностей.

Совершенствование врачей в области душевных болезней на рубеже XVIII–XIX столетий не носило систематического, организованного характера. Тем не менее оно значительно помогало развитию психиатрической науки и оказанию населению квалифицированной медицинской помощи. Имевшиеся в XIX в. возможности диагностики психических расстройств, служившие основой для преподавания психиатрии, основывались прежде всего на общих для клинической медицины принципах наблюдения за больными, описания особенностей их состояния и попыток лечебного вмешательства, которые во многих случаях не имели научного обоснования и носили эмпирический характер. Развитие клинко-описательной психиатрии позволило классифицировать болезненные психические расстройства, перейти от их синдромальной оценки к клинко-нозологическому анализу, начать изучение биологических основ психозов и связанных с ними общесоматических нарушений.

Таким образом, в первые десятилетия XIX в. сложились благоприятные условия для создания в университетах самостоятельных кафедр и клиник психиатрии – с одной стороны, имелась большая потребность во врачах-психиатрах, с другой – в среде преподавателей университетов появились подготовленные молодые приват-доценты, которые с энтузиазмом начали осваивать новую специальность. В этот период в России уже сформировалась достаточно четкая и сохранившаяся на многие десятилетия система аттестации врачей и преподавателей медицинских факультетов. В 1838 г. были введены «Правила испытания медицинских, ветеринарных и фармацевтических чиновников и вообще лиц, занимающихся врачебной практикой». Они устанавливали для медиков следующие «учено-практические» звания: лекарь, медико-хирург (вскоре это звание было отменено), доктор медицины, доктор медицины и хирургии. Степень лекаря присваивалась всем выпускникам медицинских факультетов университетов и Медико-хирургической академии. Право присуждать степень доктора медицины в 1791 г. первым получил Московский университет. Медикам с 1803 по 1838 г. присваивались две ученые степени – магистра и доктора, при этом степень кандидата наук, принятая в ряде других дисциплин, врачам не присваивалась. В Уставе Московского университета в 1803 г. по этому поводу говорилось: «Врачу посредственных знаний не может быть вверена жизнь человеческая». Для получения докторской степени, кроме врачебных знаний, требовалось представить докторскую диссертацию, свидетельствующую о «неоспоримой учености», которая должна была быть напечатана и защищена «в научном диспуте». К числу ученых званий в университетах относились: ассистент, прозектор, адъюнкт-профессор, доцент, при-

¹³⁹ При подготовке этой главы использовались материалы, опубликованные А.О. Эдельштейном, А.М. Шерешевским, Ю.В. Каннахином и другими известными психиатрами, ссылки на работы которых приводятся в тексте.

ват-доцент, экстраординарный профессор, ординарный профессор, заслуженный профессор, академик. Наиболее высокие звания присуждались только докторам наук.

Содержательная основа преподавания психиатрии в учебных учреждениях была различной. Она зависела как от принятых в них принципов изложения основ медицинских знаний, так и от имевшихся у преподавателей конкретных знаний о научных основах психических болезней и используемых подходах к их диагностике и лечению. Во многих случаях при преподавании основ психопатологии использовался анализ переживаний и поведения героев литературных произведений.

Начиная с петровского времени врачами становились, как правило, выходцы из священнического сословия. Первыми студентами медицинских школ в России были выпускники семинарий и студенты духовных академий, где преподавался необходимый для изучения медицины латинский язык. Особенностью преподавания на медицинском факультете Московского университета в первый период его организации (1755 г.) было отсутствие подготовки студентов на клинических кафедрах. Преподавание включало лишь три курса – анатомию, химию и натуральную историю¹⁴⁰. В отличие от медицинских факультетов европейских университетов, где в тот период уже велись занятия по практическим и теоретическим «врачебным наукам», обучение «у постели больного» в России не проводилось. Руководство Московского университета боялось превращения медицинского факультета в общеобразовательный придаток госпитальных школ, готовивших «лекарей-операторов» для работы в войсках. Условием зачисления на медицинский факультет было прохождение будущим студентом курса общеобразовательных наук на философском факультете. Прием на факультет проводился не чаще чем раз в три года. Использовались преимущественно две формы обучения: лекции и диспуты. Постепенно организация преподавания совершенствовалась, появилась обязательная одногодичная стажировка в Московском военном госпитале студентов, сдавших теоретический экзамен на звание «кандидата медицины». Началась организация клинических кафедр, выпускникам предлагалось сдавать «лекарский экзамен», после чего они получали право на самостоятельную врачебную практику.

¹⁴⁰ Пальцев М.А. и др. 250 лет ММА им. И.М. Сеченова. – М.: Школа, 2008.



Психиатрическая клиника Московского университета

В 1804 г. устав Московского университета был дополнен положением об организации клинической базы для обучения студентов внутренней медицине, хирургии и акушерству. Однако внедрить клиническое преподавание удалось лишь в первые десятилетия XIX столе-

тия, главным образом благодаря деятельности профессора М.Я. Мудрова. По примеру европейских клиник, в которых он стажировался, Мудров ввел клинические разборы, курацию студентами больных, ночные дежурства.

Отечественная университетская психиатрия организационно сформировалась в Санкт-Петербурге в Военно-медицинской академии, в Московском, Казанском, Дерптском (Тартуском), Харьковском университетах.

Первое упоминание о необходимости преподавания в Медико-хирургической (Военно-медицинской) академии душевных болезней относится к 1803 г. Однако, как отметил в 1898 г. Ф.С. Текутьев, «ряд войн, в которых участвовала Россия в начале XIX века, сконцентрировал на себе все заботы государства и в конце концов привел к тому, что наряду со многим другим так ясно, так твердо и определенно поставленная еще в 1805 г. программа рационального преобразования академии с введением в круг академического преподавания психиатрии надолго снята была с очереди»¹⁴¹. Вместе с тем известно, что с 1820 по 1828 г. психиатрия преподавалась в клинике внутренних болезней профессором МХА Т.Ф. Гейротом. Однако в отсутствие клинической базы преподавание носило сугубо теоретический характер. В дальнейшем вопросы, касающиеся психических расстройств, рассматривались уже в курсе судебной медицины. Профессором кафедры судебной медицины С.А. Громовым был издан учебник, в котором он выделил отдельный раздел «Душевные болезни в судебно-медицинском отношении».

В 1834 г. профессор кафедры хирургии Харьковского университета П.А. Бутковский впервые в России вводит чтение самостоятельного курса психиатрии. В этом же году он издает учебник психиатрии «Душевные болезни», в котором в основном отражались идеалистические взгляды преподавателей немецкой школы. Наряду с этим в нем имелись положения о роли головного мозга, значении физиологических и соматических расстройств для развития психических нарушений. После смерти А.А. Бутковского, с 1844 по 1877 г. преподавание психиатрии на созданной им кафедре проводилось профессорами Ф.К. Альбрехтом, К.А. Демонси, В.Г. Лашкевичем, Я.С. Кремянским.

В 1837 г. впервые в Московском университете ординарный профессор Х.Г. Бунге объявил, что сверх «практического учения о распознавании и лечении болезней при постелях больных» он будет преподавать «учение о душевных болезнях» для студентов 4-го и 5-го курсов. В 1842 г. Х.Г. Бунге сменил адъюнкт Н.С. Топоров, который «преподавал о болезнях душевных и накожных». В 1846 г. преподавание перешло к профессору Г.И. Сокольскому, который читал «Психиатрию» три раза в неделю с 8 до 9 часов утра. С 1851 г. этот курс вновь начал вести Топоров, ставший к этому времени ординарным профессором. В 1857 г. он совместно с другими профессорами подал на имя ректора университета докладную записку о необходимости открытия клиники для умалишенных¹⁴².

Первая кафедра психиатрии (душевных болезней) была организована в 1857 г. при Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. Возглавил кафедру профессор И.М. Балинский. Им была разработана учебная программа, написаны лекции по психиатрии; по его инициативе построена специальная клиника для душевнобольных. Балинскому удалось за довольно короткий срок подготовить квалифицированные научно-педагогические кадры для преподавания психиатрии на других вновь организованных кафедрах, а также большое число практических психиатров. В 1877 г. И.М. Балинского сменил его ученик И.П. Мержеевский, уделивший большое внимание изучению психических расстройств при соматических заболеваниях. Работы Мержеевского и его учеников способствовали сближению психиатрии с соматической медициной. В 1882 г. ученый разработал отдельные программы по преподаванию

¹⁴¹ Текутьев Ф.С. Исторический очерк кафедры и клиники Императорской военно-медицинской академии. – СПб., 1898.

¹⁴² Эдельштейн А.О. Психиатрическая клиника им. С.С. Корсакова за 50 лет // 50 лет психиатрической клиники им. С.С. Корсакова. – М., 1940.

психиатрии и нервных болезней. Кроме того, Мержеевский предпринял первые шаги по изучению психических заболеваний у детей. В 1893 г. руководство кафедрой было возложено на В.М. Бехтерева, внесшего большой вклад в развитие неврологии и психиатрии.

В 1858 г. на кафедре душевных болезней Петербургской медико-хирургической академии образовался центр подготовки преподавательского состава. Кафедра с оборудованной при ней клиникой стала одной из основных баз подготовки научных кадров и усовершенствования врачей по психиатрии и невропатологии в России. До начала XX в. там прошли обучение несколько сот врачей различных ведомств.

В Москве чтение психиатрии как самостоятельного курса было начато значительно позже, чем в Санкт-Петербурге. В 1869 г. в Московском университете была учреждена особая доцентура по нервным и душевным болезням и организовано преподавание психиатрии, порученное приват-доценту А.Я. Кожевникову.

Особо значимую роль для развития в России клинической психиатрии и подготовки молодых врачей играла клиника Московского университета. В 1882 г. после смерти известного купца А.А. Морозова его вдова В.А. Морозова пожертвовала 150 тыс. рублей на строительство клиники душевных болезней. 7 января 1887 г. здание психиатрической клиники было передано университету «с полным оборудованием и обзаведением».

С деятельностью Московской психиатрической клиники, возглавлявшей отечественную психиатрию на протяжении многих десятилетий, связаны широкие реформы и реорганизация психиатрической помощи в России. Более 50 тыс. врачей прослушали в ее стенах курс психиатрии. Она воспитала более 150 профессоров и докторов медицинских наук, возглавлявших кафедры и клиники научно-исследовательских институтов. Ученая степень доктора медицины в Московском университете начала присуждаться с 1791 г. При каждой защите проводились публичные диспуты по теме диссертации. Со времени образования клиник нервных, а затем и душевных (психических) болезней обсуждение диссертаций проводилось с активным участием их сотрудников. В табл. 2 приводится перечень диссертаций, защищенных на медицинском факультете Московского университета с 1791 по 1922 г. и имеющих прямое или опосредованное значение для развития психиатрии¹⁴³.

Таблица 2. Диссертации на ученую степень доктора медицинских наук, имеющие значение для психиатрии, защищенные на медицинском факультете Московского университета.

¹⁴³ В справочнике В.Н. Терновского «Библиография диссертаций медицинского факультета Московского университета» (М., Издательство АМН СССР, 1949 (второе издание), 62 стр.) приводятся сведения о 860 диссертациях, рассматривавшихся на медицинском факультете за 131 год (1791–1922). После первой Отечественной войны с 1813 по 1815 г. и с 1919 по 1920 г. защит диссертаций не происходило. После выделения в последующем медицинского факультета в самостоятельный медицинский институт защиты по медицинской тематике в университете не производились.

Год защиты	Ф. И. О.	Название диссертации
1825 г.	Синицын П.И.	О природе пьяниц и об исправлении их пороков
1825 г.	Солнцев А.Ф.	О природе, распознавании и лечении душевных болезней
1825 г.	Ястребов И.И.	О функциях нервной системы
1826 г.	Карпачев А.И.	О сне и бодрствовании
1826 г.	Розанов И.	О способностях души вообще и о чувстве вины
1829 г.	Чайковский К.С.	О различных растительных лекарствах наркотических, а также об их препаратах и употреблении в практической медицине
1830 г.	Старков В.П.	Об энцефалите
1831 г.	Зандгаген А.	О белой горячке
1831 г.	Чашников Д.И.	О душевных болезнях
1856 г.	Бибергайль А.Ф.	Воспаление мозга
1858 г.	Филиппович К.М.	О функциях больших полушарий головного мозга
1858 г.	Фрезе А.У.	Параличное слабоумие
1863 г.	Шенфельд Б.С.	Гашиш в медицинском отношении
1864 г.	Тугендгольд А.Я.	О физиологическом исследовании над действием никотина
1865 г.	Кожевников А.Я.	Болезнь, описанная Дюшеном
1868 г.	Зеликсон Е.	Эпилепсия и ее рациональное лечение
1877 г.	Лунц М.	Об отвлекающих средствах, их действии и практическом значении
1877 г.	Савей-Могилевич Ф.А.	Об мелкозернистом веществе центральной нервной системы
1887 г.	Корсаков С.С.	К вопросу о дисменорее и ее лечении кровавым расширением шейки матки
1887 г.	Россолимо Г.И.	Экспериментальное исследование по вопросу о путях, приводящих чувствительность и движение в спинном мозгу
1888 г.	Константиновский И.В.	Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами
1890 г.	Котович И.Ф.	Материалы к вопросу о нервно-мышечном возбуждении как функции волны раздражения
1891 г.	Озерцковский А.	Об истерии в войсках
1891 г.	Сербский В.П.	Формы психического расстройства, описываемые под именами кататонии. Критические и клинические исследования
1896 г.	Краинский Н.В.	К учению о патологии эпилепсии
1897 г.	Жданов И.	Психозы послеродового периода
1901 г.	Бернштейн А.	Материалы к учению о клиническом значении мышечного валика у душевнобольных
1904 г.	Ганнушкин П.Б.	Острая паранойя. Клиническая сторона вопроса
1904 г.	Постовский Н.П.	Нервные и душевные заболевания при инфлюэнце. Клиника, общая патология, лечение
1906 г.	Ступин С.С.	Алкоголизм и борьба с ним в некоторых больших городах Европы
1906 г.	Сухов А.А.	Эпилепсия в России. Материалы по борьбе с эпилепсией в России
1907 г.	Маргулис М.С.	Мышечная атрофия при очаговых церебральных поражениях
1907 г.	Юдин А.А.	Токи действия нервов
1909 г.	Гиляровский В.А.	К вопросу о патологической анатомии и патогенезе парэнцефалии
1921 г.	Розенштейн Л.М.	Об алкогольном опьянении и привыкании (методологическое исследование по алкоголизму и наркомании)
1921 г.	Филимонов И.Н.	Травматические неврозы по материалам войны
1922 г.	Краснушкин Е.К.	Серореакции Абдергальдена в психиатрии
1922 г.	Терновский В.Н.	Вегетативная нервная система
1922 г.	Юдин Т.И.	Наследственность душевных болезней

Профессор М.О. Гуревич назвал роль Московской психиатрической клиники в истории отечественной психиатрии совершенно исключительной. Он отмечал, что с первых же дней своего существования клиника возглавила русскую психиатрию в научном и общественном отношении. Этим она обязана своему основателю и первому профессору С.С. Корсакову¹⁴⁴.

Обосновывая необходимость подготовки психиатров, И.М. Балинский писал, что «психиатрия – клиническая наука, приобретаемая лишь при скорбной постели и у секционного

¹⁴⁴ Гуревич М.О. // Московская психиатрическая клиника в истории отечественной психиатрии // 50 лет психиатрической клиники им. С.С. Корсакова. – М., 1940.

стола. Поэтому Медицинский факультет нельзя лишить возможности пользоваться богатым материалом, представляющимся для изучения в большом, а главное – благоустроенном доме умалишенных. От связей с наукой выигрывает и психиатрическое заведение, врачи которого при исполнении своих трудных занятий нуждаются в поддержании любви к науке... В уважение этих потребностей учреждены были клиника Академии и решено соорудить окружной дом умалишенных в университетском городе Казани»¹⁴⁵.



Казанская окружная психиатрическая больница. Главный корпус

В Казанском университете на кафедре терапевтической клиники, душевных болезней и семиотики профессорами А.А. Скандовским и Н.А. Виноградовым отдельные вопросы клинической психиатрии рассматривались с 1837 г., а в 1866 г. была открыта самостоятельная кафедра и началось преподавание психиатрии. Лекции читал первый заведующий кафедрой, приват-доцент (в дальнейшем профессор) А.У. Фрезе, а после его смерти – В.М. Бехтерев.

Открытая в 1869 г. Казанская окружная больница стала клинической базой университетской кафедры психиатрии. «Временными правилами» больницы определялось, что «больные, не подающие надежды к выздоровлению в течение года и не представляющие научного интереса, переводятся в местные лечебные заведения для умалишенных, которые по открытии Казанской окружной лечебницы не должны быть закрываемы»¹⁴⁶.

¹⁴⁵ ЦГИА. – Ф. 1287. – Оп. 219. – Ед. хр. 74. – Л. д. 311, 312.

¹⁴⁶ ЦГИА. – Ф. 1287. – Оп. 14. – Ед. хр. 221. – Л. д. 56.

В 1877 г. в Харьковском университете приват-доцентом на кафедру нервных и душевных болезней был избран П.И. Ковалевский, которому было поручено чтение лекций по психиатрии.

После Ковалевского кафедру психиатрии в Харькове занимали Н.И. Мухин и с 1894 г. до Октябрьской революции Я.А. Анфимов, написавший ряд работ по общей психопатологии, по проблемам сознания личности, бредаобразования. Он описал «периодическую усталость», легкие приступы изменения настроения как своеобразные изменения физиологического ритма жизненного тонуса (легкие формы циркулярного психоза).

В 1885 г. в Киеве кафедру психиатрии возглавил И.А. Сикорский, выпустивший два учебника: «Всеобщая психология с физиогномикой» (1904) и «Основы теоретической и клинической психиатрии» (1910). В течение 10 лет (1895–1905) он издавал в Киеве журнал «Вопросы невропсихиатрической медицины».

На северо-западе России, в тогдашней Лифляндской губернии, в г. Дерпте профессором психиатрии и невропатологии с 1880 по 1886 г. был Эммингауз. Он же стал одним из основателей психиатрической клиники, которой после него до 1891 г. руководил Э. Крепелин, а затем приехавший из Санкт-Петербурга профессор В.Ф. Чиж.

На всех первых кафедрах психиатрии в российских университетах разрабатывались собственные планы подготовки врачей. Занятия состояли из теоретических (лекционных) курсов, в которых рассматривались возможные причины, особенности проявления психических заболеваний и организация помощи больным, а также клинических демонстраций, привлекавших обычно большое число студентов.

Большое значение для преподавания и развития материалистических взглядов на существование психических расстройств в этот период имело издание в 1863 г. книги И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга»¹⁴⁷. С точки зрения физиолога он предложил рассматривать акты сознательной и бессознательной жизни человека как результат рефлекторной деятельности. При этом им было обращено внимание на то, что рефлекс нельзя рассматривать упрощенно-механистически. В центральной нервной системе имеется «механизм торможения», благодаря которому «не всякая мысль сразу же переходит во внешнее действие». В работах И.М. Сеченова, а затем И.П. Павлова и их последователей многие исследователи в дальнейшем находили научное обоснование развития психических расстройств.

Создание так называемой университетской психиатрии имело большое значение для подготовки врачей-психиатров и развития с их участием сети лечебных психиатрических учреждений. Для того времени было весьма характерно тесное содружество кафедр психиатрии и крупных больниц, многие из которых не только представляли собой учреждения, ведущие практическую лечебную работу, но и были центрами плодотворных научных исследований.

Центрами подготовки врачей-психиатров постепенно становились и психиатрические больницы Санкт-Петербурга и Москвы. Так, в 1856 г. в Берлин, Лейпциг, Париж, Лондон и Вену «для обзора тамошних заведений для умалишенных» был командирован ординатор петербургской больницы «Всех скорбящих» К.Х. Зейферт. В обосновании его поездки отмечалось: «Нет сомнения, что эта больница в отношении медицинского, гигиенического и морального пользования пациентов принадлежит к наилучшим в Европе. Однако в последнее время в некоторых иностранных учреждениях для помешанных... сделаны улучшения, способствующие врачеванию душевных болезней, которые могут оказаться полезными для России». Впоследствии К.Х. Зейферт длительное время работал в комиссии по устройству отечественных заведений для душевнобольных.

¹⁴⁷ Первоначально издание называлось «Попытка свести способ происхождения психических явлений на физиологические основы», но в связи с тем, что Министерством внутренних дел в этом названии «усматривалась пропаганда крайнего материализма», оно было изменено.

Для лучшей подготовки врачей в больнице «Всех скорбящих» в 1858 г. принимались меры «практического образования молодых лекарей» путем их участия «в пользовании ординаторами одержимых душевными болезнями под руководством старшего врача». Отмечалось, что общий порядок больницы, где удалось добиться «всего достигнутого наукой на пользу заведения, людям, готовым учиться, и страждущему человечеству», будет «содействовать изучению психиатрии и умножит число практикантов», направляемых затем в губернские учреждения. Предлагалось материально обеспечить молодых врачей, направляемых «для обучения душевным болезням, до 3 человек одновременно». В 1861 г. при больнице «Всех скорбящих» было создано помещение для «практических занятий врачей психиатрией».

В мае 1865 г. было принято решение «О доставлении врачам способов к усовершенствованию». В «Правилах» о прикомандировании на срок от 6 мес. до 2 лет к больницам и клиникам университетских городов или академии предпочтение отдавалось губернским и уездным врачам, работавшим не более 15 лет, наиболее перспективным «в научном и практическом направлении». Отмечался сложившийся с 1857 г. в этом вопросе опыт «прикрепления для образования врачей-практикантов к петербургской больнице для чернорабочих», где помещалось и отделение для душевнобольных. В начале 1866 г. были определены первые 10 врачей для практического усовершенствования в клиниках Медико-хирургической академии, среди которых «по части психиатрии – у доктора Балинского» значился А.Е. Черемшанский. Усовершенствующийся врач назначался сверхштатным чиновником медицинского департамента и прикомандировывался к больнице или клинике. На учебу врачей выделялось около 22 тыс. рублей в год, включая средства на заграничные командировки. Предполагалось ежегодное усовершенствование не более 40 человек за счет государства по всем медицинским профессиям.

Вопросы организации усовершенствования врачей-психиатров в университетских клиниках и больницах были проанализированы профессором А.М. Шерешевским¹⁴⁸. Он отмечал, что конкретные обязанности рядовых врачей психиатрических учреждений в 50-е годы XIX в. требовали серьезной специальной подготовки и включали «исследование помешанных», в том числе с помощью «продолжительных бесед», на основании «глубокой осведомленности во врачебной науке и в психиатрии особенно». На «первичное определение характера болезни» отводилось три дня. Ординатор руководил персоналом, сбором сведений о больных через родственников и сослуживцев, а также вел медицинскую документацию, куда входили история болезни с описанием «признаков лечения пациента до поступления, перемен в его жизни до развития помешательства»; «приемный лист» с указанием ведомства, направившего больного, его диагноза, состояния при поступлении и «вида надзора при доставлении в лечебницу». На каждого больного заводили «скорбный лист» для фиксирования больничного диагноза и процесса «физического и психического изучения призреваемого» с отражением «мнимощущений, душевного расположения, идей и действий». В этом листе находило отражение также «телесное и нравственное» лечение. Предусматривалось ведение «памятных» надзирательских и фельдшерских книг, а также «памятной учительской книги».

В 1862 г. появилась инструкция врачам, командированным за границу для «ознакомления с опытом призрения умопомешанных». Ее положения представляют большой интерес, поскольку отражают потребности развития отечественной психиатрии. Инструкция предусматривала аргументированный (после изучения литературы) выбор для осмотра «вновь открытых заведений», где тщательно изучались устройства зданий в медицинском и хозяйственном отношении. Отмечалась важность посещения как строящихся заведений для «уяснения способов возведения», так и лечебниц с «многолетним опытом и заслуженной репутацией». Подчеркивалось, что необходимо «обратить внимание на изучение всех

¹⁴⁸ Шерешевский А.М. Организация усовершенствования врачей-психиатров в России // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – Т. 8. – С. 1230–1234.

видов лечения». Рекомендовалось изучение «офтальмоскопии, ларингоскопии, электролечения, химических исследований и обязательное посещение клиники внутренних болезней», а также «знакомство с анатомией и гистологией нервной системы, патологической анатомией помешательства, со статистикой и законами о помешанных»¹⁴⁹. Отмечалась важность изучения «ухода служителей за больными, их занятий и развлечений». При знакомстве с психиатрическими колониями рекомендовалось, «зная разнообразие форм помешательства, не увлекаться идеей полной замены ими других психиатрических заведений». Требовалось изучение «администрации учреждений для будущей деятельности на родине» и мастерских, изготавливающих больничное оборудование с «составлением чертежей». Во время поездки психиатры посещали клиники, где исследовали «все виды лечения наряду с патологической анатомией и гистологией помешательства». Обязательным было знакомство со средствами, «выделяемыми для помешанных государством и обществом, законами об умалишенных и статистикой». Предполагалось, что при получении врачом такой подготовки можно рассчитывать «на перерождение психиатрического учреждения, где будут преобладать стремления, обуславливающие не только общегуманный, но и научный интерес».

Профессора и доценты университетских кафедр, как и многие практикующие врачи, ежегодно командировались в Германию, Францию и Англию для прохождения стажировки и участия в международных конгрессах. При этом приезжавшие из России врачи не только знакомились с зарубежным опытом, но и выступали с докладами о своих собственных научных исследованиях. В качестве примера контактов с ведущими европейскими специалистами можно сослаться на деятельность И.П. Мержеевского. Как пишет Ю.В. Каннабих¹⁵⁰, только с 1872 по 1875 г. Мержеевский дважды совершил поездки за границу, работал у Вестфалия в Берлине, у Генле и Меркеля в Геттингене, после чего совершенствовался в Париже, где у него установились тесные дружеские отношения с известным психиатром В. Маньяном. Будучи за границей, И.П. Мержеевский в марте 1872 г. сделал доклад в берлинском Антропологическом обществе о микроцефалии. Аналогичный доклад был сделан им и в парижском Антропологическом обществе в 1875 г. Вместе с Маньяном Мержеевский в 1872 г. сделал доклад «Об изменении эпендимы мозговых желудочков при прогрессивном параличе». Тесные контакты с зарубежной профессурой способствовали быстрому формированию в России прогрессивной системы обучения врачей-психиатров и в конечном итоге – достаточно эффективной (с учетом имевшихся возможностей) помощи психически больным.

С 1873 г. в Петербурге началось создание так называемого клинического института, который должен был заниматься «усовершенствованием врачей всех специальностей». В возглавляемую терапевтом Э.Э. Эйхвальдом комиссию по организации института вошли И.М. Балинский, И.А. Раухфус и другие медики, а также П.П. Семенов-Тянь-Шанский и А.Ф. Кони. В совете института, подготовившем устав и принципы управления этим учреждением, наряду с членами комиссии работали Г.В. Склифосовский, Л.Б. Бертенсон, Л.Ф. Рагозин, В.Ф. Саблер и др. В мае 1885 г. Психоневрологический институт, директором которого стал Э.Э. Эйхвальд, открылся. Врачи обучались в нем «за умеренную плату». Несмотря на наличие в совете трех психиатров, непосредственной специализации по душевным болезням не проводилось. Однако отдельные сведения в области психиатрии врачи получали при обучении терапии и неврологии. Судебную психиатрию для совершенствовавшихся по судебной медицине преподавал С. А. Суханов.

В Петербурге с 1898 г. действовало также Общество взаимопомощи врачей, приезжавших для усовершенствования; среди его организаторов были Л.Ф. Рагозин и А.Ф. Кони. По

¹⁴⁹ Несколько слов о постройке окружных домов умалишенных // Северная почта. – 1862. – № 115.

¹⁵⁰ Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М., 1994. – С. 386.

данным этого общества, среди прибывших на обучение в столичные города в течение нескольких лет 5 % специализировались по психиатрии.

Росту теоретической подготовки врачей-психиатров способствовало открытие в 1905 г. кафедры нервных и психических болезней при Новороссийском университете в Одессе. Первым ее заведующим стал ученик В.М. Бехтерева профессор Н.М. Попов. При нем сложился коллектив сотрудников, внесших впоследствии выдающийся вклад в развитие неврологии и психиатрии. Среди них были В.Н. Образцов, Е.А. Шевалев, Г.И. Маркелов и др. Лекции Н.М. Попова были изданы в виде двухтомного учебника. Впоследствии переведенное на болгарский язык руководство стало первым болгарским учебником психиатрии.

В Москве на базе Центрального приемного покоя душевнобольных в 1908 г. были организованы «повторительные» психиатрические курсы, где преподавали А.Н. Бернштейн, В.А. Гиляровский, Н.Л. Вырубов и др. Ю.В. Каннабих впервые начал там излагать «историю психиатрических учений». Через год аналогичные курсы по многим специальностям уже функционировали при Московском университете. Психиатрию здесь читал А.Н. Бернштейн, а практические занятия вел Ф.Е. Рыбаков. С января 1910 г. «повторительные курсы по психиатрии» начали ежегодно работать при Психоневрологическом институте в Петербурге.

Примерно тогда же в Германии, в Мюнхене, по инициативе Э. Крепелина и А. Альцгеймера стали действовать трехнедельные курсы усовершенствования по психиатрии, где специалисты читали клинические лекции, освещали различные организационные вопросы и излагали основы психологии. Русские врачи составляли около 20 % учащихся.

Врачи, специализировавшиеся в области психиатрии, также проходили подготовку в университетских клиниках или крупных больницах. Так, М.В. Игнатъев из Петербурга, В.И. Реймерс из Перми, К.М. Леплинский из Киева, А.Г. Криднер из Рязани и др. проходили усовершенствование в клинике Военно-медицинской академии. Л.М. Станиловский из Москвы совершенствовался в клинике у С.С. Корсакова, а А.П. Драгоманов из Харькова и В.А. Тихомиров из Москвы обучались в Харьковской клинике. В Казанской окружной лечебнице занимались С.Д. Колотинский, Б.И. Воротынский, П.В. Нечаев из Уржума и др. (табл. 3).

Таблица 3. Число врачей, проходивших подготовку по психиатрии в XIX в.

Годы	Всего врачей, находившихся на усовершенствовании	В том числе		
		В клинике Военно-медицинской академии	В клиниках университетских городов	В крупных больницах
1865–1874	5	3	1	1
1875–1884	10	5	2	3
1885–1894	22	7	4	11
1894 — начало XX в.	5	4	1	0
Всего	42	19	8	15

Многие из проходивших усовершенствование возглавляли затем различные психиатрические больницы и службы. С.Д. Колотинский стал директором Московской окружной лечебницы, М.В. Игнатъев был специалистом по статистике и эпидемиологии психических заболеваний, А.Е. Черемшанский длительное время возглавлял больницу «Всех скорбящих» в Петербурге, А.Л. Мендельсон выдвигался заведующим психиатрической больницей Воронежского земства, П.В. Краинский стал во главе старейшей Колмовской больницы в Новгороде, А.Ф. Мальцев был назначен директором Полтавской земской психиатрической больницы, А.В. Тимофеев, составивший в период усовершенствования доклад «Об урегулировании дела призрачения и лечения душевнобольных» и справку «О развитии психиатрического дела в России», возглавил психиатрическую больницу на станции Удельная в Петербурге.

Одним из видов врачебного усовершенствования было выполнение диссертационных исследований, посвященных различным вопросам психиатрии. Несмотря на то что подобная деятельность относилась преимущественно к научным разработкам, диссертации, выполняемые врачами на кафедрах душевных болезней, способствовали повышению их специальной квалификации и дальнейшей практической работе. В 1881 г. Медицинский совет (его называли «главное врачебно-ученое место» в России) отмечал, что ученая степень является «важным поощрением... для врачей, а желающий ее получить находится в необходимости следить за ходом медицинских наук». В «предварительные испытания» на степень доктора входили 24 устных и письменных экзамена по теоретическим и клиническим дисциплинам, в том числе душевным и нервным болезням. В заключительной части диссертации обязательно публиковались положения, отражающие взгляды автора на проблемы медицинской практики в определенной области. Например, положения, излагавшиеся в психиатрических работах И.П. Мержеевским, Л.Ф. Рагозиным, Л.Л. Мендельсоном и М.В. Березовским, касались соматических изменений при психозах, доступных методов оценки душевных расстройств, психопрофилактических мероприятий, нестеснения, подготовленности персонала и форм ухода за умалишенными. Званием «доктора медицины» уже в 1858 г. обозначалась «высшая учено-практическая медицинская степень».

Рассматривая пути получения образования и совершенствования психиатрами профессиональных знаний, можно убедиться, что уже в середине XIX столетия в России сложились как организационные основы подготовки специалистов, так и основные направления их обучения. Примечательны широта клинической подготовки, включавшей получение знаний по разным медицинским специальностям, а также возможность длительной практической врачебной работы под руководством опытных врачей-психиатров. Эти принципы подготовки и переподготовки психиатров сохранялись на протяжении последующих десятилетий в различных организационных формах подготовки врачей.

Осенью 1878 г. в Санкт-Петербурге были открыты высшие женские (Бестужевские) курсы – первое в России высшее учебное заведение для женщин. В 1897 г. при курсах, благодаря пожертвованиям семей Л.А. Шанявской и М.Л. Нобель-Олейниковой, открыт Женский медицинский институт, на базе которого в дальнейшем был организован Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. В 1900 г. В.М. Бехтерев организовал в институте самостоятельную кафедру психиатрии, на которой работали многие известные психиатры и медицинские психологи.

В первые годы XX в. возросла научная работа молодых больничных психиатров. Увлечение научными исследованиями в больницах было настолько велико, что старый общественный психиатр К.Р. Евграфов высказал опасение, будто это может помешать заботам о благоустройстве больниц: «Теперь врачи стремятся уйти в плохонькие лаборатории при земских больницах и «обогащать науку» казуистическими и лабораторными исследованиями в ущерб своим прямым задачам общественного земского характера».

В Харькове в 1902 г. при директоре Б.С. Грейденберге с большим успехом были организованы научные конференции больницы. Прозектором был приглашен профессор Н.Ф. Мельников-Разведенков. С 1911 г. здесь действовала бактериологическая лаборатория, из которой вышел ряд диссертаций. В 1906–1914 гг. Харьковская больница при тесной совместной работе соматиков и психиатров стала первым продуктивно работавшим сомато-психиатрическим учреждением.

В 1904 г. в Тамбове В.А. Муратов организовал хорошо оборудованный патологоанатомический кабинет, позже здесь производил исследования по химическому составу мозга С.А. Воскресенский. В 1910 г. Н.П. Каменев, работавший в Туле, говорил, что «прозекторское дело в заведомой им больнице поставлено вполне основательно». В 1903 г. А.Д. Коцовский сообщил о хорошей организации патологоанатомической лаборатории в Кишиневе (прозектор Н.А.

Алфеевский). В московских больницах патологической анатомией занимались Н.И. Орлов, В.А. Гиляровский и В.В. Вейденгаммер. В больнице «Всех скорбящих» в Петербурге, а в дальнейшем в Костроме вел многочисленные патологоанатомические научные работы П.Е. Снесарев, в Твери – М.О. Гуревич, в Нижнем Новгороде – А.В. Агапов.

Значительно расширились исследования по биохимии. Заметным явлением было издание книги А.И. Ющенко «Сущность душевных болезней и биохимические исследования их» (1911), которая стала одной из первых по этому вопросу в Европе и была немедленно переведена на немецкий язык. Следует также отметить биохимические исследования Д.И. Пескер, А.А. Бутенко, С.А. Воскресенского.

В прозекторских городских и земских больниц окрепла русская клиническая патологическая анатомия мозга (В.А. Гиляровский, П.Е. Снесарев, М.О. Гуревич).

Некоторые больницы в это время стали центрами серьезной разработки научных вопросов. Так, в Москве в больнице им. Алексеева и вокруг журнала «Современная психиатрия» под руководством П.Б. Ганнушкина образовалась научная школа, работавшая главным образом над проблемой пограничных состояний, конституции, типов характера и опередившая в этом отношении западную психиатрию.

Земская психиатрия стала выдвигать своих психиатров на заведование кафедрами вузов: Н.Н. Баженов в 1906 г. стал профессором Высших женских курсов в Москве, Н.А. Вырубов – профессором психиатрии Казанского университета, А.Д. Коцовский – Новороссийского университета, Н.В. Краинский в 1915 г. был назначен профессором в Варшаву.

На рубеже веков в психиатрических больницах работало первое поколение отечественных психиатров, получивших образование, как правило, в Санкт-Петербурге или в Москве и совершенствовавшихся в лучших европейских клиниках. В большинстве это были высокообразованные врачи, многие из которых обладали организаторскими способностями. Без этого невозможно было завоевывать авторитет в новой специальности, внедряющейся в содружество клинических дисциплин, и преодолевать организационно-бюрократические барьеры при строительстве психиатрических больниц и налаживании реальной медицинской помощи душевнобольным. Несомненной заслугой психиатров того времени следует считать внедрение гуманистических традиций, прочно вошедших в отечественную психиатрию. Систематически публиковалась информация о деятельности городских и губернских психиатрических больниц, о результатах губернских и всероссийских переписей душевнобольных. Отчеты отечественных психиатров о зарубежных стажировках, командировках, сотрудничестве с зарубежными коллегами регулярно публиковались и были доступны не только психиатрам, но и широкой общественности. В обществе был весьма высок интерес к психоанализу, психопатологии, проблемам душевного здоровья. Все это послужило важной предпосылкой для дальнейшего прогресса российской психиатрии и создания развитой системы психиатрической помощи.

Глава 7. Становление и развитие военной психиатрии¹⁵¹

Официальной датой рождения в отечественной медицине термина «военная психиатрия» считается 3 января 1910 г., когда он прозвучал на III Съезде российских психиатров, на специальном заседании военной секции. С этого времени «военная психиатрия» была выделена в отдельный раздел научной и практической психиатрии. Однако собственно военная психиатрия в России имеет более давнюю историю и неразрывно связана с развитием Медико-хирургической (Военно-медицинской) академии (МХА), учрежденной в 1798 г. в соответствии с указом императора Павла I. С первых же дней своего создания академия стала центром отечественной медицины, в котором не только обучали студентов медицинским наукам, но и готовили первых русских профессоров-медиков, которые впоследствии успешно работали в университетах разных городов. Император Александр I присвоил академии титул Императорской и сделал ее главным учебным и научным медицинским заведением России. История становления отечественной неврологии и психиатрии в Медико-хирургической академии была представлена в докладе Одинака М.М., Шамрея В.К. и их соавторов на пленарном заседании конференции, посвященной 155-летию кафедры в ноябре 2015 г. (табл. 4, приводится в том виде, в котором она демонстрировалась докладчиками).

Таблица 4. Становление отечественной неврологии и психиатрии в Медико-хирургической академии.

¹⁵¹ Используются материалы, предоставленные профессором В.К. Шамреем.

1744 г.	Первое отечественное пособие по нейроанатомии — «Силлабус, или Указатель всех частей человеческого тела» (М.И. Шенн, лат. яз.)
1762 г.	Подробные разделы по травмам нервной системы в учебнике «Основные наставления хирургические и рукопроизводные» (И.З. Платнер)
1778 г.	Первая работа неврологического содержания — «Травматическая эпилепсия» (Я.В. Стафонович-Донцов)
1802 г.	Подробный раздел по нейроанатомии в учебнике анатомии П.А. Загорского
1803 г.	Первое упоминание о необходимости преподавания в Медико-хирургической академии душевных болезней (доклад министру внутренних дел графу Кочубею его помощника графа Строганова о преобразовании Медико-хирургической академии)
1805 г.	Доклад ректора Медико-хирургической академии Петра Франка министру внутренних дел графу Кочубею о преобразовании учебного процесса в академии, в котором говорится о необходимости преподавания душевных болезней в курсе частной терапии
1811—1816 гг.	Дискуссия по вопросам неврологии во «Всеобщем журнале врачебной науки»
1820 г.	Ф.К. Уден первым в отечественной неврологии предпринял попытку классификации болезней нервной системы в руководстве «Академические чтения...», издававшемся с 1816 г. по 1822 г.
1825 г.	П.А. Чаруковский в книге «Общая патологическая семиотика» полностью описывает все известные на тот момент болезни нервной системы
1829 г.	П.П. Пелехин защитил диссертацию «О природе неврозов». Это была первая академическая диссертация, в которой были рассмотрены преимущественно психиатрические вопросы
1832 г.	Профессор кафедры судебной медицины С.А. Громов издал «Краткое изложение судебной медицины для академического и практического употребления» с разделом «Душевные болезни в судебно-медицинском отношении»
1834 г.	П.А. Бутковским подготовлено издание «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании». Это было первое руководство и первый учебник по психиатрии в России
1836 г.	15 февраля на заседании конференции Медико-хирургической академии для преподавания учения о нервных и душевных болезнях назначен П.Д. Шипулинский (первый официальный преподаватель неврологии и психиатрии в Медико-хирургической академии)
1845 г.	6 октября П.Д. Шипулинский представил первую отечественную программу лекций по нервным и душевным болезням
1840—1850 гг.	Курс нервных болезней изучается на кафедре внутренних болезней Императорской Медико-хирургической академии. Лекции читают В.Е. Экк и Н.Ф. Здекауэр
1859 г.	27 ноября при Общем союзе петербургских врачей организована секция нервных болезней, психиатрии и судебной медицины
1860 г.	<ul style="list-style-type: none"> • 28 июня основана кафедра учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей • 18 сентября надворный советник И.М. Балинский утвержден ординарным профессором на кафедру учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей
1877 г.	<ul style="list-style-type: none"> • 16 января младший врач клиники душевных болезней, доктор медицины, статский советник И.П. Мержеевский утвержден в звании ординарного профессора и назначен директором клиники нервных и душевных болезней • И.П. Мержеевский подготовил одну из первых современных, подробных, всеобъемлющих отечественных учебных программ по неврологии
1881 г.	<ul style="list-style-type: none"> • 27 мая клинике предоставлено 6 кроватей для нервных больных, началось систематическое преподавание невропатологии • И.П. Мержеевский практически одновременно с В.А. Бецем описал гигантские пирамидные клетки
1892 г.	<ul style="list-style-type: none"> • 24 июня — торжественное освящение нового здания клиники нервных и душевных болезней • 31 июля — перевод больных в новое здание клиники нервных и душевных болезней • 17 декабря — приказ № 347 о расширении отделения для нервных больных до 20 коек



Клиника нервных и душевных болезней
в здании штаба Императорской Медико-хирургической академии

В уставе академии, утвержденном в декабре 1835 г., имеется положение о том, что «профессор клиники внутренних болезней преподает также патологическую семиотику и учение о душевных болезнях», и уже в феврале 1836 г. этот предмет был включен в расписание занятий. Позже Ф.С. Текутьев так оценит этот факт: «Психиатрия в 1-й раз официально вводится в круг официального академического преподавания». Автор прав только в той части, которая касается начала официального преподавания психиатрии. Но в круг предметов вводилась не психиатрия, а совместное преподавание нервных и душевных болезней.

Клинической базой преподавания психиатрии в МХА и первой специализированной лечебницей в военном ведомстве было психиатрическое отделение при 2-м Военно-сухопутном госпитале. Ф.С. Текутьев в своем историческом очерке сообщает: «Нет возможности указать с точностью, когда именно образовалось отделение для умалишенных при 2-м Военно-сухопутном госпитале; без сомнения – постепенно: с увеличением поступления душевнобольных одна палата занималась ими за другой, пока весь 6-й корпус не оказался занятым исключительно умалишенными и частью мало различаемыми от них хроническими нервными больными».



Современное здание психиатрической клиники
Военно-медицинской академии

29 января 1857 г. вышел императорский указ, предписывающий Конференции МХА разработать новый устав, согласно которому с 1 сентября 1857 г. психиатрия преподавалась в качестве самостоятельной науки. Адъюнкт-профессору И.М. Балинскому было поручено представить к началу учебного года программу преподавания, которую он подготовил в кратчайшие сроки. И.М. Балинский понимал, что одного теоретического преподавания явно недостаточно, а для практического обучения необходима клиника. С этой целью он в 1858 г. разработал проект преобразования психиатрического отделения при 2-м Военно-сухопутном госпитале в психиатрическую кафедральную клинику. 27 марта 1859 г. вышло Высочайшее повеление о переустройстве отделения и утверждение дополнительного штата на 120 коек. 13 июня 1859 г. состоялось торжественное открытие отделения, а 19 июня военный министр утвердил соответствующее положение.

1860 год стал годом официального открытия кафедры. 28 июня император утвердил положение Военного совета об открытии в МХА 5 новых кафедр, в том числе кафедры душевных и нервных болезней, а 18 сентября, согласно избранию конференции академии, надворный советник И.М. Балинский был назначен ординарным профессором психиатрии на вновь учрежденную кафедру.

С именем И.М. Балинского связана выработка основных принципов оказания психиатрической помощи военнослужащим и организация психиатрических отделений при военных госпиталях. В марте 1860 г. Балинский предложил проект психиатрического отделения Московского военного госпиталя, работу которого организовал его ученик Т.Я. Щепетов. 17 января 1864 г. в Петербурге было открыто психиатрическое отделение 1-го Военно-сухопутного Николаевского военного госпиталя. На базе этого отделения начиная с 1876 г. психиатрия преподавалась слушателям других учебных заведений Петербурга. Лекции читали И.М. Балинский и И.П. Мержеевский. В 1894 г. было построено новое здание психиатрического отделения.

Во многом благодаря энергичной деятельности И.М. Балинского в 1868 г. начали функционировать психиатрические отделения в Киевском и Тифлисском военных госпиталях, в 1881 г. – в Морском военном госпитале в Санкт-Петербурге, в 1893 г. – в Варшаве, в 1895 г. – в Риге и Ташкенте, в 1901 г. – в Екатеринодаре, в 1903 г. – в местечке Верном Туркестанского округа, в 1913 г. – в Омске и Хабаровске. В целом к началу XX в. психиатрические отделения были развернуты в 14 военных госпиталях.

С 1877 г. кафедру душевных и нервных болезней МХА возглавил И.П. Мержеевский. В 1881 г. Медико-хирургическая академия была переименована в Военно-медицинскую академию (ВМА). В том же году по настоянию Мержеевского было создано первое неврологическое отделение в клинике душевных болезней. Закладку новой клиники совершили 24 мая 1887 г., а уже 24 июня 1892 г. состоялось ее торжественное освящение. В основу строительства клиники был положен павильонный принцип.



Главное здание Императорской
Военно-медицинской академии,
в котором первоначально располагалась
психиатрическая клиника академии (XIX в.)

Наиболее благоприятным для научной деятельности кафедры был период конца XIX – начала XX в. В это время она была ведущим в стране учреждением, комплексно изучавшим нервную и психическую деятельность, а также основной учебной, научной и клинической базой не только Военно-медицинской академии, но также Психоневрологического и Женского медицинского институтов. Этими учреждениями руководил В.М. Бехтерев.

К 1913 г. В.М. Бехтерев навлек на себя немилость властей в связи с многочисленными устными и письменными высказываниями по наиболее актуальным в то время социальным и политическим вопросам. После вынужденной отставки Бехтерева 17 ноября 1913 г. кафедра (клиника) была разделена на две кафедры (клиники) – психиатрии и нервных болезней. Кафедра психиатрии ВМА в дальнейшем заняла ведущее место в решении всех научных и организационных проблем военной психиатрии.

В организационном отношении В.М. Бехтерев особо важным считал принцип преемственности оказания медицинской помощи душевнобольным военнослужащим. Он предлагал устройство лечебных заведений двух типов:

1) лечебных стационаров (на 50 коек), вблизи от действующей армии, для больных, требующих непродолжительного лечения, с последующим решением вопроса о возвращении их в строй или дальнейшей эвакуации;

2) этапных пунктов (вблизи железных дорог) для кратковременного размещения больных, нуждающихся в отправке в психиатрические отделения госпиталей глубокого тыла.

Кроме того, при полевых лечебных учреждениях предлагалось организовать «психиатрические койки» для первичного осмотра и принятия организационного решения, т. е., говоря современным языком, сортировки больных.

Указанные подходы к организации оказания психиатрической помощи в боевых условиях при непосредственном участии целого ряда видных ученых-психиатров (В.М. Бехтерев, М.Н. Нижегородцев, А.И. Озерецковский, М.Н. Реформатский, П.М. Добротворский, П.М. Автократов, Е.С. Боришпольский, С.Д. Владычко, А.П. Розен, Г.Е. Шумков, Л.Ф. Якубович и др.) впервые в мировой практике были использованы подразделениями российского Красного Креста. При этом помощь оказывалась не только в тыловых районах, но и непосредственно на фронте (в «полевых психиатрических приемных покоех»). Тем самым был заложен принцип приближенности психиатрической помощи к передовому этапу.

Однако во время Русско-японской войны 1905 г. существовавшие планы психиатрической службы в действующей армии использовались далеко не в полной мере. Положение осложнялось тем, что в Забайкалье и Приамурье отсутствовали военно-психиатрические лечебные заведения. Первые эвакуированные с боевых позиций военнослужащие с психическими расстройствами размещались в общих палатах соматических отделений. Организация психиатрической помощи почти полностью осуществлялась российским Красным Крестом. При его Главном управлении весной 1904 г. был создан специальный комитет из врачей-психиатров, работавший под председательством профессора В.И. Сиротинина. Российский Красный Крест взял на себя более половины материальных расходов по организации психиатрической помощи, предоставил врачей-специалистов и создал комиссию под председательством В.М. Бехтерева для разработки основ организации психиатрической помощи в русской армии. В состав комиссии вошли М.Н. Нижегородцев, Н.Н. Реформатский и П.М. Добротворский. Комиссия предложила целый ряд положений и директив, к числу которых относились следующие¹⁵².

1. Все заболевающие душевным расстройством на передней позиции доставлялись в полевой психиатрический приемный покой. Этим приемным покоем заведовал врач-специалист, в помощь которому даны были надзиратель, знакомый с уходом за душевнобольными, и 8 санитаров. Из приемного покоя прибывшие больные после осмотра их врачом по возможности в скором времени направлялись в Центральный психиатрический госпиталь санитарным или пассажирским поездом в сопровождении необходимого числа служителей.

2. Центральный психиатрический госпиталь на 50 душевнобольных (15 офицеров и 35 нижних чинов) состоял:

а) из наблюдательного отделения на 15 человек, куда помещались вновь поступившие больные, впредь до выяснения их состояния и диагноза, и больные беспокойные, причем для последних отведено 7 отдельных изоляторов;

б) отделения для спокойных нижних чинов на 20 человек;

в) офицерского отделения, состоящего из 7 отдельных комнат на 16 человек.

В Центральный психиатрический госпиталь поступали душевнобольные непосредственно с места военных действий, из полевых госпиталей и из приемного психиатрического покоя вблизи передовых позиций, а также из различных госпиталей и лазаретов военного

¹⁵² См. подробнее: Автократов П.М. Призрение душевнобольных во время Русско-японской войны // Очерки военной и экстремальной психиатрии. – Ч. I. – СПб., 2011. – С. 7–8.

ведомства и Красного Креста и оставались здесь на излечении впредь до эвакуации их в психиатрические заведения европейской России. При госпитале находилась также амбулатория для нервнобоьных офицеров и нижних чинов, нуждавшихся в специальном лечении и консультациях.

3. Эвакуация больных из центрального психиатрического госпиталя проводилась 3–4 раза в месяц. Обычно эвакуировалось от 30 нижних чинов и от 6 до 8 офицеров. Для сопровождения больных назначались врач-специалист, 2 фельдшера-надзирателя, 2 сестры милосердия, 4 опытных санитаров из состава госпитального персонала и еще команда из 35 нижних чинов, назначаемых военным ведомством в качестве конвоя. Нижние чины перевозились в так называемых арестантских вагонах, а офицеры – в обыкновенных вагонах 2-го класса. Во время каждой эвакуации всегда в вагонах для душевнобольных оставлялись свободные места для того, чтобы в Красноярске, Омске, Иркутске и на других станциях можно было принимать душевнобольных и эвакуировать их в европейскую Россию.

За все время деятельности Красного Креста из района боевых действий было эвакуировано 1350 психически больных (в том числе 220 офицеров).

В апреле 1904 г. было открыто психиатрическое отделение в 1-м Харбинском госпитале, которым заведовал Х. Ш. Боришпольский (прием, сортировку, лечение и эвакуацию больных проводил Г. Е. Шумков, в частях действующей армии работал А.В. Ильин).

Г.Е. Шумков на основании обобщения самонаблюдения и наблюдений солдат в реальных боевых действиях в декабре 1907 г. на заседании Русского общества нормальной и патологической психологии при Военно-медицинской академии выступил с докладом «О душевном состоянии перед боем», который сопровождался демонстрацией фотографий и вызвал большой интерес присутствовавших. В докладе описывались внешние проявления «боевого беспокойства» – мимика лица, окраска кожных покровов, другие вегетативные реакции, мышечное напряжение, а также поступки и движения, становящиеся суетливыми и бесцельными. Докладчик обратил внимание на то, что перед боем течение мыслей ускоряется, появляются затруднения в их управлении, настроение становится «тяжелым». В этот период «притупляется сфера душевного чувства» и даже инстинкта жизни, появляется равнодушие к своей судьбе. Г.Е. Шумков отметил, что в японской армии для профилактики и лечения душевного состояния перед боем солдатам раздается аптечка, включающая таблетки опия и бромистую камфару. В нашей же армии психическое состояние многих военнослужащих расценивается как проявления страха и нежелания идти в бой.

В городе Порт-Артур, который оказался в блокаде, также был военный госпиталь с психиатрическим отделением на 45 мест, которым заведовал С.Д. Владычко. Он же организовывал и эвакуацию больных, которая осуществлялась морем в Одессу на протяжении 70 дней.

Объединение психиатрических структур различной ведомственной принадлежности в этот период обеспечило единую систему оказания психиатрической помощи в условиях военного времени. По признанию отечественных и зарубежных специалистов, в российской армии была сформирована достаточно гибкая система оказания психиатрической помощи, способная перестраиваться в зависимости от изменяющейся обстановки.

В дальнейшем организационные аспекты оказания психиатрической помощи рассматривались в основном через призму крупномасштабных войн. Поскольку основная часть психически больных эвакуировалась, обосновывалась необходимость повышения качества специализированной психиатрической помощи (создание специальных тыловых госпиталей для лечения «военных неврозов», развертывание сети психоприемников в полевых госпиталях и т. д.). Таким образом создавалась возможность непрерывного наблюдения за каждым больным от передовых позиций до центральных районов России.

В 1910 г. III Съезд отечественных психиатров на специальном заседании военной секции обсудил организацию помощи душевнобольным, формы ухода за ними и оптимальные усло-

вия функционирования лечебных учреждений в условиях военного времени. В.М. Бехтерев, который был одним из руководителей съезда, в своем докладе подчеркивал необходимость существования полевых подвижных психиатрических лазаретов, наличия психиатра в каждой дивизии и введения должности «полевого психиатра» для общей организации психиатрической помощи на войне.

Большинство выступавших в прениях по докладам использовали термин «военная психиатрия» как вполне привычный, в том числе и те, кто высказывал критические замечания. Так, например, В.С. Светлов отметил, что термин «военная психиатрия» нуждается в обосновании, поскольку не доказано существование особых военных психозов. Э.В. Эриксон резко сужал задачи военной психиатрии, считая, что она должна быть ориентирована лишь на борьбу с алкоголизмом в войсках. Наиболее же активно выражал свое мнение П.П. Кашенко, сравнив военную психиатрию с «учебной дисциплиной гладиаторских школ...». Однако все эти замечания не были определяющими и были приняты лишь «к сведению». В конечном итоге прения завершились принятием резолюции, в которой констатировалось, что съезд «признает недопустимым повторение неподготовленности к призрению и эвакуации душевнобольных, обнаружившейся в начале бывшей войны, и считает необходимым впредь выработать заблаговременно соответствующую организацию этого дела».

В сентябре 1914 г. после вступления России в Первую мировую войну В.М. Бехтерев предложил разработанный им план оказания помощи душевнобольным военным служащим. Он считал, что организация единой невро-психиатрической помощи должна начинаться с войскового района, так как в полевых условиях очень трудно разграничить функции психиатра и невропатолога. Наиболее полно вопросы военной психиатрии В.М. Бехтерев отразил в своей работе «Война и психозы» (1915 г.), которая вышла в разгар войны и стала заметным событием в истории военной психиатрии¹⁵³. В ней обоснована необходимость расширения психической службы в военное время, так как «война – непосредственно производящая причина появления психозов». В то же время В.М. Бехтерев согласился с мнением ряда психиатров об отсутствии каких-либо особых «военных психозов», возникающих во время боевых действий. Однако он отметил, что депрессивная и тревожная («беспокойная») окраска переживаний событий военного времени составляет характерную особенность как психозов, так и «военных психоневроз» («невропсихозов»).

Многие высказанные В.М. Бехтеревым в указанной работе предложения были использованы при разработке «Положения по организации призрения, эвакуации и распределения по лечебницам душевнобольных воинов действующей армии». При этом были определены «основные принципы психиатрического обеспечения боевых действий», которые, говоря современным языком, можно сформулировать следующим образом:

- приближенность психиатрической помощи к передовым районам;
- осуществление прогностической сортировки на этапах медицинской эвакуации;
- унификация подхода к диагностике и лечению военнопленных с психическими расстройствами на театре боевых действий;
- организация преемственности и последовательности в оказании психиатрической помощи;
- необходимость реабилитационных мероприятий.

Наряду с этим В.М. Бехтерев обратил внимание на необходимость изучения попыток уменьшения у военнопленных «предбоевого» напряжения.

План В.М. Бехтерева полностью не был принят, и в Первую мировую войну организация медицинского обеспечения не предусматривала оказание специализированной психиатриче-

¹⁵³ Основные положения книги В.М. Бехтерева см.: Очерки военной и экстремальной психиатрии. – СПб., 2011. – Ч. I. – С. 16–31.

ской помощи в войсковых и фронтовых районах. Военное руководство предполагало, что, в отличие от Русско-японской войны, процент психических заболеваний будет значительно ниже «в связи с запрещением употребления алкоголя»¹⁵⁴. В конечном итоге это привело к тому, что большая часть психически больных эвакуировалась с фронта и в дальнейшем в боевые части не возвращалась.

Военному руководству данная ошибка стала очевидной только к 1917 г. Проблему вновь, как и в Русско-японскую войну, попытались решить с помощью Красного Креста. Его представляли на фронтах три уполномоченных, наделенных чрезвычайными правами: Н.Н. Реформатский (Северо-Западный фронт), А.В. Тимофеев (Юго-Западный фронт), Н.Н. Баженов, которого позднее сменил А.И. Прусенко (Кавказский фронт). Обстановка на фронтах складывалась таким образом, что распоряжений чрезвычайных уполномоченных практически никто не выполнял. Как исключение можно рассматривать лишь инициативу Г.Е. Шумкова, который в мае 1917 г. на Северо-Западном фронте организовал первые нештатные психоприемники, которые, однако, просуществовали недолго из-за начавшейся революции.

События 1917 г. привели к существенным изменениям в принципах построения и функционирования военной медицины, в том числе и военной психиатрии. 10–12 апреля 1917 г. Правлением Русского союза психиатров и невропатологов была созвана конференция, которая прошла в Москве. Участники заслушали и обсудили доклады П.П. Кащенко «Общие соображения о конструкции органов для ведения психиатрического дела в условиях военного времени», А.А. Бутенко «О реорганизации военно-психиатрического дела в тылу в связи с установлением нового государственного строя», В.А. Тер-Аветисова «О мобилизации врачей – психиатров и невропатологов (в том числе женщин)». При этом П.П. Кащенко вновь, как и ранее на III Съезде отечественных психиатров, высказывал мнение, что «устройство особого «военного» психиатрического попечения невозможно и не нужно», которое не было поддержано участниками. С учетом уже накопленного опыта «военной психиатрией» была предложена достаточно четкая организационная схема оказания психиатрической помощи во время военных действий. Она включала развертывание в районах боевых действий психоприемника под руководством «корпусного психиатра», лечебно-эвакуационных мероприятий, возможности проведения психиатрической экспертизы, а также комплексной «психопомощи» в районе фронтового тыла. Все эти направления развития военной психиатрии определили ее деятельность в будущем – во время Великой Отечественной войны.

¹⁵⁴ Летом 1914 г. в России был введен «сухой закон».

Глава 8. Начало проведения судебно-психиатрической экспертизы¹⁵⁵

До конца XVIII в. психически больных «для вразумления» помещали в монастыри – и по постановлению администрации, и по челобитью, подававшемуся «всякого чинов людьми», и по просьбе родственников. При этом монахам вменялось в обязанность не только исправление «в уме поврежденных», но и проведение экспертизы – установление факта болезни или ее симуляции.

Однако далеко не всех обвиняемых, относительно которых возникало сомнение «в их целом уме», отправляли в монастырь. Нередко велся «розыск» (следствие), а испытуемый содержался «в разряде или в приказной избе» или даже в тюрьме. М.Ю. Лахтин в очерках «Из прошлого русской психиатрии» приводит, например, дело некоего Иглина, который произносил «непригожие слова о государе». Об этом Иглине архимандрит и игумен показывали, что он «в уме решился... и в том безумии странствует», а в 1649 г. «находился в запрещении в Никольском монастыре у старцев на цепи и из-под начала ушел с цепью». Тем не менее «велено было в Путивле учинить ему наказание... бить его батоги нещадно».

В 1669 г. появился первый нормативно-правовой акт, касающийся душевнобольных в уголовном процессе, – «Новоуказные статьи о разбойных и убийственных делах». В этом документе констатируется: «Аще бесный убьет, неповинен есть смерти». Также указывалось на недопустимость привлечения душевнобольных в свидетели наравне с глухонемыми и детьми.

В 1677 г. был издан закон, касающийся имущественных прав душевнобольных. В нем было указано, что глухие, слепые и немые могут управлять своим имуществом, а глупые (слабоумные) и пьяницы не могут вести дела и управлять имуществом. При этом вопросы установления душевной немочи никак не регламентировались. Зачастую попросту собирались сведения о странном поведении душевнобольных, записанные со слов очевидцев.

Дела об опеке, судебной экспертизе и посылке в монастырь психически больных разрешались особым указом высших правительственных инстанций.

Вследствие уклонения некоторых дворянских детей от обучения и государевой службы под предлогом юродства и слабоумия от рождения, а также с целью выявить подлинно душевнобольных в дворянских семьях Петр I в 1722 г. издал указ «О свидетельствовании дураков в Сенате». Им повелевалось: «Как высших чинов, так и нижних чинов людям, ежели у кого в фамилии ныне есть или впредь будет дурак, о таких подавать известие в Сенат, а в Сенате свидетельствовать и буде по свидетельству явятся таковые, которые ни в науку, ни в службу не годились, и впредь не годятся, отнюдь жениться и замуж идтить не допускать и венечных памятей не давать». В этом указе впервые выносился запрет душевнобольным вступать в брак, так как от таких браков «доброе наследия к государственной пользе» ожидать нельзя. Таким образом, процедура освидетельствования в Сенате являлась значимым действием, могущим повлечь определенные юридические последствия. В 1723 г. в дополнение к вышеуказанному вышел еще один акт, в котором устанавливались форма и способ освидетельствования в Сенате и были даны критерии оценки психического состояния свидетельствуемых, что явилось прообразом будущего освидетельствования психически больных.

При Петре I по поводу больного, произнесшего «государево слово», но оказавшегося душевнобольным, было установлено: «усматривая таких в безумстве, расспрашивать их на месте и к Москве не высылать», что делало душевнобольных неподсудными за крамолу в отношении государственной власти. Указом от 1722 г. было велено Монастырскому приказу ума-

¹⁵⁵ См. подробнее: Юдин Т.И. Указ. соч.

лишенных и людей, осужденных на вечную каторгу, но «не способных» к ней по состоянию здоровья, помещать в монастыри.

В 1767 г. Синод предписал «безумных отсылать свидетельствовать к дохтурам», и если бы по докторскому свидетельству оказалось, что «в них беснование от злых духов», то принимать их «для духовного исправления под синодское ведомство, а без такового свидетельства в монастыри не принимать». Таким образом, дифференциальный диагноз между одержанием злыми духами и безумием Синод предоставлял уже ученым врачам, а на свою долю оставлял лишь лечение одержимых бесами.

В 1813 г. в Государственную думу был внесен законопроект, передававший дело о наложении опеки суду. О крестьянах в гражданских законах впервые упоминалось только в 1830 г., да и то лишь по поводу надзора за теми из них, которые могут причинить зло себе или другим, или об их призрении – что, впрочем, было вполне естественно, так как никаких имущественных и гражданских прав крепостные крестьяне не имели.

В 1815 г. появился указ, где упоминается об освидетельствовании умственного состояния купцов и разночинцев; при их освидетельствовании предлагалось приглашать городского голову и двух членов магистрата. Тогда же была отменена обязанность возить всех дворян для признания их умалишенными в Петербург в Сенат и постановлено лиц, страдающих врожденным слабоумием, для наложения опеки представлять в Сенат, а лиц, страдающих приобретенным помешательством, предложено свидетельствовать в губернских городах через врачебную управу в присутствии губернатора, председателя гражданской палаты, прокурора, губернского предводителя дворянства и одного или двух уездных. Впрочем, окончательное утверждение акта освидетельствования все же оставалось за Сенатом. При этом Сенат основывался не на описании врачами поведения больного, а лишь на правильности письменных ответов самого больного на элементарные вопросы, требовавшиеся по закону. Благодаря этому бывали случаи, что больной, например, с тяжелой депрессией и со стремлением к самоубийству признавался Сенатом здоровым.

Всех лиц, совершивших тяжкое преступление в состоянии помешательства, посылали в дома умалишенных, причем в случае выздоровления было предписано помещать их в особые от прочих сумасшедших отделения, с тем чтобы священники обращались к ним с поучениями, и если в течение пяти лет не будет замечено припадков помешательства, они могли быть отпущены на свободу с разрешения Министерства внутренних дел. С 1835 г. установился определенный порядок освидетельствования и сроки содержания в доме для умалишенных лиц, совершивших преступление. При этом впервые упоминалось об особой форме сумасшествия – «умоисступлении», при котором срок содержания в доме умалишенных сокращался до шести недель. В 1841 г. разрешено допускать в присутствие для нужных объяснений также врача, наблюдавшего больного.

В 1845 г. был издан Свод законов, а затем, с введением гласного судопроизводства, и новый Устав уголовного судопроизводства и Уложение о наказаниях. Эти законы в основном действовали до революции 1917 г., хотя неоднократно создавались комиссии для их пересмотра. В Уложении о наказаниях уголовных и исправительных содержалось достаточно широкое определение понятия невменяемости. В качестве причин, исключаящих вменение в вину содеянного, назывались сумасшествие, припадки болезни, приводящей в умоисступление или совершенное беспамятство. Согласно этому закону, принудительному лечению – помещению в дом умалишенных – подвергались совершившие убийство, покушение на собственную жизнь и поджог лица, безумные от рождения или сумасшедшие даже в том случае, если родственники согласны были взять на себя обязанность смотреть за ними.

Психиатрическое освидетельствование лиц, совершивших преступления, проводилось в соответствии с нормами уголовного судопроизводства. Если следователь замечал, что обвиняемый «не имеет здравого рассудка» или страдает «умственным расстройством», то он обязан

был пригласить для осмотра любого врача и потребовать от него письменного заключения о состоянии обвиняемого, подписываемого в присутствии понятых. Если врач, не будучи специалистом, не мог дать определенного заключения, то он должен был направить обвиняемого в больницу «для наблюдения и испытания». Удостоверившись в наличии у подозреваемого психического расстройства, следователь передавал дело производство в прокуратуру, а затем – на рассмотрение окружного суда. Суд, после специального освидетельствования, принимал решение о связи преступного действия обвиняемого с его психическим заболеванием. При этом, в соответствии с уставом уголовного судопроизводства, освидетельствование «безумных и сумасшедших» производилось в присутствии врачебного инспектора или его помощника и двух врачей по назначению врачебного отделения губернского правления (в негубернских городах экспертами могли быть два любых врача по назначению врачебного отдела и третий – по выбору суда). Принудительное «водворение» лица в дом умалишенных и установление опеки над его имуществом производилось по определению Окружного суда или Судебной палаты. Срок обязательного пребывания лица в доме умалишенных составлял два года, в течение которых не должно быть признаков сумасшествия. Этот срок мог быть сокращен при отсутствии опасности больного. После освобождения лицо по решению суда передавалось на поруки заслуживающим доверие лицам.

В Своде законов 1845 г. имелись указания не только о том, в каких отношениях права психически больных должны быть ограничены, но и какими льготами они пользовались. Так, «запрещалось вступать в брак с безумными и сумасшедшими». Болезнь одного из супругов могла быть поводом к расторжению брака (для православных болезней, развившаяся после венчания, не могла служить поводом к расторжению), но сторона, требующая развода, обязана была обеспечить содержание другой. Больным «запрещалось писать и совершать акты об имении и займе», хотя от права наследования психически больные не устранились. «Если от действия безумных и сумасшедших происходит кому-нибудь вред, – значилось в законе, – то отвечают за них те, которые по закону обязаны за ними иметь надзор». Признанные психически больными не могли нести военной и гражданской службы, причем «чиновники, которые подвергнутся сумасшествию, в течение первого года болезни не увольняются от занимаемой должности; если имеют жену и детей, то год производится им полный оклад, а через год пенсия прослужившему 5–10 лет назначалась в $\frac{1}{3}$ оклада, 10–20 лет – $\frac{2}{3}$ оклада и более 20 лет – полный оклад».

С 1835 г. на юридических факультетах университетов началось преподавание судебной медицины. До этого времени, хотя на кафедре анатомии медицинских факультетов и разрабатывались технико-биологические вопросы, помогающие суду уяснить вид и характер преступного ранения, установленных законом правил назначения и порядка экспертизы не было.

В 30-е годы XIX в. начинается издание первых руководств по судебной медицине: в 1832 г. – С.А. Громова, а в 1848 г. – А.Н. Пушкарева. В Казани избранный в 1839 г. по конкурсу на кафедру судебной медицины уроженец Курляндии Г.И. Блосфельд представил «Начертание судебной медицины для правоведов, приспособленное к академическому преподаванию в российских университетах» (1847), годом раньше – сочинение «О пьянстве в судебно-медицинском и медико-полицейском отношении», а в 1859 г. – «Начертание правил, соблюдаемых при составлении и обсуждении, сообразно с законными постановлениями психологико-врачебных свидетельств».

По Высочайшему повелению от 14 ноября 1864 г. при каждом исправительном заведении в обеих столицах и губернских городах следовало учредить особые больницы для умалишенных преступников на 120 человек. Многие психиатры высказывались в поддержку такого порядка, поскольку это решало вопрос наблюдения и лечения, создавало условия для освидетельствования и испытания преступников, а врачи специализированных больниц могли выступать в качестве постоянных экспертов в судах. Однако решение о создании специализирован-

ных отделений при тюремных больницах в губерниях так и не было принято, и губернские собрания распоряжались судьбой «статейных больных» по собственному усмотрению.

Судебно-психиатрическая экспертиза, в особенности в первые годы земской психиатрии, значительно содействовала и развитию общих клинических знаний. До появления земской психиатрии врачами-экспертами везде, кроме столиц, были уездные врачи; вопрос о психиатрической экспертизе поднимался редко – только в самых очевидных случаях психической болезни. Со времени земской реформы и введения гласных судов, появления земских психиатрических больниц ситуация начала резко меняться. Поскольку в первые годы больные поступали в психиатрические учреждения главным образом через полицию, основной контингент состоял как раз из лиц, приходивших в столкновение с законом, и судебная экспертиза стала важнейшим делом первых земских психиатров – на ней они учились клинической психиатрии. Поэтому первыми русскими руководствами по психиатрии в земский период были «Очерки судебной психологии» А.У. Фрезе (1874), «Сборник статей по судебной медицине» П.И. Ковалевского (1872), а не общие учебники. В специализированных журналах помещались статьи русских психиатров с описаниями случаев экспертизы. Также большой интерес представляли посмертные заочные экспертизы, возникавшие в связи с судом из-за духовных завещаний (в полном ли уме эти завещания совершены).

К середине 80-х годов XIX в. в России выделилась группа психиатров, которые стали высококомпетентными специалистами в области психиатрического законодательства и юриспруденции. На I Съезде отечественных психиатров был представлен ряд докладов, посвященных оценке статей российского законодательства о душевнобольных, порядку освидетельствования и условиям призрения больных, вопросам дальнейшего совершенствования законоположений в психиатрии. Следует особо выделить доклад И.В. Константиновского «Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами». Его можно считать первым в отечественной психиатрии обобщенным трудом по законодательству о душевнобольных, который содержал полный свод изданных в России указов, законов и других документов, а также обстоятельный анализ основных законодательных документов по психиатрии 12 зарубежных стран.

Вопрос о вменении обсуждался на V Пироговском съезде в 1893 г. (доклад Московского юридического общества), на IX Пироговском съезде в 1904 г. (доклады А.Ф. Бари и И.И. Иванова)¹⁵⁶ и на II Съезде психиатров в сентябре 1905 г. (доклады В.П. Сербского и А.Д. Марголина). В.П. Сербский различал «способность к вменению» как известное душевное состояние данного лица, определение чего входит в непосредственные задачи эксперта-психиатра, и «акт вменения» – приговор, который целиком принадлежит суду. Он находил правильным, что суд всякий раз индивидуально должен определять по своему усмотрению дальнейшую судьбу признанного невменяемым, но при этом «должно быть принято в расчет заключение эксперта...».

В 1904 г. на Берлинском съезде был выдвинут термин «опасное состояние преступника». Вопрос об опасном состоянии обсуждался затем на Гамбургском (1905) и Брюссельском (1910) съездах, которые признали, что «закон должен установить особые меры защиты по отношению к опасным преступникам, признавая их таковыми или в силу рецидива, или в силу их жизненных привычек, определяемых личными и наследственными признаками, проявившимися в учиненном ими преступлении». На Парижском совещании Международного бюро криминалистов в 1912 г., исходя из этого, был поставлен вопрос о «неопределенном сроке наказания» для опасных преступников.

¹⁵⁶ И.И. Иванов разбирал не только вопросы вменения, но и написал книгу «К вопросу о симуляции психических болезней» (СПб., 1902). По вопросу симуляции имелись еще монографии А.А. Говсеева (Уфа, 1894) и доклады А.Ф. Бари и И.И. Иванова (Вестник невро-психиатрической медицины. – 1903. – № 2–3).

На ряде международных съездов криминалистов обсуждался вопрос о преступниках-рецидивистах и психопатах. Русские психиатры и юристы также принимали участие в этой дискуссии. Касающиеся невменения психически больных статьи Уложения о наказаниях уже в 70-х годах XIX в. признавались неудовлетворительными, и в начале 1883 г. разработанный комиссией сенатора Фриша новый законопроект был передан на обсуждение Петербургского юридического общества. В феврале – марте 1883 г. статья законопроекта, касающаяся психически больных, обсуждалась на трех заседаниях Петербургского общества психиатров. В новом проекте данная статья была сформулирована так: «Не вменяется в вину деяние, учиненное лицом, которое по недостаточности умственных способностей, или по болезненному расстройству душевной деятельности, или по бессознательному состоянию не могло во время учинения деяния понимать свойства и значение совершаемого или руководить своими поступками. В сих случаях суд признает необходимым отдать такое лицо под ответственный надзор родственников или других лиц, пожелавших принять его на свое попечение, или же поместить во врачебное заведение до выздоровления удостоверенного установленным порядком».

Вместо неясных определений «безумие», «сумасшествие», «припадки болезни, приводящие в беспамятство», новое Уложение вводило более ясные психиатрические термины. Но большие дебаты вызвало общее обоснование определения вменения: «...не могло во время учинения деяния понимать свойства и значения совершаемого или руководить своими поступками», хотя в объяснениях к этому пункту указывалось, что невменяемость предполагает как отсутствие обеих способностей (понимания и руководства действиями), так и одной из них, поскольку «имеются некоторые формы психических страданий, при которых процессы мышления совершаются нормально, но прерывается соотношение между мышлением и деятельностью».

Большинство членов Общества психиатров и немногие юристы, в особенности А.Ф. Кони, находили, что критерий невменяемости с психиатрической точки зрения неудовлетворителен, и вообще вводить его в разбираемую статью не нужно. Защищали необходимость введения критерия невменяемости в закон немногие психиатры, в особенности В.Х. Кандинский и О.А. Чечотт, а из юристов – Б.К. Случевский. А.Ф. Кони весь закон предлагал изложить кратко: «Не вменяется в вину деяние, совершенное в душевной болезни или без разума».

Психиатр Б.В. Томашевский выдвинул следующие положения: «Решению всегда подлежит вопрос, должно ли исследуемого считать психически больным или здоровым. Только это должен решать и доказывать врач-эксперт. Обязанность врача-эксперта должна состоять только в констатировании по правилам естественнонаучной техники фактов чисто медицинского, клинического свойства. Способность к вменению должна быть определяема судом... Существо душевной болезни не противоречит, что данный субъект оказывается в состоянии понимать последствия своих поступков, может различать правое и неправое в своем деянии, может чувствовать раскаяние в своем поступке». Это мнение Б.В. Томашевского поддерживал и М.П. Литвинов: «Будем ли мы говорить о «разуме», «свободе воли» или правильности понимания или руководства, мы во всех случаях вводим метафизические понятия и перестаем стоять на естественнонаучной точке зрения, единственно возможной для врача». И.П. Мержевский указывал: «Душевная болезнь проявляется не в одной лишь психической, но и в физической сфере, и раз будет клинически доказано, что человек душевно болен, то действия его невменяемы... Частичная душевная болезнь не бывает, и, если он душевно болен, это отражается на всех проявлениях его жизни».

В.Х. Кандинский говорил, что «установка в законе общего определения понятия о вменяемости необходима для возможности взаимного понимания между врачами-психиатрами и юристами, в частности судьями... Нет резких границ между психическим здоровьем и болезнью... и путем логического построения для суда их надо установить, что и дает критерий вменяемости...» О.А. Чечотт также утверждал, что «не каждый помешанный есть лицо

неправоспособное... Не каждая форма, степень и стадия душевной болезни могут служить обстоятельством, уничтожающим уголовную ответственность».

Что же касается положений об «опасном состоянии» и бессрочных приговорах, то большинство видных русских юристов (В.Д. Набоков, М.М. Исаев, М.Н. Гернет) были против введения в закон этих понятий. На Парижском совещании Международного бюро криминалистов в 1912 г. русские представители Набоков и Люблинский выступали против неопределенного срока наказания для опасных преступников.

К предложению А.Д. Марголина на II Съезде психиатров (1905) ввести понятие «опасное состояние» В.П. Сербский и съезд отнеслись отрицательно. В то же время Сербский в полном согласии с V Пироговским съездом настаивал на необходимости «установления обязательного психиатрического надзора в тюрьмах, так как осуждаются многие настоящие психически больные, не подвергаясь экспертизе».

А.А. Говсеев, Н.Д. Максимов, К.Р. Евграфов в прениях обратили внимание на то, что, когда в совершении преступления подозревается психически больной, суд не обсуждает вопроса о самом факте преступления, а между тем это важно, когда обвиняемому угрожает принудительное лечение.

На II Съезде психиатров был поднят вопрос о патологическом аффекте и отличии его от физиологического, давно обсуждавшийся в русской литературе¹⁵⁷. Главными критериями патологического аффекта признавались затемнение сознания, амнезия и резкое астеническое состояние (сон) после аффекта; без этого нет патологического аффекта. В.П. Сербский указывал еще на «физиологический аффект на патологической почве», аффект у лиц, стоящих на грани между здоровьем и болезнью, – у истеричных, алкоголиков, тяжелых дегенератов и др. «Эти лица, – говорил Сербский, – и в обычном состоянии возбуждают сомнения, могут ли они руководить своими действиями; когда же к этому присоединяется аффект, то это ведет к тому, что они часто утрачивают и последние остатки самообладания... и самый характер аффекта нередко представляет особенности в виде, например, иллюзорного восприятия окружающего. Поэтому подобные аффекты, хотя и не сопровождаются бессознательным состоянием и амнезией, приближаются к аффекту патологическому и во многих случаях должны «вести к освобождению от ответственности»».

На различных съездах и совещаниях неоднократно обсуждался вопрос об облегчении условий развода в случае психической болезни одного из супругов. Он возбуждал интерес потому, что, хотя в Своде законов вступать в брак с психически больным запрещалось и такие браки считались недействительными, однако православным расторжение брака, кроме случаев неспособности к сожитию и прелюбодеяния, не разрешалось. Между тем психиатры считали необходимым в случае душевной болезни одного из супругов принять меры для предупреждения появления потомства. Синод сделал уступку и издал распоряжение принимать заявления о разводе с психически больными, но лишь в тех случаях, когда устанавливалось, что «если не само сумасшествие, то его зачатки можно отнести к добрачному периоду». Законопроект о разводе был внесен и в Государственную думу.

В 1903 г., в период царствования Николая II, было принято новое Уголовное уложение, которое содержало следующее определение невменяемости: «Не вменяется в вину преступное деяние, учиненное лицом, которое во время его учинения не могло понимать свойство и значение им совершенного или руководить своими поступками вследствие болезненного расстройства душевной деятельности, или бессознательного состояния, или умственного неразвития, происшедшего от телесного недостатка или болезни».

¹⁵⁷ Доктор Лион еще в 1868 г. поместил в «Архиве судебной медицины» (кн. 1–2) статью «Аффект и страсти»; профессор П. И. Ковалевский говорил об этом в книге «Судебно-психиатрические анализы» (Харьков, 1880); Я.А. Боткин издал брошюру «Преступный аффект как условие невменяемости» (М., 1883); профессор В.П. Сербский в своей «Судебной психопатологии» (ч. 2, стр. 64–69) также отводил этому вопросу достаточно места.

Вопрос о месте, куда помещать невменяемых и испытываемых психически больных, совершивших преступление, был решен после долгих дискуссий несколько позже: с 1 января 1914 г. все криминальные психически больные должны были призреваться в правительственных окружных лечебницах.

Глава 9. Психиатрическая помощь детям¹⁵⁸

До последних десятилетий XIX столетия в России психиатрическая помощь детям фактически отсутствовала, хотя первое заведение для слабоумных и больных эпилепсией детей было основано еще в 1854 г. доктором Платцем в Риге (частная лечебница на 30 пациентов)¹⁵⁹.

Большое впечатление в середине XIX в. произвела на русскую общественность статья критика-публициста Н.А. Добролюбова «Ученики с медленным пониманием»¹⁶⁰, в которой он осуждал бездушное отношение учителей к отстающим ученикам, практику наклеивания ярлыков «неспособный», «безнадежный» и т. д. От учителей он требовал всестороннего исследования ученика, выявления причин его отставания.

В 1863 г. по инициативе Главного управления военно-учебными заведениями был разработан план создания в России обширной сети заведений «для отсталых» – попытка, значительно опередившая создание вспомогательных школ в Западной Европе¹⁶¹. Для педагогического руководства Главным управлением военно-учебных заведений были приглашены такие выдающиеся педагоги, как Н. Бунаков, В. Водовозов, К. Сент-Илер, К.Д. Ушинский, Ф.Ф. Эрисман. Главное управление издавало с 1864 г. «Педагогические сборники», редакторами которых были Н.Х. Вессель и А.Н. Остроградский. В 1865 г. при всех военных гимназиях были устроены особые «повторительные классы» для неуспевающих, где восполнялись пробелы не только предшествующего класса, но и по всему пройденному курсу. В 1867 г. неуспевающие всех военных учебных заведений были распределены по особым прогимназиям, созданным в Петербурге, Москве, Пскове, Ярославле, Перми, Елизаветграде, Оренбурге, Омске. В 80-х годах XIX в. прогимназии были закрыты, а военные гимназии превращены в кадетские корпуса.

В 1868 г. Управлением военно-учебных заведений, кроме прогимназий для отстающих, была учреждена в Вольске на Волге особая военная прогимназия, в которую вместо увольнения переводили всех провинившихся и не подчиняющихся дисциплине учеников других военных гимназий. Вольская гимназия прославилась строгостью режима. Профессор И.А. Сикорский обследовал ее учеников и в 1882 г. на IV Международном съезде по гигиене на основании собранных материалов указал на необходимость не только строгости в воспитании, но и учета психопатологических особенностей детей¹⁶².

До 80-х годов XIX в. дети и подростки, у которых наблюдались отклонения в развитии нервно-психической сферы, а также элементы умственной отсталости, нередко связанные с явлениями социальной запущенности, почти не привлекали внимания психиатров. В 1886 г. В.И. Яковенко писал: «К сожалению, вопрос о душевнобольных вовсе не замечает вопроса о детях, и их интересы забыты»¹⁶³. По его словам, лишь в больнице Св. Пантелеймона вблизи Петербурга Городской думой было создано «единственное в стране небольшое отделение для идиотов». Автор полагал, что предстоящий съезд психиатров «не пройдет молчанием вопрос о душевнобольных детях».

На одном из заседаний I Съезда отечественных психиатров (1887 г.) с сообщением «О способах и целях воспитания болезненных и отсталых в душевном развитии детей. Средства

¹⁵⁸ См. подробнее: Юдин Т.И. Указ. соч.

¹⁵⁹ Как частная лечебница для слабоумных и эпилептиков учреждение Платца существовало до 1917 г. (уже на 80 коек).

¹⁶⁰ Добролюбов Н.А. Ученики с медленным пониманием // Журнал для воспитания. – 1857. – № 5.

¹⁶¹ Впервые о вспомогательных школах в Германии заговорил Штецнер в 1869 г., а первые вспомогательные школы были открыты в Брауншвейге и Лейпциге в 1881 г.

¹⁶² На русском языке доклад И.А. Сикорского напечатан в «Педагогическом сборнике». – СПб., 1884.

¹⁶³ Яковенко В.И. // Медико-педагогический вестник – 1880. – № 5. – С. 3.

их обеспечения в будущем» выступил И.В. Маляревский¹⁶⁴. Он подробно остановился на собственном опыте работы с психически больными и умственно отсталыми детьми в специальном учреждении. В обсуждении доклада приняли участие Н.Н. Баженов, П.Я. Розенбах и Б.С. Грейденберг.

Деятельность И.В. Маляревского оставила яркий след в истории психиатрии. Имея педагогическое образование и работая учителем в Бельске, он оставил народную школу, в возрасте 30 лет поступил в Медико-хирургическую академию и окончил ее в 1879 г. Потом Маляревский на два года был прикомандирован к психиатрической клинике, где под руководством И.П. Мержеевского лечил душевнобольных детей, а также проводил исследовательскую работу в области детской психиатрии. В связи с этим он более полугода работал в исправительной Петербургской земледельческой колонии для малолетних преступников.

По инициативе И.П. Мержеевского в 1881 г. Петербургское общество психиатров на своем заседании заслушало доклад И.В. Маляревского «Об участии психиатров в делах школы». Не все положения докладчика были приняты участниками заседания, однако отмечена важность самой постановки вопроса для развития психогигиены детского возраста.

Общество психиатров Петербурга неоднократно обращалось к научно-организационным вопросам детской психиатрии. С сообщениями по этому поводу, как правило, выступали И.В. Маляревский и его жена Е.Х. Маляревская – одна из первых отечественных женщин-психиатров. В прениях по докладам выступали И.П. Мержеевский, О.А. Чечотт и А.Ф. Кони. Последний при обсуждении вопроса об этиологии психических заболеваний детского возраста подчеркивал, что он является противником тотального значения наследственности, так как в конечном итоге дело решают воспитание и условия жизни.

Не без участия И.П. Мержеевского весной 1882 г. И.В. Маляревским было открыто Врачебно-воспитательное заведение и утвержден его устав. Размещалось это учреждение на окраине Петербурга, на Выборгской стороне, в пустовавшем загородном особняке. Первоначально оно было рассчитано всего на 10 коек, но уже к 1889 г. в нем находилось 25 воспитанников. Основной целью заведения было «врачебно-воспитательное содействие детям, обнаруживающим отсталость и болезненность в душевном развитии»¹⁶⁵. Вскоре неподалеку от основного здания был открыт «кабинет врачебно-воспитательного заведения для совещания с родителями и осмотра детей, не успевающих в учебных заведениях, с целью указания физических причин неуспехов и средств их устранения»¹⁶⁶. Это была своего рода первая детская психоневрологическая амбулатория. Прежде всего туда начали поступать «эпилептики и слабоумные», а также дети, страдающие разнообразными нервными расстройствами. Позже открылись врачебное отделение, где помещались дети, требующие «медицинского содействия», и воспитательное отделение «для детей, душевное состояние которых достигло степени, допускающей дальнейшее улучшение и развитие способностей при содействии воспитательного влияния»¹⁶⁷. Врачебные обязанности в заведении исполняли Е.Х. Маляревская, С.Н. Данилло, Л.В. Блумнау и Н.А. Вырубов. Консультативную помощь оказывали А.Ф. Лазурский и Е.С. Боришпольский. Многие функции среднего медицинского персонала выполняли студенты Военно-медицинской академии и Петербургского женского медицинского института. Учреждение получило известность далеко за пределами Петербурга, и с каждым годом приток детей, родители которых хотели их туда поместить, увеличивался. За первое десятилетие деятельности заведения число его воспитанников составило всего 162 человека, за 20 лет – 401 человек, за 30 лет в стенах заведения побывало 750 мальчиков и девочек. Важно, что туда принимались дети

¹⁶⁴ Труды I Съезда отечественных психиатров. – СПб., 1887. – С. 1046.

¹⁶⁵ Маляревский И.В. // Медико-педагогический вестник – 1886. – № 5. – С. 62.

¹⁶⁶ Медико-педагогический вестник – 1886. – № 1. – С. 1.

¹⁶⁷ Весь Петербург. – СПб., 1895. – С. 928.

всех сословий и всех слоев населения, главным образом в 12–16-летнем возрасте. Объяснялось это тем, что «в отроческом возрасте недостатки детей выступают резче, и родители ставят в необходимость принимать специальные меры, которые, к сожалению, нередко оказываются слишком поздними»¹⁶⁸.

И.В. Маляревскому удалось пристроить к основному зданию три двухэтажных флигеля. Однако налогообложение расширившегося учреждения сделалось непосильным для него, и поэтому в ноябре 1893 г. Городской думой было принято решение «об освобождении от городских сборов врачебно-воспитательного заведения врача И.В. Маляревского». При решении этого вопроса представитель Думы подчеркнул: «Врачебно-воспитательное заведение имеет общественное значение... строго говоря, такое учреждение должно иметь у себя каждое городское правление...» Было отмечено, что «порядки и приемы воспитания, врачевания и содержания питомцев вполне удовлетворительные... Часть воспитанников значительно оправились и выбыли, поступив в другие учебные заведения и на службу...»¹⁶⁹.

Впоследствии воспитательное отделение заведения И.В. Маляревского было разделено на старшее и младшее. Кроме двух врачей, там работали воспитатели, учителя, в том числе и по таким предметам, как музыка, пение, гимнастика, рисование и черчение; мастера, обучавшие детей ремеслу. Комиссия психиатров в составе В.М. Бехтерева, О.А. Чечотта и Л.В. Блуменау, которая проводила обследование врачебно-воспитательного заведения Маляревского в 1904 г., подчеркнула, что оно «удовлетворяет своей цели и приобрело доверие в обществе», указав в заключении на «крайний недостаток у нас в подобных заведениях»¹⁷⁰.

В начале 1909 г. врачебно-воспитательное заведение Маляревского было принято в ведение Психоневрологического института в связи с тем, что «научная постановка дела в нем может быть очень полезной в отношении воспитания больных и умственно отсталых детей»¹⁷¹.

В январе 1908 г. в Новолодожском уезде, при деревне Сумские Рядки, И.В. Маляревским была устроена колония для старших воспитанников. Жена Маляревского выполняла обязанности второго врача нового учреждения. Через некоторое время туда стали принимать и хронических душевнобольных (небольшое число в основном лиц молодого возраста) из Петербургской больницы Св. Николая Чудотворца с целью «оказания ей помощи в связи с крайним переполнением». Организация колонии нашла деятельных сторонников в лице председателя комиссии из главных врачей психиатрических больниц О.А. Чечотта и членов совета А.Э. Бари и В.В. Чехова. После смерти И.В. Маляревского в 1915 г. колония в Новолодожском уезде просуществовала еще два года и была закрыта летом 1917 г.

В 1885 г. в Петербурге начал издаваться «Медико-педагогический вестник», в задачи которого входило «всестороннее изучение потребностей жизни детского возраста в его прошлом, настоящем и будущем, с тем чтобы на страницах журнала постепенно выяснялись и разрабатывались как условия, содействующие правильному развитию подрастающего поколения, так и порождающие болезненные отклонения в ней...» В программу журнала входили психологические исследования и наблюдения в семье и школе, изучение историй болезни детей по клиническим данным, рецензирование сочинений по медицине (психиатрии и гигиене) и педагогике. Активными участниками издания были В.М. Бехтерев, В.А. Вагнер, С.Н. Данилло, А.П. Доброславин, П.Ф. Лесгафт, В.А. Манассин, И.П. Мержеевский, Ф. В. Овсянников, А.Г. Полотебнев, И.М. Сеченов, И.Р. Тарханов, Б.В. Томашевский и др. На страницах журнала появлялись работы организационного характера, «педагогические экскурсии в область психиатрии», исследования, в которых рассматривались проблемы «семьи и школы» и задачи «семейного

¹⁶⁸ Краткий очерк тридцатилетия существования врачебно-воспитательного заведения. – СПб., 1912.

¹⁶⁹ ЦГИА. – Ф. 792. – Оп. 1. – Ед. хр. 5911.

¹⁷⁰ Там же.

¹⁷¹ ЦГИА. – Ф. 733. – Оп. 145. – Ед. хр. 97.

воспитания», а также статьи клинического и физиологического характера. В январе 1886 г. в журнале была опубликована работа П.Ф. Лесгафта «О физическом воспитании в школе», освещавшая работу этого рода как со здоровыми, так и с больными детьми. Любопытно, что в том же номере журнала И.В. Маляревский, рассматривая положения своего тезиса «ручная умелость – предмет воспитания», подчеркивал, что «отсутствие упражнений детского возраста в ручной самодеятельности противоречит... психологическим законам развития... извращая психическую природу детей»¹⁷². Журнал, несомненно, сыграл положительную роль в развитии детской психиатрии в России, хотя просуществовал недолго.

Мероприятия по организации психиатрической помощи детям и подросткам, проводимые отечественными психиатрами, делались постепенно достоянием гласности и за рубежом. Например, И.В. Маляревский на международном конгрессе в августе 1896 г. настаивал на организации для детей особых врачебно-воспитательных заведений, рекомендуя создать при первой возможности международный медико-педагогический конгресс с целью разработки основных научных положений для создания системы учреждений «для больных, ненормальных детей».

В 80–90-х годах XIX в. правительство всячески побуждало духовенство к созданию повсеместно (особенно в земских губерниях, в противовес земским школам) церковно-приходских школ для воспитания населения в религиозном духе. В 1894 г. по инициативе архимандрита Игнатия в Петербурге возникло Братство Царицы Небесной, целью которого была забота об эпилептиках и тяжелых олигофренах и воспитание их в христианском духе; братством был основан под Петербургом приют на 9 детей. Постепенно на пожертвования приют расширялся: в 1900 г. была приобретена собственная дача в Полюстрове, в 1902 г. – земля в Райволе (42 десятины), началась постройка 4-этажного приюта в Петербурге. Воспитание в приюте было в основном религиозно-нравственным, однако под управлением попечительницы Е.К. Грачевой¹⁷³ была учреждена школа для приходящих умственно отсталых детей, приглашен консультант-психиатр и устроены ткацкая, столярная и швейная мастерские. С 1899 г. школа получала субсидию от города, и в ней уже училось 56 приходящих детей в возрасте от 8 до 16 лет, а позже – до 140 детей.

В 1903 г. при приюте была открыта амбулатория для приходящих нервнобольных детей. В том же году открыто Курское отделение братства с приютом на 25 детей, в 1905 г. – отделение в Москве, где врачом-психиатром был В.А. Гиляровский. К 1911 г. в Московском приюте было уже до 100 детей, он постепенно расширялся; значительное число мест в нем (к 1914 г. – до 350) оплачивало Московское городское управление.

Незначительный по своим размерам Приют Святого Иммануила для слабоумных и эпилептиков располагался при больнице Александра III для душевнобольных в Петербурге и предназначался только «для детей евангелистов». Его возглавлял один из старейших отечественных психиатров Н.Н. Дмитриев.

В 90-х годах XIX в. в Москве открылся Приют Св. Марии, педагогом в котором была М.П. Щенкова, а консультантом – профессор Г.И. Россолимо.

К концу XIX в. потребность в обучении и призрении малолетних психически больных и слабоумных в России была очевидна. Перепись психически больных в Московской губернии в 1893 г. ясно показала, что в губернии немало больных детей. В. И. Яковенко в книге «Душевнобольные Московской губернии» приводит таблицу, показывающую число психически больных на 1000 жителей каждого возраста. При этом оказалось, что в то время как среди всего населения на 1000 жителей приходилось 2,1 психически больного, на 1000 детей в возрасте от 0 до 10 лет приходилось 3,53 больного, главным образом олигофренов и эпилептиков.

¹⁷² Маляревский И.В. // Медико-педагогический вестник. – 1886. – № 1. – С. 3.

¹⁷³ Грачева Е.К. Первая школа для отсталых и припадочных детей. – СПб., 1903.

Положение детей-эпилептиков без выраженного психоза, которых изгоняли из ремесленных учреждений и даже из народных школ, было очень тяжелым. А.А. Сухов¹⁷⁴ в своей диссертации приводил описания тяжелых сцен горя таких детей: «Я видела, – пишет Е.К. Грачева, – горячие слезы десятилетнего мальчика-эпилептика, который говорил: «Меня исключили из школы, я ни в чем не виноват, я ничего дурного не сделал, зачем я заболел?» Другой жаловался: «Примите меня, я так хочу учиться; ну попаду я под конку, раздавит меня, вам-то жаль, что ли, очень... коли, правда, жаль, примите учиться!»» и т. д.

А.А. Сухов ссылался как на причину отчисления эпилептиков из школ на отношение канцелярии попечителя Харьковского учебного округа № 8462 от 20 июня 1905 г., где прямо говорилось, что эпилептики после первого же припадка подлежат удалению из начальной школы и им не разрешается посещать классы. Еще в 1901 г. Петербургское общество психиатров обсуждало этот вопрос и пришло к заключению, что исключение детей из школы из-за эпилептических припадков, хотя бы и частых, возможно только с разрешения врача-специалиста и строго в индивидуальном порядке, но, как видно, это не имело практического значения.

На постройку городского учреждения для призревания и обучения олигофренов и эпилептиков Москве в 1900 г. было пожертвовано 609 тыс. рублей. На Воробьевых горах на эти средства в 1910 г. была открыта колония.

С 1902 г. в Смоленской губернии в завещанном земству для этой цели имении Никольское-Погорелое (367 десятин земли) при станции Издешково был основан приют – земледельческая колония для олигофренов и эпилептиков на 200 человек. В 1912 г. в этой колонии было 230 больных обоего пола, среди них 30 детей.

В 1904 г. в Петербурге была открыта детская психиатрическая лечебница «для приходящих и стационарных больных... с целью доставить детям обоего пола, страдающим душевными и нервными болезнями, возможность пользования лечением, удовлетворяющим современным научным требованиям, а также соответствующим помещением, уходом и содержанием». Ее организаторами стали врачи-психиатры М.И. Маляревский (сын И.В. Маляревского) и бывший военный врач Б.Я. Чудновский. Лечебница находилась в непосредственном подчинении Петербургского врачебного управления. Проектировалась она всего на 10 коек, но вскоре стала разрастаться. При лечебнице «обособленно от стационарных больных» была организована амбулатория. С 1905 г. эта лечебница размещалась на 10-й линии Васильевского острова Петербурга. Среди врачей, работавших там, была и В. П. Николаева – одна из пионеров изучения детской психиатрии в России.

В 1910 г. на базе детской психиатрической лечебницы и врачебно-воспитательного заведения в Петербурге было организовано «Общество образования и воспитания ненормальных детей», в совет которого входили профессор Л.В. Блуменау, приват-доцент Военно-медицинской академии А.Л. Щеглов, врач Г.Я. Трошин, доктора медицины Е.С. Боришпольский и Л.Г. Оршанский. В конце 1913 г. совет общества принял детскую психиатрическую лечебницу под свое руководство и попечительство.

В 1905 г. М. Лионом в Петербурге была основана частная лечебница для эпилептиков с амбулаторией при ней, причем лечение велось «по собственному способу» Лиона. Однако это учреждение просуществовало недолго.

В 1906 г. учреждение для дефективных детей было открыто в Киеве профессором И.А. Сикорским.

Широкое обсуждение вопроса о лечебном воспитании психически неполноценных детей впервые было поднято на II Съезде деятелей по техническому и профессиональному образованию, состоявшемся в Москве в 1896 г. В обсуждении этого вопроса участвовали психиатры С.С. Корсаков, В.П. Сербский, В.И. Яковенко и педагог В.П. Вахтеров. Здесь на заседании

¹⁷⁴ Сухов А.А. Эпилепсия в России: Диссертация. – М., 1906.

под председательством профессора А.Я. Кожевникова Г.И. Россолимо сделал доклад на тему «Современные задачи призрения и обучения отсталых детей».

Особенно деятельное участие в обследовании детей психиатры и психологи стали принимать в начале XX в. При Психоневрологическом институте В.М. Бехтеревым был учрежден Институт по изучению развития ребенка. В Петербурге А.В. Владимирский и А.С. Грибоедов занялись исследованием причин отставания детей в школе. В Училищном доме Александра II, где имелось 24 класса с 1000 школьниками, А.В. Владимирский обследовал 20 классов, кроме четырех самых младших, и нашел, что 10–15 % детей требуют особых забот педагогов и врачей и около 2 % детей являются «явно патологическими».

В 1903 г. на общественные средства в Сестрорецке было организовано учреждение для умственно отсталых на 70 человек. В 1905 г. Петербургской городской думой была открыта школа-интернат на 20 умственно отсталых детей (педагог Беспальчикова). В 1912 г. при Психоневрологическом институте была открыта такая же школа-интернат; через два года она впервые получила от правительства субсидию в 5 тыс. рублей.

14 июня 1903 г. было издано правительственное Положение об учреждениях для детей-идиотов под управлением врачей и о врачебно-педагогических институтах и вспомогательных школах для отсталых и нервно неустойчивых, которые должны организовываться педагогами при консультации врачей.

При Городской управе в Москве в 1904 г. по инициативе профессора М.В. Духовского был создан совет по детской дефективности с участием М.И. Молчанова, В.И. Яковенко, П.Б. Никитина, и с 1906 г. стали организовываться вспомогательные классы для отстающих. Первые такие классы были созданы при 3-м Пятницком городском начальном училище. К 1913 г. имелось 22 таких класса, где обучалось 340 детей¹⁷⁵, а в 1914 г. – уже 38 классов с 602 детьми. Психиатры Н.П. Постовский, О.Б. Фельдман, педагоги Н.В. Чехов, Е.С. Петухова, М.П. Постовская, Е.Н. Баженова, А.А. Бурмакина, Е.В. Герье, С.В. Менцова и др. положили много сил на работу в этих учреждениях. Вспомогательные школы в 1911 г. были открыты также в Нижнем Новгороде, Саратове, Харькове, Екатеринодаре, Ростове-на-Дону, Вологде.

В 1907 г. в Москве П.П. Кащенко была открыта школа-интернат на 18 человек для образования и воспитания ненормальных детей; в 1909 г. при консультанте-психиатре П.Б. Никитине учреждено заведение для олигофренов и эпилептиков.

В 1912 г. рядом с Алексеевской психиатрической больницей на Канатчиковой даче было готово здание на 200 детей, но до Первой мировой войны оно не открылось, а во время войны было превращено в госпиталь для воинов.

На III Съезде психиатров в 1909 г. был представлен доклад А.А. Сухова «О Лиге борьбы с эпилепсией» и поднимался вопрос об особых учреждениях для эпилептиков. Был избран русский комитет Международной лиги, в который вошли В.М. Бехтерев, А.А. Сухов, В.Я. Анфимов, А.С. Грибоедов и Ю.К. Белицкий. По докладам П.П. Кащенко и А.В. Владимирского съезд признал «своевременной и вполне назревшей потребностью организацию государственных и общественных учреждений, специальных школ и врачебно-педагогических учреждений для умственно отсталых и других типов дефективных детей».

В Москве много внимания уделял исследованиям психических особенностей у детей профессор Г.И. Россолимо. С 1880-х годов он интересовался психотерапией, гипнозом и вопросами воспитания. В 1887 г. в журнале «Вопросы нервно-психической медицины» была опубликована его статья «Страх и воспитание». На свои собственные средства Россолимо учредил при Педагогических курсах Институт детской неврологии и психологии как вспомогательное учреждение при кафедре педагогической психологии (этот предмет он вел на курсах). В этом институте вокруг Г.И. Россолимо образовалась целая школа молодых специалистов, зани-

¹⁷⁵ Отчет о деятельности вспомогательных классов при московских городских училищах за 1911/12 учебный год. – 1913.

мавшихся изучением детской психопатологии (С.Я. Рабинович, И.М. Присман, Ф.Д. Забугин и др.). В 1908 г. Г.И. Россолимо стал разрабатывать свой психологический метод обследования степени одаренности ребенка, который к 1910 г. был закончен и получил название «психологического профиля Россолимо». Задачей его было исследовать все основные особенности психики и дать количественное выражение степени их развития и их взаимоотношения. Исследовались:

- 1) психический тонус – внимание, воля;
- 2) точность и прочность восприятия:
 - а) точность восприятия;
 - б) запоминание – зрительное, речевое, чисел;
- 3) ассоциативные процессы:
 - а) осмысление;
 - б) комбинаторные способности;
 - в) сметливость;
 - г) воображение;
 - д) наблюдательность.

При исследовании каждой из указанных особенностей предлагалось 10 тестов постепенно возрастающей трудности; тесты предлагали один за другим, начиная с легчайших; номер последнего по трудности разрешенного теста отмечался на шкале ординат. Соединенные вместе отметки разрешения последних задач составляли кривые разного характера и назывались «психологическим профилем»¹⁷⁶. Профессор Россолимо находил свой метод полезным и для более точного анализа психических особенностей при психозах.

Психологическими исследованиями в применении к педагогике в начале XX в. много занимались психологи А.П. Нечаев¹⁷⁷, П.Ф. Каптерев, Г.И. Челпанов, А.Л. Щеглов, В.М. Экземплярский, П.Е. Смирнов и др. Они вошли в состав организованного и в Петербурге, и в Москве Общества педагогической психологии.

В конце 1913 г. в Москве состоялся I Съезд по народному образованию, при котором была организована врачебно-педагогическая секция. По вопросу о детской дефективности было сделано 34 доклада. Секция в своих постановлениях указывала, что доля отсталых детей составляла 2 % всех учащихся в начальных школах, рекомендовала в каждом городе, где число учащихся достигает 1000 человек, учредить вспомогательную школу, а при ней отделение для исправления речи; число учащихся во вспомогательном классе не должно превышать 20, программа должна быть упрощенной, а срок обучения удлиненным; ручной труд обязателен, притом в увеличенных объемах; при школе обязателен врач, знакомый с проявлениями детской ненормальности. При таких школах должно быть учреждено попечительство, цель которого – дальнейшая защита и помощь бывшим воспитанникам школы.

¹⁷⁶ Русская школа. – 1910. – № 5–7.

¹⁷⁷ Нечаев А.П. Современная экспериментальная психология в отношении к вопросам школьного обучения, 2-е изд. – СПб., 1912.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.