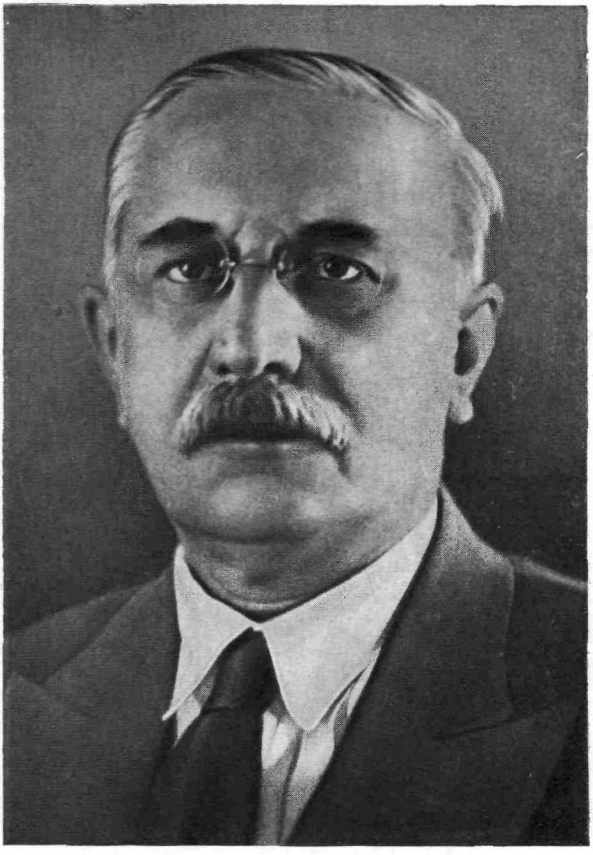
Проф. Т. И. ЮДИН

ОЧЕРКИ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
Б. Д. ПЕТРОВА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1951 — МОСКВА



ТИХОН ИВАНОВИЧ
ЮДИН

ПРЕДИСЛОВИЕ ИЗДАТЕЛЬСТВА

Выпуская «Очерки истории отечественной психиатрии» Т. И. Юдина, издательство считает необходимым сделать следующее замечание. Автор книги, крупнейший советский психиатр, заслуженный деятель науки Тихон Иванович Юдин умер 19 октября 1949 г., не успев закончить свое капитальное исследование. Смерть прервала работу над четвертой частью — изложением советского периода отечественной психиатрии. В «Очерках истории отечественной психиатрии» отсутствует подробное описание коренного преобразования психиатрических больниц, которое было осуществлено в советское время и о котором до Великой Октябрьской социалистической революции не могли и мечтать передовые русские психиатры. Собранный Т. И. Юдиным огромный документальный материал об организации и работе клинических, санаторных, соматических отделений, открытых почти во всех крупных психиатрических больницах после Великой Октябрьской социалистической революции, о работе лабораторий, прозектур, физиотерапевтических лечебниц, о введении во всех больницах современных методов лечения психозов, о связи психиатрических больниц с внебольничной лечебной сетью и с соматическими больницами оказался неиспользованным. Главы, посвященные развитию научной психиатрии, также остались в виде предварительного наброска, ибо в них отсутствует подробное изложение, оценка и критика большинства перечисляемых им работ. Так, если им были подвергнуты острой критике все извращения, допущенные в области психопрофилактики, психогигиены, вскрыто проявление буржуазного влияния в конституционально-генетических концепциях и в увлечении «мягкой шизофренией», то не менее реакционное в психиатрии — психоморфологическое направление («мозговая патология») вовсе не подверглось критике. В «Очерках истории отечественной психиатрии» приведена лишь часть научных работ советских психиатров и далеко не равноценная. Многие работы, имеющие несомненную научную ценность, в книгу Т. И. Юдина не включены. Но даже и в этом сугубо предварительном изложении истории советской психиатрии сказалось присущее автору чувство нового. Главное место в истории советской психиатрии он отвел учению И. П. Павлова и его учеников. Правда, содержание учения И. П. Павлова им изложено чрезвычайно бегло, порой даже поверхностно. Однако, излагая учение великого русского физиолога, Т. И. Юдин установил и прогрессивное значение, и бурный рост физиологического направления в психиатрии, в котором он видел будущий путь развития советской психиатрии. Вместе с тем Т. И. Юдин показал исключительное влияние на развитие отечественной психиатрии учения И. М. Сеченова. Им приведены несомненные доказательства, что, начиная со времен И. М. Сеченова, основной

линией развития отечественной психиатрии было физиологическое направление (И. М. Балинский, И. П. Мержеевский, В. Х. Кандинский, С. С. Корсаков, В. П. Сербский и др.).

Учителем Т. И. Юдина был один из передовых русских психиатров В. П. Сербский. Сам Т. И. Юдин принадлежал к одной из прогрессивных групп русских психиатров, объединявшихся вокруг П. Б. Ганнушкина и издаваемого им журнала «Современная психиатрия». В эту группу передовых русских психиатров — творческого содружества строителей отечественной психиатрии,— кроме П. Б. Ганнушкина и Т. И. Юдина, входили В. А. Гиляровский, Ю. В. Каннабих, И. Н. Прозоров, В. И. Яковенко, П. П. Кащенко, Т. А. Гейер, И. Н. Введенский и др. Все они в трудных условиях старой России создавали передовую отечественную психиатрию, с честью развивали науку, достойную отечества, давшего миру величайших гениев Ленина и Сталина, великих русских ученых Сеченова, Павлова, Менделеева, Мечникова, Мичурина.

Однако только после Великой Октябрьской социалистической революции смогли полностью развиться способности и таланты членов группы журнала «Современная психиатрия», когда они сложились как советские ученые, строители новой, самой передовой, подлинно научной психиатрии, являющейся законной наследницей всего прогрессивного,что было в русской психиатрии. Вскоре после Великой Октябрьской социалистической революции Т. И. Юдин защищает докторскую диссертацию и становится одним из первых помощников П. Б. Ганнушкина по кафедре психиатрии Московского государственного университета. В 1924 г. он избирается на кафедру психиатрии одного из самых старейших русских университетов — Казанского государственного университета имени В. И. Ленина. Там вскоре избирается деканом медицинского факультета, становится редактором Казанского медицинского журнала. В 1932 г. он переводится в Харьков, где руководит Украинским психоневрологическим институтом и заведует кафедрой психиатрии Харьковского медицинского института. Во время Великой Отечественной войны он заведует научной частью невро-психиатрического госпиталя. В 1943 г. избирается на кафедру III Московского медицинского института, которой и руководит до самой смерти. Все его лучшие научные исследования в области изучения шизофрении, симптоматических психозов, травм головного мозга, проблем организационной психиатрии выполнены после Великой Октябрьской социалистической революции. Т. И. Юдин всегда был преданным сыном своего отечества. С исключительной любовью ко всему передовому в русской психиатрии, с гордостью за свою советскую родину написаны Т. И. Юдиным «Очерки истории отечественной психиатрии».

ПРЕДИСЛОВИЕ

Задачей нашей книги является изложить историю зарождения и развития общественной помощи психически больным и учения о психических болезнях в нашей стране, изложить, как в борьбе старого, отмирающего с новым, нарождающимся в каждой экономической системе менялись практические потребности общества в отношении призрения психически больных и в связи с этим науке психиатрии предъявлялись требования разрешать новые вопросы.

Научный прогресс психиатрии и организация психиатрической помощи теснейшим образом связаны со всем экономическим и политическим состоянием общества. Поэтому и на научном, и на практическом состоянии психиатрии особенно ярко отражались моменты каждой исторической эпохи производственных отношений с ее закономерностями; также ярко сказывалась и борьба старого и нового при переходе в высшую форму развития. Эти моменты подчеркнуты в нашей книге.

Задачей книги было возможно полное и документально обоснованное собирание фактического материала, подтверждающего все этапы исторического развития общественного отношения к психически больным в России. При этом для более древнего периода были использованы главным образом летописи, собрания законов, а для позднейшего — отчеты больниц, протоколы различных совещаний, съездов, журнальные статьи, хроника журналов.

Наконец, необходимо, чтобы изложение событий в книге было «...творчески действенным, было бы связано непосредственно с задачами современности, подводило бы к их уяснению и намечало перспективы дальнейшего развития...»[1] науки психиатрии и форм попечения о психически больных.

Исходя из этого, мы стремились в данной книге показать, как крепло в России материалистическое понимание психических явлений, как и кем велась борьба за это; мы стремились показать, в чем состояли на каждом этапе исторического развития задачи и трудности борьбы за такое понимание, как развивалась психиатрия под влиянием марксистско-ленинского метода разработки вопросов, как ведется борьба с идеалистическими теориями, с пережитками буржуазного сознания, как разоблачается оппортунизм и космополитизм.

Задача книги — показать успехи русской науки и практики в области психиатрии, но, будучи проникнуты любовью к национальной культуре народа, построившего социализм в одной стране, и гордясь его успехами, мы относимся с уважением к прогрессивным приобретениям в культуре каждого народа, помня, что подлинная культура человечества есть продукт

[1] Из речи А. А. Жданова на дискуссии по книге Александрова «История западной философии», Вопросы философии, 1947, № 1, стр. 256—257.

развития культурной деятельности сотен больших и малых народов, вложивших в нее каждый нечто свое, неповторимое.

В то же время мы помним слова Ленина: «...материалист, с одной стороны, последовательнее объективиста и глубже, полнее проводит свой объективизм. Он не ограничивается указанием на необходимость процесса, а выясняет, какая именно общественно-экономическая формация дает содержание этому процессу, *какой именно класс* определяет эту необходимость... С другой стороны, материализм включает в себя, так сказать, партийность, обязывая при всякой оценке события прямо и открыто становиться на точку зрения определенной общественной группы» [1].

Мы помнили, что высшая культура должна быть национальной по форме, но социалистической по содержанию; мы помнили, что в настоящий момент, когда мир распался на мир социалистический и мир империалистический, главной опасностью является преклонение перед западной наукой, почти целиком находящейся на службе у империализма.

Т. Юдин

---

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 1, изд. 4-е, стр. 380—381.

I. ДРЕВНЕРУССКИЙ ПЕРИОД (VIII — XIII ВЕКА)

Новейшие исследования советских историков опровергли буржуазные концепции о позднем заселении Восточной Европы славянами и о позднем возникновении у них культуры. Уже в первой половине I века славяне Приднепровья были связаны со скифо-сарматской земледельческой культурой. Киевское государство X века было уже государством с развитой торговлей, с оседлым земледельческим населением и развитым государственным устройством[1]. Маркс в «Секретной дипломатии XVIII века» называл период русской истории с IX по XI век периодом «предфеодальным». Он писал: «Подобно тому, как империя Карла Великого предшествовала образованию современных Франции, Германии и Италии, так и империя Рюриковичей предшествовала образованию Польши, Литвы, Балтийских поселений, Турции и, наконец, самой Московии.... Старинные карты России... обнаруживают, что эта страна некогда обладала в Европе даже бо́льшими размерами, нежели те, которыми она может похвалиться ныне. Ее непрерывное возрастание с IX по XI столетие отмечают с тревогой. Нам указывают на Олега, бросившего против Византии 88 000 человек и продиктовавшего... позорные для достоинства Восточной Римской империи условия мира. Нам указывают также на Игоря, сделавшего Византию своей данницей, и на Святослава, похваляющегося: „греки доставляют мне золото, драгоценные ткани... фрукты и вина... Венгрия снабжает скотом и конями...“»[2].

Время Владимира (980 — 1015) Маркс считал вершиной развития, а время Ярослава — началом заката, после чего она «была раздираема феодальными войнами и теряла целые области вследствие интервенции соседних народов», объединившись в последний раз лишь при Владимире Мономахе (1113 — 1125).

Территория Киевской Руси включала не только все земли по «Великому пути из варяг в греки», но и Центральное междуречье (Ростово-Суздальские земли) и Смоленщину. На северо-востоке она граничила с Болгарским ханством на Волге, на севере и северо-западе включала в себя ряд финских племен и литовское племя ятвягов, на юге в отдельных пунктах доходила до Черного моря, на западе соприкасалась с Польшей. В Киевское государство в 981 г. входили «Червенские города» (Галиция).

Государство Владимира — Ярослава стояло на высоком уровне тогдашней культуры. Как говорит путешественник X века Ибн-Якуб, «Сла-

[1] Б. Д. Греков, Киевская Русь, М., 1949 ; С. В. Юшков, Исследования по истории русского права, в. 1; В. В. Мавродин, Образование древнерусского государства, Л., 1945, и др.

[2] К. Маркс, Секретная дипломатия XVIII века, глава V (цит. по Б. Д. Грекову, Киевская Русь, М., 1949, стр. 278—280).

вянская земля была обильна всякого рода жизненными припасами... Славяне — народ хозяйственный и занимаются земледелием усерднее, чем какие-либо другие народы»[1].

О развитии земледелия на Руси можно заключить и из известия Льва Диакона, что император Цимисхий по договору со Святославом 971 г. дозволил Руси привозить в Грецию хлеб на продажу. «В IX — X веке мы можем смело говорить, — пишет Б. Д. Греков, — о ведущей роли пашенного землевладения даже в центральных частях территории, занятой восточными славянами».

Иностранцы, посетившие Киев в X веке [Титмар (1015 — 1019), архиепископ Бруно (1008) и др.], описывают его как «громадный город, имеющий 400 церквей и 8 рынков, населенный разными народами». Адам Бременский во второй половине XI века называет Киев «соперником Константинополя»[2].

Киевская Русь имела торговые и военно-политические связи с Византией и нормандскими странами («путь из варяг в греки» — Балтийское море — Ладожское озеро — Волхов — озеро Ильмень — Ловать — Днепр—Черное море), с Кавказом и средне- и ближневосточными странами (путь по Окско-Волжскому бассейну).

Вполне естественно, что в могущественном Киевском государстве IX — X века, имевшем связи с наиболее культурными государствами того времени, существовала уже и организация призрения «нищих, странных и убогих людей»: Церковным уставом киевского князя Владимира 996 г. [3] на церковь возлагалась обязанность устраивать в городах гостиницы — странноприимницы, сиротские, вдовьи дома и больницы, причем на это уделялась «десятина» княжеских доходов. Кроме того, и другие киевские торговые люди, и дружинники объединялись вокруг церкви в общины для тех же целей и на тех же условиях. Киевский патерик[4] в житии Феодосия Печерского, основателя главного киевского монастыря того времени, говорит: «И сего ради сотвори двор близ монастыря своего, и церковь первомученика Стефана созда в нем, и тамо повеле пребывати нищим, слепым, хромым, прокаженным, и яже от монастыря подавати...».

Специально о призрении психически больных, правда, в Уставе Владимира не говорится, но в житии Феодосия упоминаются не только убогие и калеки, но и «бесные». Среди монахов-врачевателей Печерского монастыря упоминается Григорий «чудотворец», который «исцелял бесных и имел дар внушать то, что он хочет, помимо воли тех, кому он делал внушение». Таким образом, очевидно, и «бесные», т. е. беспокойные психически больные, получали помощь в монастырях. Спокойные же, слабоумные больные, несомненно, входили в группу «странных и убогих». Таким образом, мы еще тогда имели деление психически больных на «странных» и «бесных», что совпадало с древнеримским делением (455 г. до н. э.) — dementes et furiosi.

В летописи Нестора упоминается и о бывших в Печерском монастыре психически больных монахах, причем описывается и благодушное отношение к ним. Так, летопись очень хорошо описывает болезнь черноризца

---

[1] «Записки» Ибн-Якуба о его путешествии по Средней Европе в 966 г. были опубликованы на русском языке в 1879 г. в приложении к 32-му тому «Записок Академии наук» (кн. 2). В своих «Записках» Ибн-Якуб говорит о следующих славянских племенах: венетах, русских, сербах, кроатах.

[2] Г. Е. Кочин, Памятники Киевского государства, Л., 1936; Б. Д. Греков, Киевская Русь, 1949, стр. 201—202.

[3] С. В. Юшков, Исследования по истории русского права, в. 1.

[4] Цит. по изданию 1861 г., стр. 64.

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 его 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 пития; 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». 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».

Здесь мы видим картинное описание шизофреника и отношение к нему, а стало быть, и к психически больным вообще; хотя иногда Исаакия и бивали за его «проказы», но в общем относились к нему благодушно — он был на свободе, его кормили, ухаживали за ним. Интересно, что Феодосий считал его определенно больным и, когда Исаакий вздумал «спасаться» и уединился в пещере (обычный тогда способ религиозной аскезы), его оттуда насильно вывели.

Гуманное отношение к психически больным видно и из следующих слов проповеди Феодосия Печерского, где он противопоставляет их пьяным: «Бесный страждет неволею и обрящет себе вечныя жизни, а пьяный, волею своею стражда, добудет себе вечныя муки: пришед бо иерей к бесному сотворе молитву и принижет беса; а над пьяным, аще бо и всея земли сошлися попове, ни тако быша могли прогнати злаго пьянства самовольнаго беса».

К концу XI века (1089 и 1091 гг.) лечение и призрение больных в монастырях достигли в Киеве, повидимому, высоких организационных степеней. Среди разных монастырских строений имелась уже и «крепкая темница» для злых еретиков и беспокойных психически больных[1].

Если принять во внимание, что первое психиатрическое учреждение в Германии, в монастыре «Ордена святого Алексия» в Кельне открылось лишь в конце XIII века, а первый долгауз — в 1369 г. (Эслинг), что лондонский Бедлам (Bethlehem) — Вифлеемский монастырь возник лишь в 1247 г., а психически больных стали туда принимать лишь с 1400 г.[2], то окажется, что лечебно-призренческая организация в Киеве была гораздо прогрессивнее, чем в Европе того времени.

Согласно Кормчей книге, церкви передавалось не только призрение убогих, но и создание церковного суда: епископскому суду и в Киеве подлежали, кроме преступлений и тяжб по делам семейным, чародеи, колдуны, составители отрав, а также все дела, касающиеся людей, состоящих в ведомстве церковном, т. е. все призреваемые вдовы, сироты, хромцы, слепцы, гостиницы, больницы, лекаря. 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[3], говорится о порядке вознаграждения опекуна, о совете старших при обручении, если родители психически больны, о недопущении «свидетельствовать на суде несовершеннолетних, рабов, глухих, немых, б е с н ы х и блудников». В Церковном уставе Ярослава говорится о недопущении развода, если жена или муж психически заболевают.

---

[1] «Русский летописец по Никонову списку», СПБ, 1767, ч. 1, стр. 192; цит. по Пастернацкому, «I съезд психиатров», стр. 840.

[2] Первый дом умалишенных в Англии основан Робертом Донтоном в 1370 г.

[3] Это узаконение, по свидетельству проф. Беляева, взято из Прохейрона Василия Македонянина; цит. по Константиновскому, «I съезд психиатров», стр. 536.

Несомненно, постоянные торговые сношения с Византией и принятие христианства из Византии, бывшей в те времена наиболее культурной страной, содействовали большему, чем в остальной Европе, вниманию в это время в Киеве к «странным и убогим». Но одним только византийским влиянием на строительство митрополита Ефрема в XI веке, когда византийские больницы уже приходили в упадок, объяснено быть не может, так же как и то, что в Киеве в то время было вообще много врачей, что видно из «Русской правды», которая, наряду с правилами о плате «от дела», «мостовникам», «швецам», упоминает специально и о «мзде» лекарям. Из Киевского патерика известно о большой колонии восточных народов и даже сирийцев в Киеве XI века; киевские князья и киевские богачи имели в это время уже ученых врачей с Востока; у Владимира Мономаха был врач Петр, родом сириянин, «лечец вельми хитер», как рекомендует его летописец, которого, впрочем, «посрамил» своими знаниями Агапит-врач, киево-печерский монах; у князя Черниговского в начале XII века был восточный врач и т. д. Все это свидетельствует о взаимовлиянии между Киевской Русью и наиболее передовой в то время восточной культурой.

Об интересе к Киеву ближне- и средневосточных народов говорит и описание «руссов» у известного писателя X века Ибн-Фадлана[1]. Ибн-Фадлан был членом посольства арабского халифа ал-Мухтадира из Мешхеда. Посольство выехало из Багдада в 920 г. и возвратилось в 922 г., проехав до Болгарского царства. Видел он «руссов», повидимому, в Болгарии. «Руссы, — по его мнению, — подобны пальмам, румяны, стройны».

Надо полагать, что высокоразвитая восточная медицина оказала известное влияние на киевскую культуру XI века.

Необходимо также отметить ту терпимость, с которой славяне относились в то время к волхвам, чародеям, бесоодержимым. В Судном законе Владимира им положена была казнь через сожжение, но уже в Церковном уставе Ярослава за «чародейство, волхвование или зелейничество» определяется лишь штраф (ст. 39), а в поучении высших русских духовных лиц того времени, например, митрополита Иоанна (IX век), рекомендуются меры убеждения: «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 (правило 7-е)». О сожжении колдунов в то время в летописях имеется очень мало данных: в 1021 г. были сожжены волхвы в Суздале, в 1071 г. — в Киеве; в 1227 г. в Новгороде 4 волхва были приведены в архиепископский двор и там сожжены, несмотря на заступничество бояр.

Основной причиной мягкости и терпимости служили, очевидно, особенности культуры самих славян. «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», — говорит Антонович[2]. «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».

Колдуны могли, по народному поверью, причинять недуги, «навести порчу» прикосновением, словом (заговоры), взглядом (сглазить). Уже Ипатьевская летопись упоминает «о чудце», который мог привораживать

---

[1] Путешествие Ибн-Фадлана. Перевод Крачковского, М. — Л., 1939.

[2] В. Б. Антонович, Колдовство, СПБ, 1877; цит. по Краинскому, Порча, кликуши и бесноватые, Новгород, 1900, стр. 361.

зельем и песнями. В. И. Даль говорит, 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». Киевские монахи ...часто видели бесов, но это лишь бесы-соблазнители, которые борются с благочестивыми людьми, чинят им неприятности, как домовой чинит хозяину, но не «вселяются». Например, Феодосию Печерскому бес являлся в образе черной собаки, которая мешала класть ему земные поклоны. Сила беса была злая, но все же непосредственно дьявол душой людской не завладевал.

На самостоятельность культурного развития Киевской Руси XI века указывает, например, и та полемика, которую еще во времена Ярослава Мудрого вели киевские культурные деятели против византийской идеи об исключительном праве Византии на вселенское культурное руководство. В 1039 г. киевский митрополит Илларион, первый митрополит из русских, притом принявший сан митрополита без санкции Константинополя, единственно по выбору русских епископов, в Слове о законе и благодати резко протестовал против византийской теории единственной истинной вселенской империи и вселенской церкви[1]. Илларион указывал, что ни один народ не может хвалиться своим преимуществом,... «все народы равны между собой,... а Киев равноправен Константинополю».

Именно самобытная высокая русская культура и привела к высокому и своеобразному развитию монастырской лечебной медицины, в том числе и психиатрии. Имеются сведения о том, что в числе монахов Киево-Печерского монастыря были люди высокообразованные. Так, Иоанн пресвитер ссылается на мнения Фалеса, Демокрита, восхваляет Аристотеля и высказывает свои критические замечания об учении Платона.

Однако с ростом торгового развития Киева в стране постепенно слагались новые общественные отношения. Рост землевладельцев, которые не желали делиться с киевским князем ни властью, ни доходами, привел к различным распрям феодалов. Ко второй половине XII века феодалы настолько созрели и укрепились на своих позициях, что киевский центр не только перестал быть для них источником роста и богатства, но в некоторых отношениях стал даже помехой дальнейшему их развитию, выполнению их собственных политических целей, и «готическая империя Рюриковичей» окончательно распадается на ряд феодальных владений. В это же время в Европе с XI века началось связанное с крестовыми походами движение, окончившееся тем, что торговые пути из Византии и Малой Азии в Европу значительно сократились и пошли мимо Днепра. Киев, лишенный своего былого экономического значения и нежелательный для феодалов как сильный политический центр, все более слабел. Наконец, заняв 8 марта 1169 г. Киев, наиболее сильный из удельных князей того времени суздальский князь Андрей Боголюбский сжег его.

Татарское нашествие, разорение в 1240 г. Батыем Киева, Переяславля, Чернигова, от которых остались только «кровавые пепелища», окончательно уничтожили влияние Киева. Правда, главные монастыри уцелели от погрома; татарские ханы даже оставили им все их привилегии, но общее экономическое положение бывшей Киевской Руси было настолько тяжелым, что монастыри уже и не помышляли о своей культурной миссии. Начавшая так бурно расцветать киевская культура не могла уже развиваться; и все славянские восточно-европейские княжества, прикрыв собой Западную Европу от вторжения монголов, вынуждены были 250 лет упорно бороться с татарским игом.

---

[1] Д. С. Лихачев, Русские летописи, изд. Академии наук СССР, М. — Л., [illegible], стр. 51—58.

Однако в киевский период сложилась высокая культурная общность славянского языка, общественного мировоззрения, которые ничем не могли быть сломлены, и, несмотря на тяжесть татаро-монгольского ига, Северо-Восточная Русь сравнительно быстро оправилась и с начала XIV века продолжала свое успешное развитие.

Представляет известный интерес, что на Украине в XIV и XV веках[1] процветал своеобразный тип призрения людей, «которые от пана бога хоробою и уломностями невежоны»: старики, старухи, калеки, слабоумные[2].

Века XV и XVI явились временем расцвета церковных братств, а вместе с тем и временем наибольшего расцвета «богаделен-шпиталей». В это время каждая община имела свой «шпиталь». Эти шпитали обычно были рассчитаны на 5—10, редко на 20 мест и были довольно элементарно устроены, представляя обычно[3] постройку с двумя покоями, разделенными между собой сенями; в сенях устраивался очаг для приготовления пищи и два чуланчика для хозяйства. Нередко обитатели шпиталей составляли особое «старческое братство», или цех 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, точных сведений о числе и составе их обитателей не имеется; однако еще в 1764 г. по ревизским сказкам территории Полтавщины, на которой было 493 283 мужских души (т. е. около миллиона жителей вообще), на ней оказалось 283 шпиталя с 1 415 призреваемыми.

В числе призреваемых в шпиталях упоминались и слабоумные, но сомнительно, чтобы в шпиталях могли призреваться беспокойные психически больные.

После введения крепостного права «братства» окончательно разрушились, а с ними постепенно уничтожились и последние убежища для спокойных психически больных. Впрочем, институт шпиталей оказался настолько жизненным, что еще в 1863 г. П. Ефименко описала сохранившиеся до этого времени шпитали в городах Остроге, Борзне и Конотопе, а Н. Сумцов[4] описал сохранившийся даже до 1883 г. шпиталь в слободке Боромля Ахтырского уезда Харьковской губернии. В последнем шпитале был «шпитальный староста», полуслепой 80-летний старец, собиравший по слободе свободные даяния «на пропитание шпиталя», а от волостного правления шпиталю предоставлялась хата, дрова и отпускался гроб в случае смерти призреваемого. В этом шпитале в 1883 г. призревалась, между прочим, и идиотка.

Очень интересна заметка Н. Н. Баженова[5] о сохранившемся под городом Острогом еще в 1885 г. своеобразном виде призрения психически больных в семьях: в деревню Ювковцы, в 30 верстах от Острога, как видел Баженов, приехавший в село, случайно узнав об этом своеобразном типе призрения из разговоров в вагоне, свозят из окрестностей психически больных, и они там остаются в семьях ювковских крестьян. Баженов хотел видеть в этой острожской форме призрения аналогию бельгийскому Геелю, где жители постепенно привыкли брать к себе за плату душевнобольных для

---

[1] Здесь мы нарушаем хронологическую последовательность изложения, забегая в XV и позднейшие века, так как в следующих главах мы будем говорить о Московском государстве, а указанные в этом отрывке остатки киевской культуры наблюдались в той части бывшего Киевского государства, которая до XVIII века находилась под властью Польши и потому вела отдельную от Москвы жизнь вплоть до XVIII века.

[2] Н. Сумцов, Культурные переживания.

[3] Ряд сохранившихся описаний свидетельствует об однотипности шпитальных построек.

[4] Н. Сумцов, Киевская старина, 1883, сентябрь — октябрь.

[5] Проект законодательства о душевнобольных, М., 1911, стр. 117.

ухода за ними, но в действительности это, конечно, было остатком шпиталей. Интересно, что именно среди земцев Украины отмечалось стремление при устройстве колоний для психически больных настойчиво рекомендовать устройство изб для спокойных хроников, а домики для работающих больных при Харьковской губернской земской больнице, например, были даже по плану своего устройства аналогичны шпиталям.

Хотя расцвет «шпитального» типа призрения при церковных приходах и точные сведения о нем относятся к XIV веку и прежде всего к Литве, где этот расцвет был вызван экономическими и политическими факторами, однако имеются все основания думать, что свое начало шпитали получили в старом Киевском государстве. Повидимому, правило давать десятину своих доходов церкви на дело призрения убогих распространялось в Киевской Руси не только на города, но и на сельские общины (митрополит Ефрем в XI веке создал лечебницы и в своих селах)[1]. Киевские беженцы, в большом количестве направившиеся после татарского нашествия в Литву, несомненно, оказали значительное влияние на Литовскую культуру. Так, кроме церковных братств, в литовском Своде законов, существовавшем до XVIII века, имелись положения о психически больных, резко отличавшиеся от западноевропейских и польских законов того времени и сходные со старыми киевскими. Например, глава IV, ст. 13 говорит о праве лишать наследства детей, оставивших своих умалишенных родителей; глава VII, ст. 24 говорит, что помешанные должны находиться под надзором родных и за деяния сумасшедших отвечает надзирающий так, как бы он сам совершил преступление. Несмотря на влияние католического духовенства и папские буллы, упоминание о бесоодержимости и ведьмах появляется впервые в литовском законодательстве только в 1564 г., причем и в это время разбор этих дел поручался старостам и воеводам, т. е. светскому суду, а не инквизиции. Это и дает нам право признать шпитали древнекиевским культурным начинанием.

---

[1] П. Знаменский («Приходское духовенство на Руси», Православное обозрение, сентябрь 1866 г.) также полагал, что богаделен в Киевской Руси было меньше, чем приходов.

II. МОСКОВСКИЙ ПЕРИОД ДО ПЕТРА I (XIV — XVII ВЕКА)

В годы тяжкого «томления и муки» татарского ига остатки культурной жизни Киевской Руси продолжали теплиться[1]. Идея политического объединения русской земли, звучавшая уже в «Слове о полку Игореве», все более крепла как единственная надежда на лучшее будущее. Своим возвышением Москва, помимо географического положения в центре страны, на речных путях, соединявших ее с Волгой и с северо-западом страны, среди лесов, непроходимых для татарской конницы, обязана прежде всего тому, что ее князья, как говорит Ключевский, «...все были, как две капли воды, похожи один на другого в том отношении, что неуклонно, настойчиво, отчетливо стремились к соединению всей страны воедино». Это и вызвало приток населения к Москве, тогда и «создается народное представление о служебном по отношению к народу характере власти московских князей» (Д. С. Лихачев). Непрерывно тяготевшая над русской землей внешняя опасность вызывала сочувствие народа к сильной и «грозной» власти московского князя, способной дать нужную защиту и покой. Москва возглавляет борьбу за свержение татарского ига, успешно закончившуюся при Иване III в 1480 г.

Века XIV — XV, века Предвозрождения, были временем, когда в поисках опоры против произвола феодалов народы Европы обращаются к сильной централизующей власти, которая «...была представительницей порядка в беспорядке, представительницей образующейся нации в противоположность раздроблению на бунтующие вассальные государства»[2].

Для Руси культ старого Киева, старого Владимира, старого Новгорода становится символом национальной независимости. Национальное своеобразие русской культуры XIV — XV веков, изолированной к тому же в течение 300 лет от всего мира (с XI века до Ивана III в России не было иноземцев), выражено еще отчетливее, чем национальные черты зарождающейся культуры Италии, Франции, Англии.

Москва XIV — XV веков была неустанно занята возрождением политического и литературного наследия Киева и Владимира. В Москве усиленно развивается летописное дело, собираются и объединяются летописи разобщенных до того русских областей, создается обширный общерусский летописный свод, освещающий русскую историю с точки зрения единства русской земли (Летопись митрополита Киприана), а в свод 1418 г. (Фотиевская летопись) были включены и выписки из «Хронографа» — всемирной

[1] Подробнее об этом см. Д. С. Лихачев, Культура Руси эпохи образования русского национального государства, Госполитиздат, 1946.

[2] К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения, т. XVI, ч. 1, стр. 445.

истории. Имея своей установкой борьбу за объединение, летописи становятся одним из основных проявлений русской культуры XIV — XV веков, первым зачатком русской философской мысли, утверждающей национально-освободительные задачи против удельно-феодального сепаратизма.

В летописях собираются все старинные былины, создается ряд героических повестей о борьбе с татарами («Задонщина»), возникает поэтическая повесть о Петре и Февронии Муромских. Появляется большая политическая литература (Пересветов, Ермолай — Эразм, Иван IV, князь Курбский). В XV — XVI веках в Москве возрождаются строительные формы Владимира, Новгорода, отстраивается Московский Кремль, создаются кремли Тулы, Серпухова, Изборска и др., возрождается живопись (Андрей Рублев).

Русское государство, опираясь на народные традиции, ставило четко национально-объединительные задачи. На русской архитектуре, искусстве, литературе этого времени лежит печать гуманности, терпимости, жизнерадостности, свидетельствуя о государственных способностях, самоотверженности и демократизме русского народа[1].

Создание единого Московского государства сопровождало «...концентрированием небольших местных рынков в один всероссийский рынок»[2] и вело к росту ремесленного производства. Москва с XV века выступает уже с чертами большого торгового города, растут старые города, возникают новые. Видя рост Московского государства, торговые западные страны, прежде всего Англия, ищут с ней торговых связей, необходимость которых сознают и московские цари.

При окончательном разгроме удельных князей, мешавших объединению государства, Иван IV должен был опереться на «воинских» служилых людей, мелкое дворянство, которое с особой готовностью подчинялось единому царю, освобождавшему их от тяготения над ними удельных князей и бояр. Государству, вынужденному все свои силы бросить на борьбу за объединение, за свои границы, были необходимы большие средства, которые при примитивном хозяйстве страны можно было достать только за счет крестьянского земледельческого труда, и со второй половины XVI века наступает, как назвал Ленин, «новый период русской истории» — торжество крепостного хозяйства, полного прикрепления крестьян к земле, личной их зависимости от помещика, торжество системы «внеэкономического принуждения»[3].

Так возникло в XVI веке крепостнически-феодально-абсолютистское (самодержавное) русское государство. При этом, в силу конкретных исторических условий борьбы за объединение и за жизненно необходимый выход к морю, необходимости завоевания татарских ханств (Казанского, Астраханского, Западной Сибири), национальное русское государство превратилось в многонациональное. «В России роль объединителя национальностей взяли на себя великороссы, имевшие во главе исторически сложившуюся сильную и организованную дворянскую военную бюрократию»[4].

Этот период, расцвет которого связывают с эпохой Петра I, продолжался до периода реформ 60-х годов XIX столетия.

Организация большого централизованного государства потребовала с самого начала его образования и нового законодательного оформления всех частей управления. Еще в XVI веке, в 1551 г., Иваном IV было

---

[1] Подробно см. И. У. Будовниц, Русская публицистика XVI века, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1947.

[2] В. И. Ленин, Сочинения, т. 1, изд. 4-е, стр. 137.

[3] Политика опоры на служилых людей против боярских интриг и против наглой крамолы создала при Иване IV опричину, а позже всесильную бюрократию.

[4] И. Сталин, Марксизм и национальный вопрос, Госполитиздат, 1950, стр. 39.

созвано совещание—Стоглавый собор—для составления нового Уложения. На этом совещании была сделана первая попытка законодательным путем установить и организацию попечения о больных: была признана необходимость попечения о нищих, больных, а в том числе и о тех, «кои одержимы бесом» и «лишены разума». Предполагалось «переписать по всем городам прокаженных и состарившихся, в каждом городе устроить таковых в богадельни при церквах и монастырях и ... содержать от богомольцев». Что касается «бесных» и «лишенных разума», то их предположено было помещать по монастырям, «дабы не быть помехой для здоровых», чтобы «получать вразумление или приведение в истину».

Много ли было к этому времени таких одержимых бесом и лишенных разума? Как они до Стоглава содержались?

Многие «лишенные разума» под именем «юродивых, блаженных» «пользовались в Москве в это время даже особым уважением... Им дозволяют говорить все, что хотят, без всякого ограничения... Если такой человек, проходя мимо лавки, возьмет что-либо из товаров... то купец почтет себя лишь угодным святому мужу... Был такой по имени Василий, который решался упрекать покойного царя (Ивана IV) в его жестокости... Тело его недавно перенесли в великолепную церковь... и причислили к лику святых...»,—так писал об юродивых английский посол Флетчер в своей книге «О государстве русском 1591 года». Об этих 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. Даже палаты царицы были полны такими юродивыми, а спокойные «дуры» и «дураки» жили в каждом поместье для развлечения. Таким образом, этот обычай оказывался своеобразной формой призрения значительного числа больных[1].

Но, кроме таких почитаемых «юродивых», были и такие, благодаря которым «жизнь смирных жителей» Московского государства времен Грозного, как говорили члены Стоглавого собора, «удручалась»: «По селам и городам и волостям ходят лживые пророки, мужики и женки, и девки, и старые бабы, наги и босы, и волосы отпустив, и трясутся, и убиваются, а сказывают, что им является святая Пятница[2]... и заповедует в среду и пяток ручного не делати, и женам не прясти, и платья не мыти, и каменья не разжигати...». Это были так называемые «кликуши», названные так потому, что они «кликали», что такой-то их «испортил». Интересно, что к XVI веку понятие порчи изменило свой древнерусский, в основном пантеистический характер и начало тесно связываться со вселением дьявола в тело испорченного. Демонологические воззрения, широко распространенные в средние века в Западной Европе, отмечались в XVI веке и в Московии.

Несомненно, «кликуши» и «бесоодержимые» не могут быть вполне идентифицированы с психически больными: «кликушество» в известной мере было своеобразной реакцией на всю экономическую социальную жизнь того времени, тем не менее во многих случаях кликушество особенно легко поражало психически наиболее неполноценные элементы, и психические

[1] Как сильно было развито почитание «юродивых» в Москве, видно из того, что о «юродивом» Корейше, находившемся в Преображенской больнице с 1817 по 1869 г., к которому за советом ездила в больницу «вся Москва» и похороны которого собрали тысячи почитателей, создалась большая литература: Голицын, Наше время, 1860, № 38; Прыжов, Наше время, 1860, № 64; Лазарев, Всеобщая газета, 1869, № 104; Петербургская газета, 1871, № 85.

[2] По тогдашним воззрениям, святая Параскева Пятница считалась исцелительницей недугов; ее призывали на помощь преимущественно от дьявольского наваждения.

больные часто представляли наиболее податливый для возникновения «демономании», а в том числе и кликушества, материал: убеждение в бесоодержимости, например, легко возникало у депрессивных бредовых больных[1], демонический характер приобретали галлюцинации душевнобольных[2]; часто одержимость являлась выражением психогенных психозов, психопатий и даже имбецильности. Поэтому, говоря о формах отношения общества в разные эпохи к психически больным, нельзя пройти мимо того, как относились в соответствующую эпоху к бесоодержимым и кликушам. Наконец, не надо забывать, что и в теории психиатрии грех и демоны долго еще считались источником многих психических болезней[3], а «экзорцисты» (изгонители бесов) александрийской школы были еще в XIV и XV веках главными терапевтами тогдашней «научной» психиатрии, да и много позже (уже в конце XVIII и начале XIX века) «морально-теологические» теории немецкой так называемой школы психиатров — психиков — были не очень далеки от этих воззрений.

В этом отношении представляет интерес ст. 73 Стоглава «Об эллинском бесновании и о волховании и чародеянии». Иван IV, указывая на размножение лиц «от бесов прельщаемых», в своей речи на Стоглавом соборе требовал содействия церкви в борьбе с этим злом, но в противоположность западному католическому духовенству представители русской церкви на Соборе обязывались своими силами уничтожить лишь некоторые «непристойные обычаи во время свадеб», воздействие же на другие обычаи (советоваться перед поединком с волхвами и чародеями) духовенство считало своей обязанностью лишь совместно с царем, а борьбу с «бесчинством кликушества» просило государя принять на себя (главы 41 — 44 «Стоглава»). Такая позиция была избрана стоявшей во главе московского духовенства на Стоглавом соборе партией иосифлян потому, что эта партия заботилась главным образом о сохранении монастырских земельных владений, отказываясь в пользу царя, объединителя государства, от всякой иной деятельности, кроме его поддержки, и вступила даже в борьбу со старавшейся проводить церковные идеалы церковной партией «нестяжателей» (Нил Сорский). В результате лишенная освящения церковью (в России не было ничего подобного булле папы Иннокентия VIII 1484 г., повторенной Юлием II в 1504 г. и Адрианом VI в 1593 г.) правительственная борьба с порчей, бесноваием, кликушеством в России не приняла того кровопролитного характера, который она носила в Западной Европе вследствие участия в ней «святейшей» инквизиции.

Вера в колдовство и порчу, во вселение злого духа, боязнь этого были в то время свойственны всем слоям общества. Иван Грозный сам говорил на допросе князя Воротынского: «Се на тя свидетельствует слуга твой, иже мя еси хотел очаровать...», и Воротынский погиб на дыбе. В грамоте царя Федора об учреждении в Москве Славяно-греко-латинской академии было сказано: «...магии естественной и иным таким наукам не учити... Аще же таковые учители, где обрящутся, и они, и ученики, яко чародеи, без всякого милосердия дя сожжутся...» В официальной присяге Борису Годунову в 1596 г. клялись: «... не испортити, ни зелья лихово, ни коренья не давати...

---

[1] Известный инквизитор Институрис, один из творцов самого страшного инквизиционного сочинения «Malleus maleficorum», рассказывает об одной даме, которая 4 года считала себя одержимой демонами, но призналась под влиянием убеждений Институриса, что у нее постоянно имелась тоска (Русский перевод «Malleus maleficorum», 1932).

[2] Альцинат в XVI веке не побоялся укорять инквизитора, казнившего в Пьемонте множество галлюцинантов.

[3] C a l m e i l, De la folie considéré sous le point de vue pathologique, philosophique de la Renaissance au XIX siècle, P., 1845, 2 vol.

колдунов не добывати на государское лико... и наследу ево всяким ведовским мечтанием не испортити... А кто такое воровское посмеет помыслити или делати... того поймати».

Поэтому естественно, что и без божеского благословения все же бесноватых сжигали. Сожжение было тем более необходимо, что огонь являлся не просто средством казни, а имел значение очистительной стихии. Сожжение было столько же казнью, сколько и заботой об успокоении души сжигаемого, очищением ее от губительного начала. Поэтому если колдун или одержимый погибал во время пытки, то все же его тело сжигалось палачом.

Страх перед кликушами, боязнь перед ними, а вместе и перед психически больными вообще, основанный на вере в порчу, вследствие этих преследований еще более усиливался, так как во время своих припадков кликуши «выкликали» имена тех, которые их испортили, а это были обычно имена почему-либо неприятных для кликуш людей. Доносы широко распространялись. Названных кликушами несчастных, которые их «испортили», по указу царя вели как колдунов и волшебников в застенок, подвергали пыткам, а если кто-нибудь, обезумев от пыток, наговаривал на себя, что он действительно колдун, того сжигали в срубе. Помещики боялись своих крепостных и жгли их как колдунов; крестьяне, желая получить свободу, доносили на помещиков, обвиняя их в колдовстве.

Костомаров[1] говорит, 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 потом последних...»

Особенно много сохранилось дел о порче, бесоодержимости, колдовстве из времен царя Алексея Михайловича. 14 февраля 1658 г. всем воеводам был разослан в это царствование особенно строгий приказ: «Таких злых людей и врагов божих жечь в срубах без всякой пощады и домы их разрушать до основания, чтобы впредь злые их дела никому не вспомянулись».

Сжигали в это время ведьм и на Украине. Так, гетман Левобережья Иван Мартынович Брюховецкий (1663 — 1668) в Гадяче «велел сжечь пять баб-ведьм, да шестую Гадяцкого полковника жену; а жечь их велел за то, что его, гетьмана, жену портили... и сказывали, что выкрали у гетьмановой жены дитя из брюха...»

И гибло немало народу[2] в срубах и на дыбе, и среди них, конечно, немало и сознавшихся в сношениях с дьяволом или доносивших сами на себя психически больных. Известны и случаи сожжения сразу многих ведьм и одержимых (например, в 1638 г. в г. Лухове, Владимирской губернии), однако таких массовых сожжений, какие были в Западной Европе, в Московском государстве не было.

Мы уже указывали, что все эти сожжения и розыски правительству приходилось производить без участия духовенства; монастыри и архиереи в Московском государстве не только отказались от борьбы с кликушеством, но не склонны были брать на себя и вообще какие-либо лечебные или призренческие функции, которые по старому уставу церкви принадлежали им, и Ивану IV пришлось не только не настаивать на этом,

[1] Н. И. Костомаров, Очерк домашней жизни и нравов великорусского народа XVI и XVII века, СПБ, 1887.

[2] Новомбергский, Колдовство в Московской Руси XVII века, СПБ, 1906.

но и не отбирать от монастырей земельных владений, что начал было делать Иван III, так как в его борьбе с феодальными князьями ведущая часть духовенства (иосифляне) поддерживала единодержавие московского царя, проповедуя весьма выгодную для царя и требующую освещения церкви теорию о Москве — третьем Риме, доказывая на основании священного писания, что померкшее со взятием Константинополя турками «солнце православия» с новой силой «воссияло» в Москве, что московские цари — единственные наследники византийских императоров, которых «господь поставил вместо себя, посадив на царский престол», которым все поместные князья должны беспрекословно подчиняться.

За призренческую деятельность монастыри хотели платы, а денег у государства для этого не было. Сохранились сведения, что в 1681 г. царь Федор Алексеевич еще раз предложил Собору епископов строить больницы и обещал дать на это деньги, но, по словам епископа Филарета, «слова своего не сдержал». Лишь в особых случаях, каждый раз особым указом, опираясь на церковные уставы, правительство все же в XVI — XVIII веках посылало психически больных в монастыри для «получения вразумления», так как, согласно тогдашнему мировоззрению, только церкви было доступно такое «вразумление».

Интересно, что больных в монастыри посылало не только само правительство по полицейским соображениям, но нередко об этом просили родственники больных, опасаясь «как бы от дурости их в опале не быть». Как пример такой просьбы родственников приведем следующую челобитную[1]: «Царю-государю... холопы твои бьют челом (перечислены имена ряда родственников). 7172 года (1664) 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... Милосердый государь, пожалуй нас, холопей своих, вели, государь, его, Сидора, взять к Москве и от той его дурости и пьянства смирить по своему милосердному рассмотрению. И по его малоумию отдать под начал, чтобы нам от его, сидоровой, дурости и от пьянства от тебя, великий государь, в опале не быть...» На прошении пометка: «7172 года августа 29. Послать государеву грамоту на Тулу к воеводе, велеть выслать к Москве с приставом».

Еще интереснее, что иногда «под начал» больные просились сами. Например, бежечанин Михаил Козодавлев «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 падучей болезнью...» На просьбе пометка: «7173 года июля 8 дня государь указал сослать его под начал в монастырь, который пристойно...»

Таким образом, должно думать, что в монастырях сохранились старые киевские традиции мягкого обращения с психически больными.

Но в Московском государстве XVI — XVII века часть беспокойных психически больных хотя, несомненно, во много раз меньше, чем в Западной Европе, попадала не только в монастыри, но и в тюрьмы, несмотря на имевшийся уже в XVII веке в Москве закон о «невменяемости» душевнобольных и детей перед судом, а именно в Указе 1669 г. (22 января 7177 г.) «О татейных, разбойных и убийственных делах» говорилось: «О глухих и немых, и бесных, и которые в малых летах... в обыск не писати... и их не допрашивать». Какие больные и почему попадали в тюрьму, видно, например,

[1] М. Ю. Лахтин, Материалы к истории психиатрии в России, Записки Московского археологического института, 1912, т. XVII.

из следующего сообщения воеводы Шаховского царю Алексею Михайловичу «...в нынешнем 7161 г. (1653) марта 24 дня писал я тебе, холоп твой, что в Карачае гулящий человек Санька Иванов, сын Топанского, попущением божиим тяжким недугом одержан, пакости многие людям делает, людей ножом режет и животину побивает... и в ночи с огнем по городу ходит. И я... велел его посадить в Стрелецкую и завалять колодьями, потому что силен: железы ломает. А в монастырь его... не отдал, ибо Воскресенского монастыря старцы ходят... как простые люди... и из тюрьмы его выкинуть не смею... Что ты, государь, укажешь?»

Это донесение интересно не только как свидетельство того, что часть опасных психически больных находилась в тюрьмах, но и тем, что воевода, очевидно, считал такую жестокость лишь крайней мерой, а общее отношение к психически больным было в России человечным.

О гуманном обращении с психически больными говорило и то, что нередко сами больные писали об освобождении их из монастырей и получали удовлетворение таких просьб. Например: «Царю-государю... бьет челом холоп твой, кашинец Якушка Федоров, сын Македонский. В прошлом, государь, в 7168 года я, холоп твой, в уме порушился... и велено меня отдать под начал 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: «7169 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 попрежнему, и выслать для службы к Москве».

Однако при необходимости даже и в монастыри, как видно, например, из донесений дьяка Былинского от 1719 г.[1], посылались указы, 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». Но для таких мер, повидимому, требовались особые указы.

Впрочем, в случае так называемых государственных преступлений правительство действовало сурово. Так, 7179 года августа 23-го дня торопчане дворяне князь Василий да князь Михайло Шаховские, да Михайло Арбузов привели в Торопец и объявили в приказной избе... человека, которого люди Шаховских... нашли в лесу и шли вместе с ним, и сказал де им тот человек, я де родом дворянин... я де не простой человек, я де царевич Алексей Алексеевич, а иду я в Литву, а подымать де мне короля войной и быть мне в Новгороде на царстве...». В приказной избе «приводный человек сказал: зовут меня Иваном нынче, а я царевич Алексей... Вырос у Алексея Клеопина, у сына боярского, а грамоте учился у попа Козьмы Григорьева... а те ведают, что я такой человек, царевич Алексей... И того же числа Ивашка пытан был, десять ударов, да стряска, говорил те же речи. Да он же на пытке говорил стольнику и воеводе Григорию Бутурлину: как ты смеешь меня пытать такого великого человека».

По сообщению об этом в Москву царь велел: «Того вора расспрашивать крепко... оказывая ему нестерпимые пытки... А будет он, Ивашка,... говорить, что у него отец и мать есть или он скажет на кого, с кем на то воровство мыслил... в те городы по тех людей... послать голов стрелецких везти их к себе и расспрашивать накрепко, и велеть держать под стражею... А преосвященному Питириму митрополиту Великого Новгорода велеть того попа сыскать и прислать для допроса без всякого молчания». В Торопец

[1] Цит. по И. Н. Баженову, «История Московского долгауза», М., 1909, стр. 19.

был послан особый следователь князь Великово-Гаген; в 7180 г. привезены были к нему поп, 18 человек новгородских дворян, 4 человека дворовых людей. «Все они, — пишется в докладе царю, — его, вора Ивашку, узнали, что он новгородца Алексея Клеопина родной сын... Алексей Клеопин говорил, сын де его Ивашка умовреден... и в прошлом в 7179 году бил он челом в Великом Новгороде воеводе Пронскому о том сыне, но он, Ивашка, от него сбежал безвестно...» Подтвердили и все свидетели, что «Ивашка умовреден уже ныне 6-й год... и отца своего, и мать хотел саблей посечь, и в мае от отца из дому бежал... и в огонь бросался, и платье на себе драл, и говорил, что он де Ивашка исцелил много людей». Воевода Пронский также подтвердил, что в 7179 г. 26 июля отец подавал челобитную о болезни сына и «то Алексеево челобитье в приказной палате в книгу записано».

Тем не менее 29 ноября 7180 г. «Государь слушал это дело и указал, а бояре приговорили вора Ивашка Клеопина за его воровство и непристойные речи в торговый день при многих людях казнить смертью, повесить... попа и детей боярских освободить, а отца его, Ивашка, Алексея Клеопина с женой и с детьми сослать в Сибирь на вечное житье и написать его в службу, какая пригодится, а поместья его и вотчину отписать на великого государя.

18 декабря 7180 г. Ивашка был повешен, а «Алексей Клеопин с женою с Марьей и с детьми со Степаном, да Богданом, да Панкратом и Гаврилой, января 20-го дня послан на Вологду с приставом Уземкой Максимовым, а с ним провожатых стрельцов пять человек...» Дальше он был послан с сибирскими служивыми людьми до Тобольска, из Тобольска в Енисейск, а в Енисейске «...велено ему быть в детях боярских... А государево жалование учинино им: Алексею 15 рублей, хлеба 14 чети ржи, овса тож, по трети пуда соли; детям его Богдану да Степану по 14 рублей, хлеба по 12 чети ржи, да овса тож, по трети пуда соли человеку на год».

Уже в царствование Федора Алексеевича Клеопин просил, так как «....служил я блаженной памяти отцу твоему многие годы, а братья мои на вашей государевой службе побиты... из ссылки освободить». В 7187 г. царь велел его с детьми освободить из Сибири и взять к Москве».

Итак, мы видим, что отношение к психически больным в Московском государстве в XVI — XVII веках было довольно диференцированным: одних почитали святыми прорицателями, других держали в поместьях для забавы, третьих посылали на костры, четвертых «для вразумления» в монастыри, наконец, немногих социально опасных бесоодержимых держали в тюрьмах; безобидные больные при этом оставались на свободе. Отношение к больному, повидимому, определялось высказываниями больного: лица, произносившие кощунственные или противогосударственные слова, имевшие бред бесоодержимости, попадали на костры и на виселицы, лица же с явно нелепым буйством — в тюрьму; формально ориентированные, но с непонятной разорванной речью шизофреники попадали в святые. Здесь необходимо отметить, что старая русская культура, сохранявшаяся и в тяжелый период татарского ига, ясно показала свое превосходство, свою бо́льшую гуманность и демократизм по сравнению с культурой Западной Европы.

Чтобы понять тенденции дальнейшего, уже во времена Петра I, развития взглядов на попечение психически больных в России, следует сказать, что светская научная медицина, начавшись со времени Ивана III (сначала, правда, только для двора), как мы уже говорили, в дальнейшем постепенно развивалась все более.

В 1531 г. появился медицинский учебник «Благопрохладный вертоград». В 1581 г. была создана придворная аптекарская палата, преобразованная в 1602 г. Борисом Годуновым в Аптекарский приказ. В 1620 г.

в Аптекарском приказе впервые ставится вопрос о медицине для более широкого круга, чем придворные. Приказ становится высшим медицинским учреждением; его назначение — централизовать врачебное дело в Московском государстве; он способствовал появлению лекарственных книг. В 1654 г., в год чумы, при Аптекарском приказе было учреждено нечто вроде медицинской школы: было набрано из стрельцов 30 человек, их обучали хирургии, а потом знакомили и со «знаменами немощей». Первый выпуск этой школы в 13 человек состоялся в 1658 г. Таким образом, постепенно стали появляться подлекари, а затем и лекари из пушкарей и стрельцов, обучавшиеся медицинской науке, начиная с грамоты, в течение 5 — 6 лет.

Во второй половине XII века появляются просьбы в Аптекарский приказ о присылке лекарей не только от бояр, но и от посадских, и от торговых людей. В 1673 г. была открыта в Гостинном дворе на Ильинке «Новая аптека» с вольной продажей лекарств. Многие дворяне и чиновники Посольского приказа просили царя отправить их за границу для обучения медицине. Среди них были П. В. Постников и Г. И. Волков, которые и были посланы за границу и в 1695 г. получили в Падуанском университете степень доктора медицины. Впрочем, им не пришлось служить врачами, — они остались на службе в Посольском приказе[1].

Упоминается о построении при царе Алексее Михайловиче на Рязанском подворье «дохтурской палатки для дохтурского сидения по осмотру болящих», т. е. своего рода амбулатории. Боярин Ртищев в это же время устроил в своем доме лечебницу: «Посылал соглядатаи на пути града, да иде же обрящут они от болезней и глада изнемогающих, и оных повелевал привозити дом на се устроенный, в нем же оным от имени своего потребным довольством творяще. Их же тамо овогда двадесять, овагда же тридесять человек в различных болезнях бываху»[2].

Наконец, при царе Федоре Алексеевиче заведены две шпитали в Москве, одна у Никитских ворот, другая в Знаменском монастыре. Еще во времена Алексея Михайловича ко двору царя был приглашен известный врач Лаврентий Блументрост. Три поколения Блументростов прослужили московским царям. При царской аптеке была переведена целая медицинская библиотека: имелась и анатомия Везалия, и Гарвей, полный перевод фармакологии, появились оригинальные русские сочинения: «Описание чумы в Казани», «Книга, имуще лечение различных недуг телесных» и др.

Интересно отметить, что еще в XVII веке, помимо признания «невменяемыми» по суду, психически больные признавались по врачебному освидетельствованию негодными к службе вообще[3]. Так, в 1679 г. 26 детей боярских, стольников, дворян и пр. били челом царю Федору Алексеевичу об освобождении от государевой службы по болезни, и царь приказал «....тех людей в Аптекарском приказе осмотреть дохтурам,... на государевой службе быть можно ль». О каждом был составлен акт. Согласно этим актам, один из освидетельствованных, Иван Михайлович Борисов-Бороздин, был признан страдающим с юношества ипохондрической меланхолией и к службе негодным.

---

[1] Рихтер, История медицины в России, М., 1820.

[2] Вивлиофика Новикова, Житие милостивого мужа Ф. Ртищева, т. XVIII, стр. 413.

[3] Материалы для истории медицины в России, изд. Медицинского департамента, в. IV, 1885, стр. 1115—1116 и 1302.

III. ОТ РЕФОРМ ПЕТРА I ДО УЧРЕЖДЕНИЯ ПРИКАЗА ОБЩЕСТВЕННОГО ПРИЗРЕНИЯ (XVIII ВЕК)

В преобразованиях Петра I осуществлялось лишь то, что было подготовлено всей предыдущей историей народа. Задачи, которые ставил Петр, были очередными и неотложными историческими задачами русского государства. Образование всероссийского рынка, развитие товарно-денежных отношений, усиление граничащих с Россией и желающих подчинить ее своему влиянию государств — Швеции, Польши, Пруссии — требовали для сохранения самого существования страны быстро догнать опередившие ее в экономическом и техническом отношении страны, требовали борьбы за Балтику, которая уже дважды — при Иване IV и царе Алексее Михайловиче — велась и до Петра, требовали развития промышленности, средства же для этого в стране, почти исключительно аграрной, могли получиться только путем внеэкономического принуждения сельского населения для работы не только для своих нужд, но и для экономического движения страны вперед.

Поэтому государственная система Петра I являлась дальнейшим завершением дворянско-абсолютистского развития России. К этому времени была окончательно ликвидирована феодальная вотчина, и победило дворянское крепостное поместье. Как и в XVI и XVII веках, политика Петра I была системой «возвышения класса помещиков и развития нарождавшегося купеческого класса»[1], проводившейся за счет крепостного крестьянства, с которого драли три шкуры. Помещик получил право свободно распоряжаться имуществом и личностью крестьян. Государственные крестьяне и свободные люди приписывались к заводам. Последние сословные органы были уничтожены и заменены чиновничеством, еще больше укреплявшим аппарат единодержавной власти.

Деятельность Петра I — «... была своеобразная попытка выскочить из рамок отсталости»[2] и создать фундамент дальнейшего развития, — попытка, требовавшая напряжения всех экономических ресурсов страны.

Экономическая политика Петра I прежде всего имела в виду развитие мануфактуры и промыслов. Создавались заводы, города, дороги, каналы. Но для этого нужны были кадры, — и Петр I создает школы: в 1701 г. в помещении Сухаревой башни открылась Навигационная школа, в 1711 г.— Инженерная, в 1715 г. в Петербурге — Морская академия и Артиллерийская школа.

---

[1] И. Сталин, Беседа с немецким писателем Эмилем Людвигом, 1938, стр. 1.

[2] И. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. 9-е, М.,—Л., 1931, стр. 359.

Придавал Петр I значение и медицине: 25 марта 1706 г. был издан Указ Петра I об открытии за Яузой, против Немецкой слободы, «в пристойном месте для лечения болящих людей» московского «гофшпиталя для аптекарской науки». 21 ноября 1707 г. госпиталь был открыт, и при госпитале была учреждена медицинская школа; для обучения в ней постановлено было набрать из всяких чинов людей 50 человек[1]. Во главе школы был поставлен лейб-медик Петра I Бидлоо. Госпиталь находился попрежнему, как все лечебные заведения, в ведении духовенства — Синода. Вначале учащиеся набирались почти исключительно из иностранцев, так как и Бидлоо, и его помощник Реккен вели преподавание на немецком или латинском языке; позже, сумев приобрести расположение Синода, Бидлоо добился привлечения в медицинскую школу студентов Славяно-греко-латинской академии, которые там обучались латинскому языку и потому могли понимать лекции Бидлоо. Из этой школы вышло немало русских врачей. По своей структуре школа напоминала университет: учение продолжалось 5—7 лет, причем преподавалась анатомия, хирургия и аптекарские науки.

Первейшими медицинскими нуждами в то время были нужды, связанные с войной, нужды хирургии. Города были еще невелики, и психически больные мало мешали обществу. Повидимому, как и раньше, наиболее беспокоили московское население кликуши, потому что первым указом Петра I, касающимся психически больных, был указ от 7 мая 1715 г., который, признавая кликушество следствием невежества и «непотребства», предписывал «...их имая, приводить в приказы для розыска, действительно ли они больны или нарочно накидывают на себя порчу».

Нужно, однако, сказать, что этот приказ не ослабил кликушества[2]: в 1737 г. (25 ноября) вновь пришлось предписывать всем архиереям «кликуш до суеверных шалостей не допускать, и искоренять... со угрожением проклятия на противящихся упрямцев... и отсылать в светский суд... без всякого отлагательства». Но и этим приказом не удалось внушить духовенству мнения о кликушах как о притворщиках и не одержимых злым духом: указом Синода от 13 мая 1773 г. пришлось прямо воспретить духовенству «...петь молебны и читать слово божие над кликушами... не иначе имея рассуждение о них как о прямом притворстве и суеверии».

Интересно, что даже сам Петр I в своем приказе 1715 г., клеймя веру в порчу как суеверие, в воинском уставе 1716 г. сохранил такой артикул: «Если кто из воинов будет чернокнижник, заговорщик ружья и богохульный чародей, то наказывать его шпицрутенами и заключением в железы или сожжением». Историк В. Н. Татищев рассказывает, что в 1714 г., заехав к фельдмаршалу графу Шереметеву в Лубны, он услышал, что одна баба за чародейство осуждена на смерть «... и оная с пыток сама в том повинилась. Я хотя много представлял, что то неправда, но фельдмаршал нимало мне не внимал»[3], т. е. и фельдмаршал Шереметев продолжал верить в бесоодержимость. Духовенство, по словам проф. А. С. Лебедева, не боролось с демономоническими воззрениями, «во-первых, потому, что для его простодушной веры эти явления вовсе не были „непотребством", а во-вторых, потому, что они были небезвыгодны для него»[4].

---

[1] Этот госпиталь существует до сих пор. Это Центральный госпиталь Вооруженных Сил СССР имени акад. Н. Н. Бурденко, 21 февраля 1947 г. праздновал 240 лет своего существования.

[2] Н. В. Краинский, Порча, кликуши и бесноватые, Новгород, 1900.

[3] В. П. Осипов, Курс учения о душевных болезнях, ч. I, Общая психопатология, СПБ, 1917, стр. 41.

[4] А. С. Лебедев, О борьбе власти с суевериями, Киевская старина, 1890, № 1.

Кликушество долго продолжало существовать. Расправы с колдунами, запрещенные правительством, производились изредка самим населением вплоть до XIX века, а царскому правительству даже в последнем своде законов 1845 г. (т. XIV, гл. II, стр. 43) пришлось сохранить такую статью: «Так называемых кликуш, обвиняющих кого-либо в порче или причинении им зла посредством колдовства или злых духов, надлежит заключать в смирительные дома».

Из указов Петра I, непосредственно касающихся психически больных, было три.

Первый указ от 16 января 1721 г., которым Петр I, учредив магистраты, предлагал им устроить «смирительные дома и госпитали». «Оным смирительным домам, — гласил указ, — надлежит быть ради таких людей, которые суть непотребного жития... имения расточают, домы 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 обоего пола».

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

Третий указ от 6 апреля 1723 г. говорит: «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...»

Однако учреждение магистратов оказалось непрочным; вскоре после смерти Петра I они были уничтожены, и смирительных домов в первой половине XVIII столетия в России учреждено не было. Не имел реального значения и указ 1723 г., так как никаких учреждений для психически больных не имелось и не удалось обойтись без посылки их в монастыри. Уже в 1725 г., по указу Сената от 12 мая, по старым обычаям был послан в монастырь «...беспутный солдат да извозчик», а указом от 15 марта 1727 г. вновь приказано помешанных, находящихся по важным делам в Преображенской канцелярии (Тайный приказ), принимать в монастыри безотказно и «...чтоб Святейший Синод не ссылался при своих отказах на указ 1723 г.». Однако монастыри, являясь и в эту эпоху прежде всего хозяйственно-помещичьей организацией[1], а вовсе не просветительно-филантропической, 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, и пришлось издавать ряд указов, настаивающих на приеме психически больных в монастыри. Например, в указе 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,

[1] Троице-Сергиевская лавра имела, например, более 100 000 крепостных крестьян.

то Святейшему Синоду приказано посылать в монастыри послушные приказы, а на содержание помешанных назначать оставшиеся от штатного содержания монастырские порции».

Исключением из деятелей церкви был только новгородский митрополит Иов, человек в высокой степени образованный, устроивший в своей епархии до 30 школ, в которых с 1706 по 1726 г. обучалось 1 007 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 совершенно исключительное для XVIII века явление. Интересно, что богоугодные заведения митрополита Иова сохранились до приказных времен и были взяты в ведение Приказа в 1783 г., а затем от Приказа перешли и в земство. Таким образом, самой старой психиатрической больницей в России надо считать Колмовскую психиатрическую больницу, существовавшую с 1706 г.

Итак, попечение о психически больных в России в первой половине XVIII века носило тот же характер, что и раньше. Но нельзя забывать, что Петр I создавал школы, старался «вытащить из рамок отсталости» дворян для занятия командных государственных должностей. Кроме старой знати и дворянства, при нем выдвинулось своими личными талантами немало новых людей.

Петр I всячески поощрял русское купечество строить заводы, вести заграничную торговлю, посылал за границу купеческих сыновей — сначала по 12, а с 1723 г. по 15 человек в год. К концу царствования Петра I в России насчитывалось около 223 фабрик.

Если в начале царствования Петр I заботился только о необходимых для войны технических школах, то позже он мог уделить внимание и вопросам общего образования. Уже в 1715 г., понимая, что «не токмо к морскому делу школы нужны», он распорядился разослать по губерниям по два ученика морской школы «для науки молодых ребят из всяких чинов людей», и в 1716 г. в разных местах империи было открыто 12 таких школ. К 1720 г. к ним прибавилось еще 30. Новая школа носила название «цифирной». Одновременно по Духовному регламенту было приказано открыть школы при архиерейских домах, и к 1725 г. было уже 46 таких школ с 3 056 учениками.

Таким образом, круг образованных людей все расширялся, польза лечения все больше понималась, и сама жизнь постепенно выдвигала необходимость более широкой медицинской, в том числе и психиатрической организации.

Русская наука при Петре I начала интенсивно развиваться (математик Магницкий, экономист И. Т. Посошков, историк В. Н. Татищев). Наконец, в 1721 г. у Петра I возникла мысль об образовании Академии наук, и в 1725 г. была учреждена не только академия, но и при ней университет, а при университете — гимназия. В гимназию, благодаря стипендиям, к 1726 г. удалось набрать до 120 учеников из всех сословий; среди них оказался и будущий первый русский ученый и академик Михаил Васильевич Ломоносов[1].

Таким образом, Петр I исходил из назревших русских нужд: страна быстро двинулась вперед и в экономическом, и в культурном отношении.

Но Петр I был не всегда разборчив[2] в приглашении иностранцев на русскую службу: среди иностранцев, честно и преданно служивших России,

[1] Из Академического университета вышел ряд выдающихся русских профессоров, ученых и писателей: Ломоносов, Крашенинников, Румовский и первые профессора Московского университета из русских — Барсов и Поповский.

[2] В. В. Мавродин, Петр I, изд. Молодая гвардия, Л., 1948.

понаехало немало авантюристов, как, например, Миних и Остерман, с которыми потом пришлось бороться Ломоносову.

Преобразования, начатые Петром I, особенно во времена Анны Ивановны (1731 — 1741), на время затормозились. Как ни расценивать время Анны Ивановны, ее царствование было господством немцев при дворе и в русской политике, притом немцев, которые смотрели на Россию как на своеобразную кормушку и выступали с воинствующей программой дальнейшего немецкого засилья в России.

Развитие промышленности замедлилось, так как дворянские вотчинные заводы не давали столько прибыли, сколько ее получалось от продажи русской пшеницы в Англию, где происшедшая в середине XVIII века промышленная революция вызвала чрезвычайный рост городского населения и колоссальную потребность в привозном хлебе. Поощряя продажу хлеба в Англию, Бирон заключил с ней в 1734 г. договор, подрывавший русскую промышленность. Вообще немцы, занявшие высокие должности, вовсе не имели желания развивать промышленность в России. Так, широко известна губительная для уральской промышленности деятельность немца Шомберга.

Это отразилось и на медицине. Многие из наехавших в Россию иностранных врачей также не имели намерения развивать русскую медицину. Например, со смертью Бидлоо в 1735 г. на его место при главной Московской аптеке был назначен некий де Тейльс, с презрением относившийся к русским, так как, по его мнению, русские вообще неспособны к серьезному образованию, «и ни госпиталь, ни школа для обучения русских не нужны, ибо все равно не научат тому, чему учатся за границей». По его предложению были основаны в 1735 г. сухопутный и морской госпитали в Петербурге, а также морской госпиталь в Кронштадте и при них образованы школы, в которые принимали только иностранцев, хотя их оказывалось мало. В Москве отношения между Синодом и Медицинской коллегией обострились, и московская школа стала хиреть. Два талантливых русских врача—К. И. Щепин и П. Подгурский—были удалены из числа преподавателей. Так, бироновщина и ее приспешники не только стремились не допускать русских к приобретению знаний, но удаляли и тех, которые эти знания получили.

Некоторое улучшение наступило при Елизавете (дочери Петра I), которая вновь призвала к государственной деятельности соратников Петра I и сочувствовавших им деятелей нового поколения. В царствование Елизаветы был произведен ряд реформ в области образования вообще и медицины в частности.

Началась новая попытка «размножить науки в империи»; в Москве в 1755 г. по инициативе М. В. Ломоносова был открыт университет и при нем две гимназии: одна для дворян, другая для разночинцев, а в 1758 г. основана гимназия в Казани.

После смерти Елизаветы с воцарением ее племянника принца голштинского Петра III вновь начало сказываться чрезмерное влияние немцев на русскую жизнь, продолжавшееся до известной степени и при Екатерине II, хотя она умела считаться с экономическими и политическими потребностями окрепшего русского государства: ее царствование было вершиной не только дворянско-крепостнического государства, крепостнического гнета для крестьян, но и дальнейшего роста капиталистических тенденций.

В буржуазной историографии вопросы идеологического и культурного развития России в XVIII веке рассматривались исключительно с точки зрения западноевропейских влияний. Внимательное изучение советскими историками социально-экономических сдвигов, совершавшихся в России XVIII века, показало, что, вопреки немецким происками превратить Россию

в свою полуколонию, новые идеи вырастали скорее на собственной подготовленной почве, отвечая назревшим запросам социально-экономического развития страны.

Административно-политическое слияние национальных областей и районов (уничтожение гетманства на Украине, привилегий казачества), отмена в 1753 г. внутренних таможен, учреждение купеческого банка в Петербурге и Коммерческого банка в Москве — все это говорило о росте буржуазии во второй половине XVIII века, хотя господство феодального строя и тормозило это развитие. Дворянская монархия для своих внутренних и международных задач нуждалась в увеличении экономических ресурсов и, следовательно, в укреплении промышленности и торговли. Поэтому-то даже и «Учреждение губерний» в 1785 г., дополненное «Жалованной грамотой дворянству» и до известной степени утверждавшее диктатуру дворянства в провинции, отдавая в руки местного дворянства судебно-полицейские учреждения, было издано одновременно с «Жалованной грамотой городам», дававшей некоторые права и буржуазии. Прикрепление крестьян к заводам по ходатайству дворянства было отменено; купеческие заводы легко заменили крепостных наемными рабочими: те же дворяне, получая выгодный для них оброк с отпускаемых на заводы своих крепостных, содействовали этому. Таким образом, уже в XVIII веке появилось не только большое число сезонных (зимних) рабочих, но даже образовался слой постоянных рабочих, рабочий класс пополнялся за счет оторванных от земли крепостных; происходило расслоение крестьянства: из работающих на оброчных условиях образовались потомственные рабочие, крестьяне-ремесленники, «капиталисты» крестьяне, заводившие собственные мануфактуры (например, ивановские крестьяне Бутримовы и Грачевы в 40-х годах XVIII века).

Усиление формирования буржуазии своеобразно отразилось во второй половине XVIII века на идеологии и самого дворянства. Образовалась группа дворян (Радищев и его сторонники), которая считала крепостничество и феодализм несовместимыми с развитием страны и в своих произведениях проповедывала свержение деспотизма, революционную ломку самодержавно-крепостнического строя. Так появились среди дворян демократы-революционеры.

Второе направление дворянской идеологии — либеральное — представлял Н. И. Новиков, видевший выход в просвещении. Он создал «Типографическую компанию» в Москве, издававшую просветительные книги и журналы.

Изменившиеся условия вызывали все большую потребность в грамотных людях. В 1782 г. была создана Комиссия об устройстве народных училищ, разработана целая система городских училищ на 4 398 учащихся. К 1796 г. имелось уже 316 училищ с 17 341 учащимся, а к 1800 г. школы окончило 176 730 учащихся (из них 14 595 девочек).

Таким образом, наступившие экономические сдвиги соответственно изменяли культурное развитие не только верхних, но и самых широких слоев русского общества. Во вторую половину XVIII века на этой основе происходило широкое развитие культуры.

Не случайно XVIII век отмечен талантами, вышедшими из народа: Ломоносов — в науке; прикладными техническими изобретениями прославились Кулибин (самоходное судно), Ползунов (огнедвигательная машина, 1765), Глинков (чесальная машина), Фролов (гидравлическая машина, 1783); в области искусства: архитекторы Воронихин, Баженов, Казаков, композитор Фомин, крепостные Шереметева — художники Аргуновы, художники Рокотов, Левицкий, скульптор-портретист Шубин и многие другие.

Появляются оригинальные литературные произведения (Сумароков, Державин, Фонвизин), создается общедоступный русский театр (Волков). Но особый интерес представляет широкое распространение «лубочной» литературы, произведений народной интеллигенции, существовавшей наряду с интеллигенцией дворянской[1]. Крепостной крестьянин Матвей Комаров прославился своей приключенческой повестью «Обстоятельное и верное описание жизни славного мошенника и вора Ваньки-Каина», которая была направлена против крепостного права (2-е издание, 1788 г.), а крепостной Захарьин прославился своим романом «Арфаксад», который переносит читателя в страну равноправия, свободы и справедливой жизни.

Изучая документы Фонда созданной в 1762 г. Тайной экспедиции, ведавшей политическими процессами, проф. К. Сивков в своей диссертации[2] ярко доказал, что деятельность Новикова и Радищева имела под собой значительную почву. Большое количество подаваемых правительству проектов об изменении существующего порядка управления, исходивших от представителей разных социальных слоев (например, проект Г. И. Попова 1792 г. об отмене крепостного права), говорило о широком движении общественной мысли. Имеющееся в делах Тайной экспедиции большое число доносов, обличающих неправосудие и взяточничество, говоривших о стремлении разоблачить конкретных виновников сознаваемого всеми общественного застоя, «беспокоили правительство больше, чем неправосудие судей, так как свидетельствовали о росте сознания широких масс»[3]. Об этой боязни правительства перед распространением просвещения свидетельствуют и аресты Радищева и Новикова. Появление самозванцев (а их было больше двадцати в последнюю треть XVIII века) свидетельствовало о брожении и в социальных низах, свидетельствовало, что и в самых широких массах крепостного крестьянства крепла потребность в новых порядках.

В науке, кроме Ломоносова, заложившего основы русского материализма и опередившего в области физики и химии современные ему научные взгляды Европы, имелись русские ученые: астроном С. Я. Румовский, ботаник и химик Н. Я. Озерецковский; философы: Я. П. Козельский, С. Е. Десницкий, на Украине Г. С. Сковорода и др. Вообще начало русской науки, стоящей на высоком уровне и двигающей науку вперед, надо отнести на много ранее XVIII века.

Отсюда понятны и сдвиги в медицине, органическая необходимость новых форм призрения психически больных, которая возникла в конце века.

В области медицины, еще в царствование Елизаветы, П. З. Кондоиди, ставшему во главе Медицинского управления в 1754 г., на время удалось (он умер в 1760 г.) вновь поднять московскую школу, куда входили: Щепин, Тереховский, Шумлянский, Максимович-Амбодик.

Во главе Медицинской коллегии в первые годы царствования Екатерины стоял барон Черкасов, стремившийся возможно шире поставить обучение русских. Ему в 1764 г. удалось добиться признания равноправия в школьном преподавании русского и немецкого языка; в специальном указе говорилось «о ненадобности в России иностранных докторов», о замене их русскими кандидатами... Однако раздраженная немецкая партия, руководимая немцем Пеккеном, убедила Екатерину, что неизвестно, скоро ли госпитальные школы будут в состоянии удовлетворить военные и дворянские потребности

---

[1] А л е ф и р е н к о, Общественное движение в Москве во второй половине XVIII века, Известия Академии наук СССР. Серия истории и философии, 1947, № 6 (т. IV).

[2] К. С и в к о в, Общественная мысль и общественное движение в России конца XVIII века, Вопросы истории, 1946, № 6 (т. IV).

[3] М. Н. Г е р н е т, История царских тюрем, т. I, М., 1941, стр. 41.

государства и что необходимо, «помимо русских школ, завести и немецкую»; при Калинкинском госпитале была открыта независимая от Медицинской коллегии (от Черкасова) и содержавшаяся на средства, отпускавшиеся из кабинета императрицы, немецкая школа, продержавшаяся до 1802 г. Когда сошел со сцены Черкасов, на его место был назначен немец Фитингоф, стремившийся разрушить все черкасовские русские начинания. Лишь недостаток лекарей в войсках и в учреждениях открытых в 1755 г. Приказов призрения спас госпитальные русские медицинские школы от полного разгрома их Фитингофом и его немецкими присными.

В связи с увеличившейся нуждой во врачах для учреждений Приказа в 1786 г. пришлось преобразовать госпитальные школы в особые самостоятельные училища, а затем преобразовать в 1798 г. петербургское и московское училища в самостоятельные от госпиталей медицинские академии с более широким объемом преподавания медицинских наук. Московская медицинская академия в 1817 г. слилась с медицинским факультетом Московского университета, что значительно улучшило преподавание: в 1797 г. была открыта постоянная клиническая палата на 10 человек с профессором Мухиным во главе, а в 1805 г. — хирургический институт на 15 кроватей. Петербургская школа постепенно развивалась в Медико-хирургическую (позже Военно-медицинскую) академию.

Страна богатела, рос промышленный капитал, росли города, росло среднее сословие, и к концу XVIII века уже во многих губернских городах появилась потребность в квалифицированной врачебной помощи. С ростом городов, с увеличением в городе количества крестьян, порвавших с землей, стала расти потребность и в изоляции психически больных в специальных учреждениях.

Петр III в 1761 г. на материалах о психически больных князьях Козловских написал резолюцию: «Безумных не в монастыри отдавать, но построить на то нарочитый дом, как на то обыкновенно в иностранных государствах учреждены долгаузы». Екатерина II указом от 3 июля 1762 г. подтвердила это решение Петра III; однако в то же время в ее указе значилось: «Пока упомянутый долгауз построится, для таких безумных Сенат рассуждает назначить монастырь, к тому способный». 1 ноября 1762 г. Сенат издал указ «О помещении безумных»: «...до устроения для них особого дома назначить имеющиеся покои при Новгородском Зеленецком монастыре и Андреевском, что при Москве в Поленицах, и о заведывании сего временного устройства для безумных канцелярией Синодального экономического правления». В эти монастыри было приказано принимать безотказно не только посылаемых из Тайного приказа безумных колодников, но всех дворян, признанных помешанными.

В журнале канцелярии Синодального экономического правления, однако, было записано: «1768 г. октября 7 дня. Понеже об учинении распоряжения о долгаузах, как оной канцелярии известно, поручено господину генерал-аншефу Панину обще с действительным статским советником Тепловым, того ради ныне об этом канцелярия вступать не может». И действительно, как видно из государственных архивов[1], еще в 1762 г. Тепловым и Елагиным были представлены только два проекта: 1) «О доме наказания преступников и исправления развратных в жизни» и 2) «О доме для наказания и исправления превратного жития людей», а о доме для безумных ничего не говорилось. Синод же, пользуясь тем, что существует отдельная комиссия Панина, никакого устройства в монастырях для умалишенных не произвел: Андреевский монастырь в 1764 г. был упразднен, а Зеленецкий — сделан заштатным.

[1] Государственный архив, реестр XVI, № 95.

Поэтому в 1766 г. постановлено: «Сосланных из бывшей Тайной канцелярии для исправления в уме в разные монастыри колодников ... свести... в Спасо-Евфимиевский монастырь в Суздале, определив для смотрения за ними воинскую команду от Суздальской провинциальной канцелярии». Очевидно, полицейские потребности государства этого времени настолько разрослись, что потребовалось уже специальное судебнопсихиатрическое учреждение.

Нельзя не отметить, что в Указе 1766 г. генерал-прокурору Вяземскому по поводу содержания колодников, сосланных в Суздальский монастырь, сказано: «Сосланных в монастырь колодников содержать нескованными, караульным же поступать без употребления строгостей; поелику они люди в уме поврежденные, то с ними обращаться с возможной по человечеству умеренностью».

Все эти меры говорили о том, что ко второй половине XVIII века начала появляться настоятельная потребность в изоляции некоторых психически больных. Сибирский губернатор Н. И. Чичерин, например, 19 декабря 1767 г. доносил в Сенат, что у него скопились в значительном числе помешанные из ссыльных, и просил разрешения помещать неимущих помешанных в те монастыри, где нет полного числа монахов. Кроме Чичерина, еще четыре губернатора предлагали[1] «основать особые дома для мужского и женского пола безумных». Вследствие этого Указом 1768 г. вторично было разъяснено, что в монастыри надлежит принимать не только от Тайной канцелярии, но и всех неимущих помешанных, а Указом 6 ноября 1773 г. предложено назначить для этой цели уже по два монастыря (один мужской и один женский) в каждой губернии, и тому же Н. И. Чичерину, в это время ставшему уже сенатором, поручено подготовить исполнение этого прежде всего в губерниях Петербургской, Московской и Казанской.

Однако и эти мероприятия не были проведены в жизнь. Духовное начальство энергично сопротивлялось превращению монастырей в долгаузы, ссылаясь уже не только на финансовые соображения, но и на то, что лечение психически больных — дело врачей, а не духовенства. Своеобразное взаимоотношение духовного и гражданского ведомств и известная забота о гуманном по возможности содержании даже беспокойных больных, преподание известных советов о методах содержания таких больных видны из ряда указов. Так, по Сенатскому указу от 2 сентября 1730 г.[2] 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». 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 Голотвинском монастыре под началом и за неприсмотром людей его, того монастыря иеромонаха Иону да конюха Федота изрезал ножом до смерти». После этого Синодом 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

---

[1] Государственный архив, р. XVI, № 374. Сведения об этих архивных данных взяты нами из статьи И. П. Люблинского «Из истории законодательства о призрении душевнобольных в России», Невропатология и психиатрия, 1937, № 12.

[2] М. Ю. Лахтин, Материалы к истории психиатрии в России, Записки Московского археологического института, 1912, т. XVII.

то им учинить наказание плетьми 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.».

В связи с этим спором, кому же надлежит ведать лечением психически больных — Синоду, духовенству или врачам — интересно также предложение Сената Синоду от 29 августа 1774 г. и ответ Синода на это предложение. «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 беспрерывно». «По указу ее величества, — писал 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 «...оный Несмеянов отослан был Московской Славяно-греко-латинской академии к ректору Порфирию Крайскому и велено с ним разговаривать и увещевать и притом усматривать, не имеет ли он в законе божием какого сумнения. Ректор доношением представил, что за тем Несмеяновым никакого сомнения в законе божием 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».

Интересно, что к этому времени финансовые взаимоотношения с монастырями не могли уже играть большой роли, так как управление церковными землями было изъято из непосредственного ведения монастырей. Так, в 1760 г. Архангельской губернской канцелярией была отослана в богадельню Костромской духовной консистории «не знамо чья девка, которая по многим вопросам оказалась безумной». Духовная консистория ее не приняла, и на запрос губернатора, что делать в таких случаях, Сенат приказал: «Как для содержания таковых безумных долгаузов еще не учреждено, то Святейшему Синоду сообщить, чтобы благоволил оную безумную девку принять для призрения в девичий монастырь; на пропитание ж ее и на призрение отпускать из Архангельской губернской канцелярии из неокладных подлежащих до штатсконторы доходов по одному рублю в месяц».

Наконец, в 1776 г. состоялся приказ от 13 июля: «Состоящий в Новгород-Северской епархии Максаковский монастырь, оставшийся за штатом, обратить для содержания несчастных в уме поврежденных, производя на содержание их 956 рублей в год... из доходов деревень, бывших за архиерейскими домами и монастырями... Затем госпиталь устроить в Межигорском, а инвалидному дому быть в Киево-Кирилловском монастыре». Этот приказ явно касался Украины, и потому неправильно упоминание Пастернацкого на I съезде психиатров о том, будто первое психиатрическое учреждение было устроено в 1776 г. в Новгороде. Указ 1776 г. говорит о Новгород-Северском монастыре, а там, так же как и в других монастырях, повидимому, никакого устройства все же произведено не было[1].

[1] Сохранились сведения, что в 1764 г. в Межигорский монастырь из Петербурга был прислан первый больной «малороссиянец» Антон Любомирский, причем на одежду ему велено выдавать из «малороссийского скарбу» по 50 рублей в год (Киевская старина, 1885, стр. 183). Известно о развитии богоугодных заведений в Кирилловском монастыре, но Новгород-Северский монастырь, повидимому, не был использован.

Что касается столиц, то там психически больные настолько мешали спокойствию, что 9 октября 1766 г. генерал-полицеймейстером Петербурга был объявлен такой 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».

Вслед за объявлением этого указа в полиции скопилось так много помешанных, что по докладу 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 долгаузе. Еще в 1762 г. после резолюции Петра III Сенат обратился в Академию наук за сведениями, как строить долгаузы. Отозвавшийся на этот запрос историк Г. Ф. Миллер, признаваясь, что и он не осведомлен по этому вопросу, тем не менее занялся изучением вопроса и представил доклад «об учреждении дома для безумных»[1].

Доклад свой Миллер[2] начинает с существующего и до сих пор основного психиатрического положения, что в деле врачебной помощи психически больным самое важное — разделять их по отдельным категориям. «Безумных есть различие по степени безумия: эпилептики, лунатики, меланхолики, бешеные». Поэтому Миллер рекомендует 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 галлереи, 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 инако, 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».

«... Также настоящие фабрики, суконные, шелковые, полотняные... учреждены быть могут с тем, чтобы содержащиеся в долгаузах люди, к таким работам способные, в оных фабриках работали».

Среди штата дома умалишенных акад. Миллер перечисляет: «доктор, лекарь, два подлекаря и цирюльник... десять или больше служителей женского пола... повар, поварские ученики... прачки, смотря по числу заключенных».

---

[1] Константиновский (I съезд психиатров, стр. 633—634) целиком приводит весь доклад акад. Миллера.

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

Доклад Миллера в свое время не получил движения и, очевидно, даже был забыт, так как в 1765 г., когда решено было выделить для психически больных Зеленецкий и Андреевский монастырь, Шлецеру было предписано составить новый проект.

Доклад Шлецера[1] не мог, конечно, никого удовлетворить. Поэтому, когда в 1766 г. в полиции скопилось после объявления генерал-полицеймейстера большое число психически больных, губернатор обратился к председателю Медицинской коллегии А. И. Черкасову с просьбой составить план долгауза.

Комиссия в составе акад. Клингштейна, Эйлера и Бельштейна, а с медицинской стороны Пеккена, занялась этим вопросом. Строительство, однако, затянулось, и лишь 6 мая 1779 г. петербургский полицеймейстер Волков объявил об открытии первого русского специального долгауза «для пользования сумасшедших»[2].

Долгауз состоял из шести маленьких деревянных зданий и был открыт на месте, где через 3 года (1782) была заложена каменная Обуховская больница, отделением которой и стал тогда «дом умалишенных», причем с 1784 г. он занимал одно из крыльев больницы и был развернут на 32 кровати, а в 1789 г. число кроватей было увеличено до 44; вскоре в нижнем этаже центрального здания добавлено было еще 10 коек и, кроме того, 10 коек для знатных сею болезнью одержимых особ, из которых каждому, смотря по обстоятельствам, предоставлялось две комнаты, «дабы они могли иметь при себе своих слуг».

Но больных поступало столько, что мест нехватало, и поэтому в 1805 г. буйные больные были помещены в особое отделение смирительного дома, составлявшего также по Уставу Приказа часть Обуховского учреждения. Наконец, в 1822 г. число мест было доведено до 105.

Сохранилось описание этого петербургского дома доктором Кайзером[3], правда, относящееся уже к 1821 г., но, повидимому, особых переделок с 1784 до 1821 г. произведено не было. «Дом занимает, — писал доктор Кайзер, — двухэтажное каменное строение, имеющее 32 сажени в длину и 9 сажен 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.

---

[1] Небрежное исполнение поручения русского правительства этим немецким ученым объясняется всем его отношением к России. Шлецер один из первых, изучая летопись Нестора, дал легенде летописи о призвании варягов такое толкование, будто русский народ не способен к созданию и охране своего государства без помощи высших народов. Об его отношении к России свидетельствовало и то, что, получив приглашение в Геттингенский университет, он немедленно покинул Россию.

[2] В Москве психиатрическое отделение при Екатерининской больнице было открыто раньше — 19 июня 1776 г., но это не был еще специально устроенный долгауз.

[3] Журнал Человеколюбивого общества, 1821, № 10; цит. по Прозорову, Современная психиатрия, 1914, стр. 899.

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 неспокойных состоят в ремне 2 дюйма ширины и 2 аршина длины, коим связывают им ноги, и так называемых смирительных камзолов».

По описанию Безака[1], «во всех комнатах соблюдалась возможная чистота. Лишенные разума привязаны к кроватям ремнями, которые они переносят охотнее оков. Со всеми ими обходятся кротким и приязненным манером, через что, как и через точное соблюдение диэты, многие бывают излечены» (принимались и белогорячечные).

Движение больных было в этом доме таково: в 1787 г. было пользовано 90 больных, в 1788 г. — 127, в 1789 г. — 110, в 1790 г. — 124, в 1791 г.— 143, в 1792 г. — 143. Смертность с 1787 по 1793 г. была равна 26,7%. В 1805 г. часть больных была переведена в смирительный дом, и больных стало несколько меньше.

Год	Состояло			Прибыло			Выбыло			Умерло			Осталось на следующий год			% смертности
	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	
1813	43	32	75	100	37	137	74	26	100	24	11	35	45	32	77	16,4
1815	46	38	84	155	77	232	114	60	174	33	17	50	54	38	92	16,0
1818	57	45	102	178	70	248	130	50	180	31	18	49	74	47	121	13,6
1820	81	41	122	119	62	181	100	47	147	36	18	54	64	38	102	17,8

Хотя смирительный дом был переполнен, однако петербургский военный губернатор в 1822 г. предлагал принять еще 25 больных, так как «многие из сих несчастных, оставаясь в квартирах, ... обеспокоивают семейство и правительство». Больными был занят летний барак.

Первыми врачами в Петербургский долгауз в 1779 г. были назначены младшие врачи Гониус, Виттенберг, Авенариус и Статковский. Как врачи сменялись дальше, у нас известий нет; есть только сведение, что в 1787 г. врачом долгауза некоторое время состоял Иван Федорович Рюль.

Еще раньше, чем в Петербурге, в 1776 г. правительством было построено специальное здание и открыт долгауз в Риге. В «Журнале человеколюбивого общества» за 1823 г. (№ 6) приведено его подробное описание[1]. «Здание построено в 1776 году. Три этажа, небольшой двор, сада нет. Находится в самой крепости города Риги. В нижнем этаже ручная мельница для тех дурного поведения людей, которые посылаются на работу в учрежденный в том же доме смирительный дом. Во втором этаже... содержатся вышеупомянутые люди, а далее лазарет для государственных преступников и арестантов смирительного дома, ... и комната для подверженных кожным, венерическим болезням. В верхнем этаже два коридора с комнатами по обеим сторонам (мужской и женской) ... Женщины сумасшедшие и смирительного дома находятся, хотя в разных комнатах, но в одном коридоре... Ныне (1818) находится 9 лишенных ума мужчин, кои занимают 3 комнаты.

[1] Описание Петербурга, СПБ, 1794, ч. I.
[2] Современная психиатрия, 1914, № 11, стр. 898—899.

Двое из них подвержены бешенству и заключены в особые комнаты. Женщин — 13; 11 в трех комнатах, а 2 беснующиеся заперты в отдельные камеры... Все комнаты довольно обширны и высоки, в каждой может поместиться 10—12 кроватей... Всех сумасшедших, а также арестантов пользует городской лекарь (доктор Лангенбек), который ведет журнал о положении оных. У него два помощника, один живет в доме... Беснующихся усмиряют посредством камзола, коим они привязываются к своим постелям; опаснейшие из них содержатся иногда на цепи, но сие теперь редко случается... Работы сих несчастных состоят в молотии хлеба на ручной мельнице, в таскании дров, воды, в щипании перьев и пр.... Для хранения всех находящихся в сем доме сумасшедших и арестантов устроена внизу стража, состоящая из 44 солдат и 2 унтер-офицеров».

В Москве 19 июня 1776 г. была открыта Екатерининская больница, вмещавшая «до 124 больных и 26 сумасшедших, а всего 150 человек». Описание Московского психиатрического отделения первых лет не сохранилось, но известно, что управление Екатерининской больницы было общим с инвалидным домом, богадельней и рабочим смирительным домом и что все эти учреждения были подчинены Министерству полиции.

Устройством долгаузов в столицах было положено начало организации этого дела и во всей стране. Жизнь и других значительных городов стала требовать этого. В 1775 г. было издано «Уложение о губерниях», в котором говорилось и о призрении больных, неработоспособных и стариков. В каждой губернии были учреждены Приказы общественного призрения и при них богоугодные заведения для заведывания больничным и богаделенным делом. В составе этих богоугодных заведений были учреждены и «дома 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. Сумасшедших неимущих принимают безденежно, а имущих... не инако, как нагодовую плату на содержание, присмотр и на приставников».

Так началось в России устройство учреждений, и в том числе домов умалишенных Приказа общественного призрения, и на целые сто лет в психиатрии установились определенные приказные порядки (до 1865—1875 гг., когда психиатрические учреждения были переданы в ведение земства).

В дальнейшем, в 1782 г., учрежден был дом умалишенных в Симбирске, в этот дом назначены: смотритель, лекарь, бухгалтер и потребное число служителей. В 1783 г. в ведение Приказа были взяты колмовские богоугодные заведения, существовавшие в Духовном ведомстве с 1706 г.; в 1786 г. (Указ от 13 июня) в Киеве открыто богоугодное заведение на территории Кирилловского монастыря, в том же 1786 г. открылся дом умалишенных в Рязани. Пастернацкий сообщает, что к 1802 г. были открыты еще дома умалишенных в Астрахани, Вильно, Екатеринославе (1796), Калуге,

Курске, Тамбове, Харькове (1796), Чернигове, Перми, Ревеле и Ярославле. Известно также, что с 1806 г. существовал дом умалишенных в Ромнах Полтавской губернии. Таким образом, к 1802 г. было открыто 18 домов умалишенных.

Дома умалишенных всюду входили, как и в Москве и Риге, в систему богоугодных заведений, к которым причислялись: 1) общая больница, 2) богадельня, 3) рабочие смирительные дома, 4) венерическая больница и 5) дом умалишенных. Нередко дом умалишенных объединялся со смирительным рабочим домом, а не с общей больницей. Так, в Харькове дом умалишенных, открытый в 1796 г., был переведен в 1820 г. на Сабурову дачу, где уже с 1812 г. была устроена общая больница, а до того он помещался в смирительном доме[1]. Имеются сведения, что в Уфе еще в 1823 г. психически больные содержались в тюрьме, в Вятке губернская больница Приказа и дом умалишенных при ней были открыты лишь в 1823 г., но в Вятском архиве[2] сохранился указ «по делам общественного призрения» от 27 марта 1784 г., в котором говорится: «...Присланных от совестного суда оказавшихся обезумевшими Ксению Семерихину и крестьянина Черемисина содержать в построенном от Приказа сего при кирпичном сарае доме для неослабного за ними смотрения, употребляя их на работу при кирпичных сараях, и тем самым пищу они себе могут зарабатывать». Н. Н. Баженов[3] приводит достаточно сведений, что и в Москве в это время большинство психически больных помещалось в смирительном доме, а спокойные больные — в богадельне; в дом умалишенных помещали лишь «буйных» больных.

Создавая Приказ общественного призрения, Екатерина II хотела привлечь к управлению лечением и призрением местные силы. В распоряжение Приказа было по каждой губернии выделено по 15 тысяч рублей, а дальше они должны были действовать как бы независимо от правительства. Председателем Губернского приказа был губернатор, но в управление входило 3 депутата, по одному от дворянства, купечества и поселян, и, согласно ст. 82 управления Приказа, «воспрещалось губернатору как должностному лицу во всех делах, до Приказа относящихся, распоряжаться своим лицом и давать к исполнению свои распоряжения... а только как председателю комитета предлагать все на общее суждение коллегии Приказа».

Приказ имел право содержать не только чисто благотворительные учреждения, но и исправительные, трудовые, общеполезные учреждения, устраивая при них фабрики и заводы, а также увеличивая свои средства за счет пожертвований и общественных отчислений. Кроме того, взималась плата и за лечение больных (кроме неимущих психически больных). Все капиталы Приказа числились отдельно от государственных ассигнований и хранились в учреждении, состоявшем на правах особого губернского банка. В 1803 г. у Приказа был уже капитал в 5 млн. рублей, а к 1854 г. — больше 100 млн. рублей[4].

Однако, исполняя только правительственные задания, проводя исправление непослушных крепостных людей и даже строптивых жен в смирительных домах, лечение чиновничества и отставных военных в общих больницах, судебные испытания и призрение попавших в полицию «буйных» психически больных в домах умалишенных и имея во главе губернатора или полицеймейстера, Приказы не были сколько-нибудь близки к нуждам населения страны, и потому учреждения эти, в том числе и дома для умали-

[1] Отчет харьковских губернских богоугодных заведений за 1866 г.
[2] М. И. Чижова, История психиатрических учреждений в Кировской области, Киров, 1946.
[3] В «Истории Московского долгауза».
[4] Варадинов, История Министерства внутренних дел, СПБ, 1858.

шенных оставались бюрократическими, не привлекавшими общественного внимания. В особенности это касалось домов умалишенных, так как взгляды на психически больных в самом обществе были преисполнены предрассудков, а Приказы не проявляли никакого стремления приблизить к населению психиатрическое лечение и призрение.

Да и как могло быть иначе, если 80-е годы XVIII века были эпохой, когда деятельность правительства была направлена главным образом на укрепление дворянского землевладения, когда эксплоатация крестьянских масс достигла неслыханных до того размеров, когда для обслуживания городского населения назначались лишь негодные для военной службы врачи, обыкновенно состарившиеся, дряхлые, а чаще всего иностранцы, плохо говорившие по-русски и с пренебрежением относившиеся к русскому народу.

IV. ДОРЕФОРМЕННЫЙ ПЕРИОД (1775—1861) В РОССИИ

НАЧАЛО ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ НА МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТАХ

В России в XIX веке, как и в XVIII веке, продолжалось дальнейшее разложение крепостнического хозяйства и развитие буржуазных отношений. Городское население все увеличивалось: в 1796 г. оно составляло 4,1% всего населения, а в 1851 г. — уже 7,8%, количество рабочих в 1804 г. равнялось 95 200, а в 1860 г. — 565 100[1]. Купеческая мануфактура быстро превращалась в капиталистическую фабрику. Дворянство для повышения своих доходов пыталось рационализировать патриархально-натуральное хозяйство, расширять помещичьи запашки, отпуская все большее число крепостных на оброк, поощряя торговлю оброчных, так называемых капиталистых крестьян. Вследствие этого в крестьянскую массу вносилось все большее расслоение (капиталистые крестьяне, ремесленники, наемные оброчные рабочие). Мелкопоместное дворянство, не справляясь с новыми экономическими условиями, беднело.

В 1861 г. произошло падение крепостного права и начался новый пореформенный капиталистический период русской истории. Таким образом, история XIX века разделяется на два периода: дореформенный и пореформенный.

Но и первая половина XIX века резко отличалась от XVIII века. Успехи промышленности, хотя и замедляемые крепостнически-дворянским строем, были значительны, и феодальная монархия начала превращаться в монархию буржуазную. Самодержавие Александра I и Николая I было уже иное, чем самодержавие XVIII века. Для него характерно уже колебание между охраной интересов дворянства и необходимыми уступками «духу времени». Новое, прогрессивное, несмотря на сопротивление старого, отживающего, завоевывало себе место.

В первую половину царствования Александра I он сам и «кружок молодых его друзей» высказывали конституционные намерения. Были попытки приступить к внутренним реформам; по плану Сперанского были изменены государственные учреждения: учрежден Государственный совет, Кабинет министров, создано Министерство воспитания, просвещения народного юношества и распространения наук. В стране число школ увеличилось: к 1812 г. в России было, например, уже 42 гимназии и 405 уездных городских училищ; в 1803 г. открылся университет в Вильно, который в 1831 г., в связи с польским восстанием, был закрыт и заменен в 1834 г. университетом в Киеве,

[1] БСЭ, дополнительный (вне нумерации) том — «СССР», стр. 473.

открылись университеты в Казани (1804) и Харькове (1804); в Петербурге в 1819 г. Главный педагогический институт также был реорганизован в университет. В 1828 г. в Петербурге открыт Технологический институт, а в 1829 г. — Лесной институт, чем положено было начало высшему технологическому образованию в России. В русском обществе крепла антифеодальная, антикрепостническая, антиабсолютистская идеология.

Вторжение Наполеона в Россию отвлекло внимание от внутренних дел. «Империалистские войны Наполена продолжались много лет, захватили целую эпоху, показали необыкновенно сложную сеть сплетающихся империалистских отношений с национально-освободительными движениями[1]». По окончании войн с Наполеоном был заключен «Священный Союз», который Маркс называл «...лишь маской гегемонии царя над всеми правительствами Европы»[2]. Русский царизм превратился в международного жандарма.

Внутри страны на героизм солдат в битвах с Наполеоном, на вооруженные выступления партизан и крестьян, показавших единство всего русского народа, преданность его родине, царское правительство ответило военными поселениями, аракчеевщиной. Вернувшиеся домой после победы над Наполеоном ополченцы надеялись получить свободу, но их ждало прежнее угнетение. «Мы избавили родину от тирана, а нас вновь тиранят господа», — жаловались ратники. В армии стихийно начали вспыхивать восстания. Во всей стране в связи с хозяйственными послевоенными трудностями и с пережитым народом общим национальным подъемом 1812 г. стало расти широкое массовое движение против крепостничества. Согласно данным Игнатовича[3], с 1813 по 1825 г. известно 540 крестьянских волнений, тогда как с 1801 по 1812 г. их было всего 165; мысль о «воле» ширилась в крестьянстве.

С первой четверти XIX столетия началась история революционного движения в России, которая, как указывал Ленин[4], имела три главных этапа: «1) период дворянский, примерно с 1825 по 1861 г.; 2) разночинский или буржуазно-демократический, приблизительно с 1861 по 1895 г.; 3) пролетарский, с 1895 г. по настоящее время».

В. И. Ленин писал о восстании декабристов: «В 1825 г. Россия впервые видела революционное движение против царизма, и это движение было представлено почти исключительно дворянами»[5]. Ленин высоко ценил их заслуги, подходя к ним исторически, указывая на то влияние, которое декабрьское восстание оказало на современников и на последующие поколения.

«Первые годы, следовавшие за 1825 г. (разгром декабристов), были ужасающие, — писал Герцен... Обществом овладела глубокая безнадежность, общий упадок сил...» Но недолго длилась эта безнадежность. Уже с начала 30-х годов отмечается оживление. Прежде всего оно сказалось в тяге к образованию во всех слоях общества, убежденного в необходимости знаний для выведения России из тяжелого положения: развитие хозяйства требовало техников, врачей, естествоиспытателей и т. п.

Университеты, едва набиравшие при своем основании слушателей, стали переполняться новым поколением и из дворян, и из разночинской молодежи, стремившейся к образованию, чтобы вывести страну и народ на путь прогресса.

---

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 27, изд. 4-е, стр. 31.
[2] К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения, т. XV, стр. 548.
[3] Игнатович, Помещичьи крестьяне накануне освобождения, изд. 3-е.
[4] В. И. Ленин, Сочинения, т. 20, изд. 4-е, стр. 223.
[5] В. И. Ленин, Сочинения, т. 23, изд. 4-е, стр. 234.

Несмотря на разгром во время правления Аракчеева университетов в Петербурге и Казани, несмотря на изгнание многих наиболее талантливых профессоров, оказавшихся для правительства слишком вольнодумными, и на стремление внедрить религиозно-мистическое направление в науку, что особенно ярко было зафиксировано позже правительством в Университетском уставе 1835 г., где про «факультет врачебных наук» говорилось, например: «профессоры сего факультета должны принять все меры, дабы отвратить то ослепление, которому многие из знатнейших медиков подверглись, впадая в гибельный материализм... Студентам должно быть внушено, что священное писание нераздельно полагает искусство врачебное с благочестием», — несмотря на все это, жизнь бурлила в университетах, особенно в Московском.

Уже в 40-х годах А. И. Герцен, а еще более В. Г. Белинский развили в своих произведениях оригинальное естественно-научное и философски-материалистическое мировоззрение — программу, требовавшую уничтожения крепостного права, просвещения народа, революционной перестройки всего русского политического строя и установления республики в России. «Предшественником полного вытеснения дворян разночинцами в нашем освободительном движении был еще при крепостном праве В. Г. Белинский», — писал Ленин[1].

В. И. Ленин отмечает преемственность политических и теоретических традиций в России: «Декабристы разбудили Герцена, Герцен развернул революционную агитацию. Ее подхватили, расширили, укрепили, закалили революционеры-разночинцы, начиная с Чернышевского и кончая героями „Народной воли". Шире стал круг борцов, ближе их связь с народом. „Молодые штурманы будущей бури", — звал их Герцен»[2].

В первой половине XIX века русская национальная культура быстро расцвела. Появились не только философы, революционные борцы — Герцен, Белинский, — расцветала не только наука, но и искусство, литература. Это было время Пушкина, Лермонтова, Гоголя. Русская литература и искусство получили мировое признание, причем острая социально-политическая борьба придавала русской национальной культуре этого времени яркое своеобразие, необыкновенно усиливая в ней демократические элементы.

Русская общественная мысль оказывала теперь сильнейшее влияние на формирование общественно-идейной жизни во всем мире и прежде всего всех народов России. В Киеве в 1846—1848 гг. действовало Кирилло-Мефодиевское братство (проф. Н. И. Костомаров, писатели П. А. Кулиш, И. И. Гулак, поэт Т. Г. Шевченко); в Азербайджане развивал свои просветительные идеи М. Ф. Ахундов, в Армении — Х. Абовян, в Грузии — Чавчавадзе, Бериташвили, Орбелиани. «... господство России играет цивилизующую роль для Черного и Каспийского морей и Центральной Азии, для башкир и татар...», — писал Энгельс[3].

Большая сила общественного мнения того времени, сила демократических тенденций видна была и из того, что революционно-демократические идеи развивались и укреплялись, несмотря на все усилия правительства Николая I подавить их.

Николай I, по предложению министра просвещения Уварова, в области просвещения проводил своеобразную политику. «Уваров, — говорит историк С. М. Соловьев[4], — внушил Николаю I мысль, что он — творец какого-то

---

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 20, изд. 4-е, стр. 223.
[2] В. И. Ленин, Сочинения, т. 18, изд. 4-е, стр. 14—15.
[3] К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения, т. XXI, стр. 211.
[4] С. М. Соловьев, Записки, Вестник Европы, апрель, 1907.

нового образования, основанного на новых началах, и представлял эти начала как „православие, самодержавие и народность"». Стремясь создать необходимые контингенты правительство «в целях формирования русских кадров» вынуждено было учредить в 1827 г. так называемый Дерптский профессорский институт. Этот институт в значительной мере содействовал росту науки; среди получивших подготовку в этом институте был ряд лиц, содействовавших прогрессу русской медицинской науки: Пирогов, Филомафитский, Иноземцев, Сокольский, Скандовский (Казань) и др. Среди них был и первый русский биолог петербургский профессор С. С. Куторга (1833—1861), оказавший огромное влияние на развитие естествознания в России (его учениками были крупный русский ботаник Ценковский, зоолог А. О. Ковалевский, ихтиолог К. Ф. Кесслер и др.).

Профессорами назначались люди, только что окончившие высшую школу из числа угодных начальству. Но, несмотря на это, наука росла, и к этому времени в русских школах имелось уже много крупных ученых: анатом Х. И. Лодер (1753—1832) устроил в Москве крупный анатомический театр, среди физиологов в Москве и Петербурге были П. А. Загорский (1764—1846), его сын А. П. Загорский (1805—1888), И. Т. Глебов (1806—1881), А. М. Филомафитский, К. Ф. Рулье (1814—1858)[1], М. И. Скиадан, хирурги И. Ф. Буш, Х. Х. Саломон, В. А. Басов (1812—1879), акушер Н. М. Амбодик, педиатр С. Ф. Хотовицкий, терапевты М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский, придавших русской науке самостоятельный характер и создавших серьезные русские научные школы.

Так, несмотря на реакционное давление правительства, молодое, прогрессивное победило, и русская наука продолжала развивать свои материалистические традиции.

Однако это происходило не без тяжелой борьбы. Особенно тяжело реакционные «православные» правительственные требования отражались на преподавании самой молодой науки — психиатрии, так как материалистическое понимание психики особенно резко расходилось с требованием Святейшего Синода, что «написанное в священном писании должно безраздельно признаваться».

О налаживании преподавания психиатрии на естественно-научных основаниях нечего было и говорить: профессора просто боялись браться за этот предмет. Историк кафедры психиатрии Военно-медицинской академии Текутьев[2] приводит ряд случаев психических заболеваний студентов, которые в те суровые времена случались нередко, и того, как к ним относилась конференция.

5 февраля 1821 г. конференцией доносится, что студент Трофимов бритвой зарезался «...без всякой к тому явной причины, кроме того, что с давнего времени был задумчив и страдал ипохондрическими припадками»; «впрочем,— говорилось в донесении, — вел себя набожно и ни в каких худых поступках замечен не был». И конференция проходит мимо этого случая, не обращая внимания на то, что на длительное время, повидимому, страдавшего психическим расстройством студента не было своевременно обращено никакого внимания.

Такой же случай конференция заслушала по донесению инспектора студентов и о студенте Палихине: «27 апреля 1826 г. ветеринарные воспитан-

---

[1] К. Ф. Рулье был основателем первого русского естественно-научного журнала «Вестник естественных наук». Он был выдающимся трансформистом, одним из предшественников Дарвина, учитель выдающихся русских зоологов — Н. А. Северцова (отца), А. П. Богданова, С. А. Усова и др.

[2] Ф. С. Текутьев, Исторический очерк кафедры душевных болезней Военно-медицинской академии, СПБ, 1898.

ники в лесу нашли его тело; он отлучился еще перед праздниками пасхи из академии. При этом оказалось, что он лишил себя жизни, перерезав бритвой шею». И опять конференция осталась глуха к тому, что многолетняя психическая болезнь студента не была замечена.

Вполне поэтому понятно и возникновение в сентябре 1838 г. ужасного дела студента Сочинского. «Сентября 10-го дня во время заседания конференции студент фармации III класса Сочинский, об исключении которого за дерзкие поступки было сделано перед этим представление президенту академии, войдя в присутствие конференции, не обращая ни на кого внимания, подошел к креслу ученого секретаря Нечаева и, подняв на него руку с перочинным ножом, сказал: „Варвар, ты обреченная мною жертва". В это время профессор Калинский, имея в виду неистовый вид Сочинского, схватил его за руку, но тот обратил нож свой на Калинского, ранив его в живот... Прибежавшие на смятение швейцар и унтер-офицер старались схватить Сочинского, но он, отбиваясь, ранил и их обоих. За сим он был схвачен, лишен ножа, раздет и связан, причем изрыгал злобные ругательства на ученого секретаря Нечаева и инспектора Петрова. Во время этого происшествия у Сочинского сделалась рвота, так как за несколько часов до исполнения своего намерения он с целью отравления принял 2 унции свинцового сахара». Сочинский происходил из помещичьих крестьян и на выпускном экзамене получил у профессора химии Нечаева неудовлетворительную отметку; только по ходатайству проф. Велланского ему была дана переэкзаменовка, но и на ней Нечаев опять срезал Сочинского, для которого звание аптекарского помощника было, можно сказать, вопросом жизни и смерти. Рана, нанесенная Сочинским Калинскому, оказалась пустячной. Дело это подверглось разбирательству в военном суде, и по докладу Николаю I последовало повеление: «За оный поступок наказать Сочинского шпицрутенами, прогнав через 500 человек 3 раза в присутствии всех студентов и профессоров академии, лишить его медали за взятие Варшавы, исключить из военного звания и сослать на каторжные работы в Сибирь». Сочинский умер во время истязания, а академия для исправления нарушенного порядка была передана в Военное ведомство и начальником ее назначен сподвижник Аракчеева генерал Клейнмихель[1], директор департамента военных поселений.

Эта связь военизации академии со случаем, где играло роль психическое заболевание, еще более задерживала научное изучение психиатрии. До 30-х годов в Петербурге по психиатрии было издано только три сочинения: 1) перевод (Краснопольский, 1829 г.) книги Пинеля «Врачебно-философическое начертание душевных болезней» с добавлением учения о душевных болезнях Маттея; 2) перевод книги Энгельма «Краткое обозрение ипохондрии». В 1832 г. появилось «Краткое изложение судебной медицины» проф. Громова, где имелся небольшой отдел (стр. 235—265) «Душевные болезни в судебномедицинском отношении», но этот отдел написан был по Рейлю и Гейнроту — немецким реакционным психиатрам-«психикам».

В 1835 г., когда последовало утверждение нового Устава высших медицинских учебных заведений в Петербурге, как и в других высших учебных заведениях, «профессор клиники внутренних болезней должен был преподавать (на IV курсе) и учение о душевных болезнях». Преподавателем был назначен адъюнкт -профессор Павел Дмитриевич Шипулинский, за которым преподавание и оставалось до конца 40-х годов.

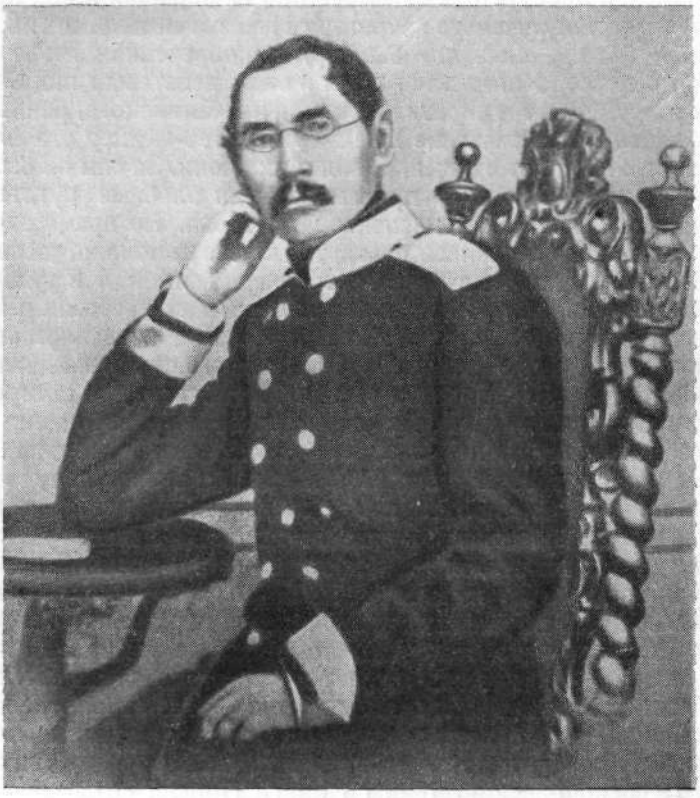
Но проф. Шипулинский от преподавания всячески уклонялся. Это происходило в эпоху управления академией другом Аракчеева генералом Клейнмихелем.

---

[1] Н. И. Пирогов, Вопросы жизни, т. I, изд. 3-е, Киев, 1910, стр. 602.

При таком положении изложение материалистического учения о психике было невозможно, поэтому совершенно понятно было уклонение проф. Шипулинского от чтения лекций по психиатрии.

В 1837 г. Шипулинский уехал в командировку за границу. Очень характерно для этой эпохи, что заменять его был приглашен лейб-медик мистик гомеопат Мандт. Правда, он отказался, но это подтверждало правильность решения Шипулинского уклоняться от преподавания пси-



Проф. П. Д. Шипулинский.

хиатрии. Тогда пришлось передать преподавание заведующему кафедрой терапии проф. Зейдлицу. При нем преподавание было перенесено на V курс.

24 января 1842 г. состоялся приказ о перемещении из упраздненной Виленской медико-хирургической академии проф. О. И. Мяновского «для отдельного преподавания психиатрии и независимо от сего для руководства и клинического наставления студентов во 2-м военно-сухопутном госпитале в практике частной терапии...» Но уже 23 мая 1842 г. Мяновский просит для преподавания психиатрии назначить ему в помощники Г. К. Кулаковского, что и состоялось 4 июня 1842 г. После этого, пользуясь также и возвращением из командировки проф. Шипулинского, Мяновский отказался от преподавания психиатрии и перешел на преподавание акушерства, женских и детских болезней. Официально преподавание психиатрии оставалось за Шипулинским, и он даже в 1845 г. по настоянию начальства

представил программу преподавания; характерно, что по нервным и душевным болезням в этой программе имелись только чисто симптоматические рубрики без связи их с какими бы то ни было патогенетическими теориями:

A) Neurose sub forma lesiae sensibilitatis

1. Hemicrania.
2. Neuralgia facialis (tic douloureux)
3. N. ischiadica
4. Gastralgia
5. Enteralgia
6. Colica saturnina

Perversae

1. Bulimia
2. Malacia et pica
3. Vomitus nervosus
4. Hydrophobia

B) Sub forma lesiae mobilitatis

a) Acta

1. Chorea Sancti Viti
2. Trismus et tetanus
3. Eclampsia infantum

b) Imminutae

1. Species paralysum

C) Mixtae

1. Hysteriasis
2. Epilepsia
3. Catalepsia

D) Nervoses speciales organum

a) Organis respirationis

1. Aphonia
2. Coquelusch
3. Asthma nervosum

b) Organis sustemae sexualis

1. Nymphomania
2. Priapismus
3. Anaphrodiasis

E) Sub forma alienationis functionum psychicarum

1. Delirium potatorum
2. Mania
3. Monomania
4. Hypochondriasis
5. Melancholia
6. Dementia
7. Idiotismus

Однако ни Шипулинский, ни Кулаковский фактически психиатрии, видимо, не читали, так как на 1848/49 учебный год наука о душевных болезнях даже не была включена в распределение учебных часов, на что и обратил внимание новый президент академии генерал Игнатьев, и по настоянию министра с 1849 г. читать психиатрию опять стал Г. К. Кулаковский, которому не было разрешено преподавать акушерство и детские болезни. Он составил даже собственные записки по психиатрии для студентов.

В общей части этих записок он излагал краткую историю психиатрии, затем анатомию мозга, его патологоанатомические изменения при психических болезнях, затем клинику, причем подразделял нервные и психиче-

ские болезни на три главных рода: 1) aberrationes primordialis, 2) aberrationes sensum и 3) aberrationes motu. В частной психиатрии описывается ипохондрия, меланхолия, бешенство, неистовство, слабоумие и безумие. Затем шло описание устройства психиатрических госпиталей.

Мы видим, таким образом, что записки Кулаковского составлены были на уровне материалистического понимания науки того времени, и потому естественно, что Кулаковский всеми мерами продолжал добиваться освобождения его от преподавания психиатрии. По его просьбе для подготовки к преподаванию психиатрии был послан за границу репетитор студентов д-р Экк, но и он по возвращении писал: «Я совсем не занимался психиатрией, потому что она составляет часть совершенно отдельную, требующую особого предварительного образования и исключительных занятий душой человека... Чувствуя себя более способным и имея более охоты заниматься вещественной сферой человека, я избрал предметом моих занятий патологию и терапию». Историк Петербургской кафедры психиатрии Текутьев в 1898 г., излагая все эти перипетии с преподаванием психиатрии, писал, что причиной нежелания профессоров заниматься психиатрией было крайне тяжелое состояние психиатрического отделения 2-го сухопутного госпиталя, на больных которого велось преподавание. «Здание 2-го госпиталя было старое (построено в 1817 г.), дававшее течь при дожде, промерзавшее зимой, лишенное настолько мебели, что больные обедали стоя и валялись на полу. Смертность доходила до 27,6%. Не было никакой возможности размещения больных не только по роду болезни, но и по полу. Поэтому-то в 50-х годах хотя Кулаковский и числился заведующим госпиталя, все скорбные листы подписаны старшим ординатором Орловым или Щегловым и, стало быть, демонстраций больных на лекциях во всяком случае не было».

Мнение Текутьева можно объяснить только тем, что его книги вышли в 1898 г. — опять глубоко реакционное время, когда не все мог рассказать официальный историк. Для нас совершенно ясно, что действительной причиной была, правда, несмелая, скрытая, но все же борьба за материалистические традиции русской науки, за преподавание на достигнутом наукой естественно-научном уровне. Правительство требовало и в преподавании психиатрии не нарушать принципы самодержавия, священного писания, следовать прусской психиатрии, а петербургские психиатры отказывались от этого.

Для еще большего подтверждения нашего положения о том, что причиной уклонения профессоров от преподавания психиатрии в Военно-медицинской академии служило именно правительственное реакционное требование преподавать в духе немецких «психиков» и для характеристики вообще положения профессоров в эпоху, когда господствовал Аракчеев, Рунич, приведем факты, касающиеся профессоров других кафедр академии и университета.

Так, с 1809 г. ординарным профессором академии был Кайданов (1779—1855). Это был широко образованный человек, один из «русских предшественников Дарвина», как его назвал проф. Райков[1] в своем недавнем исследовании. Его докторская диссертация «Tetractis vitae» (Четыре фазы жизни)», написанная в 1813 г., говорит об эволюционном развитии природы, животных и человека, говорит о четырех фазах развития жизни: 1) примитивной, где живые существа обладают лишь раздражимостью; 2) растительной — раздражимость и репродуктивность, 3) животной — раздражимость, репродуктивность и чувствительность и 4) человек, обладаю-

[1] Б. Е. Райков, Очерки по истории эволюционной идеи в России до Дарвина, ч. 1, Академия наук СССР, М. — Л., 1947.

щий раздражимостью, репродуктивностью, чувствительностью и разумом. В этом сочинении отчетливо говорится об историческом развитии организмов во времени, о генетической связи наших организмов с высшими, наконец, утверждается, что психика человека также есть продукт развития. Кайданов говорит уже и о параллелизме между развитием человеческого зародыша и различными этапами развития всего органического мира (параллелизм фило- и онтогенеза).

Кайданов был не только образованный человек, но и общественный деятель. Он принимал живое участие в Московском обществе испытателей природы, был членом Вольно-экономического общества, дал двух замечательных учеников — фитоморфолога Горяинова и известного ботаника А. Н. Бекетова. Однако, кроме перевода физиологии Майера и книги по военной гигиене Энгольма, ничего за свою продолжительную жизнь (умер 76 лет) он не печатал, а его диссертация была переведена с латинского языка на русский неизвестным переводчиком.

Если в первую половину царствования Александра I он мог еще написать такую диссертацию, то в эпоху Николая I, оставаясь на службе, он должен был молчать о своих эволюционных взглядах.

Еще ярче невозможность преподавания психиатрии на естественнонаучных основах в 30—40-х годах видна и фактически подтверждается судьбой талантливейшего профессора Петербургского университета А. И. Галича, правда, не психиатра, а психолога, но, стало быть, также преподававшего «науку о душе». В 1821 г. он подвергся унизительному инквизиторскому суду, был лишен кафедры за «вольнодумство» и «нечестивые мысли» и умер в 1848 г. в должности чиновника Провиантского департамента.

Его научные воззрения видны из выпущенной им в 1834 г. оригинальной по замыслу и богатой по содержанию книги «Картина человека»[1].

Книга Галича характеризуется прежде всего отсутствием «опровержения материализма» и стремлением при разрешении психофизической проблемы пользоваться материалами физиологии. Галич начинает анализ психологии с ощущений как первоисточника деятельности духа. Следующей ступенью умственного развития человека, по Галичу, является «свободное познание» как «высший способ познания». Свободное познание также стадиально качественно изменяется сообразно ступени умственного развития человека: переходом от чувственного «связанного» познания к «свободному познанию... является „полумысль", к которой относятся мнение, правдоподобные догадки». В результате сочетания «связанного» и «свободного» познания образуется память как «способ посредствующего и смешанного познания». На основе развития чувственного опыта, мышления и памяти, посредством которых человек познает внешнюю действительность, возможно и познание самого себя. Переход от познания к самосознанию особенно связан с «практической стороной духа», т. е. с волей. Галич исходит из существования некиих духовных сил, «движущих изнутри кнаружи», к которым относятся побуждение, вожделение, склонности. Повторяясь и закрепляясь в жизни, эти движущие силы образуют привычки, страсти, как проявления воли, которые и оказываются внутренними условиями деятельности человека, «практической стороной духа», которой Галич придает важное значение. «Я знаю, что и живу не иначе, как обнаруживая свою деятельность... не иначе, как выводя на позорище временные отдельные порождения внутреннего моего, средобежного могущества. — пишет Галич. —

[1] Сведения о Галиче и об его книге я цитирую по брошюре проф. Б. Г. Ананьева «Очерки истории русской психологии XVIII и XIX веков», Госполитиздат, 1947.

Таким образом, пускай м ы с л ь делает различие между внешним и внутренним, — в п р а к т и к е мы существуем и знаем про себя лишь столько, сколько удается нам выказать свои силы, выказать то, что мы есть и чем мы могли бы быть». «Осознание своей исторической жизни через практическое „действие духа" позволяет осознавать и других людей, и свою однородную сущность с ними, позволяет в другом видеть брата, жить общим историческим бытом со всем человечеством».

Далее, Галич на этой основе разрабатывает отдел «симпатических» переживаний: соболезнования, сочувствия, сострадания. Равнодушие человека к жизни другого, эгоизм, особенно развившийся среди «светских» людей, живущих шумной жизнью, равнодушных к человеческой жизни, «может превратиться в политическое зло, причем злость любит нетолько сама делать зло, но и развращать других, нарочно воспитывая их в невежестве... и в рабских помыслах».

Больше всего вызвал недовольство официальных сфер раздел книги Галича, посвященный анализу страстей, в котором он высмеивает лицемерие, ханжество попов, любостяжание чиновников и купцов, пустоту «избранного света».

Наивысшим чувствованием, объединяющим и волю, и рассудок, по Галичу, является энтузиазм.

В своей книге Галич упоминает о своих предшественниках, которые еще раньше его стремились с материалистической точки зрения осветить основные вопросы философии и психологии. Еще в 1768 г. вышла книга Козельского «Философские предложения», в которой Козельский впервые в русской литературе развивал взгляд, согласно которому человек раскрывается лишь в своей общественной деятельности, и познать его внутренний мир поэтому можно лишь «через отправление им своих общественных обязанностей, — лишь через них обнаруживается темперамент, качество разума и крепость духа». Все познания человека, по Козельскому, начинаются от чувствования, почему понятия всегда есть «понимаемые вещи». Таковые же по своему направлению два других, упоминаемых Галичем сочинения его предшественников: И. Михайлова «Наука о душе» (Москва, 1796) и П. Любовского «Краткое руководство к опытному душесловию» (Харьков, 1815). Очень интересно, что Любовский одними из самых главных влечений человека считал «любовь к отечеству» и врожденное стремление к труду.

И Галич, и Михайлов, и Любовский, конечно, еще не являлись последовательными материалистами; во всех их произведениях заметно колебание между материализмом и идеализмом, но все эти психологи выступали уже как оригинальные мыслители и развивали передовые для своего времени взгляды, связывая психику с «практической стороной духа», т. е. деятельностью в общественной жизни. Примечательно, таким образом, что, несмотря на все старания реакции, среди русских ученых начала XIX века продолжали господствовать материалистические идеи и именно это-то и заставляло при Аракчееве, Руниче, при президенте Военно-медицинской академии Клейнмихеле тех профессоров, которым поручалось вести курс психиатрии, всячески от этого уклоняться.

Конечно, находились и такие люди, как Бутковский, написавший учебник психиатрии, полный пристрастия к метафизике; конечно, были книги и по психологии реакционно-спиритуалистического направления, поддерживаемого николаевским правительством, например, книга Никифора Зубовского «Психология», которая пыталась опровергнуть материализм доводами священного писания. Но все движение передовой русской общественной мысли начала XIX столетия продолжало оставаться явно материалистическим.

Продолжим теперь историю преподавания психиатрии в Военно-медицинской академии.

В 1852 г. Кулаковский получил звание ординарного профессора по кафедре фармакологии и рецептуры. Кто читал психиатрию и читалась ли она, нигде до 1856 г. не упоминается, и лишь в годовом отчете 1856 г. преподавателем психиатрии значился Экк, который хотя и отказывался от этого, но вынужден был читать курс. Однако он читал «о хорее Вита, кровяном ударе, спинной сухотке, невралгии лица и нижних конечностей», а о психических болезнях в его программе ничего не говорилось; после 1848 г. научное преподавание психиатрии, очевидно, было уже совсем невозможно.

Лишь 1 сентября 1857 г. было предписано «ввести преподавание психиатрии в качестве самостоятельной науки», причем преподавание последней было возложено на адъюнкт-профессора Ивана Михайловича Балинского (1827—1902), который раньше предназначался для преподавания детских болезней[1]. 28 сентября 1857 г. Балинским уже была представлена программа, в 1858 г. готов был проект преобразования 2-го сухопутного госпиталя в клинику, а 13 июня 1859 г. преобразованное отделение было открыто на 120 человек (96 рядовых + 12 офицеров + 12 женщин), причем в 1864 г. число коек было увеличено до 150. При этом преобразовании больные госпиталя были разделены по их состоянию на самостоятельные отделения; в каждом отделении имелась комната дневного пребывания, рабочая комната, столовая, ванна; помимо прислуги, были впервые введены надзиратели и учителя, руководители ремесел. В 1859 г. были изданы проф. Балинским литографированные лекции по психиатрии (в 1858 г.—8 листов и в 1859 г.—9 листов).

Главная часть лекций, которые читались на III курсе (систематический курс) и на V курсе (клиника), а с 1873 г. на IV и на V курсе по 2 часа в неделю, была отведена этиологии и патогенезу с патологической анатомией душевных болезней. Много места было уделено правилам помещения больных в дом умалишенных, обращению врача с больными (лечению с помощью нечаянных впечатлений, поражающих воображение больного, влиянием религии, хозяйственными работами и развлечениями), управлению заведением, выписке, описанию домов психически больных, системы нестеснения. Сам Балинский оставался сторонником смирительных камзолов, ременных повязок для укрепления больных в постели и признавал закономерность наказания психически больных, оговаривая лишь, что «наказание упрямых больных всегда следует начинать с самых кротких мер, только постепенно доводя до более сильных». Требуя в инвентарь клиники различные предметы связывания, он считал количество их на $^1/_5$ всех больных слишком недостаточным. Он считал, что «уместное употребление насильственных мер для поддержания порядка и спокойствия заведения полезно и безвредно» и что «система нестеснения представляет только выражение справедливого, но преувеличенного негодования против злоупотреблений, никем не похваляемых»[2].

Что касается форм психических болезней, то И. М. Балинский описывал: 1) первичные формы помешательства [а) меланхолия, б) неистовство, в) мания]; 2) переход первичных форм в хронические состояния (бессмыслие — общая хаотическая мания); 3) приобретенная глупость (аменция, ступидитас); 4) первичная и сопровожденная глупость (идиотизм); 5) пе-

[1] Не надо удивляться этой постоянной перемене специальностей. В то время и за границей не было еще существующего теперь строгого разделения медицины на отдельные специальности.

[2] Текутьев, loc. cit., стр. 60.

риодическое помешательство; 6) резонирующее помешательство, моральное помешательство, мономании. Как осложнения помешательства Балинский описывал: 1) падучую болезнь и 2) всеобщий паралич помешанных[1].

К 1863 г. число психически больных в госпитале при 120 штатных койках дошло до 236; необходимо было отделить хронических больных от вновь поступающих, да и сами приспособленные здания госпиталя — два барака — были все же плохи и ветхи. Поэтому И. М. Балинским был поднят вопрос о переделке половины здания академии под клинику душевных болезней, а в госпитале предполагалось оставить лишь хронических больных, как приют при клинике. С 19 ноября 1867 г. вновь перестроенная клиника и приют для хроников при 2-м сухопутном госпитале были открыты.

Так началось преподавание психиатрии в Петербурге как самостоятельного предмета со своей отдельной клинической базой. Открытая при академии в 1867 г. клиника была первой в России психиатрической клиникой, и И. М. Балинский был, таким образом, не только первым профессором, занявшим *самостоятельную* кафедру психиатрии в России, но и директором первой русской психиатрической клиники.

Приют при 2-м сухопутном госпитале, впрочем, был вскоре закрыт и больные переведены в 1-й сухопутный госпиталь, уже не зависимый от клиники.

Университетская психиатрия в Москве также развивалась с самого начала, на основе материалистических идей[2]. Впервые о психических болезнях упоминалось в Москве в речи проф. Скиадана, первого московского преподавателя физиологии и общей терапии, читавшего физиологию, пользуясь экспериментальным исследованием.

В 1801 г. он выступил на университетском акте с речью «О причинах и действиях страстей душевных и о способах умерять и укрощать оные для благополучной и спокойной жизни». Но о преподавании психиатрии в это время еще не было и речи.

Впервые в курсе «Лекций частнотерапевтических» значительное место уделил нервным и душевным болезням назначенный профессором с 1831 г. Иустин Евдокимович Дядьковский (1784—1841)[3]. Это был один из первых русских профессоров, развивавших с кафедры свои собственные взгляды, призывавших русских врачей к самобытности. В своих взглядах, хотя и полных «неотразимыми силлогизмами», он стремился отрешиться в медицине как от ненаучной эмпирии, так и от метафизических спекуляций и делал попытку построить врачевание на биологической основе с явным материалистическим уклоном. «Источник, из которого должно черпать объяснение всех тайн природы, — писал Дядьковский в своей диссертации „Рассуждение о действии лекарств на человеческое тело“ (1816),— должно искать в материи как безусловной причине всех явлений»... «Для жизненной силы нет места еще и потому, что материя в самой себе содержит эти свойства как необходимые ее атрибуты»... «Жизнь человеческая есть не что иное... как постоянно совершающееся взаимодействие между организмом и окружающей средой, непрерывный химический процесс... Болезнь — нарушение пропорции между внутренними силами человека и окружающей природой».

Строя свою собственную классификацию, Дядьковский говорит, что существуют научные системы динамические, органические (локалисти-

[1] И. М. Балинским предложены психопатологические термины: навязчивые идеи, кристаллизация бреда.

[2] А. О. Эдельштейн, Страница из истории отечественной психиатрии, Неврология и психиатрия, 1940, № 11.

[3] В Университетском клиническом институте, открытом в 1819 г. на 32 койки, с 1820 г. имелась «палата для болезней нервных и помешательств ума».

ческие, анатомо-морфологические), симптоматические и трансцендентные. Ни одна из них не удовлетворяла Дядьковского, ему хотелось ввести этиологический принцип. В основу своей классификации всех болезней он кладет «состояние нервной системы, как объединяющей весь организм и объясняющей, почему одна и та же болезнь поражает многие системы и органы и что болезнь обнаруживается иногда в одном месте, а причина ее — в другом».

Учеником Дядьковского Кузьмой Лебедевым в 1845 г. были изданы его лекции под названием «Практическая медицина». В них излагается и его учение о психических болезнях, при этом дана интересная классификация.

Порядок I. Болезни чувств (anaisthēsiae)

Семейство 1-е. Болезненная острота чувств (всеобщая болезненность, болезненная острота слуха, светобоязнь)
» 2-е. Превратность чувств (слуха, зрения близорукость, признаки головокружения)
» 3-е. Недеятельность чувств (всеобщая нечувствительность, слабость зрения, ночная слепота, тугой слух, потеря обоняния, безвкусие)

Порядок II. Болезни побуждений (epithymiae)

Семейство 1-е. Чрезмерное побуждение (ненасытность, неутолимая жажда, бешенство матки, неукротимая похоть)
» 2-е. Превратное побуждение (капризность к выбору пищи, позыв на неупотребительную пищу)
» 3-е. Недостаточность побуждений (недостаток аппетита, безжаждие, беспохотность)

Порядок III. Болезни ума (synesiae)

Семейство 1-е. Излишества ума (излишний ранний ум, исступление, снохождение)
» 2-е. Превратность ума (ипохондрия, сумасшествие, бешенство)
» 3-е. Слабоумие (беспамятство, задумчивость, безумие)

Порядок IV. Болезни движения (kinesiae)

Семейство 1-е. Судороги (внемозговые: кашель, икота, конвульсии, заикание; мозговые: истерики, падучая болезнь)
» 2-е. Спазмы (внемозговые: корчи и приапизм; мозговые: столбняк, тетанус, водобоязнь)
» 3-е. Параличи

Порядок V. Болезни сил (dynamiae)

Семейство 1-е. Излишество сил (бессонница)
» 2-е. Недостаток сил (сонливость, удар, апоплексия, параличи)

Дядьковский учил, что: «...нет никакой болезни без материальных изменений в какой-либо системе или органе тела... Для объяснения сущности нервных болезней и для сознательного их лечения врачу необходимо искать в них материальные изменения... Душа человека не может, подобно телу, подвергаться болезням, так как принадлежит миру духовному,... следовательно, и так называемые душевные болезни суть болезни тела... Мы предпочли бы название болезней ума названию душевные болезни, потому что душа, существо духовное, не подвержено болезням, расстройство же ее отправлений зависит от расстройства или деятельности, или организации мозга как органа, посредством коего душа обнаруживает свое действие в мире физическом... Действие нервной системы необходимо для действия прочих систем тела,... без действия нервной системы прочие системы не действуют...»

Далее, Дядьковский говорит о правильном развитии инстинктов.

Мы уже говорили, что в 30-х годах Московский университет вообще был средоточием и проводником умственного движения России, и кафедры

для многих ученых становятся «налоями, с которых они призваны благовестить истину». Но реакционная эпоха давала себя знать, и в Москве Дядьковский в 1841 г. должен был покинуть Московский университет по приказанию министра, так как однажды, объясняя сохранение трупов от гниения в сухой почве, он упомянул о «нетленных мощах», а это было признано кощунством.

Официально преподавание психиатрии было введено на русских медицинских факультетах Уставом 1835 г., и в «Обозрении преподавания в Московском университете» за 1837 г. мы уже находим на V курсе «Душевные болезни — 1 час в неделю». В этом году проф. Христиан Григорьевич Бунге, объявил, что он будет вести «практическое учение о распознавании и лечении болезней при постеле человека... и сверх того преподавать учение о душевных болезнях».

О нем писал Герцен в своем «Докторе Крупове» (Герцен был на первой лекции проф. Бунге). «Психиатрия, — говорил лектор, — бесспорно, самая трудная часть врачебной науки, самая необъяснимая, но зато нравственное ее влияние самое благотворное. Ни метафизика, ни философия не могут так ясно доказать независимость души от тела, как психиатрия. Она учит, что все душевные болезни — расстройства телесные, она учит, следовательно, что без тела, без всей скудельной оболочки дух был бы, видно, здрав».

Психиатрию Бунге преподавал 5 лет — до выхода в отставку в 1842 г. С 1842 г. преподавание психиатрии переходит к его адъюнкту Н.С. Топорову, а через несколько лет — к Г. И. Сокольскому (1807—1886), который был одним из выдающихся профессоров Московского университета; он первый ввел в клинику перкуссию и аускультацию. С 1848 г. Сокольский вынужден был уйти в отставку, и преподавание опять переходит к Топорову, ставшему к тому времени ординарным профессором. Касаясь причин безумия, Топоров в качестве мер предупреждения и лечения психических болезней рекомендовал религиозное и моральное воспитание юношества. В преподавании внутренних болезней Топоров публично издевался над исследованием под микроскопом и химическими исследованиями и называл шарлатанством перкуссию и аускультацию. Несмотря на эти реакционные взгляды, в деятельности Топорова можно отметить один весьма важный для психиатрии факт: 8 марта 1857 г. он совместно с профессорами Варваринским, Басовым, Полуниным и Соколовым подал заявление «о необходимости постройки клиники умалишенных».

После Топорова с 1860 г. несколько лет «курс учения о болезнях накожных, нервных и психических» вел доцент П. И. Матчерский, с 1863 г. — Д. И. Найденов и, наконец, с 1869 г. преподавание нервных и душевных болезней поручается молодому доценту А. Я. Кожевникову, который специально готовился к этому.

Из провинциальных университетов рано было введено преподавание психиатрии в Казани. С 1837 г. проф. Никанор Алексеевич Скандовский (1798—1867) читал студентам курс душевных и нервных болезней. Скандовский происходил из духовного звания, в 1825 г. окончил Казанский университет «по врачебному отделению» и в 1828 г. был командирован в Дерптский профессорский институт. С 1835 г. он был преподавателем, а с 1837 по 1863 г. — профессором «терапевтической клиники, душевных болезней и патологической семиотики». Из его работ, имевших отношение к психиатрии, известна только статья «О воспитании детей»[1].

У нас в настоящее время, к сожалению, имеется очень мало данных о начале преподавания психиатрии в Харьковском и Киевском универси-

[1] Журнал Министерства просвещения, 1842.

тетах. Относительно Киева, где медицинский факультет был открыт в 1842 г. (университет открыт в 1834 г.) мы знаем только, что психиатрия с самого открытия факультета читалась также на кафедре частной терапии с семиотикой. Лекции читал проф. Покровский. У него имелись печатные психиатрические работы: 1) «О заикании, его лечении», 2) «О заведениях для помешанных в Германии». С 1855 г. психиатрию читал профессор судебной медицины Эргард, который был одновременно врачом Киевского дома умалишенных, человек реакционного направления, не оставивший после себя хорошей памяти. В воспоминаниях проф. Романовича-Словатинского, напечатанных в «Вестнике Европы», проф. Эргард характеризуется им так: «Развязный, никогда не возвышающийся над личными интересами; для него университет со всеми науками представлялся овцой, руно которой должно было перейти в его карман».

В Харькове с 1834 по 1844 г. психиатрию читал занимавший кафедру хирургии проф. П. А. Бутковский, защитивший в 1831 г. в Петербурге диссертацию «De vitae psychicae anomaliis generalis», а в 1834 г. издавший учебник, о котором мы уже упоминали[1]. Однако, по отзывам современников[2], этот учебник был полон «пристрастия к метафизике, излишнему мудрствованию, выспренности, замысловатости и кудреватости гипотез». Учебник отражал главным образом взгляды Рейля и немецких «психиков». При лечении он рекомендовал, например, применять прежде всего молитву, «принадлежащую к самым сильным укрепляющим средствам психической жизни». Он говорил «о нежности и сострадании к лишенным ума», с видимым почтением упоминал Пинеля, но в то же время перечислял весь грозный лечебный арсенал приборов немецких «психиков»: и тесный камзол, и укротительный стул, и коксовы качели, и аутенритову маску, и погружение в воду, и щекотание, и сечение крапивой и т. п. Его советы врачу полны ханжества: «врач не должен внушать больным страх, но ему нужен такой помощник, который по его указанию занимался бы укротительными средствами».

---

[1] Издание Глазунова, 1834, ч. 1 и 2.

[2] Журнал «Друг здоровья», 1834, № 27; 1835, № 6, Библиотека для чтения, 1834, V.

V. ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В РОССИИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

В первые 25 лет существования Приказа было построено 18 домов умалишенных, еще через 25 лет было уже 34, а в 1852 г. (т. е. через 45 лет) — уже свыше 50. К 1810 г. были открыты дома умалишенных в Полтаве (с 1803), Вологде, Воронеже, Казани, Костроме, Могилеве, Пензе, Пскове, Саратове и Тобольске. Во всех этих домах на 1 января 1817 г. было уже 589 призреваемых, а в 1816 г. было пользовано 1 132 психически больных.

К 1835 г. были открыты дома умалишенных в Архангельске, Владимире, Вятке[1], Нижнем Новгороде, Орле, Каменец-Подольске, Туле. В 1830 г. за год уже во всех этих домах лечилось 1 619 психически больных, в 1831 г.— 1 630, в 1832 г. — 1 719. В 1835 г. при издании Уложения об управлении Войска Донского, согласно главе VII примечания 9 Уложения, был устроен «дом для лишенных ума» в Новочеркасске (военного ведомства), независимый от Приказа. При этом (§ 102) «к помещению в доме умалишенных числа их не определяется» и они «представляются в него не только посредством сыскного начальства, но и через своих родственников».

В дальнейшем к 1852 г. были открыты еще дома умалишенных в Уфе (1847), Кишиневе, Витебске, Гродно, Красноярске, Ковно, Минске, Петрозаводске, Ставрополе, Симферополе, Твери, Томске, Херсоне, Одессе, Житомире, Иркутске и Оренбурге.

Как открывались эти дома умалишенных и как они развивались, в печати имеется мало сведений, но так как везде они развивались по одному данному из центра плану и местная инициатива нигде почти не проявлялась, то и один подробно описанный пример может дать довольно яркое представление, как это происходило. Подробное описание развития и открытия полтавского дома умалишенных приведено в диссертации А. Ф. Мальцева «История и настоящее состояние призрения душевнобольных Полтавской губернии» (СПБ, 1901).

1 июня 1803 г. полтавский губернатор распорядился, чтобы умалишенные, находившиеся в ведомстве полтавского городничего (очевидно, согласно указу 1766 г.), в количестве 5 мужчин и 2 женщин были переданы Приказу в ведение смотрителя больницы «с принадлежащими на содержание их 15 рублями денег и на записку их прошнурованной книгой». Здания Приказа, только что начатые в 1803 г. постройкой, еще не были готовы, а по-

[1] В Вятке губернская больница Приказа была открыта в 1823 г., в 1847—1852 гг. отстроено каменное здание больницы, но дом умалишенных помещался в отдельном деревянном флигеле. Смотритель больницы в 1852 г. ходатайствовал «о подыскании более удобного помещения для умалишенных, так как в доме умалишенных находится 10 камер, а умалишенных налицо 18 человек» (дело больницы № 12/15 от 20 февраля 1852 г.).

тому больные оставались в том же помещении, где они были раньше в ведении городничего. В течение 1803 г. с 1 июня по 31 декабря в ведении смотрителя содержалось 11 мужчин и 5 женщин и израсходовано на них 90 рублей. Только в 1805 г. больные были переведены в отстроенный для мужского венерического отделения больницы корпус, который состоял из 2 комнат на 20 кроватей, приемной, ванны и двух отхожих мест; при этом губернатор приказал «место, где быть ваннам, отделить для беспокойных больных с подлежащими решетками», а снаружи было сделано место, «обитое шелевками, для обливания сумасшедших водой». Штаты этого дома были составлены так: «больных 20 человек — 13 смирных (9 мужчин, 4 женщины) и 7 злых (4 мужчины, 3 женщины). Для ухода за ними приставников 2, поварка одна, к ней в помощь и сверх того для мытья белья 2 женщины и дворник, — всего 8 человек с содержанием на всех 255 рублей в год». Лекарь-смотритель, заведующий богоугодным заведением, считается «состоящим при доме умалишенных без особого на то вознаграждения», причем лекарь не обязывался подавать помощь по своей профессии всем призреваемым, а только тем, которые «представляют надежду на выздоровление». Об этих больных лекарю писались особые указы «к соблюдению обязанности своей».

Очень интересен вещевой штат дома умалишенных. Среди него значатся: «1) машина капельная, в летаргах и параличах, и также и в сумасшествиях употребляемая, 2) ремней сыромятных для притягивания злых сумасшедших с кольцами и замками—всего 16 штук, 3) цепей железных для приковки сумасшедших — 11 штук».

Расход на содержание больных определялся по 47 рублей $55^1/_4$ копейки в год на больного.

С 1805 г. в Полтаве было приступлено к постройке специальных зданий для умалишенных: двух корпусов, «один для смирных, другой для бешеных больных», оба из нежженого кирпича. На первый корпус было истрачено 16 441 рубль, но зимой стены развалились. Он был разобран в 1806 г. и в дальнейшем остался непостроенным. С 1806 г. стали строить корпус для «бешеных». Внутри здания было 8 палат, или «чуланов», центральный коридор и сени. Все двери в палатах были с железной оковкой и железными же запорами. Было получено, кроме того, приказание губернатора устроить в корпусе «кровати так, чтобы они были на местах укреплены; притом поделать надобные для удержания сих несчастных кольца, ремни и цепи в стенах и в полу, который должен быть кирпичный, крепкий и прочен». Вся постройка закончена в 1807 г. Между тем число больных уже к августу 1806 г. достигло 25 человек, и потому 15 октября 1806 г. Приказ распорядился, чтобы «все полицеймейстеры, городничие и нижние земские суды не присылали бы в дом умалишенных, прежде чем опросят попечителя о свободных вакансиях», а «полоумных» Приказ вовсе запретил принимать и требовал отсылки их к родственникам или в богадельни. Но все же к 1821 г. в доме умалишенных скопилось «12 злых и 15 смирных больных»; и пришлось перевести часть больных в два корпуса военного лазарета, помещающегося на той же территории.

В 1826 и 1827 гг. число поступивших больных увеличилось до небывалых до того размеров (51 и 58 в год), вследствие чего в 1828 г. «смирные» были разосланы по домам; их оказалось 7 мужчин и 4 женщины; для «смирных» при начале их заболевания поставлено учредить особые комнаты в больницах Лубенской, Кременчугской и Роменской и, кроме того, чтобы затруднить поступление больных, введена плата за призрение до 10 рублей ассигнациями в месяц. И все же в 1835 г. число больных достигло 47, хотя 6 больных были отправлены в Кременчуг, а 4 больных — в Ромны. Вследствие переполнения в 1842 г. начата пристройка к старому зданию флигеля

на 30 человек, которая, однако, была закончена только в 1846 г. с затратой 14 223 рублей. Но в 1848 г. снова возник вопрос о переполнении дома умалишенных, хотя мест с 1846 г. полагалось уже 50; вновь было испрошено разрешение перевести 15 человек в Харьков и 22 человека в Чернигов, так как по справкам оказалось, что там имеются свободные места. В 1859 г. произведено было перемещение больных, занят еще корпус и штат увеличен до 70 человек.

Что касается ухода за психически больными, то привязывание ремнями шло так широко, что расходные книги больницы пестрят все новыми и новыми покупками этих ремней. В 1829 г. впервые для связывания были сшиты «две рубахи с длинными рукавами». В 1833 г. для изоляции «особо разъяренных» один из чуланов был обит «полостями и войлоком на рогожах». Но тем не менее еще в 1835 г., наряду с сыромятными ремнями, в инвентаре больницы значились и «железные кандалы».

Но особенно плохо обстояло дело с ухаживающим персоналом. Вначале в качестве «приставников» присылались солдаты от полубатальонной команды, затем, в 1813 г. их сменили «богадельники». В 1822 г. в качестве прислуги разрешено было принимать «бродяг для кончания выправки», причем и эта прислуга часто убегала от службы, и, например, в первом же 1822 г. бежало 6 человек прислуги из бродяг. В 1865 г. для ухода присылались арестанты из тюрьмы, совершившие нетяжелые преступления.

Несмотря на то, что число больных уже в 1859 г. достигло 70 человек, штатный отдельный врач был приглашен для дома умалишенных только 1 января 1865 г. (д-р Доброжанский). Что касается медикаментов, употреблявшихся для лечения психически больных в то время, то в отчете старшего врача всей больницы Бихтеля (старший врач с 1848 по 1866 г.) за 1858 г. сохранилось интересное в этом отношении описание: «При лечении, — пишет он, — мы употребляем: Tartarus emeticus, Opium, Digitalis, Cuprum sulfuricum, Belladonna, Hyoscyamus, Stramonium, пиявки за уши и к носу, мушки, втирание мази с рвотным камнем. Наилучший успех мы видели от употребления ванн и холодных обливаний».

Питание больных было скудное, одежда и белье редко возобновлялись, так что, например, в 1835 г., по описи в доме умалишенных не значилось и одной перемены белья, считая в том числе и белье на больных. Обычный процент смертности в доме умалишенных был свыше 20, а в 1828 г. он был свыше 28.

Такое же приблизительно положение было и во всех других приказных домах умалишенных. Например, в Екатеринославе[1] (тогда Новороссийске) приказ об основании богоугодных заведений, состоящих из больницы, смирительного дома, богадельни и дома умалишенных, был отдан в 1796 г. В 1816 г. в доме умалишенных было уже 36 человек, а поступило за год 63 человека. Все здания Приказа были ветхи, и с 1818 г. начались хлопоты о постройке нового здания для всей больницы. 16 лет разрабатывались планы, 8 лет утверждались, и только в 1842 г. было приступлено к постройке. В доме умалишенных к 1852 г. было 40 коек.

Имеются краткие сведения, как возникли «богоугодные заведения» и на другом конце обширной России — на Урале, в Перми[2]. В 1798 г. из старого деревянного корпуса рабочего дома была перестроена губернская больница, в которую принимали и душевнобольных. Врачом всего заведения в 1818 г. был Федор Христофорович Граль. Все учреждение могло принять 25 — 30 человек. В 1824 г. Пермь посетил Александр I. Осмотрев

[1] Теперь Днепропетровск.
[2] Теперь Молотов.

больницу, он сказал губернатору Тюфяеву: «Не мешало бы позаботиться о приведении заведений Приказа в лучший вид, а то они у вас настоящие руины». Но денег не было, а исполнить приказание царя было необходимо. Была объявлена подписка среди уральских заводчиков на устройство больницы. С 1825 по 1835 г. было собрано 437 126 рублей. Казалось, по тем временам на эту сумму можно было построить прекрасное большое учреждение. Но с 1829 по 1834 г. была построена лишь Пермская Александровская больница на 60 коек и при ней дом умалишенных на 18 мужчин и 9 женщин в отдельном двухэтажном флигеле. Дом умалишенных, как говорилось, был построен по образцу петербургской Больницы «Всех скорбящих». Окна были наполовину заделаны кирпичом. Употреблялись смирительный камзол, кожаные рукавицы и жилет и даже цепи по рисунку Больницы «Всех скорбящих».

Итак, везде помещения для умалишенных не только были плохи, но и мест в них, как мы видели, было мало: они с самого начала переполнялись пациентами, для поступления в них чинились всякие препятствия. И потому понятно, что в то время, как говорит первый русский историк психиатрии А. Шульц[1], «не было ни одного острога или тюрьмы, в котором не находились бы помешанные, помещенные туда обычно в качестве бродяг». Немало психически больных, как свидетельствует С. Максимов[2], попадало в качестве преступников и бродяг также и в Сибирь: «Тобольский приказ в партиях, проходящих из России на поселение, — пишет он, — находит очень нередко дураков и идиотов».

В 1852 г. было, как уже говорилось, свыше 50 домов умалишенных, в которых имелось 1 076 штатных мест, в них лечилось в течение года 2 554 душевнобольных, причем из них выбыло 780 и умерло 407 (15,9% смертности), осталось 1 367, т. е. на 30% больше, чем имелось штатных коек. На содержание больных в 1852 г. было истрачено 134 559 рублей. В среднем содержание одного больного стоило 89 рублей 82 копейки в год.

В 1860 г. по Пастернацкому[3], общее число пользованных за год психически больных в России равнялось 4 586, и распределялись они следующим образом:

В домах попечительного и опекунского совета	799
» » военного ведомства	1 105[4]
» » Приказа общественного призрения	2 440
» 5 частных лечебницах	132

Население России тогда равнялось приблизительно 75 млн. человек, т. е. в течение года через больницы прошло около 0,06 психически больных на 1 000 жителей. Вполне естественно, что при таких условиях «призревались только те, кто явно мешал жизни городов», при этом призреваемые находились в ужасных условиях — в тесноте, с цепями на теле. Ниже мы подробнее опишем, в каком состоянии оказались отдельные дома умалишенных при приеме их ревизионными комиссиями земств; из этих описаний будет ясно, что призревались больные, как говорит Текутьев[5], «хуже, чем просто брошенные на произвол судьбы».

---

[1] Архив судебной медицины, 1865.

[2] Максимов, Несчастные, Вестник Европы, август 1868 г.

[3] Труды I съезда отечественных психиатров, М., 1887.

[4] В 1860 г. в Военном ведомстве было только 2 психиатрических госпиталя в Петербурге на 105 коек, поэтому, очевидно, и эти 1 105 больных содержались в учреждениях Приказа, но за них платило Военное ведомство. Это тем более вероятно, что в 1852 г. в домах Приказа состояло на излечении уже 2 554 больных, и потому едва ли в 1860 г. там могло находиться только 2 440 больных.

[5] Ф. С. Текутьев, Исторический очерк кафедры душевных болезней Военно-медицинской академии, СПБ, 1898.

Однако надо помнить, что в Западной Европе в конце XVIII и начале XIX века отношение к психически больным было более жестоким.

В первую половину XIX века положение психически больных в большинстве учреждений Западной Европы оставалось крайне тяжелым, хотя для богатых уже стали появляться отдельные хорошо устроенные учреждения. Реформы Киаруджи, Пинеля не привели к полному освобождению от оков всех психически больных, потому едва ли можно удивляться порядкам русских приказных домов умалишенных. Надо удивляться тому, что в России в самую мрачную реакционную эпоху на правительственные средства в 1828 г. для всех слоев населения в Петербурге была устроена психиатрическая больница лучше частной английской лечебницы Тьюка — «Иоркского убежища».

За городом на 11-й версте по Петергофскому шоссе, в прекрасном имении, когда-то бывшем летней резиденцией князя Потемкина (9 десятин построек, 8 десятин парка, 70 десятин пахотной земли), 20 сентября 1832 г. была построена новая[1], образцовая по тому времени Психиатрическая больница «Всех скорбящих», рассчитанная на 120 кроватей, число которых в 1839 г. было увеличено до 200. В нее были переведены больные из Обуховской больницы. Она была предназначена главным образом для лечения психически больных, а не для их призрения и, попав в руки талантливого администратора и опытного психиатра Ф. И. Герцога, представляла собой одно из лучших психиатрических учреждений Европы того времени.

В 1832 г. И. Ф. Рюлем (1759 — 1846) был составлен[2] устав этой больницы. Устав распадается на 14 глав, которые исчерпывали все стороны жизни учреждения: правила приема в больницу, причем на первое место выдвигается лечебная роль учреждения; распределение больных по роду болезней; одежда, пища, образ жизни больных; правила надзора; обязанности врачей; «укротительные средства»; посетители и т. д.

В уставе говорилось о садах для прогулок больных, о мастерских для работ, о бане и ваннах. При приеме рекомендовалась осторожность, обдуманность, собирание подробного анамнеза (прилагалась его схема). Рекомендовалось иметь для больных отдельные столовые, комнаты для занятий, для свиданий и обеспечить в них возможный уют, в особенности для спокойных больных. Рекомендовались развлечения: чтения, музыка, игры (шашки, бильярд), участие в работах по отделению. Надзирателям предписывалось ласково и приветливо обходиться с больными, признавать в них чувство человеческого достоинства. Из мер «укротительных» (стр. 18) на самый крайний случай Рюль допускал лишь «укротительную» фуфайку. «Без совета опытного врача не следует прибегать ни к каким решительным средствам, как, например, кровопусканиям... или рвотным, слабительным, обливанию холодной водой и т. п., а предоставить больному покой, теплые ванны, легкие занятия, прогулки, легкую диэту» (стр. 20—21).

В 1830 г. Ф. И. Герцогу (исполнявшему должность первоприсутствующего в Московской медицинской конторе) было разрешено открыть в Москве первую не только в Москве, но и в России частную психиатрическую лечебницу. Это разрешение было дано в виде особого положения Комитета министров от 18 марта 1830 г., причем отпускалось «на наем дома для сего заведения по 4 000 рублей ежегодно из экономической суммы, Московской городской думе принадлежащей... причем суммы эти не подвергаются ревизии контроля». Лечебница эта предназначалась, как сказано в положении,

---

[1] В Германии впервые новое специальное здание для психиатрической больницы было выстроено Флеммингом в горах Саксонии близ Шверина лишь в 1830 г.

[2] Журнал Министерства внутренних дел, 1845, кн. 11 и 12; 1846, кн. 1.

Больница «Всех скорбящих» в С.-Петербурге.

«в особенности для больных, принадлежащих к образованнейшим сословиям общества, принимая во внимание недостатки существующего в Москве дома умалишенных, который по причине тесноты помещения и при усовершенствовании в новейшее время способов пользования умалишенных в настоящем своем виде не представляет никаких удобств». За пользование в лечебнице назначена была «умеренная плата за каждого больного по 50 рублей в месяц».

После перевода Герцога на службу в Петербург в 1832 г. это заведение вначале было передано штатфизику Протопопову, а затем, с 1836 г., — старшему врачу дома умалишенных Саблеру; после Саблера лечебница перешла к А. Ф. Беккеру, а затем к его вдове М. Ф. Беккер, при которой с 1881 г. директором лечебницы был проф. С. С. Корсаков. «В этой лечебнице родилась московская клиническая психиатрия, — писал Баженов, — так как вся обстановка здесь создавала наилучшие условия для наблюдения и лечения».

В Петербурге в 1846 г. была открыта частная лечебница Лейдесдорфа на 15 больных, которая затем перешла к доктору Штейну и была расширена до 50 коек. В 1850 г. открыта вторая в Петербурге частная лечебница доктора Гейтинга на 25 человек, просуществовавшая до 1868 г.; в 1860 г. — лечебница доктора Лоренца и, наконец, в 1867 г. учреждена четвертая частная лечебница доктора Шульца на 25 больных, перешедшая в 1872 г. к доктору Фрею.

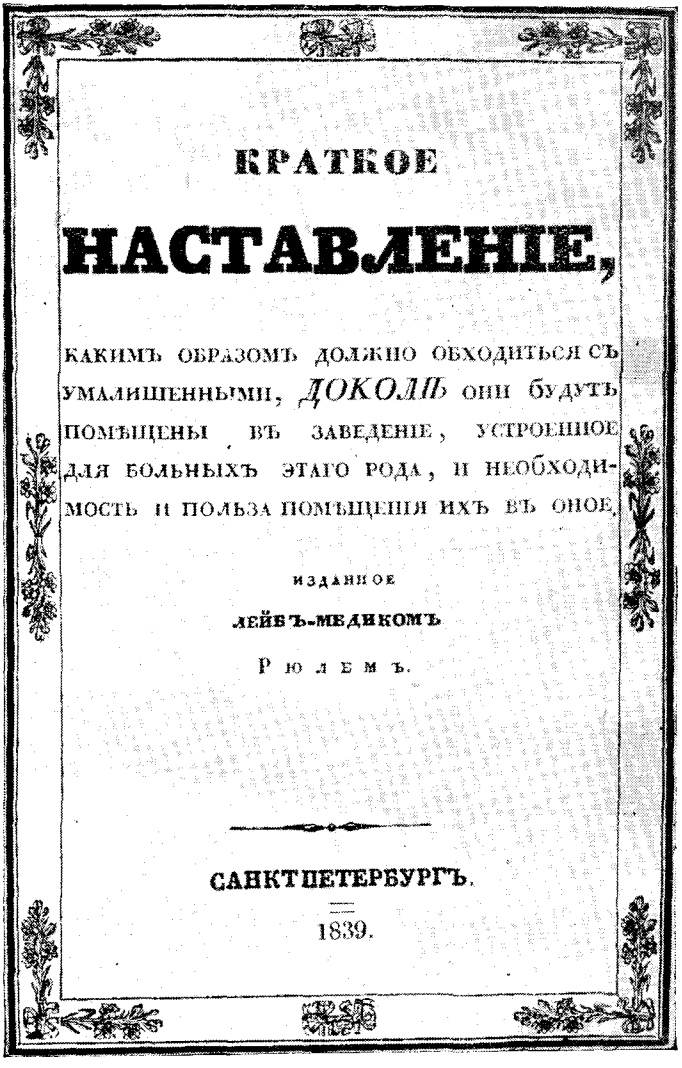
Все эти лечебницы были хорошо устроены, и богатым людям предоставлялось все, что тогда знала передовая наука.

В это время делались попытки и более широкого распространения гуманного отношения к психически больным. Так, Сенат в 1830 г. обсуждал вопрос о «предании суду Ярославского уезда Ленского селения волостного головы... за содержание в земской избе трое суток на цепи душевнобольного крестьянина Иванова» и указом от 12 июня 1830 г. постановил: «Видя из обстоятельства дела, что Иванов посажен был на цепь не по какой либо жестокости, а единственно по неимению других средств к удержанию от причинения вреда,... волостного голову от суда освободить, подтвердив ему с подпиской, чтобы впредь в подобных случаях поступал с большей осторожностью и человеколюбием, а больного отправить в ближайший город для содержания и пользования... Нелишне было бы предписать начальникам губернии, дабы они обратили на сии случаи особое внимание и преподали бы местным начальствам надлежащие способы к обращению с больными без употребления мер насильственных и жестоких».

Николай I, посетив Рязань, нашел там при одном из судебных больных в доме умалишенных вооруженный караул и признал это «неприличным», и 1 октября 1832 г. был издан указ: «В дома умалишенных вообще никаких караулов от войск не наряжать и часовых отнюдь не ставить ни по комнатам, где содержатся умалишенные, ни в садах и дворах, служащих местом их прогулок».

В 1839 г. И. Ф. Рюль добился от медицинского департамента распоряжения врачебным управам собрать сведения о числе психически больных по всей России. Сведения не были доставлены только из губерний Витебской, Волынской, Вятской и Саратовской. В 1840 г. И. Ф. Рюлем были опубликованы результаты этой переписи. Переписью было обнаружено 15 428 душевнобольных, слабоумных и эпилептиков, т. е. при населении в 41 575 000 человек в губерниях, из которых были получены сведения, один психически больной приходился на 2 700 человек населения (0,37 : 1 000). Во всех же учреждениях Приказа призревалось в 1839 г. всего 1 432 человека.

Надо думать, что именно эти статистические данные вызвали в 1842 г. распоряжение министра внутренних дел графа Перовского командировать тогдашнего генерал-штаб-доктора по гражданской части Рихтера «для обозрения всех заведений душевнобольных и изыскания мер к соответствующему их устройству». Рихтер нашел, что дома умалишенных Приказа «могли слу-


КРАТКОЕ

НАСТАВЛЕНІЕ,

КАКИМЪ ОБРАЗОМЪ ДОЛЖНО ОБХОДИТЬСЯ СЪ УМАЛИШЕННЫМИ, *ДОКОЛѢ* ОНИ БУДУТЪ ПОМѢЩЕНЫ ВЪ ЗАВЕДЕНІЕ, УСТРОЕННОЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХЪ ЭТАГО РОДА, И НЕОБХОДИМОСТЬ И ПОЛЬЗА ПОМѢЩЕНІЯ ИХЪ ВЪ ОНОЕ.

ИЗДАННОЕ

ЛЕЙБЪ-МЕДИКОМЪ

Р Ю Л Е М Ъ.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

1839.

Обложка «Наставлений» И. Ф. Рюля.

жить только помещением для пребывания, но не для правильного призрения. Больные оставались... без всякого лечения, ибо самое устройство их не представляло тех приспособлений, которые всеми известными психиатрами признаны основным и главным средством врачебного пособия». Ввиду этого в ноябре 1844 г. был создан особый комитет [товарищ министра внутренних дел Синявин (председатель), директор Медицинского департамента

Таблица 1

Перепись психически больных И. Ф. Рюля в 1839 г.

Губерния	Народонаселение	Психически больные			Врожденно слабоумные			Эпилептики			Общее число больных	Из них в учреждениях Приказа	Число жителей, на которое приходится один психически больной
		мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего			
Архангельская	220 000	19	7	26	4	4	8	16	3	19	53	6	4 150
Астраханская	110 000	12	8	20	9	8	17	—	6	6	43	28	2 560
Виленская . .	1 100 000	100	50	153	45	45	90	90	37	127	370	55	3 000
Витебская . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Владимирская	1 100 000	110	63	173	114	67	181	79	48	127	481	40	2 300
Вологодская .	850 000	27	20	47	36	33	69	67	20	87	203	—	4 600
Волынская . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Воронежская .	1 600 000	51	42	93	124	61	185	74	35	109	387	—	4 100
Вятская . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Гродненская .	820 000	23	15	38	4	1	5	5	3	8	51	—	16 080
Екатеринославская	730 000	71	26	97	36	16	52	37	28	65	214	40	3 410
Енисейская .	165 000	11	7	18	4	3	7	7	4	11	36	28	4 600
Иркутская . .	500 000	54	20	74	13	13	26	19	4	23	123	51	4 000
Казанская . .	1 100 000	400	183	583	176	69	245	119	56	175	1 003	27	1 096
Калужская . .	1 000 000	65	36	101	49	39	88	50	52	102	291	31	3 400
Киевская . . .	1 190 000	104	78	182	73	56	129	97	143	240	551	101	2 150
Костромская .	1 100 000	38	19	57	72	25	97	49	23	72	226	21	4 900
Курляндская	550 000	55	23	78	41	20	61	32	17	49	188	—	2 900
Курская . . .	1 540 000	84	43	127	81	35	116	31	10	49	282	57	5 400
Лифляндская .	700 000	155	130	285	283	165	448	208	104	312	1 045	101	670
Минская . . .	1 329 000	56	32	88	30	34	64	55	43	98	250	—	5 300
Могилевская .	770 000	13	11	24	3	1	4	3	2	5	33	24	23 000
Московская .	1 100 000	118	92	210	44	20	64	20	14	34	308	176	3 570
Нижегородская	1 100 000	61	56	117	138	77	215	82	45	127	459	—	2 400
Новгородская	770 000	13	12	25	19	12	31	18	12	30	86	12	3 953
Олонецкая . .	250 000	48	40	88	38	26	64	47	28	75	227	—	1 100
Оренбургская	880 000	80	46	126	103	76	179	88	56	144	449	40	2 000
Орловская . .	1 320 000	117	70	187	104	78	182	123	83	206	575	—	2 260
Пензенская . .	1 000 000	31	22	58	130	84	220	39	34	73	346	15	2 900
Пермская . .	1 100 000	99	85	184	282	150	432	367	198	565	1 181	51	1 000
Подольская .	1 430 000	42	33	75	14	3	17	42	29	71	163	21	8 770
Полтавская .	1 100 000	151	59	210	146	83	229	159	164	323	762	—	1 450
Псковская . .	770 000	27	11	38	3	7	10	21	1	22	60	25	12 800
Рязанская . .	1 100 000	59	33	92	98	47	145	43	16	59	296	32	4 000

Продолжение

Губерния	Народонаселение	Психически больные			Врожденно слабоумные			Эпилептики			Общее число больных	Из них в учреждениях Приказа	Число жителей, на которое приходится один психически больной
		мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего			
С.-Петербургская	710 000	116	114	230	21	3	24	21	12	33	287	199	2 470
Саратовская	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Симбирская	1 100 000	191	92	283	191	80	271	53	26	79	633	25	1 740
Смоленская	990 000	35	25	60	64	31	95	22	15	37	192	18	5 160
Таврическая	300 000	32	20	52	49	19	68	32	12	44	164	26	1 836
Тамбовская	1 400 000	34	20	54	37	23	60	44	6	50	164	39	8 540
Тверская	1 100 000	110	40	150	138	69	207	73	44	117	474	—	2 820
Тобольская	600 000	49	31	80	71	48	119	65	27	92	291	30	2 000
Томская	330 000	49	32	81	72	23	95	87	56	143	319	—	1 000
Тульская	1 700 000	52	25	77	16	7	23	10	2	12	112	53	10 000
Харьковская	1 100 000	53	19	72	82	54	136	47	25	72	280	—	4 000
Херсонская	500 000	15	5	20	3	1	4	1	—	1	25	—	20 000
Черниговская	1 200 000	50	19	69	17	22	39	17	16	33	141	30	8 510
Эстляндская	300 000	52	41	93	74	51	125	32	20	52	270	—	1 100
Ярославская	1 100 000	98	44	142	36	17	53	8	3	11	206	—	5 340
Бессарабская	510 000	243	96	339	109	32	141	255	185	440	920	—	550
Белостокская	220 000	15	7	22	2	—	2	1	4	5	29	—	7 600
Земля Войска Донского	—	3	4	7	5	9	14	1	3	4	25	—	—
Кавказ	170 000	9	6	15	16	2	18	3	2	5	38	—	4 500
Закавказье (Грузия, часть Армении)	350 000	19	24	43	48	19	67	9	5	14	124	—	—
Всего	41 575 000	3 419	2 139	5 558	2 279	1 868	5 241	2 850	1 779	4 629	15 428	1 432	2 700

Рихтер, директор Хозяйственного департамента Лакса и старший врач больницы «Всех скорбящих» Герцог] для обсуждения вопроса об улучшении лечения о психически больных.

Принимая во внимание невозможность по экономическим соображениям дать вполне удовлетворяющее всем требованиям психиатрическое учреждение в каждой губернии, комитет составил проект: 1) об учреждении восьми южных лечебниц на 100 — 250 коек каждая в Петербурге, Москве, Одессе, Киеве, Харькове, Одессе, Вильне и Риге, каждая из которых могла принимать острых больных из нескольких окрестных губерний; каждая

лечебница должна была иметь десять отдельных зданий: два (для мужчин и женщин) для беспокойных и неопрятных больных, два для неизлечимых, два для выздоравливающих и четыре административных здания; кухня, контора, квартиры для персонала и т. п.; 2) имеющиеся в каждой губернии дома умалишенных оставлялись только для призрения хроников, «сделав в них соответствующие приспособления». Кроме того, были составлены правила приема в окружные лечебницы и правила их управления.

Больница «Всех скорбящих» быстро переполнилась больными, и уже в 1836 г. понадобилась пристройка корпуса еще на 80 кроватей. И. Ф. Рюль испросил разрешение открыть подписку, чтобы на собранные деньги создать временное помещение для бесплатного содержания и лечения больных, которые собрались в значительном числе (свыше 30 человек) в «съезжих домах». Деньги были быстро собраны, и в 1837 г. такое отделение было открыто в 4-й Адмиралтейской части на Малой Мастерской улице в нанятом доме. В 1845 г. Больница «Всех скорбящих», несмотря на то, что в 1839 г. в ней имелось уже 200 коек, была так переполнена, что вновь было занято старое отделение при Обуховской больнице на 34 койки, в 1862 г. в Больнице «Всех скорбящих» было прибавлено еще 100 коек, в 1865 г. — еще 50 (всего стало 350 коек).

В 1852 г. (Указ от 6 июня) было открыто при исправительном доме отделение для умалишенных арестантов на 25 человек. 25 мая 1856 г. в том же доме было открыто отделение на 30 женщин, а в 1864 г. эти оба отделения соединены в одну лечебницу, расширенную до 120 кроватей (50 мужчин, 70 женщин), к которым было добавлено еще 15 пансионерских коек, со сметой 22 950 рублей в год. В 1872 г. все здание исправительного дома было отдано под психиатрическую больницу[1] и переименовано в Больницу Николая-чудотворца, причем число коек расширено до 270, а несколько позже и до 310, но зато отделение при Обуховской больнице в 1873 г. было упразднено.

Кроме того, в Петербурге в 1846 г. было открыто психиатрическое отделение на 50 военных больных при 2-м сухопутном госпитале; это отделение в 1859 г. было преобразовано в клинику Военно-медицинской академии и расширено сначала до 100, а потом до 150 коек, причем в 1870 г. оно было сделано самостоятельным, отдельным от госпиталя, в 1871 г. выстроено помещение для нового психиатрического отделения при Николаевском военном госпитале (бывший 1-й сухопутный) на 30 офицерских кроватей и 15 кроватей для нижних чинов.

Как шло дело в приказных домах умалишенных в послереформенный период во второй половине XIX века, будет описано в дальнейших главах, но петербургские и московские приказные больницы оставались в ведении Приказа до 1885—1887 гг. Поэтому их состояние до передачи городу мы опишем здесь.

26 февраля 1870 г. был открыт дом призрения на Удельной (больница Александра III). Этот дом имел 25 десятин земли, больные здесь «с пользой для лечения занимались сельскохозяйственной работой». Это учреждение, являвшееся собственно первой (не считая Колмовского богоугодного заведения) земледельческой психиатрической колонией в России, было создано по мысли проф. И. М. Балинского[2].

---

[1] Организация психиатрического отделения на 120 коек, притом хорошо устроенного, является заслугой старшего помощника проф. Балинского д-ра П. А. Дюкова (1834—1889).

[2] Речь проф. Мержеевского при открытии I съезда психиатров, Труды съезда, стр. 82, Больница Александра III была открыта на 120 коек, в 1880 г. было прибавлено еще 100 коек.

Еще до передачи всех учреждений Приказа в ведение городского управления, ввиду недостатка мест в учреждениях Приказа, Петербург открыл ряд учреждений для психически больных на свои средства; так, в 1846 г. была открыта богадельня на 12 человек (закрыта в 1864 г.), а в 1867 г. — загородная богадельня[1] на 50 человек и в 1870 г. добавлено еще 50 коек; в 1870 г. — Екатерингофский приют на 40 мужчин и 25 женщин (в 1871 г. закрыт); в 1876 г. на нанятой на Обводном канале даче Реймера был открыт приют «для первоначального призрения» на 50 человек; в 1877 г. психически больных стали принимать в Мариинскую богадельню Человеколюбивого общества и в 1880 г. состояло уже 74 женщины и 3 мужчин, но в 1883 г. психически больных туда перестали принимать, зато в 1882 г. обществом там же на Малой Охте был открыт женский психиатрический приют, в котором помещалось в 1882 г. 113 женщин и 49 мужчин, а в 1884 г.— 201 женщина и 5 мужчин; кроме того, на Большой Охте был открыт мужской приют, где в 1884 г. помещалось 174 мужчины. Таким образом, в Петербурге призревалось психически больных:

К 1864 г.[2]

Больница «Всех скорбящих»	350
Отделение Обуховской больницы	134
Богадельни	130
При исправительном доме	120
В военном госпитале	135
Частные лечебницы	60
Всего	829 больных

Жителей в это время числилось в Петербурге 359 122, а вместе с губернией 1 160 930, так что один психически больной приходился на 596 жителей, а по всей губернии—на 1 284 жителя, т. е. 1,8 и 0,8 на 1 000 жителей.

К 1881 г.[3]

	Мужчины	Женщины
Больница «Всех скорбящих»	150	200
Больница Николая чудотворца	180	150
Временный городской приемный покой и полицейские части	60	70
Городская загородная больница	100	70
Больница «Дом Александра III»	100	100
Клиника Военно-медицинской академии	70	30
Мариинская охтинская богадельня	—	65
Мещанская богадельня	10	5
Николаевский военный госпиталь	100	—
Охтинская богадельня	70	80
Частные лечебницы	45	30
Всего	885	800

Жителей в это время числилось в Петербурге 861 920, а с пригородами 927 467, так что один психически больной приходился на 544 жителя, т. е. почти 1,9 на 1 000 жителей.

В Москве число призреваемых больных также постепенно росло, однако рост этот шел медленнее, чем в Петербурге. Уже в первые годы 26 мест для душевнобольных при Екатерининской больнице не удовлетворяли потребностей древней столицы, и в докладе царице главнокомандующего Москвы М. М. Измайлова от 1795 г. говорилось, что психически больные содержатся и в смирительном доме «среди колодников и пьяниц», и в богаделенном доме[4]. В особенности мало психически больных было в Екатери-

[1] До этого была соматической богадельней.

[2] О. А. Чечотт, Призрение помешанных в С.-Петербурге, Вестник клинической психиатрии, 1889, т. VI, стр. 62.

[3] Записка общества психиатров, Вестник клинической психиатрии, 1883, в. 1, стр. 277.

[4] Н. Н. Баженов, История Московского Долгауза, стр. 30—32.

нинской больнице в управление ею Дмитриева-Мамонова, который очень заботился об общей больнице и всячески ограждал ее от приема психически больных. Часть больных находилась, кроме того, в Тайной канцелярии на Мясницкой; это видно из того, что когда Павел I в 1798 г. приказал освободить узников Тайной канцелярии, то в Указе об этом говорилось: «а повредившихся в уме покоить и по излечении освободить».

В 1785 г. указом Екатерины II военному губернатору Москвы Брюсу для «умножения, сообразно многолюдству города, больниц и богаделен пожертвован дом, лежащий в Преображенской слободе, где прежде была адмиралтейская фабрика, со всем там имеющимся строением и землей, к тому принадлежащей», и в 1786 г. туда был переведен смирительный дом; там же в особом флигеле на 25 человек содержались и психически больные с 1789 г., когда Дмитриев-Мамонов не стал их принимать в Екатерининскую больницу. В августе 1791 г.[1] психически больные были переведены в инвалидный дом, который помещался в доме, купленном у графа Салтыкова, на месте, где позже был построен Екатерининский институт[2]. В это же время с 17 мая 1792 г. для психически больных был приглашен особый врач — штаб-лекарь Федор Рашке. Больные были размещены в отдельных комнатах; прислугу при них составляли при одном унтер-офицере 4 рядовых, а для женщин 4 «услужницы». Административное управление было общее с инвалидным домом, и врач подчинялся его смотрителю. С 21 июля 1794 г. по 1 октября 1799 г. врачом состоял штаб-лекарь Карл Поульярд, который упорядочил питание больных, добившись, чтобы оно выдавалось «согласно расписанию, им составленному». Но здания инвалидного дома приходили в ветхость, и в 1800 г. решено было их продать, чтобы на вырученные деньги построить новый инвалидный дом и дом для умалишенных в Преображенской слободе. Дом был в 1801 г. продан Ведомству императрицы Марии, которое и построило на этом месте Екатерининский институт. До постройки нового здания в Преображенском психически больные были 10 мая 1801 г. переведены в бывшую Тайную канцелярию на Рязанском подворье (Мясницкая), уничтоженную Павлом I. Имевшиеся в этом доме мрачные камеры в подвале найдены были не подходящими для психически больных и в те времена, и уже в 1802 г. губернатор Аршеневский доносил, что «дом этот тесен и неудобен, состоя внутри города, не имеет ни саду, ни просторного двора», и считал необходимым постройку в Преображенском ускорить. Но для постройки требовалось 122 239 рублей, и денег нехватало. Лишь в 1805 г. был утвержден план дома для психически больных, и 15 мая 1808 г. смотритель доносил приказу, что «в отстроенный... для умалишенных особый дом... умалишенные со всеми находящимися при них чинами и служителями мною переведены». Так начала существовать теперешняя 1-я городская психиатрическая больница.

Врачом по смерти Поульярда с 1799 по 1802 г. был Антон Блиммер, а после него до 1811 г. Иосиф Карас, при котором с переводом в новое здание «железные обручи при цепях, на которых приковывались больные, были в 1808 г. заменены ремнями». И, наконец, в 1811 г. врачом дома был назначен образованный и интересовавшийся психиатрией врач З. И. Кибальчич. Содержание больных при нем оставалось все же строгим. Больные безвыходно содержались в своих камерах. Последнее настолько отозвалось на их здоровье, что в декабре 1811 г. Кибальчич потребовал для лечения больных, так как у них развился скорбут, особого пива, «одна часть которого

---

[1] И. В. Константиновский, Исторический очерк о Преображенской больнице, М., 1897.

[2] Теперь Центральный дом Советской Армии.

была хреновая, другая—из сосновых шишек». К началу 1813 г. штат дома состоял из лекаря, двух лекарских учеников, двух смотрительских помощников, писаря, цирюльника, двух надзирателей, четырех дежурников, четырех услужниц, повара, унтер-офицера и 40 рядовых. Все вместе получали 1 584 рубля в год (врач — 500 рублей).

Кибальчич в «Журнале Человеколюбивого общества» в 1821 г. № 11 так описывает этот новый московский дом умалишенных[1]: «Дом имеет два этажа: один для женщин, другой для мужчин. В каждом этаже зал, где больные могут прохаживаться. По обеим сторонам сих зал комнаты: величина комнат 7 × 6 аршин. В каждой комнате по одной кровати. Сверх того есть три большие комнаты для больных высших состояний. Нужные места по обоим концам строения в башнях... К югу от строения большой сад, где больные могут прогуливаться. Мужчины не имеют никакого сообщения с женщинами. Среди сада есть строение для купания в теплые и холодные дни... Бедные, солдаты, военные и гражданские чиновники и духовенство содержатся на казенный счет; прочие платят 10 рублей в месяц».

Движение больных

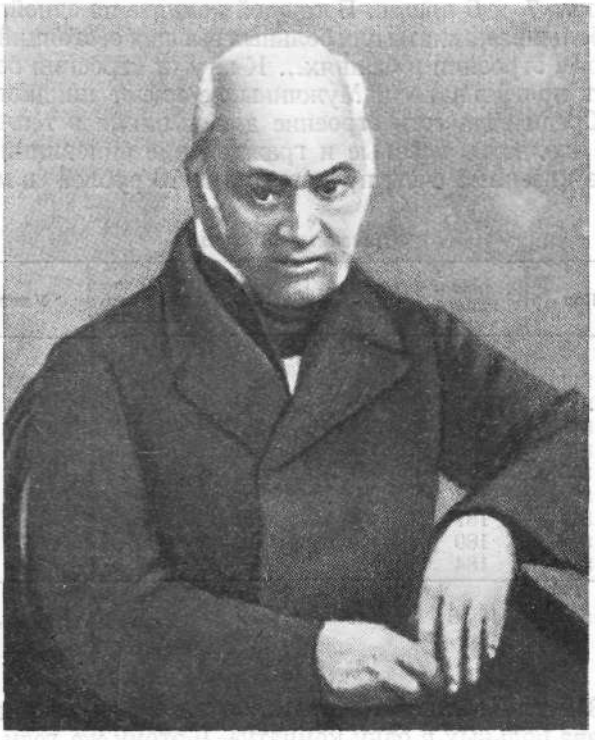
Год	Пользовано	Поступило	Выздоровело	Взято родственниками	Умерло
1811	160		25	15	20
1812	167	67	44	10	39
1813	87		20	9	10
1814	108	60	40	6	10
1815	137	85	40	12	13
1816	143	71	30	10	12
1817	181	90	50	15	9
1818	189	83	60	13	25
1819	184	93	30	17	24
Всего . . .	1 356	549	319	107	162 (11,9%)

Уже с 1819 г. Кибальчич жаловался на переполнение: «Приходится помещать по два больных в одну комнату». К этому же году относится дело «о покупке цепей для беспокойных больных», и вновь инвентарь больницы пополнился 14 железными цепями и даже «с принадлежащими к ним обручами», затем деревянные решетки в окнах заменены были сначала доходящими доверху деревянными, а затем железными. Все это, впрочем, объяснялось не только переполнением, но и тем, что «померкло дней александровых прекрасное начало», во власть вступил Аракчеев, и больных стали помещать «впредь до распоряжения», тогда как раньше всегда писалось: «впредь до выздоровления»; появилась графа «о людях, заслуживающих особой важности»; поступила, например, больная «по распоряжению графа Аракчеева как распускающая пустые и неприличные слухи», причем против имени этой больной имеется пометка Кибальчича: «Смирна, тиха и помешательства рассудка не замечается».

Ф. И. Герцог как первоприсутствующий Медицинской конторы, осматривавший больницу в 1827 г., написал: «Заведение сие имеет существенные недостатки, отклоняющие оное от самой цели благодетельного и человеколюбивого учреждения... Цепи чаще употребляются, нежели сколько того

[1] Цит. по Прозорову, Современная психиатрия, 1914, № 11.

человечество требовало». Эта запись была сделана уже в эпоху, когда в Петербурге строилась больница «Всех скорбящих» и И. Ф. Рюль начал проводить свои идеи относительно возможно меньшего стеснения психически больных. Это новое веяние в Петербурге дало возможность Кибальчичу ввести некоторые улучшения: в 1827 г. были устроены в больнице две деревянные ванны, а в 1828 г. вместо цепей введен «запирательный шкаф» и «смирительное кресло с ремнями».



В. Ф. Саблер.

С 1 октября 1828 г. на должность врача дома умалишенных, все еще подчиненного смотрителю, был назначен В. Ф. Саблер. В 1832 г. удалось провести радикальные реформы в управлении «дома»: Саблер получает назначение старшим врачом, а дом умалишенных получает устав, по которому во главе учреждения ставится контора с председателем старшим врачом, а смотрителем лишь как его помощником. В 1834 и 1835 гг., кроме старшего врача, появляется два ординатора — Ф. Бекер и Сокольский. С этого времени заводятся истории болезни, цепи совершенно уничтожаются, появляются заботы о занятиях и развлечениях, были приобретены музыкальные инструменты, для работы больных стал использоваться клочок огородной земли. В 1834 г. издана была инструкция о занятиях больных, заведены мастерские: швальная, портняжная, сапожная, красильная, малярная, штукатурная, вязание чулок, вышивание по канве, обработка сада и домашние работы. Устроить мастерские и улучшить питание больных удалось благодаря тому, что в больнице находился больной Корейша, который славился на

№ 90.

Экономической Крестьянин
Федоръ Арсентьевъ, принятъ
Августа 16-го дня 1827-го года

Лѣтъ 16 отъ роду.

Videtur Stupiditas innata
esse. Casus lyseos est. Amentia, pessimi
quidem generis apparebat symptomata
videamus est.

Apparent symptomata parvis ex
Epilepsiæ. —
interne. N. hui puer. — Crisis. Tabes:
est. 97. X. bris. — 1. Septembris.
5. Stupiditas est, et furor apparuit.
Solis labores abstinet. — 7. Nulla remissionis
symptomata. — 9. Insanit. est. —
Laborat Epilepsiâ, quæ fere mensem
quidem est an ab longa infantiæ. —
tamen per quemvis accessum maior observat
stupiditas. — 15. Septembr. —

История болезни больного 1827 г.

Вопросы

На которые желательно получить сколько возможно точные ответы

1) Имя, фамилия, лета, звание и религия больной, девица ли замужняя или вдова, и если она имеет детей или родственников, и где они живут?

2) Когда и как началась болезнь сия? Какими припадками обнаружилась болезнь сия? были ли они продолжительными или временными? что говорила и как поступала она во время болезни что доказывается по найме судимому надь нею за молчанием? Не страдала ли она уже прежде сим умопомешательством?

3) Что было причиною сей болезни? Не было ли она на сильдевым или не замечали ли была в юности склонность к оной? Не было ли пренебрежено воспитание? Не способствовали ли оной худые примеры или жестокое обращение? Не имеет ли она вредных привычек?

Ответы на вопросы

1/ Она девица 14 лет от роду росла и воспитывалась в отчем доме в Москве. Имеет двоих детей, сына 6 и дочь 4 лет, которые живут у ней в доме. Отец ее умер, а мать живет в Москве.

2/ Она два года страдает меланхолией. Болезнь ее обнаружилась тем, что она стала жаловаться на боль в голове, на головокружение, на шум в ушах, на то, что ей кажется, будто кто-то ее душит. Сильной ее припадок продолжался около месяца, после чего целый год она была тиха и спокойна. Серьезно

3/ Характера она была доброго. До 20 лет она переменилась. Стала капризна и сердита. Что ей причиною недостаток внимания.

4/ Она вдова 14 лет и все время провела в трудах и воспитании детей. Состояния она небольшого.

Опросный лист больной 1832 г.

4°/ Какого она характера? всегда ли она была одинака или вдругъ перемѣнилась? Не имѣлами она наклонности къ уединенію, ис-ступленію печали, задумчивости, само-убійству, гнѣву къ распутству или другимъ страстямъ какъ на пр: къ любви сла: до страстію къ пьянству и т: п:

5°/ Какую она вела жизнь? была ли она трудолюбива или болѣе склонна къ праздности? Не пригвлами въ разслабленіе умственныя свои способности безпрестаннымъ трудами? Не проводилами ночей безъ сна? Не способствовали ли къ образованію сей болѣзни неудовольствія по родствен-ной и домашней связи, супружескія ссоры или какія либо оскорбленія? — Имѣетъ ли она достаточное состояніе? Не претерпѣвала ли она печали, заботы и другія не-щастія, какъ на пр потерю имѣнія, смерть любезныхъ родственниковъ и т п

Опросный лист больной 1832 г.

С. Не имеетъ ли она тѣлесныхъ недостатковъ, препятствующихъ развитію умственныхъ способностей? Не имѣетъ ли она поврежденія головы или другихъ частей тѣла? Не имѣла ли она значительныхъ болѣзней въ юности или въ молодостіи времени: какъ напримѣръ: во внутрь воспаленныхъ наружныхъ сыпи, прежде времени затянувшихъ родовыя или фонтанелли падучую болѣзнь (Epilepsie)? Всегда ли больная имѣла правильное мѣсячное очищеніе? или когда остановилось оное?

С. послѣ Жениха она нѣсколько дней тосковала очищеніе Крови стало имѣть какъ должно.

Была ли она обременена? и сколько имѣла дѣтей, или сколькихъ имѣла она выкинула? Не болѣла ли она отъ сего нѣкоторое благополучіе? или какія были при ономъ припадки? Была ли она кормила дѣтей? не было ли у нихъ сосцовой отрыжки? не имѣла ли она натоковъ или другаго молочнаго безпокойства по грудямъ? не имѣла недостатка молока? и сколько оно?

Урок имѣла Кормила сама

Опросный лист больной 1832 г.

7/ Не разслабляли она себя не правильным употребленіемъ кровопусканія, рвотныхъ слабительныхъ. меркуріальныхъ или наркотическихъ т е. сотворныхъ — средствъ?

8/ была ли больная пользована врачемъ? съ котораго времени какъ долго и какъ нельзяли получить отъ пользовавшаго ее Врача описанія леченія долженъ производимаго?

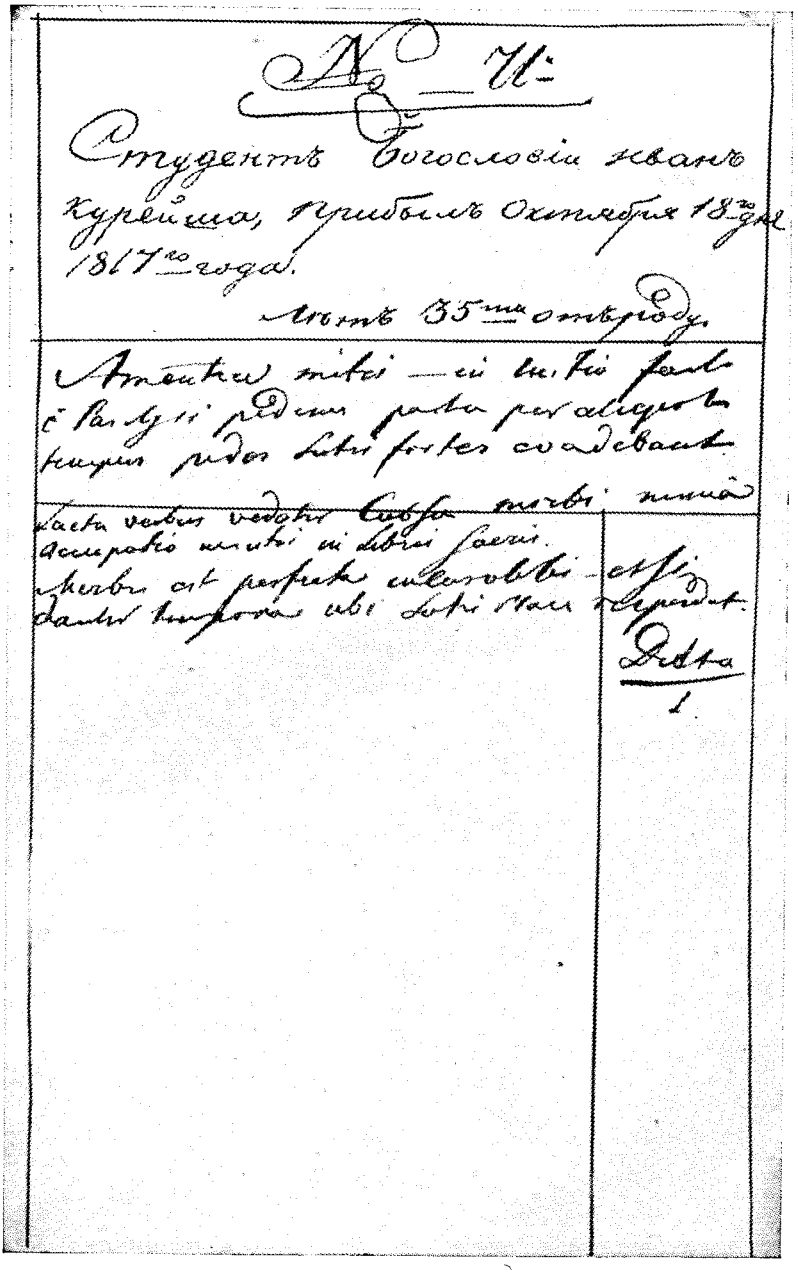
8/ пользована она была разными докторами которой говорилъ что ей помочь нельзя говорилъ что ей нужно спокойствія а она его никогда не имѣла при ея бользни состояніи

1832. Года Октября
26

9/ Ответы должны быть подписаны тѣмъ, кто даетъ оные

10/ Мѣсяцъ, число и годъ.

Опросный лист больной 1832 г.



№ 11.

Студентъ Богословіи іеромонахъ Курейша, прибылъ Октября 18-го дня 1817-го года.

Нумеръ 35-мъ отъ Врача.

Amentem mihi — ei mitio pedes
i Paralytici pedum pedes peradiquos
tempus pedes Lebri fortes evadebant

Haec verba vestra Sobra mihi nimis
desperatio mihi in libris sacris.
Verba at perpetua calamitosi — at si
dantur tempora ubi Lebri vani reprimat.

Дѣлать
1

История болезни Курейши.

всю Москву как «прозорливец»[1]. Для посещавших его была выставлена кружка, сбор в которой достигал 500 — 700 рублей в месяц, что и позволило улучшить положение больных. Наконец, в 1838 г. дом умалишенных получает наименование Преображенской больницы.

Кроме «принудительного кресла», в это время в инвентаре больницы не было никаких орудий стеснения. Современник, осматривавший больницу в 1858 г., говорит, что и смирительные рубашки применялись редко, а «стеснительные кресла» — еще реже. Еще интереснее, что всех вновь поступавших больных помещали не в то здание, которое именовалось домом умалишенных, а в особое здание — часть соседней Екатерининской богадельни, носившее название отделения испытуемых. Выздоравливающие также помещались в особом, нанятом для них еще в 1835 г. частном доме Пеше, Мещанской части (существовал только до 1845 г.). Спокойных хроников переводили в богадельню. Благодаря всему этому число больных в здании Преображенской больницы не увеличилось: в 1837 г. их было 148. Тем не менее Саблер просил ограничить прием только действительно опасными больными: очевидно, и богадельня, и другие учреждения, куда можно было переводить больных, уже были переполнены. С 1850 г. в больнице введено освещение «ламповым маслом» вместо сальных свечей в ужинное время. Еще в 1846 г. решено было расширить здание больницы пристройками, но это было осуществлено только в 80-х годах, хотя в 1850 г. число больных достигло уже 250. Проект расширения замер в связи с предположением о постройке Московской окружной лечебницы.

Особенно тяжелым стало положение Преображенской больницы с 1862 г., когда была закрыта существовавшая с 1825 г. полицейская больница для психически больных арестантов Тюремного ведомства. Больница эта была устроена в большом ортопедическом заведении д-ра Менделини (Яузская часть). Неожиданный перевод хронических больных из Полицейской больницы в Преображенскую в 1862 г. резко ухудшил содержание больных в ней. Д-р Саблер только этим переполнением и оправдывал разрешение им употребления горячечной рубашки и привязывания к постели. Ухудшила положение больницы также и смерть в 1862 г. больного «провидца» Корейши (находился в больнице с 1817 г.) и исчезновение вместе с этим получавшихся от него доходов. В 1878 г. под больницу была занята и богадельня на 80 коек. Штат больницы определялся в 280 коек.

Так же как и в Петербурге, московская Преображенская больница была передана в ведение Городского общественного управления лишь в 1887 г., а до этого она оставалась в ведении Приказа.

Д-р Саблер оставил службу в ноябре 1870 г.; в 1870 — 1872 гг. главным врачом был Ф. И. Красовский, а затем, с июля 1872 г. по 1877 г., — С. И. Штейнберг. Больница была принята Штейнбергом в 1872 г. «грязной, печи все дымили; освещалась больница свечами». С 1871 г. ординатором больницы был В. Р. Буцке, с 1876 г. — С. С. Корсаков, Ф. А. Савей-Могилевич, а с 1881 г. — Н. Н. Баженов. С 1877 по 1887 г. главным врачом был Н. И. Державин. При нем, благодаря пожертвованиям, были, наконец, пристроены вместо находившихся на концах здания круглых башен трехэтажные пристройки на 80 больных, так что больница приняла форму буквы П, а также был оборудован рабочий барак и оранжерея. С 1878 г.

---

[1] О чудесах Корейши имеется очень хороший рассказ Н. С. Лескова «Маленькая ошибка»; о Корейше упоминал и ряд других писателей в своих литературных произведениях. Имелась и литература, которая доказывала, что Корейша юродствовал для спасения души и своими предсказаниями предотвратил много несчастий (А. Ф. Киреев, Юродивый И. Я. Корейша; Скавронский, Очерки Москвы; А. Розанов, И. Я. Корейша; последняя книга издана в 1913 г.).

для применения горячечной рубашки требовалось особое разрешение врача. Движение больных было следующим.

Год	Число больных	Год	Число больных
1875	224	1883	362 (364 отказа)
1879	297	1884	366 (423 »)
1880	319 (202 отказа)	1885	368 (353 »)
1881	316 (254 »)	1887	380
1882	347 (284 »)		

В психиатрических учреждениях Москвы к 1887 г. — времени передачи учреждений Приказа Московскому городскому самоуправлению — было следующее число больных:

Преображенская больница	370	больных
Больница Александра III . . . . . (основана в 1887 г. на благотворительные средства)	40	»
Больница Александровской общины «Утоли моя печали»	50	»
При Хамовническом полицейском доме	16	»
При Сухаревском полицейском »	20	»
7 частных лечебниц (Беккер, Голубевой, Боткина, Державина, Голосова, Левенштейн, Савей-Могилевича)	125	»
Психиатрическое отделение военного госпиталя	50	»
Всего . . .	671	больной

В Москве в это время значилось 753 469 жителей. Следовательно, одна психиатрическая койка приходилась на 1 123 жителя, т. е. положение было в два с лишним раза хуже, чем в Петербурге (0,9 на 1 000 жителей, а в Петербурге — 1,9).

* * *

У нас нет подробных сведений о научной работе врачей петербургской больницы «Всех скорбящих» в первой половине XIX века и, главное, о связи этой психиатрической больницы со всеми другими соматическими больницами. Научно-организационные работы И. Ф. Рюля и их значение для устройства приказных домов умалишенных мы отметили. Как мы укажем ниже, из петербургской Обуховской психиатрической больницы в 1847 г. вышло первое оригинальное русское руководство по психиатрии П. П. Малиновского, «Очерки психиатрии» Ф. И. Герцога в 1858 г. и оригинальный труд по судебной психиатрии А. Н. Пушкарева в 1848 г.

Гораздо больше нам известно о работе московских больничных психиатров начала XIX века. Они, несомненно, работали в самом тесном контакте с профессорами Московского университета и, хотя работа их протекала в гораздо более тяжелых условиях, чем в больнице «Всех скорбящих», много содействовали вместе с проф. Мудровым, Овером, Дядьковским, Сокольским созданию тех традиций гуманизма и демократизма, которыми отличались в XIX веке все медицинские школы Москвы. Надо к этому добавить, что и петербуржцы Ф. И. Герцог и П. П. Малиновский получили свое первоначальное психиатрическое образование в московской больничной психиатри-

ческой школе; здесь же получил образование и первый казанский профессор психиатрии А. У. Фрезе, и первый московский профессор психиатрии С. С. Корсаков. Таким образом, московская психиатрическая школа создалась в России еще в первой половине XIX века. Уже в начале XIX века в московском доме умалишенных медицинскую часть возглавлял Зиновий Иванович Кибальчич (1772 — 1831). Родом из казаков Черниговской губернии, сын врача, он по окончании Петербургского хирургического института в 1806 г. защитил диссертацию в Московском университете и с 1811 по 1828 г. был врачом-психиатром. Ему принадлежит среди московских психиатров первая научная работа: «Notes sur la mode de traitement employée à l'hôpital des aliénés à Moscou» (Archive générale de médecine, Paris, 1828, novembre).

Сохранившиеся его заметки, как и указанная статья, свидетельствуют о том, что это был наблюдательный клиницист-гуманист, заботившийся о благе психически больных. У нас нет сведений (их нет и в «Истории Московского Долгауза» Н. Н. Баженова), насколько именно Кибальчич подготовлял своего преемника В. Ф. Саблера, но во всяком случае, только благодаря деятельности своего предшественника, В. Ф. Саблер мог развить свою почти полувековую полезную деятельность во славу московской больничной и научной психиатрии.

Свои психиатрические взгляды З. И. Кибальчич изложил в «Журнале Человеколюбивого общества» (1821, № 11)[1]. «Пользование разного рода сумасшедших, — писал он, — не может иметь постоянных и общих правил; оно зависит от причины и давности болезни, от большего или меньшего ослабления умственных способностей, от того, имело оно ... свое начало при самом рождении или позже, и не суть ли оно следствие внешних или внутренних болезней...

Все страсти... столь же легко производят повреждения ума, как горячка ...*сильные впечатления на чувства, потрясающие нервную систему, рождают* глубокую меланхолию, а других делают неистовыми безумцами... Лишенные ума пьяницы... возвращаются к рассудку гораздо легче, чем люди, коих сумасшествие было следствием сильного гнева. Возлюбленный выздоравливает,... но распутный человек, преданный своим страстям, остается на всю жизнь сумасшедшим. Мы видим, однако, что особы тихого нрава, отличные своею добродетелью... подвергаются также сей ужасной болезни... Весьма трудно узнать истинную причину болезни. Врач часто не имеет сведений... о роде жизни больного, о его страданиях; ... ему остается, следовательно, один только труд: уменьшить степень бешенства... и сохранить оставшиеся силы страдальца. За всем тем больные, присланные в дом умалишенных своевременно, выздоравливают совершенно...

Если больной подвержен чрезмерным неистовым припадкам бешенства, то ему бросают кровь, что...имеет целью произвести в человеке тишину. Сверх того прикладываются к вискам пиявицы и, если он принимает внутрь лекарство, ... дается больному багровая наперстяночная трава с селитрой и камфорой, большое количество холодной воды с уксусом... Все усыпительные лекарства почитаются весьма вредными в таком положении. По уменьшении... ярости прикладывают на затылок и на руки пластыри, оттягивающие влажности. Что касается задумчивых сумасшедших, то... причина сих болезней существует, кажется, в предбрюшье. Для пользования их употребляется следующее: рвотный винный камень, сернокислый поташ с ялапой (рвотный камень), сладкая ртуть, дикий авран, сабур, слабительные по методе Кампфика, камфорный раствор в винной кислоте, коего давать большие

[1] Цит. по Прозорову, Современная психиатрия, 1914, № 11, стр. 894.

приемы с приличными побочными составами. Белена, наружные натирания головы и подвздошной части рвотным винным камнем или другого рода оттягивающие лекарства... Теплые ванны предписываются зимой, а холодные летом. Мы часто прикладываем моксы к голове и к обоим плечам и делаем прожог на руках (cantharis)...

... Что касается до онании, ...от которой много молодых людей теряют рассудок, то против оной следовало бы предписывать употребление хины и купание в холодной воде... Лица, лишенные ума, долго противятся прочим болезням, но, наконец, изнемогают от гнилой горячки, сухотки или паралича... Бо́льшая часть умирает в начале весны; многие перед концом жизни приходят в разум...

Когда сумасшедшие спокойны, то играют в карты, шашки, читают ведомости, книги и никого не обижают... кротостью их скорее усмирить можно, чем строгими мерами».

О том, что обследование больных и их диагностика в Московской больнице соответствовали уровню тогдашних научных знаний, свидетельствуют и медицинские записи о больных. В архиве Преображенской больницы найдены две книги 1822 г., в которых перечислены все больные, находившиеся в больнице в 1822 г., причем, кроме года и даты поступления, звания, имени и фамилии, у каждого больного имеется диагноз и очень краткая история болезни, написанная по-латыни. Одна книга содержит истории болезни больных мужского отделения, другая — женского.

Приводим часть этих диагнозов, как они значатся в книге женского отделения.

1. Alienatio mentis per intervalla.	Сумасшествие с промежутками.
2. Alienatio mentis cum defectu memoriae.	Сумасшествие с дефектом памяти.
3. Alienatio mentis cum hypochondria.	Сумасшествие с гипохондрией.
4. Hypochondria cum levi alienatione mentis.	Гипохондрия с легким изменением психики.
5. Hypochondria inveterata.	Застарелая гипохондрия.
6. Melancholia profunda inveterata.	Застарелая глубокая меланхолия.
7. Mentis perturbatio levis et spasmi hysterici comomitata.	Легкое душевное заболевание, сопровождающееся истерическими спазмами.
8. Melancholia sine mania.	Меланхолия без мании.
9. Perturbatio mentis, videtur esse jam longo tempore.	Психические изменения, повидимому, существующие уже долгое время.
10. Alienatio mentis post partus.	Сумасшествие после родов.
11. Melancholia videtur esse deficei menstruationis.	Меланхолия, повидимому, вследствие дефектов менструаций.

С 1828 г. врачом, а с 1832 по 1870 г. главным врачом Московской психиатрической больницы был В. Ф. Саблер. При нем больница стала центром не только практической, но и научной психиатрии. Эта тесная связь больнично-общественной и научной психиатрии и сделалась особенностью московской психиатрической школы, отличавшей ее от петербургской школы до самой революции.

Одним из самых важных моментов первых лет деятельности В. Ф. Саблера была проведенная им в 1832 г. радикальная реформа в управлении Преображенской больницы, о которой мы уже говорили, введение гуманного режима и организация работ для больных, причем, как писал д-р Саблер в своей записке: «Все такие занятия должны быть рассматриваемы как средство для лечения больного более, нежели в отношении пользы, которая от того может проистекать для заведения». При В. Ф. Саблере все поступавшие больные, а также и выздоравливающие помещались отдельно от беспокой-

ных больных. Правда, и при Саблере общее помещение больницы и вследствие переполнения, и вследствие недостатка отпускаемых средств было далеко не блестяще, однако с самого начала он стремился ввести систему нестеснения в тесном контакте с другими деятелями, заботившимися о психически больных в Москве, и прежде всего с первоприсутствующим членом Московской медицинской конторы Герцогом. Рукописные «сциэнтифические (научные) отчеты» за 1857 г., извлечение из которых приводит Н. Н. Баженов[1], показывают, что в стенах Преображенской больницы бился напряженный пульс пытливости научной мысли.

В. Ф. Саблер уже хорошо знал прогрессивный паралич и в 1861 г. отмечал, что эта форма стала обнаруживаться все чаще и чаще. Интересно, что уже тогда больных прогрессивным параличом рекомендовалось лечить антисифилитическими средствами.

Будущий первый казанский профессор психиатрии А. У. Фрезе при Саблере состоял с 1855 по 1862 г. ординатором Преображенской больницы и защитил в 1858 г. в Московском университете диссертацию «De paralysi generali sive dementia paralytica».

Интересна работа Саблера «Ueber Bedeutung des Wahnsinns und eines darauf zu gründenen Behandlungsprincips desselben», помещенная в сборнике, изданном в Лейпциге в 1845 г. всеми московскими больницами. В этой статье Саблер полагает, что «сумасшествие есть одно из проявлений целительных сил природы и приносит с собой лишний шанс на то, чтобы вся машина уцелела». Для него несомненно благодетельное влияние наступившего бреда, так как бред «отодвигает на задний план и покрывает собой первичный тоскливый аффект». «В большинстве случаев мы наблюдаем, — пишет Саблер, — что с возникновением сумасшествия грозные физические симптомы ослабевают... Если у стариков после апоплексии, например, наступает сумасшествие, то таковым можно предсказать еще несколько лет жизни... Само сумасшествие утрачивает свой характер только путем возобновляющихся экзацербаций... таковые ускоряют выздоровление, которое иначе приходит гораздо медленнее, а иногда и не приходит совсем».

В рукописи Саблера приводятся многочисленные примеры благодетельного влияния язв, золотухи на течение психоза. «Я позаботился, — пишет он, — чтобы всем больным давали два раза в неделю соус мясной с медом, зная свойство меда вызывать на кожу отложения... Прежде перемежающаяся лихорадка считалась случайной болезнью, весьма тягостной, не приносившей больному пользы, но уже третий год как она является критической для некоторых умалишенных».

Саблер различал сумасшествие зависимое и самостоятельное. Зависимое — это то, «которое еще не укоренилось, физические расстройства при нем осязательны, и врачу возможно следовать их показаниям для лечения. Сумасшествие в этом периоде — болезнь излечимая: из пятерых четверо должны вылечиться. Этот период продолжается обыкновенно 3 месяца от начала болезни. После 3 месяцев, иногда быстрее, иногда медленнее болезнь принимает вид самостоятельный, независимый от подлежащей физической болезни... Некоторые больные теперь живут только за счет своего сумасшествия. Поэтому, кроме формы зависимой и независимой, надо допустить еще форму необходимую...»

«При лечении больных, — пишет Саблер, — мы постоянно старались лечить то, что осязаемо, видимо, независимо от общих предположений, которым теория дает простор нередко вовсе не к выгоде больного».

---

[1] Все дальнейшие сведения взяты из книги Н. Н. Баженова «История Московского Долгауза», стр. 118—132.

У хронических больных «врач, пользуясь обломками разрушенного здания рассудка, возводит из старого материала новое здание. Достижению успеха содействуют работы, развлечения, ограничения или расширения круга свободы, назидания и увещания... Врач всегда должен сочувствовать страдающему. Необходимо иногда выписывать больного не совсем выздоровевшего... В условиях внебольничной жизни, которых заведение наше дать не может, он не свыкнется с болезнью, не впадет в апатию».

Никаких мер принуждения типа Иделера в Преображенской больнице не применялось, даже о холодных душах в отчете 1862 — 1863 гг. Саблер пишет, что «не было случая для побуждений больного посредством душа». Лишь в одном месте Саблер говорит: «В памяти у меня три случая, в которых розги оказались очень полезными для молодого больного с упрямством и проказами».

Таковы были интересные и во многих отношениях оригинальные взгляды В. Ф. Саблера, предвосхищавшие, вследствие тонкости клинических наблюдений, многие положения современной психиатрии.

В 1847 г. вышло первое оригинальное русское руководство по психиатрии П. П. Малиновского, стоявшее на уровне научных требований того времени[1].

Малиновский начал свою психиатрическую деятельность в Преображенской больнице в Москве, затем, повидимому, вместе с Ф. И. Герцогом перешел в Петербург и в 40-х годах заведывал психиатрическим отделением Обуховской больницы. Уже в первых строках своей книги (стр. 6) он дает такое определение помешательству: «Помешательство есть нервная болезнь, в которой отправление мозга изменяется так, что при кажущемся телесном здоровье душевные способности... проявляются неправильно». Проявления помешательства Малиновский делит на четыре главных вида: мономания, мания, деменция, идиотизм, которые могут переходить один в другой. Признаки, отличающие помешанных: несоответствие между словами и выражением лица и жестами, странность телодвижений, беспорядок в одежде, желание разрушать, изменения в самоощущении. Причины помешательства Малиновский делит на общие — дух времени, пороки воспитания, сильные чувства и страсти, пол, климат, эпидемии, и особенные—устройство организма, ушибы, горячки и воспаления мозга, задержание естественных отделений, пьянство, удар, паралич, падучая болезнь, истощение, беременность.

Ряд клинических описаний Малиновского отличается материалистической точкой зрения, точностью и яркостью своих формулировок, которые приемлемы и в настоящее время. Так, описывая особенности старческого слабоумия, Малиновский пишет: «Восприятие становится бледным... Наши чувства — материальные проводники, сообщающие душу с окружающим миром — ослабевают и... проявление способностей души, подавленное материальными расстройствами тела, гаснет и постепенно уступает место жалкому виду... глупости, но не забавной, не резвой, а скучной, дряхлой, гробовой».

Дальше, говоря о множестве подразделений психических болезней у разных авторов, Малиновский считает их мало применимыми на практике. Он иронически относится к сочинению Бутковского с его 27 разными делениями, говоря: «Каких только подразделений у него нет!.. И немудрено, так как автор сам говорит, что имел случай познакомиться с психиатрическими сочинениями,.... но познакомиться с сочинениями и познакомиться с больными — безмерная разность!...»

---

[1] П. Малиновский, «Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике», СПБ, 1847.

Малиновский говорит также об исходах помешательства (выздоровление полное и неполное, переход в другие болезни, смерть), причем замечает: «Где не изнуряют больных ни излишними приемами лекарств, ни выцеживанием крови, где обходятся в этими несчастными человеколюбиво и в лечении больше изучают природу, — смертность значительно меньше» (автор производил некоторые трупосечения совместно с Н. И. Пироговым). Признавая, что патологическая анатомия в те времена еще мало дала для познания психических болезней, автор главу «О вскрытии трупов» заканчивает так: «В $^{4}/_{5}$ случаев замечены расстройства тех или иных частей нервной системы, чаще всего изменения головного мозга... Есть такие изменения, которые чаще отмечаются в определенных видах и родах помешательства, например, у идиотов — пороки в образовании черепа (стр. 229),... при глупости, осложненной параличом, часто встречается размягчение мозга, сращение нежной оболочки с мозгом, водянка желудочков, утолщение выстилающей желудочки перепонки, кисты» ...«Производя исследования, — говорит Малиновский, — нельзя позволять себе увлекаться никакой теорией. Самое простое, но верное изложение фактов в таком виде, как представляет нам природа, принесет науке гораздо больше, чем самая остроумная теория. Странно, что нашлись ученые, которые увлекались учением Галля, и рановременно, не собравши достаточное число фактов, начали для каждого вида помешательства назначать в головном мозге определенное место... Много еще надо поработать над исследованием нервной системы для того, чтобы положительно обозначать место болезни... Мы можем открыть грубые изменения в некоторых частях нервной системы, но надо сказать правду, мы мало еще знакомы с ней... здесь нужен микроскоп, целые месяцы нужно проводить за одним трупом...» (стр. 235 — 236).

Малиновский различает психическое и аптечное лечение. Заключая главу о лечении, Малиновский говорит: «Мы бы подвинулись гораздо дальше, если бы не увлекались теориями о болезнях души, а больше внимания обращали бы на тело, старались бы усовершенствовать патологическую анатомию психических болезней... Оно трудно... легче отделаться, сваливши всю вину на душу... Но времена Парацельса прошли. Не пора ли нам оставить таинственные и высокие названия; не пришло ли время сказать: мы этого не знаем, но постараемся узнать!»

От врача-психиатра Малиновский требует, чтобы он обладал большим опытом и тактом, а главное «наши действия и поступки относительно больных должны быть справедливы... Помните, что на вашем попечении нет ни баричей, ни вельмож, ни нищих, — есть больные, которые не могут говорить за себя, и ответственность за них лежит только на вашей совести».

В 1848 г. появился и русский оригинальный труд по судебной психиатрии Алексея Назаровича Пушкарева «О душевных болезнях в судебномедицинском отношении», получивший почетный отзыв Академии наук по Демидовским премиям. Однако эта книга Медицинским советом (согласно мнению проф. Загорского) была признана «лишь допустимой к печати, но не могущей быть руководством для разрешения судебномедицинских вопросов». Книга замечательна тем, что почти не останавливалась на «болезнях ума» (безумие, сумасшествие, умоисступление), характерным признаком которых является бред; Пушкарев говорит главным образом «о болезнях воли, при которых разум часто остается во всей своей неприкосновенности» и которые характеризуются «одной нелепостью действий», т. е. о мономаниях Эскироля, о непреодолимых влечениях, а также о страстях, которые могут потемнять рассудок, причем преступления по страсти, по мнению Пушкарева, во всяком случае требуют снисхождения. Затем Пушкарев говорит о «сонном опьянении (просонках)», пьянстве, падучей (раздражительность после

припадков), истерии, беременности, которые «могут, подобно страстям, временно омрачать душевные способности».

Пушкарев резко критикует «угрюмых моралистов, видящих в замеченных врачами новых видах умалишения только соблазнительное уклонение к материализму, которые вопиют: ежели мономании есть болезнь, ведущая к совершению уголовных преступлений, то ее следует лечить... гильотиной (Дюпен, Тардиф)».

Хотя Ф. И. Герцог в «Отечественных записках» за 1848 г. довольно резко раскритиковал книгу за шаткость психологических понятий автора, однако и он отмечал, что «книга Пушкарева очень интересна, особенно приводимые им примеры из судебномедицинской практики». «Пусть люди специальные рассуждают о предметах их занятий, пусть возникают между ними разногласия, — кончает свою рецензию Герцог, — из столкновения мнений рождается истина». Книга Пушкарева свидетельствовала о том, что к этому времени русская психиатрия уже имела значительное число научно сведущих представителей, что уже завязывались научные дискуссии. Книга вызвала не только рецензию Ф. И. Герцога, но и рецензии в Журнале министерства народного просвещения (1848) и в Военно-медицинском журнале.

В 1858 г. вышла книга Герцога «Очерки психиатрии». Содержание книги Герцога, к сожалению, нам осталось неизвестным.

Таким образом, мы видим, что уже с 20-х годов XIX столетия в России начинает развиваться психиатрическая мысль, выходит ряд научно ценных работ, поднимаются вопросы практической психиатрии, производится перепись психически больных во всей России, строится образцовая психиатрическая больница «Всех скорбящих», проводится передовой по тому времени режим в Преображенской бедно обставленной больнице. «Крупная личность И.М. Балинского, основателя первой психиатрической клиники и первого самостоятельного профессора психиатрии в России, счастливого в своих учениках, работавшего при счастливых обстоятельствах, еще при жизни получившего почетное звание отца русской психиатрии, заслонила собой более ранних скромных работников на ниве научной и практической психиатрии», — писал Л. А. Прозоров[1]. «Мы должны были напомнить о заслугах этих первых пионеров русской психиатрической науки и русской практической психиатрии, работавших еще до Балинского, и указать, что начало оригинальной русской психиатрической школе положено в Москве и что как раз в 30 — 50-е годы, когда в Петербурге реакционные веяния задавили научную психиатрическую мысль, она теплилась и развивалась в Москве».

Что касается приказных домов умалишенных в провинции, то небольшое расширение было произведено в Киеве. В 1786 г. в Кирилловском монастыре был открыт дом умалишенных на 30 коек, в 1803 г. штатных коек было уже 60 (на 40 мужчин и 20 женщин), но то же число коек оставалось в 1866 г., хотя среднее ежедневное число больных в 1868 г. было уже 120 — 125. К этому же времени в Киеве было открыто психиатрическое отделение при военном госпитале на 60 коек. В 1876 г. по планам архитектора Гешвенда было построено 6 небольших деревянных павильонов для мужчин и 6 павильонов для женщин, а число штатных коек доведено до 200, но больных в 1879 г. было уже 220, в 1881 г. — 274[2] и, наконец, в 1899 г. — 416[3]. Хотя

[1] Современная психиатрия, 1914, № 12, стр. 938—939.

[2] В 1884 г. в Киевской губернии через полицию были собраны сведения о психически больных среди населения («Вестник клинической психиатрии», 1891, т. VIII, в. 2), причем оказалось: 1 365 мужчин и 868 женщин, всего 2 233 больных на 2 811 493 жителя, т. е. 0,98 мужчин и 0,61 женщин, иначе говоря, 0,8 на 1 000 жителей. Призревался 1 больной на 10 261 жителя, т. е. в 20 раз меньше, чем в Петербурге в том же году.

[3] П. Нечай, Очерк кирилловских заведений, Киев, 1904.

в этом году была открыта Винницкая окружная психиатрическая лечебница и туда было переведено 90 больных, но положение не улучшилось, а ухудшилось, так как Медицинский департамент был занят устройством Окружной лечебницы в Виннице, «Киевская же больница была заброшена, продолжала переполняться, а павильоны Гешвенда, остававшиеся 30 лет без капитального ремонта, пришли в ветхость», так говорил проф. Сикорский на II съезде психиатров в Киеве в 1905 г. Больных в это время было уже около 500. Вследствие тесноты элементарная трудотерапия в Киеве была введена лишь в 90-х годах. На медикаменты еще в 1905 г. отпускалось 5,8 копейки

Казанская окружная лечебница.

на больного, в то время как в соматической больнице в это время отпускалось уже 21,6 копейки. Лишь в 1902 г. управление больницей было передано главному врачу, до этого же времени всеми хозяйственными делами ведал смотритель единолично, а в ведении главного врача было лишь лечение.

Во всех других губерниях дома умалишенных Приказа оставались до передачи их в земство в том же положении, в каком они были с самого начала. Несмотря на рост числа больных, никаких расширений их не предпринималось. И если при открытии, в конце XVIII или в начале XIX столетия, эти дома были так же плохи, как заграничные, то чем дальше шло время, тем все больше и больше они отставали. Даже проект устройства 8 окружных лечебниц, составленный комиссией 1844 г., совершенно не двигался вперед до 1856 г. под предлогом, что проекты комиссии рассматривались местными начальствами, причем губернаторы нашли некоторые предложения комиссии «отчасти неудобоисполнимыми, отчасти недостаточно развитыми и выясненными». Лишь в 1856 г. была вновь создана комиссия из лейб-медика Маркуса, директора Медицинского департамента Подсолина, членов Медицинского совета Рауха и Козлова и директора московской Преображенской больницы Саблера. Эта комиссия предложила в виде опыта создать

только одну окружную лечебницу в Казани для губерний Казанской, Вятской, Нижегородской, Пензенской, Самарской, Саратовской и Симбирской и составила ее проект. Интересно, что Казань была выбрана не из каких-либо принципиальных соображений, а потому, что «наибольшими наличными средствами в то время обладали приказы губерний Поволжского района»[1]. 2 апреля 1861 г. Александр II одобрил это постановление и утвердил проект. В 1862 г. должны были приступить к постройке, но новый директор Медицинского департамента Е. В. Пеликан нашел проект устаревшим, и вновь была создана под его председательством комиссия из профессоров Балинского, Шульца, Зейферта, Розова, Фрезе, Штейна при участии техников. Комиссия выработала новый проект на 150 кроватей (потом расширила до 200), наконец, в 1865 г. постройка началась, но лечебница была открыта лишь 1 июля 1869 г. Постройка на 200 кроватей обошлась в 541 368 рублей, и на содержание лечебницы было ассигновано по 72 180 рублей в год.

Лечебница при заведывании ею проф. А. У. Фрезе завела правильный режим, принимала только первично заболевших. Однако вскоре выяснилось, что поставленной ей цели она не достигает. Острых больных, вследствие трудностей доставки (больших расстояний), было мало, затрудняло помещение больных в лечебницу и установленная высокая плата — от 8 рублей 64 копеек до 13 рублей 26 копеек в месяц.

Во всех остальных приказных домах умалишенных до самого перехода их в земство врачей-специалистов не было; больных навещал изредка один из ординаторов общей больницы, имевший основным соматическое отделение; надзор за больными целиком был поручен фельдшерам и прислуге. О лечении больных не было и речи. Белья было недостаточно, теплой одежды вовсе не полагалось. Выздоровевших больных отправляли по этапу через тюрьмы. Расходы не превышали 117 рублей в год на больного. Прием больных, ввиду малого количества мест, обусловливался только административными требованиями (судебные испытания, резкое нарушение порядка), да и в этом отношении дома умалишенных лишь с грехом пополам удовлетворяли самые насущные нужды.

* * *

Можно ли считать недостатком, что в России поздно по сравнению с Западной Европой стали возникать долгаузы, спросим мы теперь. На это надо ответить, что с психиатрической и гуманитарной точки зрения содержание психически больных в долгаузах в Западной Европе вызывало, как мы видели, только возмущение. И было, пожалуй, даже хорошо, что Россия почти не знала этих долгаузов и могла сразу перейти к относительно благоустроенным психиатрическим учреждениям, какими являлись с 1828 г. больница «Всех скорбящих» в Петербурге, с 1838 г. Преображенская больница в Москве и с 1869 г. Казанская больница, которые являлись более благоустроенными лечебницами, чем западноевропейские долгаузы.

Имевшиеся в XIX веке психиатрические учреждения России, как мы увидим ниже, стояли с самого начала на соответствующем научном психиатрическом уровне, да и русская научная психиатрия начала XIX века была отнюдь не ниже европейской.

К остававшимся в населении психически больным в России относились несравненно гуманнее, чем в Западной Европе. Отдававшиеся в Московском государстве распоряжения в XIV — XV веках о правилах содержания психически больных в монастырях и даже тюрьмах поражают своей мягкостью по сравнению с тем, как содержались психически больные в различных уч-

[1] С. В. Курашов, Медико-административный отчет по Казанской психиатрической больнице за 1938 г., Казань, 1939, стр. 4.

реждениях Западной Европы и против чего безуспешно протестовали лучшие представители возрождавшихся в то время гуманитарных идей. Того, что писал Эскироль об отношении к психически больным во Франции в 1818 г. и Рейль в своих «Рапсодиях» в Германии в 1808 г., никогда, даже в XIV веке, не было в России. Те принципы, которыми прославился Пинель, — принципы, новые для Западной Европы, — по существу были давно известны в России и применялись в отношении к психически больным с давних времен.

Нельзя не подчеркнуть и того уважения к естественно-научным знаниям в отношении психических болезней, к медицине, которое проявлялось в Москве еще в XVII веке. Если право врачебной экспертизы психически больных на суде оспаривалось Кантом даже в конце XVIII века, то уже при царе Алексее Михайловиче, как мы видели, такая экспертиза считалась решающей, и не только в случаях судебных, но и при экспертизе годности к службе. В 1774 г. даже Синод, признав студента Несмеянова психически больным, отказался лечить его духовными мероприятиями и направил к врачам. В это же время в Германии врачи-психиатры — психики — лечили всех психически больных назидательной духовной беседой, требуя покаяния в грехах. В Западной Европе с XV—XVI века в связи с ростом городов возрастала необходимость изолировать все большее число беспокойных психически больных, мешавших трудовой жизни города. Большое число таких беспокойных помещалось в тюрьмы, но там они нарушали порядок. Поэтому-то и стали организовываться долгаузы — в сущности специализированные тюрьмы для беспокойных психически больных.

Гуманитарные идеи эпохи просвещения послужили началом освобождения психически больных от цепей, а создание в середине XIX века психиатрических земледельческих колоний явилось окончательным потрясением основ тюремной психиатрии. Психиатрическая тюрьма долгауз превратилась в благоустроенное общежитие. Это в свое время было, несомненно, прогрессом в области ухода за психически больными.

В условиях психиатрического общежития стало возможным наблюдать за естественным течением болезни, а технические успехи позволили изучить механизм нервной системы, мозга. Отсюда выросло убеждение в возможности излечения психических болезней. Уже в 30-х годах XIX века стали говорить о необходимости разделения психически больных не только по их поведению, но и по характеру течения их болезни для предоставления дифференцированного лечения острым и хроническим больным. Отсюда возникла мысль о выделении из приютов для психически больных (asyles) особых лечебниц. Это было следующим этапом в развитии психиатрии — признанием психически больных обычными соматическими больными.

Этот новый высший этап психиатрии до сих пор в полной мере нигде еще в зарубежных странах не достигнут, хотя ряд выдающихся психиатров, начиная с Гризингера в 60-х годах XIX века до Тулуза во Франции и Моудли в Англии в XX веке, усиленно боролся за это.

Борьбу за эту высшую ступень помощи психически больным в земской России мы опишем подробно. Осуществление этих идей, притом на уровне, возможном только в социалистическом государстве, в соединении с полным учетом всех психически больных в диспансере и с предоставлением сохраняющим известную степень работоспособности больным общеполезной работы вне больниц, а для малоработоспособных — в особых инвалидных артелях и дневных стационарах началось у нас только после Великой Октябрьской социалистической революции, составляя следующую, высшую ступень организации психиатрической помощи.

VI. ПОРЕФОРМЕННЫЙ ПЕРИОД

НАЧАЛО ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ; ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, НА КОТОРЫХ ОНА СТРОИЛАСЬ. ЗАТРУДНЕНИЯ ЗЕМСТВ ПРИ ПЕРВЫХ ШАГАХ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Отмена крепостного права в 1861 г. является важнейшим событием в истории России XIX века. Этим был сделан такой шаг вперед к буржуазной монархии, что ни реакции 70-х годов, ни «контрреформы» Александра III в 80 — 90-х годах не могли уже уничтожить совершившихся перемен. На рубеже XIX — XX века начался период российского «военно-феодального империализма», продолжавшийся до 1917 г., года Великой Октябрьской социалистической революции.

«И после 61-го года развитие капитализма в России пошло с такой быстротой, что в несколько десятилетий совершились превращения, занявшие в некоторых старых странах Европы целые века»[1].

Важнейшим фактором, заставившим крепостников и крепостническое царское правительство приступить к реформе, была прежде всего «Сила экономического развития, втягивавшего Россию на путь капитализма»[2]. Важнейшей причиной отмены крепостного права была невыгодность крепостного труда, экономическая нецелесообразность сохранения крепостного права в новых внешних и внутренних условиях. Не менее важным фактором было также массовое движение крестьянства — народные «бунты». Царствование Николая I ознаменовалось непрерывным ростом крестьянских волнений: с 1826 по 1834 г. их было 148, с 1835 по 1844 г. — уже 216, а с 1845 по 1854 г. — 348, а при Александре II с 1855 по 1861 г. — 474[3]. В 1861 г. с апреля по июль по стране пронеслась небывалая волна крестьянских волнений — их было за этот период 647. Страна, по определению 3-го жандармского отделения, стояла перед «пугачевщиной». В 1859 — 1861 гг., как указывал Ленин в статье «Крах II Интернационала», в России была налицо революционная ситуация. Крымская война, вскрывшая гнилость и бессилие крепостной России, также способствовала отмене крепостного труда. Общий кризис крепостного строя России наметился задолго до войны, но именно Крымская война обострила его, ослабив царское правительство.

Реформу готовили помещики, чиновники и первый помещик — царь Александр II. Поэтому реформа имела полукрепостнический характер: она ограбила крестьян, разорив их выкупными платежами. «Пресловутое

---

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 17, изд. 4-е, стр. 95—96.

[2] Там же, стр. 95.

[3] Игнатович, Помещичьи крестьяне накануне освобождения, изд. 3-е, стр. 331.

,,освобождение", — писал Ленин, — было бессовестнейшим грабежом крестьян, было рядом насилий и сплошным надругательством над ними»[1].

«...революционные мысли не могли не бродить в головах крепостных крестьян. И если века рабства настолько забили и притупили крестьянские массы, что они были неспособны во время реформы ни на что, кроме раздробленных, единичных восстаний, скорее даже ,,бунтов", не освещенных никаким политическим сознанием, то были и тогда уже в России революционеры, стоявшие на стороне крестьянства и понимавшие всю узость, все убожество пресловутой ,,крестьянской реформы", весь ее крепостнический характер. Во главе этих, крайне немногочисленных тогда, революционеров стоял Н. Г. Чернышевский»[2].

Если в конце XVIII века борьба протекала собственно внутри господствующих классов — между крепостниками и либералами — и шла за возможность буржуазно-капиталистического развития страны, причем «либералы, — как формулировал Ленин, — так же, как и крепостники, стояли на почве признания собственности и власти помещиков, осуждая с негодованием всякие революционные мысли об уничтожении этой собственности, о полном свержении этой власти», то в 60-е годы произошло окончательное размежевание группы, защищавшей интересы народных масс, с либералами. «Либералы 1860-х годов и Чернышевский, — указывает Ленин, — суть представители двух исторических тенденций, двух исторических сил, которые с тех пор и вплоть до нашего времени (это говорилось в 1911 г. — *Т. Ю.*) определяют исход борьбы за новую Россию»[3].

Чернышевский в 1860 — 1861 гг. ясно понимал это; он писал: «Мне казалось, что было время, когда не замечали между собой разницы во взглядах люди, далеко разошедшиеся ныне,... когда вопросов было не так много... и ответы на них не могли быть разнородны, как сделались при дальнейшем развитии общественной жизни»[4].

Чернышевский и блестящее созвездие, которое его окружало, — Добролюбов, Некрасов, Михайлов, Шелгунов и др., — конечно, признавали и в 1860 г., что прежде всего необходимо освобождение крестьян и выведение их из темноты и невежества, в котором держало их царское правительство, но европейский путь буржуазных революций становился запоздалым для России. Чернышевский понимал, что Россия уже втянута в «общеевропейское экономическое движение», приветствовал промышленный прогресс и отчетливо сознавал превосходство индустриального развития над докапиталистическими формами экономической жизни, но он верил в возможность перехода через крестьянскую общину к социализму и потому был прежде всего идеологом крестьянской революции и придавал огромное значение пропаганде социализма в крестьянских массах.

Как это выясняется из переданной в 1945 г. чехословацким правительством в дар Академии наук СССР коллекции писем Герцена и Огарева[5], и Чернышевский, и Огарев, и Герцен в 1860 г. были заняты мыслью создать революционную организацию, выработать ее программу и тактический план, разработать идеи «военно-крестьянского», «повсюдного» восстания. Чернышевский специально ездил в Лондон к Огареву и Герцену; были созданы ячейки в войсках, было организовано общество так называемой первой «Земли и воли». Развилась пропаганда среди крестьян, так как известны слова Гер-

---

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 17, 4-е изд., стр. 94—95.
[2] Там же, стр. 96.
[3] Там же, стр. 96.
[4] Н. Г. Чернышевский, Сочинения, СПБ, 1906, т. VIII, стр. 225.
[5] М. В. Нечкина, Огарев и годы революционной ситуации, Известия Академии наук СССР. Серия истории и философии, 1947, т. IV, № 2.

цена, что декабристам на Сенатской площади «нехватало народа»; Чернышевский написал прокламацию «К барским крестьянам», в которой прямо рекомендовал крестьянам «обучаться военному строю, слушаться команды и запасаться оружием».

Но, как известно, нараставшая в стране революционная ситуация социальной революцией не завершилась. «Крестьянские „бунты", возрастая с каждым десятилетием перед освобождением, — писал Ленин, — заставили первого помещика, Александра II, признать, что лучше освободить *сверху*, чем ждать, чтобы свергли *снизу*»[1]. Началась полоса царских реформ: освобождение крестьян, введение гласного суда, земского самоуправления. Здесь именно и сказалось разделение на либералов и революционеров. Либералы приветствовали реформы и, напуганные размахом массового движения, заверяли правительство в своей преданности. Началась полоса правительственной и общественной реакции, а с вождями крестьянской революции сурово расправились; Чернышевский был в 1862 г. осужден на каторгу.

Однако движение разночинно-демократической интеллигенции в 70-х годах вновь растет. «Господствующим направлением, соответствующим точке зрения разночинца, стало народничество. Оно никогда не могло, как общественное течение, отмежеваться от либерализма справа и от анархизма слева[2]».

С. И. Мицкевич [3] подчеркивает, что выделять среди разночинцев группу либеральных демократов-просветителей следует с самого начала существования земства; они с самого начала земства до 90-х годов были главными работниками земства. «Либеральными народниками их нельзя было назвать, так как характерного признака народничества — преклонения перед общиной и отрицания прогрессивной роли капитализма — у них не было. Либералами просто их тоже было бы неправильно назвать: они — разночинцы — являлись идеологами не буржуазии в узком смысле этого слова, а „народа", т. е. трудовых и мелкобуржуазных элементов. Но революционными демократами, каким был Чернышевский, тоже нельзя было их назвать, так как революционности у них не было. Они развивали такую концепцию: революционное движение в России разбито и сейчас не имеет почвы; надо длительно и терпеливо работать на культурной почве...»

В. И. Ленин писал, что «...земство с самого начала было осуждено на то, чтобы быть пятым колесом в телеге русского государственного управления, колесом, *допускаемым* бюрократией лишь постольку, поскольку ее всевластие не нарушалось, а роль депутатов от населения ограничивалась голой практикой, простым техническим исполнением круга задач, очерченных все тем же чиновничеством. Земства не имели своих исполнительных органов, они должны были действовать через полицию, земства не были связаны друг с другом, земства были сразу поставлены под контроль администрации»[4].

«Либеральные демократы», особенно в 70 — 80-е годы, удовлетворялись «маленькими» делами, «насаждали культуру в рамках, дозволенных самодержавием», — как выразился Ленин. Идеал службы на пользу народа у либеральных демократов в условиях русской жизни претворялся в своеобразный русский гуманизм, который и оставался руководством деятельности либералов—демократов, несмотря на всю их приспособляемость к имевшимся полицейско-бюрократическим условиям. Эти особенности большинства разночинцев—работников земства отразились и на всей работе земской медицинской организации, и на том, как организовывалась психиатрическая помощь.

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 17, 4-е изд., стр. 95.
[2] В. И. Ленин, Сочинения т. 20 4-е изд., стр. 224.
[3] С. И. Мицкевич, На грани двух эпох. М., 1937, стр. 174.
[4] В. И. Ленин, Сочинения, т. 5,4-е изд., стр. 32.

По «Положению о земских учреждениях» к предметам ведения земства принадлежало: 1) заведывание местными губернскими и уездными повинностями, денежными и натуральными; 2) попечение об устранении недостатка продовольственных средств; 3) содержание в порядке дорог; 4) содержание и устройство земской почты; 5) заведывание земским страхованием имуществ; 6) заведывание лечебными и благотворительными заведениями, попечение о призрении бедных, неизлечимых больных и умалишенных, а также сирых и увечных; 7) участие в мероприятиях по охранению народного здравия,... изыскание способов по обеспечению местностей в санитарном отношении, а также ветеринарно-полицейских мероприятиях; 8) заботы о предупреждении и тушении пожаров; 9) попечение о развитии средств народного образования и заведывание содержимыми за счет земства школами; 10) воспособление местному земледелию, торговле и промышленности; 11) удовлетворение возложенных на земство потребностей воинского и гражданского управления.

Распорядительным органом в земстве было «Земское собрание» всех гласных, собиравшееся на очередное собрание ежегодно и утверждавшее годовую смету; в случае важных вопросов могли созываться и экстренные собрания в течение года. Земское собрание избирало исполнительный орган—Управу из 4 — 5 гласных, управлявших в пределах сметы всеми учреждениями и делами земства.

Земство вводилось по закону 1 января 1864 г. в 34 губерниях.

Передача учреждений Приказа общественного призрения, в том числе и домов умалишенных, в ведение земства произошла в таком порядке: в 1865 г. в губерниях—Самарской, Пензенской, Харьковской, Полтавской, Курской, Казанской, Ярославской, Костромской и Херсонской; в 1866 г. — в Черниговской, Таврической, Воронежской, Новгородской, Тамбовской, Нижегородской, Саратовской, Симбирской, Тверской, Владимирской, Тульской, Рязанской и Смоленской губерниях; в 1867 г. — в губерниях Екатеринославской, Вятской, Олонецкой, Орловской и Псковской; в 1869 г. — в Калужской губернии; в 1870 г. — в Бессарабской, Пермской и Вологодской губерниях и, наконец, в 1875 г. — в Уфимской губернии. Московское и Петербургское земства не получили от Приказа домов умалишенных, — они оставались в ведении Приказов до 1885 — 1887 гг., когда были переданы городскому общественному управлению городов Петербурга и Москвы.

Получив медицинские учреждения Приказа, земства оказались поставленными в очень тяжелое положение. Прежде всего больничных учреждений было очень мало, как и штатных коек в них. В 34 земских губерниях числилось к 1885 г. около 38 млн. жителей, причем в 34 губернских и 350 уездных городах проживало лишь 12,8% этого населения. Из всех 384 официальных городов таковыми могли быть названы лишь 77, т. е. 20%, а остальные в сущности были деревнями. Больницы имелись в 319 уездных городах, причем во всех больницах, вместе взятых, было 5 000 штатных коек (т. е. в среднем 16 коек на больницу); в деревнях не было ни одного врача и ни одной больницы. В больницах губернских городов было 6 209 штатных коек. Лишь в губернских городах имелись дома умалишенных, в которых числилось 1 167 (по другим сведениям 1 201) психиатрических штатных коек, на которых, согласно подсчету числа больных ко дню передачи их земству (т. е. в разное время — с 1866 по 1875 г.) состояло 1 313 психически больных.

«Главный контингент больных в учреждениях Приказа, — пишут авторы книги „Русская земская медицина“ Е. А. Осипов, И. В. Попов и П. И. Куркин (Москва, 1899), — составляли нижние чины уездных воин-

ских команд и арестанты. Что же касается собственно сельского населения, то едва ли даже бывало, чтобы из среды оседлых домовитых крестьян кто-либо отправлялся искать медицинской помощи в больницы Приказа». Деревня повсюду лечилась у своих знахарей и бабок и кое-где (государственные крестьяне) почти у столь же невежественных ротных фельдшеров. Самые учреждения Приказа и по внешнему, и по внутреннему устройству и содержанию были явно плохими, в особенности дома умалишенных, про которые прямо говорилось, что они „возмутительны“».

Организацию медицинской помощи населению земству надо было начинать заново и создавать почти из ничего. При этом «...крайняя рассеянность сельского населения на обширных пространствах империи, — пишут Осипов, Попов, Куркин,—очень низкий уровень благосостояния и культуры при весьма своеобразном складе всего нашего деревенского быта; отсутствие просвещения; ограниченность источников земских средств; огромный сначала недостаток врачей против разом открывшейся в них потребности — все это крайне затрудняло и осложняло предстоящую задачу».

Тем не менее воодушевляемые демократическими идеями врачи-разночинцы создали за короткое время в земских губерниях самобытную, превосходящую все создававшиеся веками формы организации Западной Европы, медико-санитарную организацию с максимально возможной в те времена общедоступностью медицинской помощи.

При организации земства считалось, что, ввиду недостатка врачей, равномерную подачу медицинской помощи может обеспечить разъездная система и фельдшеризм. Однако врачебные съезды постепенно настояли на создании в каждом участке лечебницы, где оказывалась бы помощь по всем болезням, а также и по родовспоможению. Весьма важно было организовать также в каждом участке широко доступную населению бесплатную амбулаторную помощь с неограниченным числом принимаемых больных и бесплатной выдачей лекарств. Польза таких амбулаторий далеко выходила за пределы лечения больных и очень важной возможности правильного отбора требующих стационирования больных. В амбулатории врач являлся распространителем правильных взглядов на болезнь, искоренителем суеверий и предрассудков, проводником элементарных гигиенических навыков. Больше того, амбулатория позволяла быстро обнаруживать появление инфекций на участке и принимать меры к предупреждению их распространения.

Земская участковая больница с амбулаторией стала постепенно центром, где собирались сведения о заболеваемости населения, из которых вытекали и все санитарные мероприятия, и возможность предупреждения и борьбы с заболеваемостью населения вообще. Позже это привело к реальной возможности санитарного описания всей местности со всеми ее бытовыми особенностями, к правильному устройству водоснабжения, а позже приступить и к обследованию состояния промыслов, фабрик и заводов.

Постепенно одной из важнейших задач наиболее прогрессивных земств сделалось уменьшение района обслуживания отдельной лечебницы. Так, в 1913 г. в Московской губернии приходилось, например, на лечебницу 14 000 жителей при радиусе района в 8 — 9 верст, в Харьковской — 11 верст, что дало возможность в лучших лечебницах даже завести полные посемейные списки всех жителей участка и отмечать в них все заболевания[1]. Создавался санитарный паспорт населения.

[1]Правда, так хорошо дело обстояло лишь в немногих земских губерниях. К 1913 г., например, меньше 20 000 населения на участок приходилось лишь в 10 губерниях, в 16 губерниях количество населения на участок равнялось 20 000 — 30 000 и в 21 губернии оно превышало 30 000.

Число участков непрерывно росло и с 530 в 1870 г. дошло до 925 в 1880 г., к 1890 г. их было 1 440, к 1900 г. — 2 020 и к 1910 г. — 2 686; число земских сельских врачей с 243 в 1870 г. возросло до 613 к 1880 г., до 1 778 к 1900 г. и до 2 335 к 1910 г. Уже к 1880 г. земских врачей в городе было меньше, чем на селе; так, в 1880 г. земских врачей в городе было 456, а на селе 613, тогда как в 1870 г. в городе было 370 врачей, а на селе 243[1].

Новизна дела вынудила земцев с самого начала спрашивать совета у врачей, а врачи стремились превратить такие совещания в постоянные учреждения и получить право голоса в разрешении медицинских вопросов. В спорах с земцами-дворянами за это не раз дело доходило до массового ухода или увольнения врачей. Но все же довольно быстро коллегиальные врачебные органы завоевали себе место, — создались губернские съезды врачей. Первый такой съезд был созван в Тверской губернии в 1871 г. В течение 70-х годов (до 1880 г.) состоялось уже 70 губернских съездов врачей, в 80-х — 96, в 90-х — 93, в 900-х годах — 75. На этих съездах, в которых принимали участие председатели и члены земских управ, земские гласные и земские врачи, делегаты каждого уезда, вырабатывались общие приемы и пути в области лечения и охраны здоровья населения. Создавалась санитарная организация. Со второй половины 80-х годов большую роль в общем руководстве развитием земских лечебных учреждений и санитарии стали играть Всероссийские врачебные пироговские съезды.

Губернские съезды врачей не являлись чисто профессиональными; никогда они не были и чисто научными, созывавшимися для обсуждения и разработки теоретических вопросов медицины. Но «они дали, — как говорил Е. А. Осипов, — возможность соединенными силами выяснять и разрабатывать текущие и постоянно возникающие лечебно-организационные и санитарные вопросы. Благодаря этим съездам стали мало-помалу утверждаться нормы для правильной организации медицинского дела, которых, благодаря объединяющим органам (Пироговское общество), придерживались с теми или иными отклонениями все земства».

Само собой разумеется, что все эти принципы и успехи земской медицины были достигнуты не без борьбы. Не говоря уже о полицейских препятствиях самодержавного царского правительства, немало препятствий развитию работы в демократическом направлении ставили и реакционные земцы. С самого начала они утверждали, что широко поставленная медицинская помощь связана с непосильными расходами для земства и что она не нужна. Например, даже в одном из наиболее либеральных по составу гласных Тверском земстве еще в 1877 г. гласный Ладыженский, особенно обеспокоенный коллегиальными выступлениями врачей, заявлял на Земском собрании: «Мнению съезда врачей нельзя доверять, потому что вопрос о пользе врачей остается спорным». Особенно часто реакционные земцы настаивали на том, что крестьянам нужна медицина попроще, подешевле. Окончательное принципиальное одобрение стационара как основы земской медицины было достигнуто во многих губерниях с большим трудом, и в ряде губерний долго господствовала более дешевая, так называемая «разъездная» медицинская помощь.

Санитарно-профилактическое направление земской медицины, вмешательство врачей в бытовую жизнь населения встречали особенно сильное сопротивление со стороны правительства и реакционных земцев. Поэтому санитарные губернские бюро то открывались, то закрывались, а в некоторых губерниях, например, в Орловской, их совсем не было до самой революции.

---

[1] З. Г. Френкель, Очерки земского врачебно-санитарного дела. К 50-летию юбилея русского земства, СПБ, 1913, стр. 121—125.

Как пример дискуссии по этому поводу приведем следующий случай: 27 апреля 1870 г. председатель молодого тогда Казанского медицинского общества профессор патологической анатомии А. В. Петров (1837 — 1885), убежденный поклонник Чернышевского и его соратников по «Современнику»[1], выступил с предложением изменить направление деятельности общества, приступить к изучению жизни, местных условий, к оздоровлению быта населения, признавая при этом, что основной источник болезней, особенно бедных классов, — это условия, порождающие эту бедность и связанные с ней причины. При обществе была образована специальная санитарная комиссия, которая составила «программы осмотров в гигиеническом отношении прежде всего всевозможных учреждений и помещений г. Казани». Работа комиссии кипела, шагнула далеко за черту города. А. В. Петров и А. Я. Щербаков производили осмотр и санитарное изучение всей губернии, в Перми д-р Молессон создал отделение Казанского медицинского общества. Выводы комиссии были доложены проф. Петровым на IV съезде естествоиспытателей и врачей в Киеве в 1873 г.[2] В докладе были приведены рациональные основы санитарной статистики в России, устанавливалась программа собирания сведений о болезненности и смертности населения. «Три года назад, — закончил свой доклад Петров, — мы сами не имели никакого понятия о положении общественной медицины, не могли судить о ее нуждах. Только мало-помалу мы приобрели нужные нам сведения и, хотя они очень недостаточны, но ясно указывают нам, что правильная разработка этих вопросов — дело специалистов врачей, без постороннего вмешательства чуждых науке некомпетентных лиц... Мы видим ряд печальных примеров какого-то болезненного упрямства, с которым некоторые земцы стараются сохранить за собой несвойственные им права... Авторитет знания имеет полное право требовать от них применения выработанных санитарных мер, и в этом случае принуждение будет находить полное оправдание в приносимой пользе населению... Действительное счастье народа обусловливается тесной совокупностью материального достатка, просвещения и здоровья...»

Несомненно, 4 — 5 лет санитарной работы Казанского медицинского общества оставили заметный след в истории развития санитарного дела в России, но все же земство не согласилось тогда учредить при земских управах Губернский земский санитарный комитет наполовину из врачей и наполовину из гласных, что предлагало общество. Общество в 1875 г. было присоединено к университету, проф. Петров перестал быть председателем общества, и общество занялось после этого уже чисто клиническими научными, а не санитарными и профилактическими вопросами.

Те формы общей земской медицины, которые установились в земстве, были компромиссом между полицейским бюрократическим государством и демократическими течениями, но, как говорил В. И. Ленин, и в таком виде «Сила созданных земством и принесших значительную (сравнительно с бюрократией, конечно) пользу населению врачебных и статистических учреждений оказывается достаточной, чтобы парализовать сфабрикованные в петербургских канцеляриях уставы»[3] (дело идет об Уставе лечебных заведений 1890 г., о чем будет говориться ниже).

---

[1] Следует отметить, что, будучи молодым врачом, А. В. Петров был сослан за участие в так называемой шаповской истории: панихиде по расстрелянным в 1861 г. крестьянам села Бездны, которые протестовали против выделенных им отрезков. Профессором он был с 1865 г.

[2] Дело происходило еще до организации Пироговского общества и съездов.

[3] В. И. Ленин, Сочинения, т. 5, 4-е изд., стр. 45.

«Санитарное исследование, произведенное (далеко не в полных размерах) в 1889 — 1890 гг., приподняло краешек завесы, прикрывающей условия труда в деревенских захолустьях... Результатом санитарных исследований явилась (после голодного года и холеры) попытка устроить лечебно-продовольственные пункты с организацией регистрации рабочих, санитарного надзора за ними и дешевых обедов. Как ни скромны размеры и результаты этой организации,... она останется крупным историческим фактом, выясняющим тенденции капитализма в земледелии»[1].

Прогрессивной земской медициной стали: 1) лечебно-профилактическое направление, 2) просветительно-санитарная работа, 3) бесплатная лечебная помощь, 4) возможное уменьшение района лечебницы, 5) амбулаторная помощь, 6) изучение быта и заболеваемости населения и динамика этой заболеваемости, 7) связь всех специальностей.

Что касается призрения, то в земствах не было с самого начала большой склонности к богадельному призрению и принимались другие, более экономные и более соответствующие бытовым условиям населения мероприятия, например, денежные пособия старикам и увечным. На XI и XIII съездах врачей Московской губернии врач А. Г. Архангельская прямо говорила: «Изъятие из крестьянской семьи стариков и увечных в богадельни далеко не всегда способствует благоденствию этих последних». Число богаделен после передачи их из Приказа в земство, правда, увеличилось с 53, имевшихся при Приказах, до 108 к 1890 г. в земствах, но в последнем также дело шло главным образом о децентрализации, так как число богадельцев увеличилось с 3 448 при Приказах лишь до 3 889 при земстве. Однако, кроме богаделен, в земстве появились еще «приюты для т я ж е л ы х неизлечимых больных», и в Московской губернии, например, к 1890 г. таких приютов было уже 18 с 500 койками, т. е. возникла полезная для населения дифференциация помощи.

В таком направлении шло развитие и таковы были принципы, положенные в основу организации общей земской медицины.

Как же шло развитие земской психиатрии?

Уже в первые годы, когда появились в деревне земские врачи, они обнаруживали там и нуждающихся в психиатрической стационарной помощи больных и стали отправлять их для лечения в единственные имевшиеся тогда губернские дома умалишенных. Число больных в этих домах стало довольно быстро увеличиваться, причем особенно ярко обнаружилось, что сами дома требуют переустройства. Избрать пути и направление этого переустройства было земству еще труднее, чем в медицине соматической, потому что психиатрия была молодой частью науки и для имевшихся в земстве врачей — областью мало знакомой. Поэтому Новгородское земство в 1867 г., Тверское в 1868 г. решают послать своих врачей в единственную тогда Петербургскую психиатрическую клинику для ознакомления с лечением психических болезней (врач Кузьминский — Новгород, Кудрин — Тверь). Некоторые земства консультируют с профессорами-специалистами: например, Рязанское земство в 1872 г. с проф. А. Я. Кожевниковым, Курское земство в 1867 г. приглашает врача-психиатра Я. В. Гершзона, в Воронеже д-р Глазуновский с самого начала «сумел дать всему режиму дома умалишенных мягкий тон». Многие земства первой своей обязанностью считали ввести бесплатное лечение психически больных. Так, Ярославское и Сибирское земство вводят его в 1867 г., Самарское — в 1868 г., Псковское — в 1873 г., Бессарабское — в 1874 г., Курское — в 1877 г.

---

[1] В. И. Ленин, Развитие капитализма в России, Госполитиздат, 1947, стр. 202—204.

Помещения домов умалишенных начинают по необходимости, так сказать, «сами собой» расширяться прежде всего за счет вывода богадельцев в другие помещения, так как для них особых приспособлений не требовалось, а также путем приспособления для психически больных богаделен, а затем бараков, сараев, найма частных домов и т. п.

Очень интересен ряд постановлений отдельных земств, из которых видно, что земские врачи первое время полагали, что принципы организации лечения психически больных не должны отличаться от принципов организации всей медицины. Так, Новгородское земское собрание 1869 г. решает: 1) идиотов и неизлечимых психически больных перевести в обычную богадельню, 2) построить в каждой волости комнату для первоначального помещения психически больных, откуда их переводить в у е з д н ы е лечебницы; в губернские больницы психически больные должны быть направляемы только в случае безуспешного лечения в уездных больницах. Уже в 1872 г. постановлено было собрать сведения о числе психически больных в губернии, чтобы отобрать нуждающихся в лечении, а на первом губернском съезде врачей в 1873 г. при обсуждении вопроса о расширении колмовского дома умалишенных, вследствие его переполнения, съезд решает вместо этого расширения «для предоставления населению возможности легче пользоваться помощью при психических заболеваниях построить для них помещение на 60 человек в северо-восточной части губернии». В 1874 г. заведующий колмовским домом умалишенных Андриоли предлагал спокойных хроников эвакуировать в уездные приюты.

Тверское земство на первом собрании в 1867 г. решает создать психиатрическую больницу для л е ч е н и я психозов по образцу столичных. На VII Тверском съезде врачей в 1879 г. принципы построения психиатрической организации вызывают значительную дискуссию: участковый земский врач Максимов предлагает призрение спокойных больных устраивать по уездам, оставив губернской только лечебницу, а гласный Ушаков, наоборот, предлагает для удобства скорейшей доставки 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 это устройство на себя.

В 1872 г. Петербургский съезд врачей решил просить уездные управы не отказывать в приеме душевнобольных в уездные больницы. В 1873 г. Вологодское собрание также обсуждало вопрос об уездных психиатрических лечебницах. Лукояновское уездное земство Нижегородской губернии в 1881 г. сделало попытку организации уездной психиатрической лечебницы. В Саратове в 1881 г. поднят был вопрос о том, чтобы губернское земство приняло на себя оплату лечения психически больных, посылаемых в Казанскую окружную лечебницу, и лечение острых и буйных, а призрение хроников передать уездным земствам целиком.

В 1874 г. Херсонское губернское собрание сделало предложение уездным земствам самим организовать подачу первой помощи заболевшим острым помешательством. Рязанское губернское земство в 1872 г. постановило выдавать пособия несостоятельным семьям, которые держат у себя спокойных психически больных, и подняло вопрос об уездных приютах для хроников. При обсуждении в том же Рязанском губернском земском собрании 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». В Острожске Воро-

нежской губернии популярный земский врач А. В. Роменский устроил уездную психиатрическую больницу на 20 коек.

Интересно, что мысль о необходимости уездных психиатрических больниц не оставляла участковых земских врачей до самой революции. Так, например, на губернском съезде врачей Курской губернии в 1899 г. один из участковых врачей предлагал прекратить постройку Курской психиатрической колонии-гиганта и построить ряд уездных лечебниц[1]; в Нижнем-Новгороде в 1896 г. гласный Звенигородский вместо постройки колонии Ляхово предлагал построить вторую больницу в Арзамасе.

Таким образом, мы видим, что участковые врачи: 1) искали самобытных путей для организации и психиатрической помощи, 2) стремились не отделять организацию психиатрической помощи от общемедицинской, 3) стремились прежде всего организовать активную лечебную помощь, отодвигая помощь хроникам на второй план, и 4) с самого начала понимали необходимость приближения психиатрической помощи к населению.

Однако стремление построить организацию психиатрической помощи на общих со всей остальной медициной лечебно-профилактических основаниях встретило ряд затруднений.

История психиатрии началась с изоляции в монастырях или тюрьмах нарушавших спокойствие жизни хронических психически больных. В приказные дома умалишенных также направляли главным образом больных или нарушивших на улице губернского города порядок, или состоящих под судом. Охраняющие спокойствие населения полицейские власти привыкли не только беспокойных психически больных, но и всякого скандалиста и пьяницу везти в дом умалишенных. Никто этот «дом» в общежитии не считал лечебным учреждением, а лишь местом заключения для «без ума буйствующих». Трудно было такое учреждение превратить в лечебно-профилактическое, изменить взгляд на него населения.

Второй причиной трудности перестройки психиатрической организации был изданный 15 июля 1875 г. указ Сената за № 29928. Указ этот состоялся по поводу постановления Владимирского губернского земского собрания не принимать в дом умалишенных больных сверх определенной нормы. Указ гласил: «Правительствующий сенат нашел, что на основании ст. 628 — 629 (XIII том законов) Устава общественного призрения и по точному и буквальному смыслу ст. 2 Положения о земских учреждениях попечение об общественном призрении относится к предметам ведомства земских учреждений. Принимая за сим во внимание, что количество больных по смыслу вышеприведенных статей не ограничено никакой цифрой и что при недостатке соответствующих помещений для больных земство в силу ст. 2 Положения обязано или нанять, или приобрести таковое, Правительствующий сенат признает отказ Губернского земского собрания в приеме в дом умалишенных сверх нормы лишенным законного основания».

Зная о большом количестве психически больных среди населения и хорошо понимая, что прием их всех без отбора экономически невозможен, а с медицинской точки зрения к тому же бесполезен, земства неоднократно хлопотали об отмене этого указа. Но указ отменен не был.

В результате этого указа психиатрические учреждения переполнялись алкоголиками, дебильными бродягами, направляемыми главным образом полицией. Так, например, даже в 1908 г. в Самарскую психиатрическую больницу 22,9% всех поступивших за год были доставлены полицией и лишь 7,3% — земскими участковыми врачами; в том же году в Ниже-

[1] Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, 1902, № 1—2, стр. 300.

городской психиатрической больнице поступившие алкоголики (причем почти все без психоза) составляли 54% всех поступивших, а в Пензе—34%. Малейшая возможность отбора больных исчезла; в приеме установился хаотический беспорядок, врачи не могли им руководить.

Таким образом, взгляд на психиатрические учреждения не как на лечебные, а как на охраняющие общество от беспокойных людей, да еще подкрепленный строгим правительственным указом, был основной причиной, почему земская психиатрия не пошла по намечавшемуся лечебно-профилактическому пути общей земской медицины.

Русские либеральные профессора, избегая несогласиий с правительством, также не поддерживали проекты земских врачей. Наиболее рекомендуемым ими учебником психиатрии был учебник немецкого психиатра Шюле, который писал: «Не излечение излечимых, а воспитывающий душу уход за неизлечимыми — вот что составляет лучшее украшение души. В этом главное начало той деятельности, которая делает дома для умалишенных рассадником благороднейшей любви к человечеству»[1].

Реакционно-полицейский государственный строй в России побуждал русских профессоров к такой точке зрения. Проф. Мержеевский, например, прекрасно понимал значение профилактических моментов в охране населения от распространения психозов. При открытии I съезда психиатров в 1887 г. он произнес публичную речь на эту тему. Он ясно говорил, что душевные болезни «составляют в большинстве случаев последствия ненормальных общественных условий» и многие могут быть излечены, но в понимании социальных вредностей он шел по пути, указываемому реакционным правительством. Он говорил: «Освобождение миллионов народа от рабского состояния, призвание их к живой деятельности и более самостоятельной жизни... вырабатывают больше спроса на умственный труд,... больше волнений, больше работы психического механизма и бо́льшую его порчу... Несоразмерность с привычной прежде деятельностью в некоторых случаях нарушает правильную ее регуляцию... Развитие промышленности послужило источником сильных нравственных потрясений, способствовавших развитию душевных и нервных болезней. Чрезмерные требования школы,... постоянное стремление к удовольствиям,... развитие сифилиса... Неудивительно, что на почве, неблагоприятной в смысле нравственной гигиены,... могла возникнуть пессимистическая философия...».

Среди мер к ослаблению зловредного влияния среды проф. Мержеевский рекомендовал «веру в загробное существование, любовь к научным занятиям и стремление к счастью будущих поколений... Этот идеал облагораживает душу, подымает настроение, возбуждает чувственный тонус, придает человеку силу и энергию,... чтобы перенести трудности жизни. Посему главной задачей должно быть укрепление в общественном сознании этих идеальных стремлений».

Так говорил разрабатывавший анатомо-физиологические основы психозов проф. Мержеевский, применяясь к существовавшим правительственным требованиям. Мы знаем, что московские профессора Дядьковский и Сокольский, открыто проводившие материалистические взгляды, были удалены из университета. Мы знаем, что даже такие видные ученые, как Пирогов, Сеченов, подвергались преследованиям, а Мечников должен был вовсе оставить Россию.

Хорошо были известны русским профессорам-психиатрам и все необходимые, кроме больницы-колонии, звенья психиатрической организации, об устройстве которых мечтали земские врачи. На том же съезде тот же проф.

---

[1] Г. Шюле, Душевные болезни, изд. 1880 г., стр. 568 (русский перевод).

Мержеевский[1] говорил о лучшей форме организации психиатрической помощи: «В больших городах должны быть двоякого рода заведения: центральное заведение с приемным отделением для острых случаев и загородное заведение с фермами и мастерскими... При центральном заведении устройство приемного покоя или приемного бюро составляет предмет первейшей важности... Задачей его является правильное распределение больных, смотря по их болезни, то в клинику, то в колонию, а то, наконец, выписка больных... Если болезнь проходит быстро или требует еще некоторого наблюдения, которое может быть продолжено амбулаторно, то больной направляется в амбулаторию... При бюро должна быть обширная амбулатория и связь с обществом, имеющим целью попечение о выздоравливающих больных».

Земским психиатрам при этих условиях ничего больше не оставалось, как строить то, что было возможно; к этому побуждала и непрочность всей земской психиатрической организации. Земство всегда сомневалось, на ком лежит обязанность организации психиатрической помощи — на земстве или на правительстве. Так думать заставлял земство ряд проектируемых самим правительством мероприятий.

При передаче земствам учреждений Приказа общественного призрения находившиеся в ведении Приказа смирительные дома не вошли в число передаваемых учреждений: вся пенитенциарная область (тюрьмы, суды) оставалась в ведении правительства. Вследствие этого земству передавались и не все капиталы Приказа, а лишь часть их (Указ Правительствующему сенату 24 июня 1868 г.), другая же часть (иногда составлявшая больше половины) зачислялась в общегосударственный благотворительный фонд: например, из сумм Приказа Черниговской губернии в фонд Министерства внутренних дел было удержано 324 000 рублей, в Нижегородской губернии из 600 000 рублей было удержано 324 000 рублей и т. п. Между тем в переданных земству домах умалишенных значительную, вначале даже бо́льшую часть их обитателей составляли признанные невменяемыми психически больные преступники, а затем лица, посылаемые судом на испытание. С самого начала в земствах возник вопрос, лежит ли на земстве обязанность нести расходы по содержанию таких больных, тем более, что еще в 1852 г. правительство устроило в Петербурге для судебных больных специальное психиатрическое отделение при исправительном заведении, а в 1864 г. это отделение было расширено. По мнению некоторых юристов[2], содержавшееся в высочайшем повелении 1864 г. о расширении этого петербургского судебно-психиатрического отделения упоминание, что такие учреждения должны быть устроены при каждом исправительном доме (т. е. в каждой губернии), говорило о том, что земство не обязано содержать судебных больных.

Эти обстоятельства, а также и то, что в 1844 г., как уже говорилось, правительство решило устроить 8 окружных лечебниц для лечения с острой формой заболевания психически больных и как будто таким образом л е ч е н и е психически больных тоже брало на себя, дали повод земству предполагать, что забота о лечении психически больных является вообще лишь временной обязанностью земств. Это расхолаживало земства в их стремлении искать правильную форму организации сложного психиатрического дела.

Сомневаясь в своей обязанности организовывать психиатрическую помощь, земства в течение 60 — 70-х годов, за редкими исключениями, в общем ничего существенного для помощи душевнобольным не сделали. Число больных в земских психиатрических больницах увеличилось почти вдвое, но в общем и к 1875 г., т. е. после десяти лет земского ведения, оставалось

[1] Труды I съезда отечественных психиатров, 1887, СПБ, стр. 34—35.

[2] П. И. Я к о б и й, Основы административной психиатрии, Орел, 1900, стр. 579; Н. Н. Б а ж е н о в, Проект законодательства о душевнобольных, М., 1911.

ничтожным и превышало 100 человек только в 8 земских губерниях. Ясно поэтому, что когда представилась возможность некоторого строительства, так как правительство в 1879 г. обещало земствам субсидию в 50% стоимости построек, надо было строить то, что рекомендовало правительство, а не земские участковые врачи.

Как же у правительства создалась мысль о 50% субсидии земствам?

Поступавшие отовсюду жалобы на положение домов умалишенных заставили правительство произвести проверку этих жалоб. Министр внутренних дел Тимашев, посетив летом 1873 г. при объезде губерний ряд отделений для умалишенных при губернских земских больницах, нашел их почти все «крайне неудовлетворительными». Поэтому он выразил пожелание, чтобы «в министерстве (по соглашению Медицинского и Хозяйственного департаментов) были составлены безотлагательно соображения о возможности улучшения отделений для умалишенных при губернских больницах, независимо от ожидаемой в будущем постройки окружных домов». Во исполнение этого Медицинский департамент разослал 4 октября 1878 г. губернаторам циркуляр-анкету № 1074 с вопросами о состоянии психиатрических учреждений и с требованием представить свои соображения о постройке необходимых новых зданий, приспособлении старых, а также за счет каких финансовых источников можно было бы достигнуть наилучшего состояния психиатрического отделения.

Согласно ответам губернаторов, оказалось, что для правильного размещения умалишенных необходимо построить новые здания в 24 губерниях и произвести значительные перестройки в 8 губерниях; условиям правильного призрения якобы удовлетворяли учреждения в 10 губерниях (Архангельской, Вологодской, Пензенской, Пермской, Полоцкой, Самарской, Саратовской, Таврической, Черниговской и Эстляндской). Существуют относящиеся к 1875 г. расчеты Медицинского департамента[1] о числе психически больных в России. Медицинский департамент считал, что при 80 млн. населения (кроме Кавказа и среднеазиатских владений), считая одного психически больного на 1 000 населения, имеется 80 000 психически больных, из них 40 000 врожденно слабоумных, 28 000 хроников, не нуждающихся в лечебнице, и лишь 12 000 психически больных, которых необходимо поместить в лечебницы. Для осуществления предъявленных земствам требований необходимо было до 2 млн. рублей: на постройку новых 1 192 коек — 1 700 000 рублей и на улучшение существующих коек — 300 000 — 400 000 рублей; при этом получилось бы до 6 000 коек; на постройку же 8 окружных лечебниц нужно было 4 000 000 рублей, а коек после постройки получилось бы полторы тысячи. Поэтому было решено, «отложив устройство окружных домов до более благоприятных обстоятельств, принять меры к скорейшему улучшению домов умалишенных при губернских земских больницах». Комитетом министров 9 и 30 октября 1879 г. было разрешено из особого фонда на улучшение домов умалишенных в 400 000 рублей и из фондов 2 900 000 рублей, предназначавшихся для постройки окружных лечебниц, выдавать пособия на постройку и улучшение губернских домов умалишенных в размере 50% стоимости. Это постановление Комитета министров было утверждено Государственным советом 11 ноября 1879 г.

Кроме того, Медицинский департамент 14 марта 1881 г. и 26 мая 1881 г. (№ 2222 и 3920) разослал земствам составленные проф. Балинским и архитектором проф. Штромом «примерные планы психиатрических павильонов, которыми предлагалось руководствоваться при составлении проектов на постройку домов умалишенных в губерниях». Ввиду недоразуме-

[1] Конфиденциальная записка комиссии кн. Оболенского, 1890, стр. 8 и 9.

ний по поводу этих чертежей, 7 августа 1883 г. (№ 1413) были разосланы «новые объяснения к ним». При этом Медицинский департамент во что бы то ни стало требовал постройки лечебниц точно по планам Балинского и Штрома[1].

П. И. Якобий следующим образом характеризовал планы Штрома и Балинского: «Здания, построенные по этим планам, „оказывались очень дорогими и в постройке, и в эксплоатации" ....Оконные переплеты должны быть делаемы с мелкими стеклами,... с железными горбылями, а где это возможно, нужно в окнах делать решетки (циркуляр Медицинского департамента 27 августа 1877 г., № 1413, § 7), — и это во всех помещениях для больных. Каждый план представлял самостоятельную больницу для умалишенных, приспособленную для всех категорий больных пропорционально общему числу кроватей в здании. Лист № 8 представляет, например, план здания на 20 больных, но и это тоже самостоятельная больница, и из этих 20 больных профессорское предвидение определило быть двум буйным, для которых предуготовано два изолятора; если они не будут буйны, то это, очевидно, уж их вина, и сидеть в изоляторах они все же будут постоянно, так как никакого другого места им не полагается; точно так же сделано распоряжение, чтобы был один «трудный» и один «неопрятный» — по одному: ни больше и не меньше, ибо, если их окажется больше, то поместить их некуда... С чисто архитектурной точки зрения планы также представляли странности: так, например, число печей почти равнялось числу больных, на 20 больных приходится 105 погонных сажен наружных стен, 3 цейхгауза,... в здании темный коридор, замкнутый у начала и конца двумя клозетами»[2].

Впрочем, все эти субсидии продолжались очень недолго. Наступила реакция и в 1885 г. у правительства вновь появилась мысль строить окружные лечебницы; субсидии земствам почти прекращаются.

Таковы причины, почему психиатрия не пошла по общему со всей земской медициной пути организации помощи, а ограничилась вначале организацией одной больницы на всю губернию, а с 80-годов — губернской психиатрической колонии. Лишь в начале XX века, проделав длинный вынужденный путь централизованного и оторванного от общей медицины строительства гигантов-колоний, даже ведущие земские психиатры, сами строившие эти гиганты, стали задумываться, не являлись ли более правильными те пути организации психиатрической помощи, о которых еще в 70-х годах говорили участковые врачи, и не является ли децентрализация, диференциация учреждений и теснейшая связь с общемедицинским участком главной основой успеха дела.

Очень интересен, например, доклад В. И. Яковенко на VIII Пироговском съезде 8 января 1902 г. В нем он утверждал: «Общедоступность психиатрической помощи для населения достижима только при ее децентрализации»[3], подразумевая под децентрализацией «рассеивание психиатрических учреждений по данной территории вместо сосредоточения в одном центре». Указывая на установленный факт, что губернской психиатрической больницей больше всего пользуется губернский город и ближайшие к нему уезды, а дальние уезды пользуются ею мало, он видел причины этого, во-первых, в плохих путях сообщения при больших расстояниях, во-вторых, в слабой

---

[1] Основы административной психиатрии, 1900, стр. 522—523.

[2] Как велико было раздражение психиатров против Штрома, видно из того, что проф. Ковалевский счел нужным, когда Штром умер, поместить в своем «Архиве психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» (1888, т. XI, № 3, стр. 108) такой краткий, но красноречивый некролог: «Умер архитектор проф. Штром. De mortuis aut bene, aut nihil».

[3] Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, 1902, № 1—2, стр. 136—144 и 300—306.

осведомленности населения о губернской психиатрической больнице (в оторванности врача-психиатра от непосредственного общения с населением, — добавим мы), 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 с свежезаболевшим больным, отправить его куда-то в далекую и неизвестную населению 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 при соматических больницах, Яковенко в своем докладе приходит к правильной мысли, что «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, 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.). Таким образом, Яковенко проектировал при этих лечебницах и патронаж, забывая только амбулаторию.

По докладу Яковенко съезд постановил: «Существующая организация психиатрической помощи не удовлетворяет жизни; психиатрическая помощь должна быть приближена к населению, которое в настоящее время использует ее неравномерно».

Надо, однако, сказать, что это постановление VIII Пироговского съезда нашло быстрый отклик лишь в Уфе, где Н. А. Сокальский в 1902 г. представил на обсуждение Уфимского губернского собрания проект устройства небольших поуездных психиатрических больниц, которые «оставались бы в ведении губернского земства и были бы связаны с центральной больницей, по отношению к которой они рассматривались бы как рассеянные по губернии ее отделения». Беспокойные хроники из этих больниц, по Сокальскому, подлежали переводу в центральную больницу, а спокойные должны были находиться в семьях под надзором уездных больниц, причем в случае несостоятельности семьи ей выдавалось бы пособие.

Земское собрание одобрило доклад и поручило управе составить смету для одной такой уездной больницы на 50 коек, выбрав для нее соответствующее место, а в 1903 г. было решено строить такую больницу в Мензелинске.

Об этих постановлениях Н. А. Сокальский сделал доклад на IX Пироговском съезде[1] в январе 1904 г., причем на этом же съезде состоялось еще два доклада по децентрализации — Н. А. Вырубова и Н. В. Краинского. Н. А. Вырубов поддерживал те же тезисы, что и Сокальский. Н. В. Краинский, наоборот, находил, что «система децентрализации отразится на деле вредно, так как она раздробит и без того скудные психиатрические силы... Большие психиатрические больницы в научном и организационном отношении имеют значительное преимущество по сравнению с малыми,... имеют

[1] Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1904, № 1.

лучшие условия для сортировки различных групп больных: в них легче найти необходимые в научной психиатрии пособия (библиотека и лаборатории) и легко достижим взаимный обмен мнениями и сведениями...»[1].

Таким образом, давно было выдвинуто и то возражение, которое раздается иногда и теперь против децентрализации. Но на этот вопрос еще на IX Пироговском съезде очень хорошо ответил Н. А. Сокальский: «И в малых больницах могут быть научные базы, если врачи этих больниц работают, и этих баз может не быть в больших больницах, если врачи этих больших больниц не работают... Изолированными и врачи малых больниц быть не могут и не могут отставать в научном отношении, так как и теперь существуют съезды врачей».

Возражения против децентрализации целиком опровергались и всей историей общей земской медицины, где из многих участковых маленьких земских больниц вышли известные профессора, считавшие эти маленькие участковые больницы лучшей для себя научной школой (например, хирурги Дьяконов, Спасокукоцкий и др.).

Кроме В. И. Яковенко, и другой виднейший земский психиатр после многих лет работы в большой больнице возвратился к идее той психиатрической организации, какая предлагалась первыми земскими врачами: П. П. Кащенко в докладе на XII Пироговском съезде и на X съезде земских врачей Петербургской губернии отстаивал необходимость дальнейшего развития психиатрической помощи по образцу общемедицинской организации.

П. П. Кащенко говорил: «В 70-х годах... требовалось устраивать во что бы то ни стало, немедленно... психиатрические больницы, чтобы... удовлетворить... кричащую нужду в призрении душевнобольных... Теперь (1913 г.) настало время обратиться к общей организации попечения и призрения душевнобольных». «В сфере губернской организации... жизнь выдвигает следующие главнейшие вопросы: 1) об установлении тесной связи между психиатрией и общими отделами общественной медицины; 2) о приближении психиатрической помощи к населению; 3) о местных патронажах, систематическом вспомоществовании больным, остающимся дома; 4) о нечто вроде районных колоний посемейного призрения», причем «в распоряжении такой колонии должен быть приемный покой соответствующих размеров»... «Колонии посемейного призрения окажутся наиболее практическим способом и для географического приближения психиатрической помощи населению».

Все эти вопросы еще и в 1913 г. вызывали дебаты. Обо всем этом будет подробно говориться дальше, но во всяком случае к 1913 г. для всех стала ясной разница двух направлений организации психиатрической помощи: земского, лечебно-профилактического, которое намечалось еще в 70-х годах и которым, однако, не могла пойти русская психиатрия, и призренческого — центральных колоний-гигантов, которое с 80-х годов стало основой психиатрии в России.

Таков был сложный путь русской земской психиатрии. Но все же психиатрическая помощь населению в земских губерниях расширялась и многие психиатры положили на ее строительство все свои силы.

---

[1] Г. Г. Каранович (Труды Центрального института психиатрии РСФСР, т. III, стр. 34, М., 1947) также защищает существование областных больниц, ссылаясь на то, что, как показал опыт организации соматической советской медицины, областная больница важна как самое квалифицированное учреждение области для консультаций. Но ведь возражения всегда шли и в психиатрии не против областных больниц, а против того, что строилась только одна областная больница-гигант, а вся область совершенно лишалась больниц.

VII. НАУЧНАЯ РАЗРАБОТКА ВОПРОСОВ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

В середине XIX века «эмпирическое естествознание,—говорит Энгельс,— достигло такого подъема и добилось столь блестящих результатов, что... благодаря выявлению существующих в самой природе связей между различными областями исследования (механикой, физикой, химией, биологией и т. д.), превратилось из эмпирической науки в теоретическую, становясь при обобщении полученных результатов системой материалистического познания природы.

Решающее значение имели здесь три великих открытия.

Первым из них было доказательство превращения энергии, вытекавшее из открытия механического эквивалента теплоты [Робертом Майером, Джоулем и Кольдингом]... Было доказано, что все бесчисленные действующие в природе причины, которые до сих пор вели какое-то таинственное, не поддававшееся объяснению существование в виде так называемых сил — механическая сила, теплота, излучение, электричество, магнетизм, химическая сила соединения и разложения — являются особыми формами, способами существования одной и той же энергии, т. е. движения... теперь уже не просто философское утверждение, а естественно-научный факт. Вторым — хотя по времени и более ранним — открытием является открытие Шванном и Шлейденом органической клетки... Покров тайны, окутывавший процесс возникновения и роста, и структуру организмов, был сорван... Но при всем том оставался еще один существенный пробел,... откуда же проистекает бесконечное разнообразие организмов? На этот вопрос дало ответ третье великое открытие — теория развития,... которая в систематическом виде впервые была разработана и обоснована Дарвином... Ею в основных чертах установлен ряд развития организмов от немногих простых форм до все более многообразных и сложных... кончая человеком... Дана основа для предистории человеческого духа, для прослеживания различных ступеней его развития, начиная от простой бесструктурной, но ощущающей раздражения протоплазмы и кончая мыслящим мозгом человека... Благодаря этим трем великим открытиям основные процессы природы объяснены, сведены к естественным причинам... Теперь вся природа простирается перед нами как некоторая система связей и процессов, объясненная и понятая, по крайней мере в основных чертах»[1].

Русская наука с самого начала ее развития вела, как мы уже указывали, борьбу за материализм. Ломоносов, например, раньше Р. Майера, еще в 1748 г., писал о превращении энергии[2]: «Все перемены, в натуре слу-

[1] Ф. Энгельс, Диалектика природы, Госполитиздат, 1949, стр. 154—157.
[2] Письмо к Эйдеру.

чающиеся, такого суть состояния, что сколько чего у одного тела отнимается, столько присовокупляется к другому... Сей всеобщий естественный факт простирается и на самые правила движения: ибо тело, движущее своей силой другое, столько же оные у себя теряет, сколько сообщает другому, которое от него движение получает».

То же Ломоносов повторял и в 1760 г.в своих «Рассуждениях о твердости и жидкости тел».

Мы указывали, что и в медицине ряд русских профессоров стоял на материалистических позициях, мы говорим уже про мысли об органической эволюции у проф. Кайданова, о трудах психологов Галича, Михайлова, Любовского, о материалистических позициях в учении о психозах проф. Дядьковского, проф. Сокольского в Москве, об учебнике Малиновского и т. д. Реакционное идеалистическое направление психиатров «психиков», господствовавшее до 40-х годов в Германии, следование которому поощрялось правительством Николая I (например, учебник Бутковского), давно вызывало резкую критику многих русских ученых.

После коренных перемен 1861 г. русская наука быстро двинулась вперед, хотя крепостники в особенности в 70-е годы, когда наступила реакция, всячески тормозили ее движение, о чем мы уже говорили, описывая, какие тормозы ставило правительство организации в земстве лечебной профилактической психиатрии.

В 1862 г. И. М. Сеченов (1829 — 1905) сделал открытие о наличии в коре головного мозга механизмов, угнетающих рефлексы при возбуждении. Это открытие произвело сильное впечатление на физиологов. В 1863 г. Сеченов опубликовал свою, ставшую знаменем материалистической науки в России работу «Рефлексы головного мозга»[1], где экспериментально установив наличие явлений торможения в нервной системе, доказывал, что мышление является заторможенным рефлексом, что первоначальная причина всякого поступка лежит во внешнем чувственном возбуждении, без которого невозможна никакая мысль, и тем положил начало экспериментальной разработке вопроса о физиологических основах психической деятельности. Он резко выступил против «обособителей психического», отрыва «сознательного элемента психики от его начала — внешнего раздражения — и конца — поступка». Он считал необходимым рассматривать психические явления: ощущения, представления, мышление как «интегральные части всего процесса, начиная с внешнего воздействия на органы чувств и заканчивая действием, поступком». Сеченов учил, что научная психология не может быть ничем иным, как учением о происхождении психических деятельностей; она должна изучать историю развития ощущений в представление, в мышление.

Книга Сеченова появилась в эпоху острой борьбы между революционным демократическим материалистическим движением, выразителем которого был Чернышевский, и крепостническими усилиями реакционеров. Вся передовая демократическая общественность восприняла работу Сеченова не только как блестящее научное исследование, а и как пропаганду материалистического миросозерцания. Своей мужественной борьбой за материализм с философским идеализмом и дуализмом Сеченов резко выделился среди русских ученых. Его работы не только имели колоссальное значение для русских физиологов, для русской неврологии и психиатрии, но и для всей русской научной и культурной жизни.

Само собой разумеется, правительство и реакционные круги относились к Сеченову резко враждебно, и ему пришлось претерпеть немало гонений.

---

[1] Медицинский вестник, 1863, № 47—48.

В 1871 г. ему пришлось уйти из Медико-хирургической академии и с трудом устроиться в Одессе, где он пробыл до 1876 г. Затем с 1876 по 1888 г. он был профессором физико-математического факультета Петербургского университета, откуда также вынужден был уйти и три года оставался без лаборатории, числясь приват-доцентом Московского университета. Лишь в 1891 г. он был утвержден здесь профессором. В 1901 г. он сам ушел в отставку, оставив за собой лишь чтение небольшого курса, который и вел до самой смерти (1905).

Не только военно-феодальный царский империализм, но и западная буржуазия, укрепившись как господствующий класс, стала видеть в последовательном материализме и учении об эволюции угрозу своей власти, особенно ввиду того, что антагонизм пролетариата и буржуазии определялся постепенно все более ясно. Ленин приводит такую цитату ученика Энгельса Лафарга: „...В начале XIX века наша буржуазия, покончив дело революционного разрушения, принялась отрицать свою вольтерианскую философию; в моду опять вошел католицизм... В конце XIX века... интеллигенты пытаются раздавить при помощи философии Канта материализм Маркса и Энгельса»[1]. В конце 60-х годов свой научно-стихийный материализм многие ученые сочетали, подчиняя своему буржуазному сознанию, с идеализмом. «В 1866 г., — писал Ленин, — Л. Фейербах обрушился на Иоганна Мюллера, знаменитого основателя новейшей физиологии, и причислил его к „физиологическим идеалистам". Идеализм этого физиолога состоял в том, что, исследуя значение механизма наших органов чувств в их отношении к ощущениям, указывая, например, что ощущение света получается при различного рода воздействии на глаз, он склонен был выводить отсюда отрицание того, что наши ощущения суть образы объективной реальности,... Что ряд крупных физиологов *гнул* и в те времена к идеализму и кантианству, это так же бесспорно, как бесспорно и то, что ряд крупных физиков *гнет* в наше время к философскому идеализму»[2]. В частности Гельмгольца Ленин характеризовал как непоследовательного кантианца, «полуматериалиста», так как он скатывался к субъективизму, к отрицанию возможности познания объективной реальности, объективной истины (его иероглифы). Уже в 60-е годы выдвинут был определенный лозунг «назад к Канту», к трусливой философии агностицизма и дуализма, в XX веке оформившийся в неокантианство, послужившее обоснованием современных реакционных учений империалистов и ревизии учения Маркса.

Поэтому-то учение Сеченова как активного борца за материализм в русском естествознании, в русской физиологии и психиологии должно особенно внимательно изучаться и цениться русскими психиатрами. «У главных направлений передовой общественной мысли России, — писал Ленин, — имеется, к счастью, солидная материалистическая традиция,... от которой... отступали нередко в погоне за модными реакционными философскими учениями, поддаваясь мишуре якобы „последнего слова" европейской науки, не умея разобрать под этой мишурой той или иной разновидности прислужничества буржуазии, ее предрассудков и буржуазной реакционности»[3]. Сеченов понимал реакционность этих учений, боролся с ними и в этом его заслуга.

---

[1] В. И. Ленин, Материализм и эмпириокритицизм, отдельное издание, 1949, стр. 185—186.

[2] Там же, стр. 286—287.

[3] В. И. Ленин, О значении воинствующего материализма. Сочинения, т. XXVII, стр. 180 (изд. 1930 г.).

И. М. Сеченов

Основы своего учения Сеченов[1] излагал так: «Предметный мир существовал и будет существовать, по отношению к каждому человеку, раньше его мысли; следовательно, первичным фактором в развитии последней всегда был и будет для нас внешний мир с его предметными связями и отношениями» (стр. 362). «Великое учение *Дарвина* „о происхождении видов" поставило, как известно, вопрос об эволюции, или преемственном развитии животных форм, на столь осязательные основы» (стр. 409). «Тип эволюции зародыша у высших животных... установлен в общих чертах очень ясно, если иметь в виду исходную форму—яйцевую клетку—и результат—развившийся организм. Превращение заключается здесь прежде всего в увеличении массы на счет материала, притекающего извне» (стр. 411).

«Сравнительное изучение животных показывает далее, что прогресс материальной организации и жизни идет не по прямым линиям, а по ветвистым путям, уклоняясь в деталях в стороны. Здесь-то, на этих перепутьях организации, и сказывается с особенной силой влияние на организмы той среды, в которой они живут, или, точнее, условий их существования... Они дают, во-первых, возможность определить жизнь на всех ступенях ее развития как приспособление организмов к условиям существования, во-вторых, доказывают, что внешние влияния не только необходимы для жизни, но представляют в то же время факторы, способные видоизменять материальную организацию и характер жизненных отправлений... *Везде и всегда жизнь слагается из кооперации двух факторов—определенной, но изменяющейся организации и воздействий извне*» (стр. 412).

«Дальнейшим фактором в преемственной эволюции организма является... наследственность, способность передавать потомству видоизменения, приобретенные в течение индивидуальной жизни, но которые переходят в действительность только при условии продолжения тех же видоизменяющих явлений, которыми обусловлено уклонение от первоначальной формы. Степень и прочность видоизменения стоят всегда в прямом отношении с продолжительностью действия видоизмененных условий существования» (стр. 413).

«На самой низшей ступени животного царства чувствительность является равномерно развитой по всему телу, без всяких признаков расчленения и обособления в органы... Но по мере того как эволюция идет вперед, эта слитная форма начинает более и более расчленяться в отдельные организованные системы движения и чувствования... Еще далее чувствительность специализируется, так сказать, качественно—является распадение ее на так называемые системные чувства (голода, жажды, половое, дыхательное и пр.) и на деятельность высших органов чувств (зрения, осязания, слуха)... Там, где чувствительность равномерно разлита по всему телу, она может служить последнему только в случаях, когда влияния из внешнего мира действуют на тело непосредственным соприкосновением; там же, где чувствительность сформировалась в глаз, слух, ...животное ориентируется и относительно влияний, которые действуют на него издалека, может, другими словами, ориентироваться в пространстве, но эволюция чувства идет всегда рядом с развитием локализации... Придайте теперь глазу способность различать движение окружающих тел, и тогда становится возможной ориентация животного не только в пространстве, но и во времени (стр. 413 — 414).

«При равномерно разлитой чувствительности... Район жизни здесь по необходимости крайне узок. Чем выше, наоборот, чувственная организация,

[2] И. М. Сеченов, Избранные философские и психологические произведения, Политиздат, 1947.

при посредстве которой животное ориентируется во времени и в пространстве, тем шире сфера возможных жизненных встреч, тем разнообразнее среда, действующая на организацию, и способы возможных приспособлений. Отсюда уже ясно следует, что в длинной цепи эволюции организмов усложнение организации и движение действующей среды являются факторами, обусловливающими друг друга» (стр. 414). «Организм без внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен. Поэтому и в настоящее определение организма должна входить и среда, влияющая на него, так как без последней существование организма невозможно».

«Дальнейший шаг в эволюции чувствования можно определить как сочетанную и координированную деятельность специальных форм чувствования между собой и с двигательными реакциями тела... *расчлененное и координированное чувство развивается, в конце концов, в инстинкт и разум, а насколько оно сочетано с двигательными реакциями, — в инстинктивное и разумное действия*» (стр. 415, 416). «*Повторению однородных с виду или, точнее, близко сходственных впечатлений должно соответствовать со стороны нервно-психической организации обособление путей возбуждения в группы разной возбудимости, а со стороны впечатления — переход его от формы... слитной в форму более определенную... с выяснением... главного ядра впечатления*» (стр. 428).

Дальше Сеченов на примере развития ребенка показывал, как развитие мозга и окружающей среды формируют психику. Еще в «Рефлексах головного мозга» Сеченов (стр. 176) говорил: «Без малейшего сомнения существуют [индивидуальные особенности нервных аппаратов у ребенка при рождении. *Т. Ю.*] (племенные, наследственные от ближайших родных) и особенности эти, конечно, должны отзываться на всем последующем развитии человека. Уловить их, однако, нет никаких возможностей, потому что в неизмеримом большинстве случаев характер психического содержания на $^{999}/_{1000}$ дается воспитанием в обширном смысле слова и только на $^{1}/_{1000}$ зависит от индивидуальности. Этим я не хочу, конечно, сказать, что из дурака можно сделать умного: это было бы все равно, что дать человеку, рожденному без слухового нерва, слух. Моя мысль следующая: умного негра, лапландца, башкира европейское воспитание в европейском обществе делает человеком, чрезвычайно мало отличающимся со стороны психического содержания от образованного европейца».

Сеченов заложил начало научной разработки вопроса о физиологических основах психики, он выдвинул точку зрения развития как основную для построения научной психологии, он, как и Чернышевский, вплотную подошел к диалектическому материализму.

Учениками Сеченова, продолжавшими развитие его научных идей, были В. В. Пашутин, Н. Е. Введенский, Н. П. Кравков, И. Р. Тарханов, А. Ф. Самойлов и М. Н. Шатерников.

Сеченов как исследователь анатомии и физиологии нервной системы был, однако, и в 60-х годах уже не одинок в России: с конца 50-х годов в исследовательской работе по физиологии и анатомии нервной системы приняли участие многие русские ученые, создавшие ряд крупных школ. Так, в Москве много сделал для развития экспериментальной медицины А. И. Бабухин (1835—1891), который описал в 1869 г. двустороннее распространение возбуждения по нерву. В Казани большую работу по нервнорефлекторной регуляции кровообращения проводил Ф. В. Овсянников (1827—1906). Перейдя в Петербург, он много сделал там для развития гистологии и физиологии вообще и исследования нервной системы в особенности. В его лаборатории начал работу и И. М. Сеченов, в его же лаборатории И. П. Павлов закончил в 1883 г. свою докторскую диссертацию «Центро-

бежные нервы сердца», а в начале 70-х годов Я. М. Чистосердов, анализируя пример Мажанди о помутнении глаза при перерезке тройничного нерва, своими исследованиями подготовил почву для развития широкого учения о трофическом влиянии нервной системы. В Казани преемниками Ф. В. Овсянникова были Н. О. Ковалевский, К. А. Арнштейн, Н. А. Миславский, принимавшие большое участие в изучении нервной системы.

Таким образом, в области анатомии и физиологии мозга уже в начале второй половины XIX века русскими был открыт большой ряд фактов, материалистически объясняющих закономерности нервной деятельности. Было открыто также большое число фактов, показывающих непрестанную эволюцию всего неорганического и органического мира, нервной системы, мозга и сознания.

Но чем больше обосновывались материалистические положения, чем шире росло социалистическое движение, шире распространялось учение Маркса — Энгельса о закономерности смены форм социальных отношений, эволюции человеческого сознания на основе развития производственных отношений, тем энергичнее развивалась и пропаганда идеалистических реакционных теорий. Борьба нового, молодого, прогрессивного со старым, отживающим делалась все более острой.

Еще в 1853 г. появилась книга французского дипломата графа Гобино, стремящаяся доказать, что успехи культуры во всем мире являются результатом деятельности лишь одной голубоглазой, светловолосой, долихоцефалической северогерманской расы. Англичанин Голтон в 1869 г. доказывает наследственность гения и таланта. Они старались доказать, что все менее культурные народы, вследствие своих наследственных особенностей, не могут двигать культуру. Среди всего населения, как говорил другой французский антрополог Ляпуж, в нужду впадают лишь биологически неполноценные люди. Участь большинства людей, таким образом, навсегда оставаться малокультурной массой.

Ведущей философией буржуазных ученых становится неокантианство, объединившее все самое реакционное, что содержалось в философии Канта. В естествознании ведется открытая борьба против дарвинизма.

В Англии Бетсон открыто выступает против дарвинизма, как противоречащего священному писанию. Желая окончательно отделаться от эволюционного учения, он стал утверждать, что ничего нового в природе не возникает, происходит только в силу скрещивания перетасовка, новые сочетания от века существовавших свойств по математическим законам Менделя, которые специально для этого были извлечены из старого, уже забытого провинциального издания. С 1883 г. начинают появляться «работы» Августа Вейсмана, проповедывавшего, что основой наследственности является независимое от тела вещество — «зародыщевая плазма», являющееся бессмертным и неизменным, не зависящим от окружающей среды и от происходящих в теле отдельного организма в течение его жизни изменений.

В области психиатрии в это время широкое распространение получила теория Мореля (1809 — 1872) о дегенерации как причине психозов. Морель, получивший религиозное воспитание, затем воспринял идеи изменения видов, но заговорил не о движении видов вперед, не об эволюции, а об ухудшении природы человека, выражающейся в появлении нервных и психических болезней и «доказательством» такой точки зрения приводил якобы постепенное увеличение психозов в населении.

Бог создал, по Морелю, совершенный тип человека, но затем под влиянием пороков и созданных культурой вредных профессий, инфекций, нужды этот совершенный тип прогрессивно стал ухудшаться: под влиянием различных вредностей в первом поколении появляется неуравновешенность,

нервность, во втором — тяжелые неврозы, в третьем — психозы, четвертое поколение полно уже уродствами, умственным недоразвитием, наступает бездетность и смерть рода. Морель писал не только о нервно-психических явлениях при вырождении, но и положил начало длинному списку телесных признаков дегенерации, которые позже и в психиатрии, и в криминологии (учение Ломброзо, 1876) играли также важную роль в диагнозе и прогнозе, в причислении отдельных людей к числу неизлечимо больных, к числу «врожденных преступников»[1].

Психиатрия, лишь начинавшая под влиянием материалистических учений выходить из-под влияния мистики, еще не успевшая создать учения об этиологии психозов, особенно легко последовала за учением Мореля. Особенно широко морелевское направление развивалось в немецкой школе Илленау, не вполне еще освободившейся от идей школы «психиков» Якоби—Роллера — Дамерова. Шюле, а за ним Крафт-Эбинг разделили все психические заболевания на болезни здорового мозга, к которым относилось лишь небольшое число инфекций и интоксикаций, и болезни вырождающихся, включавшие все более или менее длительные формы. Наблюдая больных в условиях появившихся в то время земледельческих колоний, живя вместе с больными в оторванной от реальной жизни своеобразной колониальной атмосфере, психиатры Илленау главную массу этих больных причисляли к неизлечимым наследственным дегенератам и в служении этим несчастным видели весь смысл психиатрии.

Во Франции последователями Мореля явились Маньян, Легрен и в особенности Дежерин, который учил, что «причиной всех причин» в возникновении нервных и психических болезней является жизненная наследственность.

О Маньяне, однако, надо сказать, что он ограничивал область дегенеративных психозов только психозами эмоциональными (бывшие «мономании» Эскироля) и самую дегенеративную базу не считал независимой от среды. Он считал, что психотические вспышки у дегенератов (delire d'emblee) и вообще выявления дегенерации возникают лишь при неблагоприятных социальных условиях, в условиях же благоприятных дегенеративные особенности могут и совсем не проявиться.

Учение о дегенерации надолго задержало материалистическое развитие и научной, и практической психиатрии.

В условиях разрастающейся борьбы реакционной, идеалистической философии с философией материалистической развивалась русская научная психиатрия во вновь созданных центрах науки — клиниках, и во всех ее работах — и теоретических, и практических — ясно видны элементы этой борьбы материализма с реакционным идеализмом, либеральным соглашательством, виден и нажим на науку полицейски-бюрократических правящих кругов.

Проф. Иван Михайлович Балинский (1827 — 1902). организовав первую в России самостоятельную кафедру психиатрии в 1857 г. и построив в 1867 г. в Петербурге здание первой в России психиатрической клиники, привлекал к себе внимание своими блестящими лекциями, которые студенты слушали с увлечением по 4 часа подряд, и приобрел ряд преданных научных сотрудников. Среди них он и распределил научно-учебные функции: Т. Я. Шепетов (до 1868 г.), а затем П. А. Дюков являлись его заместителями, Селин занимался химическими исследованиями, Ю. Х. Кнох—анатомией, вскрытиями вместе с Ф. Н. Заварыкиным, который одновременно ассистировал и у И. М. Сеченова, а позже был профессором гистологии

[1] Изложение основ и критику учения Ломброзо см. в главе XX «Судебная психиатрия».

и академиком. С каждым годом появлялись новые ученики: с 1860 г. — Н. В. Чехов, с 1861 г. — И. П. Мержеевский, с 1862 г. — П. Н. Никифоров, с 1863 г. — А. Я. Фрей, с 1866 г. — А. Е. Черемшанский, с 1869 г. — Н. П. Лебедев и, наконец, с 1873 г. — И. А. Сикорский. Они работали в клинике и помогали Балинскому в преподавании.

Сам Балинский целиком отдался практической деятельности: он дает советы по постройке новых больниц в Риге, Митаве, Ревеле, Варшаве, является членом медицинской строительной комиссии, где принимает участие в рассмотрении планов многих земских больниц, состоит членом Военно-медицинского ученого комитета и т. д.; ему приходится нередко выступать экспертом в серьезных судебных делах, наконец, ему приходится лечить и сопровождать за границу высокопоставленных пациентов[1].

В 1867 г. вышла книга А. Драницына[2] «О помешательстве при первоначальном его появлении и о лечении его вне заведений». Драницын был с 1863 по 1868 г. прикомандирован к 1-му сухопутному военному госпиталю в Петербурге, который служил клиникой для кафедры психиатрии проф. Балинского. Поэтому эта книга может до известной степени характеризовать взгляды Балинского.

Как указывал автор в предисловии, она предназначалась «служить руководством для практикующих врачей-неспециалистов... При составлении мы старались... избегать всяких предположений, не обоснованных верными фактами и наблюдениями», — пишет автор.

Книга, действительно, была далека от реакционных психиатрических учений: автор считал психические болезни болезнями мозга. Он отрицал существование мономаний, так как «признавать совершенное разъединение умственных отправлений и приписывать каждому особые законы и действия... нет никакого основания. Все способности всегда действуют синергично...»

При каждой форме психических болезней (меланхолия, мания, неистовство, бессмыслие, слабоумие) в книге рассматриваются и телесные страдания, «обусловливающие эту болезнь духа». «В большинстве случаев, — говорит автор, — болезни духа зависят или от изменений 1) в области симпатических нервов, или 2) в области цереброспинальной нервной системы, или 3) от изменений крови» и описывает известные в те времена изменения.

Значительный интерес в главе «О физическом лечении» представляет отдел III — «Лечение посредством потрясения». «Психическое потрясение, — говорит автор, — употреблять положительно не должно... Но в продолжение нескольких столетий считалось лучшим средством искоренения помешательства произвести в организме пертурбацию... К телесным потрясающим средствам, которые так любимы, что один психиатр назвал их самыми могущественными, относится Tartarus stibiaticus. Он производит в больших дозах сильные рвоты и поносы, но он же употребляется мелкими прерывистыми дозами, причем больного держат более или менее продолжительное время в состоянии постоянного позыва на рвоту с чувством тошноты... Об этом методе должен сказать, что он в ряде случаев помогает, но через это не должно его считать методом специфическим и применять без разбора к каждому случаю... Какое значение имеет потрясение... в благоприятных случаях, точно и положительно определить нельзя, но во всяком случае

---

[1] Ф. С. Текутьев, История кафедры психиатрии Военно-медицинской академии, СПБ, 1898, стр. 55.

[2] Александр Арсеньевич Драницын родился 15 августа 1834 г., окончил Медико-хирургическую академию в 1863 г., а с 1868 до 1880 г. был невропатологом и психиатром Московского военного госпиталя.

И. М. Балинский.

внезапное и сильное действие проходит по всей нервной системе (в особенности симпатической)».

«Но против душевных болезней никогда нельзя употреблять никакого общего средства, никакого особого одного метода лечения, и каждый отдельный случай надо лечить особо, так как каждая душевная болезнь есть только симптоматическое состояние, происходящее и обусловленное какой-нибудь болезнью нервной системы, которая в каждом данном случае должна быть исследуема и рассматриваема в связи с другими телесными страданиями... Мы заявляем решительное мнение против всякой эмпирической терапии по правилам, заранее принятым (против schablonenmässige Therapie)».

Первая психиатрическая клиника в С.-Петербурге.

В первой половине 1876 г., будучи еще в расцвете лет и сил (ему не было и 50 лет), Балинский, прослужив 25 лет в Военно-медицинской академии, по собственному желанию ушел из академии — «считая, что принадлежавшая ему и его времени задача им выполнена и что дальнейшее поступательное движение созданного им учреждения требует новых сил».

Единственным кандидатом на кафедру был И. П. Мержеевский, так как старший ассистент Балинского П. А. Дюков, которому часть профессуры предлагала выставить свою кандидатуру на кафедру, от этого отказался.

Балинский еще 2 года читал курс психиатрии на Женских врачебных курсах, кафедра психиатрии которых помещалась тогда в Николаевском военном госпитале, а затем уже не принимал участия в научной и педагогической работе, хотя прожил еще 27 лет. Печатных трудов Балинский не оставил. В шутливой беседе он говорил, что не стоит писать, потому что «все равно последующие поколения напишут лучше», но сам утверждал: «Я старался сделать все от меня зависящее, чтобы товарищи, которые придут в устроенную мною клинику, могли в ней найти все необходимые средства для того, чтобы учиться и работать для науки».

Систематическая научная работа психиатрической клиники Военно-медицинской академии началась при преемнике Балинского всесторонне образованном профессоре Иване Павловиче Мержеевском (1838 — 1908). В клинике Балинского Мержеевский работал с 1861 г.; в 1867 г. он защитил диссертацию «Клиническое исследование о неистовых (vesanici) больных». Уже в этой диссертации видны элементы того физиолого-клинического направления, которое позже стало основой петербургской психиатрической школы и, очевидно, явилось следствием тенденций, имевшихся уже и у Балинского, когда он поддерживал тесную связь с Сеченовым. В своей диссертации Мержеевский на основании изучения веса тела, температуры, обмена веществ у возбужденных психически больных устанавливал, что возбуждение резко усиливает все стороны обмена, и поэтому возбужденные психически больные требуют много воздуха. Отсюда вывод — решительный вред помещения возбужденных в тесные изоляторы и необходимость устройства «двориков для беспокойных».

В работе о мозге микроцефала Мотея, доложенной в 1872 г. в Париже, Мержеевский отрицал теорию атавизма как причины слабоумия, выдвинутую К. Фогтом, и доказывал, что мозг его микроцефала представляет задержку развития, т. е. с самого начала он был противником реакционной теории дегенерации. Позже много раз и сам Мержеевский, и его ученики возвращались к изучению врожденного слабоумия; в 1876 г. Мержеевский описал мозг идиота Абрамова, в 1880 г. 4 мозга и в 1886 г. еще один мозг вместе с С. Н. Данилло. Вопрос об идиотизме, детской отсталости, психозах у детей был предметом изучения ряда учеников Мержеевского и, таким образом, в петербургской клинике еще в 70-х годах было положено начало русской научной детской психиатрии. Из клиники Мержеевского вышли работы Данилло: «О детской кататонии. К учению о душевных болезнях периода второго детства» (1892), «Случай идиотизма» (1886), работы Сикорского и, наконец, не без влияния Мержеевского было создано в 1882 г. частное врачебно-воспитательное учреждение Маляревского для отсталых детей на 38 мальчиков и 14 девочек.

Наряду с изучением детской психиатрии, сотрудниками Мержеевского исследовались психические расстройства позднего возраста: диссертация А. Н. Алелекова «Старость» и диссертация С. А. Белякова «О патолого-анатомических изменениях центральной нервной системы при старческом слабоумии».

Второй ряд работ (диссертаций), проведенных в клинике Мержеевского, был посвящен исследованию изменений нервной системы при различного рода вредных внешних воздействиях и отравлениях: при голодании (Маньковский, 1882; Н. М. Попов, 1882; Розенбах, 1883)[1], при отравлении фосфором, спиртом и асбестом (Данилло, 1882), атропином (Чиж, 1883), окисью углерода (Хардин, 1885), при лакировании кожи (диссертация Анфимова, 1887), при малокровии (диссертация Пекер, 1887), искусственной гиперемии (диссертация В. П. Кузнецова, 1888), при экстирпации щитовидной железы (диссертация Автократова, 1888).

Следующим рядом работ Мержеевского были работы по микроскопической анатомии прогрессивного паралича: он раньше Тучека, с именем которого связывается установление этого характерного факта (1884), еще в 1875 г., обнаружил перерождение миэлиновых нервных волокон при прогрессивном параличе, изменение эпендимы желудочков, изменение со-

[1] В конце деятельности Мержеевского из его лаборатории вышла еще диссертация С. Н. Успенского «Патологоанатомические изменения периферических нервных узлов при голодании», СПБ, 1896.

судов, доказал воспалительный характер процесса, сопровождающийся новообразованием сосудов. Много работ из клиники Мержеевского посвящено исследованию локальных изменений мозга при разных органических заболеваниях мозга вообще.

Таким образом, клиника Мержеевского дала ряд научных работ, являющихся вкладом в мировую науку. Но не менее важным для развития русской психиатрии было и то, что Мержеевский создал в клинике глубоко товарищескую атмосферу работы, привлекавшую к нему массу молодых сотрудников. «...Какое это было славное, цветущее время в петербургской психиатрической клинике! — писал Блуменау.— В двух комнатах рядом с кабинетом профессора ютилась лаборатория, и в ней было тесно от множества работающих. Преобладали тихие гистологические занятия,... но очень часто в задней комнате раздавались стоны животных — жертв экспериментов».

С 1883 г. под редакцией Мержеевского стал выходить журнал «Вестник клинической неврологии и психиатрии».

Из клиники Мержеевского вышло 26 диссертаций; его учениками были А. Ф. Эрлицкий, О. А. Чечотт, В. М. Бехтерев, С. Н. Данилло, Н. М. Попов, П. Я. Розенбах, В. Ф. Чиж, Б. С. Грейденберг, В. Н. Хардин, Я. А. Анфимов, С. А. Беляков, А. Н. Алелеков, Л. В. Блуменау, А. Г. Криденер, А. Е. Щербак, Б. В. Томашевский, И. А. Сикорский[1]. Когда в 1884 г., благодаря деятельности кафедры Мержеевского, психиатрия была введена как обязательный предмет на медицинском факультете, имелось уже много эрудированных психиатров, и кафедры были заняты хорошо подготовленными профессорами. В этом, несомненно, колоссальная заслуга Мержеевского.

При Мержеевском впервые в Петербурге было проведено строгое разделение программы преподавания нервных болезней и психиатрии: на IV курсе 2 часа в неделю читались нервные болезни, а психиатрия читалась 4 часа в неделю на V курсе. В 1881 г. Мержеевскому удалось устроить при клинике небольшое, на 6 коек, нервное отделение, а с 1884 г. при клинике начался амбулаторный прием нервных и психически больных. Но этим, конечно, Мержеевский не мог удовлетвориться и с 1878 г. начал хлопотать о постройке новой объединенной нервно-психиатрической клиники с 30—40 кроватями для нервнобольных, с обширной аудиторией. В 1885 г. план постройки новой клиники на 100 человек (70 мужчин и 30 женщин), на которую было ассигновано 900 000 рублей, был утвержден, и в 1886 г. началась постройка, закончившаяся в 1892 г.

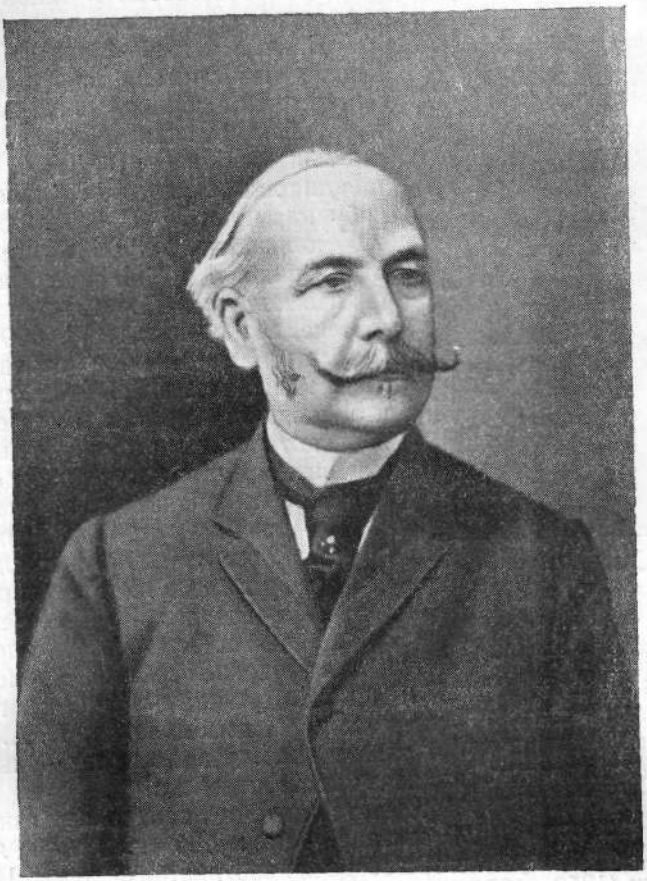
В 1893 г., по выслуге 30 лет, Мержеевский не стал баллотироваться на следующее пятилетие и освободил кафедру для более молодых сил, хотя ему в это время было всего 60 лет и после выхода в отставку он прожил еще 15 лет.

Следует отметить, что экспериментальные анатомо-физиологические исследования нервной системы в это время производились в России не только в клинике Мержеевского. Профессор анатомии и гистологии Киевского университета Владимир Алексеевич Бец (1840 — 1894) описал в 1874 г. гигантские пирамидные клетки в коре головного мозга человека, проследил их последовательное развитие и установил область их распространения— центральные извилины и околоцентральная долька головного мозга[2]. «Открытие Беца вместе с открытием Мейнертом мелкозернистых клеток в

---

[1] Первые три года (1873—1876) И. А. Сикорский работал под руководством И. М. Балинского.

[2] Anatomischer Nachweiss zweier Gehirncentre, Zbl. med. Wiss., 1874, Nr. 37 и 38.



И. П. Мержеевский.

затылочной доле положило основы для учения о цитоархитектонике головного мозга»,— говорит Экономо. Это открытие проф. Беца подвело прочную основу под учение Фритча, Гитцига, Флексига о физиологических особенностях определенных участков коры головного мозга человека. «Никто из анатомов, — говорил Гиртль в своем докладе в комиссии экспертов Венской международной выставки, где демонстрировались приготовленные Бецем микроскопические препараты, — не способствовал в такой степени знанию строения головного мозга, как Бец».

В. А. Бец.

В. А. Бец выработал собственную методику микроскопического исследования центральной нервной системы, пользуясь которой, приготовил микроскопические срезы толщиной в $^1/_{12}$ и $^1/_{20}$ мм через целые полушария, окрашивая их по своему способу кармином. Он приготовил знаменитую коллекцию таких препаратов, демонстрированную в 80-м году на Всероссийской выставке в Петербурге и в 1873 г. в Вене. На основании 5 000 препаратов взрослых, молодых и зародышевых человеческих мозгов В. А. Бец установил, что каждая извилина имеет особое строение, которое выражается в изменении соотношения пяти элементарных слоев клеток коры: то возникают новые клеточные формы, то новая группировка их, то, наконец, отсутствуют некоторые слои. Эти особенности повторяются на совершенно определенных местах. В. А. Бец подробно описал особенности строения передней центральной извилины gyri cinguli, аммоновой третьей лобной и lobuli paracentralis, lobuli externi и нижнего конца polus temporalis. Таким образом, начало учения об архитектонике мозга положил В. А. Бец.

В. А. Бецу принадлежит также исследование кровеносных, лимфатических сосудов и нервов надпочечников человека.

В Казани в лаборатории Арнштейна также велись серьезные гистологические работы по нервной системе. Так, в 1895 г. в этой лаборатории А. Е. Смирнов описал рецепторы сердечно-сосудистой системы. В этом же году А. С. Догель (1852—1922) в Петербурге установил три основных типа нервных клеток вегетативных ганглиев, названные по его имени клетками Догеля, и была доказана несомненная эффективная природа так называемых клеток I типа Догеля, а также намечены элементы вегетативной рефлекторной дуги[1].

Анатомо-физиологическими исследованиями занимался в Казани также Л. О. Даркшевич (1858—1925), занимавший здесь с 1892 по 1916 г. кафедру нервных болезней. Ряд его работ был посвящен изучению первичных ядер зрительного нерва в переднем четверохолмии, причем он впервые описал расположенное здесь ядро, названное впоследствии его именем. Много труда он положил также на исследование хода зрачковых волокон зрительного нерва, изучение волокон веревчатого тела, форелевской, мейнертовской и гудденовской комиссур, ходу восходящих чувствитель-

[1] Arch. micr. Anat., 1895, Bd. 46; Anat. Anz., 1896, Bd. XI.

ных волокон в спинном мозгу. Из учеников Даркшевича анатомо-физиологическими исследованиями занимались А. В. Фаворский, Н. Е. Осокин и др.

Из последователей московской больничной школы много содействовал развитию научной и практической психиатрии А. У. Фрезе. Он в 1866 г. был назначен доцентом, а в 1872 г.— профессором психиатрии Казанского университета.

В Казани после выхода в отставку за выслугой лет проф. Н. А. Скандовского кафедру терапии и душевных болезней в 1863 г. занял Н. А. Виноградов (1831—1886), ученик Шипулинского и Боткина, широко образованный терапевт, который интересовался нервными болезнями и имел печатные работы по невропатологии[1]. В 1866 г. для ведения курса психиатрии к нему был направлен доцент А. У. Фрезе, который в это время был прислан в Казань как директор и строитель Казанской окружной психиатрической лечебницы. С 1870 г. при кафедре Н. А. Виноградова была разрешена доцентура и по невропатологии; место доцента по нервным болезням занял А. А. Несчастливцев (1833—1879)[2]. Таким образом, в Казани почти с самого начала преподавания невропатология и психиатрия оказались разделенными. В 1872 г. А. У. Фрезе был уже профессором психиатрии; по неврологии же после смерти в 1879 г. А. А. Несчастливцева доцентом был избран А. М. Дохман (1854—1892)[3], а с 1884 г. — ученик московского профессора Кожевникова Д. П. Скалозубов (1839—1892). В 1885 г. он был утвержден экстраординарным, а в 1888 г. и ординарным профессором неврологии (умер в 1892 г.). Перу Скалозубова принадлежит один из первых русских курсов электротерапии, выдержавший два издания (первое издание М., 1881, и второе издание М., 1884), а также ряд работ по отравлению мышьяком и фосфором. После него с 1892 г. профессором нервных болезней в Казани был Л. О. Даркшевич, тоже ученик Кожевникова.

А. У. Фрезе (1827—1884)) был учеником главного врача Преображенской больницы Саблера, где работал ординатором с 1854 по 1862 г. Он написал монографию «Об устройстве домов умалишенных». На эту монографию, в связи с проектируемым устройством окружных лечебниц, обратило внимание Министерство внутренних дел, — вскоре Фрезе был назначен в Казань «для участия во временном комитете по устройству Казанского окружного дома умалишенных», одновременно со вторым психиатром И. Х. Аккербломом. В 1866 г. его назначили доцентом психиатрии, и, кроме курса на медицинском факультете, с 1868 г. он вел курс судебной психиатрии на юридическом факультете. Его «Очерк судебной психиатрии», вышедший первым изданием в 1871 г. и вторым в 1874 г., был первым русским курсом психопатологии для юристов. В 1881 г. им был издан «Краткий курс психиатрии». Заслуживает большого внимания также его диссертация «О прогрессивном параличе» и работы: «О влиянии менструаций на помешательство», «Учение о меланхолии и мании», «Причины душевных заболеваний» и др.

В своей диссертации «О прогрессивном параличе» (1866) Фрезе ставит своей целью разобрать четыре существовавших тогда мнения о про-

[1] Среди его работ было четыре неврологических работы: «Случай эпилепсии» (Медицинский вестник, 1864); «О параличе личного нерва» (Медицинский вестник, 1870); «Опухоль мозжечка» (Записки Казанского университета, 1878); «Atrophia facialis progressiva bilateralis» (Русский врач, 1884).

[2] Несчастливцев много занимался «гальванотерапией», имел анатомические работы: «О роли передней части продолговатого мозга при координации движений» (Дневник Казанского общества врачей, 1872), «О перекресте чувствительных проводящих путей в спинном мозгу», «О весе помешанных».

[3] Дохман много занимался методами физиотерапии, писал о грязелечении, о курортном лечении кумысом, о массаже; издал довольно много переводных книг, между прочим, «Основы истории медицины» Гезера (Казань, 1890).

грессивном параличе: 1) прогрессивный паралич может явиться осложнением всякого психического заболевания; 2) прогрессивный паралич — своеобразная психическая болезнь; 3) прогрессивный паралич — своеобразная болезнь, которая может протекать, как осложняясь психозом, так и без этого осложнения; 4) прогрессивный паралич с психозом и прогрессивный паралич без психоза — две разные болезни. В диссертации приводится 8 историй болезни (7 мужчин и 1 женщина), затем дается симптоматика расстройств движений, чувствительности, говорится о разнице зрачков, расстройстве речи, о различного рода отдельных психических симптомах. Фрезе приходит к заключению, что физические и психические явления теснейшим образом связаны друг с другом и прогрессивный паралич представляет во всех случаях одну и ту же болезнь. Говоря об изменениях мозга, Фрезе указывает на атрофию и сосудистые расстройства. Из терапевтических мероприятий Фрезе рекомендует венесекцию в случае беспокойства больного, так как оно зависит от гиперемии мозга, а из лекарственных средств — настойку из цветов арники, Nux vomica и иодистый калий; рекомендует лечение ртутью.

А. У. Фрезе.

В конце диссертации полагалось прилагать тезисы и не по теме диссертации, которые характеризовали бы миросозерцание диссертанта.

В «Кратком курсе психиатрии» А. У. Фрезе писал: «Признавая головной мозг органом психической деятельности, ... мы смотрим на душевные болезни так же, как на все остальные болезни человеческого тела. До сих пор никому не удалось наблюдать душевные явления, возникающие сами по себе, т. е. независимо от данного организма... Помешательство указывает на более или менее явное раздражение головного мозга...»[1]. Руководящим принципом лечения является «поддержка организма в самом широком смысле слова». Слабительные, нарывные мази, рвотные, «доводящие больных до упадка и полной неизлечимости», изгоняются так же, как и обливание холодной водой, которое, как говорил Фрезе, «в громадном большинстве случаев приводит больного к общему слабоумию», а мушки «не только не оказывают пользы, но часто усиливают данное раздражение». «Самое существенное — это изолировать больного из беспокоящей его обстановки», прекратить сношение с окружающим и поместить больного в наиболее удаленную от шума комнату с опущенными шторами, создающими полумрак. Стены и пол должны быть обиты мягким, устланы коврами. Вместе с другими средствами, содействующими успокоению, например, теплыми ваннами продолжительностью от 20 минут до 2 часов, и наркотическими успокаивающими лекарствами эта изоляция должна,

[1] Фрезе, Краткий курс психиатрии, СПБ, 1881.

DE

PARALYSI GENERALI

SIVE

DEMENTIA PARALYTICA

AUCTORUM.

DISSERTATIO INAUGURALIS

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

AMPLISSIMI MEDICORUM ORDINIS

IN

UNIVERSITATE LITERARUM CAESAREA

MOSQUENSI

AD GRADUM

DOCTORIS MEDICINAE

RITE ADIPISCENDUM

CONSCRIPSIT

LOCOQUE CONSUETO PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

ALEXANDER BENEDICTUS FRESE.

MOROCOMII MOSQUENSIS MEDICUS.

MOSQUAE

TYPIS KATKOWII ET C°.

MDCCCLVIII.

Обложка диссертации Фрезе 1858 г. (по-латыни).

по Фрезе, составлять систему «свободного обращения с душевнобольными, исключающего применение механических принудительных мер» и имеющего в своей основе «прямое, искреннее и справедливое отношение к больным.... Мы должны жить с ними, чтобы понять их».

Он придавал большое значение различного рода психическим потрясениям в происхождении психозов, но, однако, приучал обращать внимание на кровообращение, дыхание, пищеварение, сон, а у женщин — на менструации, отводя этому соматическому исследованию большое место в своих работах. В своих лекциях главным он считал, однако, не детали картин болезни, а то, чтобы «слушатели, не будучи специалистами, находили в лекциях достаточное руководство правильно распознать помешательство, дать рациональный совет для обращения с больным и лечить их, не впадая в грубую ошибку».

По поводу книги Фрезе «Очерки судебной психологии» появился в свое время критический отзыв Штейнберга[1], который упрекал Фрезе в том, что в его «Очерках» «мало упоминаются те воззрения науки, которыми обогатилась нервная физиология за последнее время». Фрезе по этому поводу ответил: «При невозможности по современному состоянию науки дать всякому душевному явлению твердое физиологическое основание... автор главнейший источник психологического опыта видит в наблюдении внешних проявлений душевных способностей у других... Если бы мы даже действительно знали все, что происходит в мозге при деятельности человека, если бы мы могли проследить во всех подробностях все химические, электрические и т. д. процессы, то и тогда все эти электрические процессы не представляли бы собой душевного состояния».

Позже, в 1879 г., в «Сборнике по судебной медицине, судебной психиатрии, общественной гигиене» проф. Фрезе изложил кратко, популярно и четко свое понимание взаимоотношения психической деятельности и анатомо-физиологической работы мозга. Позволим себе вкратце, по возможности словами самого Фрезе, передать его основные положения.

«Нельзя уйти от объективного факта, что головной мозг представляет собой органическую почву, обусловливающую проявления душевной деятельности. Проявление душевной деятельности зависит от двух условий: первое — данная организация, прежде всего головной мозг, вторая — воспитание, при этом под воспитанием мы понимаем все, что имеет влияние на умственный и нравственный быт, т. е. весь окружающий реальный мир.

Первое, что приходит к развитию, — способность воспринимать общие изменения состояния организма: холод, голод, боль.... Лишь по прошествии некоторого времени у новорожденного просыпаются ощущения внешних чувств: зрение, слух, обоняние и т. п. Ощущение предмета в такой степени преобладает над производимым им во всем организме впечатлением, что мы забываем о последнем, тогда как при ощущениях внутренних чувств оно так резко, что внешний предмет, произведший его, ускользает, не выделяется.

По мере дальнейшего развития у человека пробуждается представление— более или менее точное отображение в голове тех предметов внешнего мира, от которых происходят ощущения внешних чувств. Удержанные памятью представления разрастаются числом, делаются точнее, богаче содержанием, сочетаются группами... и дают начало понятиям. Наконец, представления способны отражаться на общечувственной сфере, вызывая приятное или неприятное внутреннее состояние: печаль, радость, любовь, ненависть, вражду и т. п.

[1] Знание, 1872, № 2—3.

Все душевные явления, о которых мы упомянули, — субъективные акты, ибо о них знает только один, имеющий их. Единственный способ проявления их — мышечное сокращение: у человека мимика лица, речь, деятельность. Отношение душевной деятельности к движущим нервам называется волей. Поэтому воля не только движение, но и процесс, в котором присутствуют все элементы психической жизни (ощущения, представления, чувства), т. е. процесс, зависящий от очень многих условий. Свободу воли мы должны отрицать уже по одному тому, что проявления ее находятся в полнейшей зависимости от органических условий нашего тела: перережьте движущий нерв, — и самое энергичное побуждение воли окажется бессильным вызвать сгибание мизинца.

При изложенном понятно, что человек находится в определенных отношениях к внешнему миру: внешний мир составляет источник всех ощущений внешних чувств. Ощущения служат источником непосредственного вывода о том, что во внешнем мире существуют предметы, действующие на нас. Вывод этот безапелляционен и проверкой его служит опыт других лиц.

Стало быть, с одной стороны, внешний мир определяет наши ощущения, а с другой — наше внутреннее состояние определяет, что нам нужно в том мире. Этот факт взаимозависимости я называю ,,логическим отношением человека к внешнему миру (предметам, лицам, условиям)" — его сознанием. Речь и поступки наши, обнаруживая содержание нашего сознания, более или менее точно выясняют и то отношение, в которое мы ставим себя по отношению к внешнему миру.

Обращаясь к душевным болезням, прежде всего должно быть усвоено положение, что их органическим основанием является расстройство вещественного состава головного мозга, но главный момент помешательства сводится к нарушению отношения к внешнему миру. Душевнобольной, как и здоровый, относит возникающие ощущения к внешнему миру, чувствует, мыслит. Душевная болезнь не есть отрицание нормальной психической деятельности, а лишь более или менее резкое изменение процессов мышления и воли вследствие ,,органического обременения", происходящего в тех психических элементах, которые дают начало мышлению и воле — в ощущениях и представлениях. У больного или возникают патологические потребности и стремления вследствие извращения внутреннего состояния организма, или раздражения, вызываемые болезненным состоянием известных частей мозга, вызывают ощущения внешних органов чувств при отсутствии какого-либо предмета. Зная, что нет ощущения без внешнего предмета, с другой стороны, соображая, что посторонние лица отрицают тот внешний предмет, к действию которого он приводит свое ощущение, больной видит себя поставленным в безвыходное положение. Он должен или отказаться от ощущения, или допустить действие на него предметов, которые отрицаются опытом окружающих его лиц. Отрицать свое ощущение он не в состоянии, так как оно реально, как основанное на раздражении (патологическом) соответствующих нервных элементов, а если другие отрицают существование соответствующих предметов, то, значит, он находится в исключительном положении, значит или во внешнем мире, или в нем самом произошло нечто необыкновенное; это и вызывает нарушение правильного отношения к миру. Сочетаясь с другими представлениями, сами по себе нормальными, одно или несколько ложных представлений вносят в сознание элементы, несогласные с здоровым рассудком. Процесс мышления хотя и происходит обычным порядком, тем не менее приводит к неправильным результатам. Возникает спутанность сознания, страхи или бред».

Придавая основное значение эволюции в развитии организации и психической деятельности человека, Фрезе выступал против учения Мореля

о вырождении, подчеркивая, что за 25 лет своей психиатрической деятельности он ни разу не видел идиотов, рождавшихся от психически больных.

Таким образом, стоя в основном на материалистических позициях, проф. Фрезе понимал и недостаточность механистического материализма, признавал, как и вся московская школа Мудрова — Овера — Саблера, человека не только существом биологическим (хотя и придавал большое внимание исследованиям соматического состояния: дыхания, кровообращения, пищеварения и т. д.), но и деятелем в социальной среде. Он особенно настойчиво указывал, считаясь при этом с исторически сложившимися условиями, на необходимость изменений условий быта, на воспитание в широком смысле этого слова, на способность человека овладевать средой. Он говорил: «Сознание — это отношение к среде».

Важнейшим предметом деятельности врача он считал гигиену — организацию среды и воспитания пациента к деятельности сознания.

Фрезе работал в Казани в то время, когда Казанское общество врачей по инициативе своего председателя проф. Петрова впервые в России заговорило о санитарно-профилактической медицине и во главу своей работы поставило изучение деревни в санитарном отношении с целью повысить уровень состояния здоровья всего населения. Фрезе глубоко сочувствовал этому движению и среди его ординаторов,— правда, короткое время —был основоположник и идеолог земской социальной медицины Е. А. Осипов.

Будучи строителем и директором большой окружной лечебницы, участвуя в обсуждении планов земских психиатрических больниц Симферопольской (1873), Пермской (1874) и объезжая приволжские губернии (1869), он учил, что «лечебная работа—основное в деятельности психиатрических учреждений; изоляция из общества опасных больных, содержание хроников— это функции важные, но второго плана». Он считал, что выздоравливающих не надо выделять в особое отделение, так как «отдельное их помещение лишает нас весьма важного, часто ничем не заменимого благодетельного влияния, которое они могут иметь на других больных, еще не дошедших до периода выздоровления». Фрезе широко пропагандировал трудовые процессы как лечебное средство для душевнобольных, считая, что «достоинство человека именно в труде».

Проф. Фрезе, как указывал и С. С. Корсаков в своем докладе на I съезде психиатров[1], сделал первые опыты введения в России принципов нестеснения. В его отчете за 10 лет деятельности Казанской окружной лечебницы упомянуто, что за 10 лет было только 3 случая связывания больных по случайным причинам. Впрочем, проф. Фрезе не видел нарушения принципа нестеснения во временных принудительных мерах, вызванных в исключительных случаях особыми условиями.

Строго придерживаясь своей описательно-клинической точки зрения и признавая основным лечебное назначение окружной лечебницы, проф. Фрезе последовательно и смело проводил эти взгляды и в ряде сложных служебных положений. Так, в 1881 г. департамент полиции стал направлять в Казанскую лечебницу значительное число психически заболевших политических арестантов (в 1881 г. их было в лечебнице 8 человек, 5 апреля 1882 г. — 13 человек, а к 1 января 1884 г.—уже 17 человек). Было дано строжайшее предписание — «отводить политическим отдельную комнату, не допускать общения с другими больными и установить над ними усиленный надзор». Это предписание, конечно, расходилось и с основными лечебными целями окружной больницы, и со всем ее режимом «нестеснения». И вот проф. Фрезе подает две докладных записки (3 декабря 1881 г. за № 1777

[1] Труды I съезда отечественных психиатров, 1887, стр. 419.

и 2 августа 1882 г. за № 1013) товарищу министра внутренних дел, заведующему Департаментом полиции. «Я считаю своим долгом сообщить, что подобного рода порядки... нарушают распорядок лечения и препятствуют мерам, которые необходимы для пользования больных врачами... Распределение больных по отдельным помещениям всегда зависит от правильной оценки состояния больного, которому оно назначается. Занимаясь больше 30 лет изучением и лечением психических болезней, я надеюсь, что всегда буду в состоянии, принимая в лечебницу политических арестантов,... дать им надлежащий приют, оказать им врачебное пособие... без вредного последствия для государства. Для достижения этой цели, однако, необходима полная свобода моих действий... Отдельная комната в окружной лечебнице не суть только помещение, в котором задерживается больной от общения с другими, но могущественное лечебное орудие. Я имею честь просить представить одному только Управлению лечебницы распределение больных».

Метод преподавания Фрезе не удовлетворил его преемника проф. Бехтерева, увлекавшегося в то время исследованиями мозговой анатомии, но именно Фрезе подготовил возможность такой его работы в Казани, создав психиатрическую больницу, а не дом умалишенных, как это было в других губерниях. Не удовлетворили его преемника по директорству Л. Ф. Рагозина и его административные установки, потому что Рагозину, являвшемуся, как мы увидим ниже, сторонником чиновничье-полицейского отношения к делу, были чужды те идеи широкого демократического гуманизма, которые проводил Фрезе.

Из учеников проф. Фрезе только проф. П. И. Ковалевский[1] занимал с 1877 г. кафедру в Харькове. В Москве до 1887 г. кафедры психиатрии не было, и московское психиатрическое направление в 1860—1880 гг. оказывало огромное влияние почти исключительно на земских психиатров. Кафедры в Киеве, Дерпте, Варшаве заняли ученики Мержеевского. Только в 90-х годах С. С. Корсаков прославил московскую школу своими выдающимися клиническими научными исследованиями.

Когда проф. Фрезе в 1885 г. вышел в отставку, кафедру психиатрии в Казани занял В. М. Бехтерев (1857—1927), пробывший в Казани до 1893 г., когда он перешел на кафедру своей alma mater — Военно-медицинской академии. В трудах В. М. Бехтерева петербургское анатомо-физиологическое направление достигло наивысшего расцвета.

После окончания в 1878 г. Военно-медицинской академии Бехтерев в 1881 г. защитил диссертацию «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых душевных болезнях». Наряду с этим, с первых же лет своей научной работы Бехтерев занялся изучением строения мозга. В 1884 г. у него имелось уже 58 работ. Нужно сказать, что всю свою жизнь Бехтерев отличался поражающей работоспособностью и откликался на каждый новый вопрос неврологии и психиатрии: к концу жизни число его печатных работ достигло 600.

В 1892—1896 гг. появился его двухтомный труд «Проводящие пути спинного и головного мозга», первый систематический труд в этой области, доставивший Бехтереву мировую известность.

С 1885 по 1893 г. Бехтерев был профессором в Казани. Там он создал психо-физиологическую лабораторию, в которой и продолжал свои анатомо-физиологические исследования. В Казани начался второй период его исследовательской деятельности. Закончив исследование проводящих путей Бехтерев обратился к экспериментальному исследованию функции различных отделов мозга, найдя прекрасного сотоварища в лице известного физиолога

[1] О Ковалевском см. ниже.

проф. Н. А. Мисловского. В Казани Бехтерев (частью совместно с Мисловским) провел ряд работ по выяснению центров мозговой коры, влияющих на иннервацию сердца, сосудов, дыхания, глотательного акта, желудка, кишок, мочевого пузыря, влагалища, мышц, зрачка, отделения слюнных и слезных желез. Если еще упомянуть ранние работы Бехтерева (1879, 1881) о теплорегуляции и о влиянии коры мозга на температуру тела, то мы увидим, что Бехтерев один из первых в мире занялся вопросом о корковой регуляции так называемых «автономных процессов».

Первыми учениками Бехтерева в Казани были П. А. Останков, Б. И. Воротынский, К. К. Васильев, Н. Я. Смелов, А. Ф. Мальцев, И.К. Мейер, Н. Н. Реформатский, С. Д. Колотинский. «Благодаря появившейся школе, — писал Бехтерев, — явилась возможность учредить в 1892 г. Казанское общество невропатологов и психиатров», которое с 1893 г. под редакцией Бехтерева стало издавать уже третий в России психоневрологический журнал — «Неврологический вестник».

В 1893 г., когда Мержеевский вышел в отставку, Бехтерев занял его кафедру в Военно-медицинской академии. В последнем он продолжал исследования функций мозга, и в 1903 г. появился первый выпуск его «Основ учения о функциях мозга»; в 1907 г. вышел последний, седьмой, выпуск этой работы (в 1927 г. вышло третье издание). Эта колоссальная работа имела задачей «сгруппировать и подвергнуть соответствующей обработке по возможности весь материал, относящийся к функции мозга, чтобы дать таким образом в одном цельном изложении все учение о функциях мозга в его главных основах»,—писал Бехтерев. Особенно ценно, что в этой работе не было ни одной главы, где, помимо данных, полученных другими авторами, не было бы ссылок и на собственные исследования и эксперименты. «Основы» Бехтерева были переведены на многие языки.

Работы Бехтерева в области изучения структуры мозга имеют мировое значение; в этой области им сделан ряд открытий: его именем назван центральный пучок покрышки, вестибулярное ядро в области правого угла IV желудочка, миэлиновая полоска тангенциальных волокон во втором слое и т. д.

Кроме того, Бехтеревым выпущены «Невропатологические и психиатрические наблюдения» (СПБ, 1900—1910), «Нервные болезни в отдельных наблюдениях» (1894—1895, вып. I и II), «Общая диагностика нервных болезней» (два тома, 1911).

Бехтеревым открыт ряд новых неврологических симптомов, новых рефлексов, разработан ряд приборов для исследования. Мы не будем подробно на этом останавливаться, так как это относится преимущественно к области неврологии. В области психиатрии Бехтерев главным образом стремился найти анатомо-физиологическое обоснование психопатологических явлений. Психические болезни были для него не только болезнями головного мозга вообще, но болезнями нарушения определенных механизмов мозга. Описания переживаний больного, наблюдения течения болезни мало интересовали Бехтерева. По сравнению с анатомо-физиологическими работами число его клинических психиатрических работ невелико. В этих работах он описывал главным образом отдельные объективные симптомы: боязнь покраснеть (Обозрение психиатрии, 1897, № 1; 1898, № 5), покраснение лица как особый вид расстройства (Обозрение психиатрии, 1896, № 12), боязнь полового бессилия (Обозрение психиатрии, 1907, № 2), о психогенных расстройствах глотания (Обозрение психиатрии, № 1—5), о своеобразном психопатическом затруднении мочеиспускания (Обозрение психиатрии, 1897, № 12), о навязчивом потении рук (Обозрение психиатрии, 1905, № 7), соматофрения и т. п.

Из психиатрических тем в первый период своей профессорской деятельности Бехтерев интересовался главным образом явлениями гипноза и лечением гипнозом. Он был одним из первых русских психиатров, занимавшихся этими вопросами[1] и вводивших в практику лечение гипнозом. Ряд работ он посвятил навязчивым идеям и их лечению гипнозом[2].

Уже в 1884—1887 гг. появилась его работа «Экспериментальные исследования над выражением душевных волнений животных» (Врач, 1884, № 1), в которой имелись намеки на те методы исследования сочетательно-двигательных рефлексов, на основе которых Бехтерев позже стремился создать свою объективную психологию. О необходимости «объективного» изучения человеческой личности Бехтерев говорил также на V Пироговском съезде в Петербурге в 1893 г.

Естественно, что при этих взглядах Бехтерев не только считал разделение преподавания неврологии и психиатрии нецелесообразным (при нем обе эти кафедры все время были слиты), но и широко раздвигал комплекс наук о поведении человека — психоневрологию в его терминологии, включая сюда анатомию и физиологию нервной системы, невропатологию, психиатрию, психогигиену, психологию, психотехнику, педологию. Бехтерев говорил о психоневрологии как о некоем синтезе наук, дающем всестороннее и законченное изучение поведения личности — здоровой и больной — на всех этапах ее развития, стремясь вести изучение всех этих наук, исходя прежде всего из изучения анатомических механизмов мозга.

С 1903 г. Бехтерев занялся созданием «Объективной психологии»[3], стремясь перевести на анатомо-физиологический язык все психологические и психопатологические термины.

В вышедшей в 1918 г. книге «Общие основания рефлексологии» Бехтерев писал о «рефлексологии», что она «самые тонкие и наивысшие отправления организма, подлежавшие до того времени лишь субъективному анализу путем непосредственного или посредственного наблюдения, имеет своей задачей подвергать объективному научному исследованию наравне с другими областями естествознания... путем объективного лабораторного эксперимента, особенно с двигательными[4] сочетательными рефлексами, а также на основании биологических данных»[5].

«Надо выяснить не соотношения между объективными проявлениями нервно-психической сферы и соответствующими субъективными переживаниями, — писал Бехтерев, — а иметь в виду исследование объективных проявлений в соответствии с характером и силой внешнего воздействия без всякого соотношения с субъективным состоянием: объективное отношение к окружающему миру, которое предполагает переработку внешнего воздействия на основании прошлого индивидуального опыта... Внутренний процесс, называемый в субъективной психологии мыслью, в объективном выражении должен быть понимаем как заторможенный сочетательный рефлекс, так как этот процесс обычно сопровождается внутренней речью

[1] Из других русских психиатров гипнозом занимались Мочутковский, Синани, Даниэлю, Мендельсон в Петербурге, Токарский, Россолимо и Рыбаков в Москве.

[2] «Навязчивые идеи, излеченные самовнушением», Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, 1892; «О лечении навязчивых идей гипнозом», Вестник клинической психиатрии, 1892; «Гипноз и его значение», Неврологический вестник, 1894; «Роль внушения в общественной жизни», Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1898, № 1—3, и отдельное издание.

[3] Предисловие к изданию Риккера, Петроград, 1918.

[4] Первая работа Бехтерева «Объективная психология и ее предмет» (Вестник психологии, 1904).

[5] Методика двигательных сочетательных рефлексов впервые изложена в диссертации В. П. Протопопова «О сочетательно-двигательной реакции на звуковые раздражения», СПБ, 1909.

или иными двигательными и секреторными проявлениями... Развивающиеся путем упражнения сочетательные рефлексы в естественном ходе своего развития подчинены трем основным законам: дифференциации и избирательному или сочетательному обобщению; первый закон приводит к сужению оживляющих рефлекс раздражений, а второй — к вызыванию одинаковых сочетательных рефлексов различными раздражителями; третий закон, закон комбинирования, заключается в том, что воспитание рефлекса на сумму разнородных раздражителей приводит к тому, что он улавливается лишь на их сумму, не развиваясь при действии отдельных слагаемых». По мнению Бехтерева, «первый закон лежит в основе аналитического процесса нервно-психической деятельности, второй же и третий обусловливают возможность синтеза. Процессы торможения и растормаживания стоят в соотношении с процессами сосредоточения, отвечающими субъективным процессам отвлечения и привлечения внимания».

«Вся нервно-психическая сфера в ее целом представляет не что иное, как совокупность приобретенных путем воспитания и жизненного опыта сочетательных рефлексов, подвергающихся при тех или иных условиях возбуждению или торможению».

В «Объективной психологии» и «Основах рефлексологии» Бехтерев становится на точку зрения антипсихологизма. Однако антипсихологизм Бехтерева имел и известное положительное значение как реакции против роста в ту эпоху субъективизма, ницшеанства, мистицизма и идеалистических спекуляций как в русской, так и в мировой научной литературе.

Нужно также отметить, что Бехтерев и его школа дали много положительного для развития в России экспериментальной психологии. Уже в 1887 г. в Казани Бехтерев открыл первую в России психо-физиологическую лабораторию[1]. Первым сотрудником Бехтерева по психологии был Телятник, который произвел экспериментальные исследования на темы «Зрительные иллюзии Мюллер-Лайера у детей и взрослых» и «О частичных зрительных иллюзиях Мюллер-Лайера», рассматривая эти иллюзии как закономерность восприятия.

В Петербурге из лаборатории Бехтерева вышли следующие экспериментальные психологические работы: А. В. Гервера «О памяти зрительных восприятий», В. А. Жуковского «Память пассивных движений», Руднева «О быстроте протекания произвольных движений», В. Н. Осиповой «О координации движений», Спиртова «Об идеомоторном акте» и др.

Наиболее интересными были работы А. Ф. Лазурского (1874—1917), состоявшего с 1915 г. после отставки Бехтерева профессором психиатрии в Петербургском женском медицинском институте. Он дал ряд исследований, относящихся к проблемам характера, классификации личности, экспериментальному исследованию личности («естественный эксперимент»), в особенности применительно к исследованию детей[2]. Его книга «Школьные характеристики» не потеряла значения при постановке наблюдений за психической жизнью школьника.

Свои взгляды на экспериментальную психологию в применении к педагогике и психиатрии А. Ф. Лазурский четко изложил на заседании Общества психиатров в Петрограде 30 апреля 1916 г.[3] в прениях по докладу К. И. Поварнина «Об экспериментально-психологическом исследовании психически больных». А. Ф. Лазурский говорил: «В методах приложения экспериментальной психологии к исследованию душевнобольных не все обстоит

[1] Эта лаборатория была учреждена второй в Европе.

[2] А. Ф. Лазурский, Очерк науки о характере, СПБ, 1909; Психология общая и экспериментальная, Л., 1925.

[3] Психиатрическая газета, 1916, № 11 и 14.

благополучно. Количество затрачиваемого экспериментатором труда часто не соответствует количеству выводов. Примером служат многотомные «Psychologische Arbeiten» крепелиновской школы[1]. Но было бы преувеличением сказать, что психологический метод ничего не дал; например, весьма распространенное заблуждение о благотворном влиянии малых доз алкоголя было устранено именно экспериментально-психологическим методом; экспериментально-психологический метод дает нередко возможность сразу подойти к больному, быстро обнаружить такие особенности его психики, которые не проявляются в простой беседе. Но эксперимент должен отличаться гибкостью и, главное, итти рука об руку с клиническим исследованием. В своем развитии экспериментальный метод стремится так подобрать обстановку метода, чтобы в наблюдаемый момент психической жизни преимущественную роль играл именно тот процесс, который надо изучить.

Неудачно подобранными способами нередко находят дефекты там, где их нет. Нельзя основываться «исключительно на цифрах опыта и из этого делать выводы о психике больного».

Другой петербургский психолог А. А. Крогиус, который занимался главным образом исследованием слепых, на этом заседании также придавал экспериментально-психологическому методу второстепенное значение, подчеркивая, что нужно изучать личность больного как целое.

Нельзя не упомянуть и о начавшихся с 1902 г. в клинике Бехтерева психологических работах В. Н. Осиповой, которая занималась изучением взаимодействия интеллектуальных и эмоционально-психических процессов, изменения интеллектуальных функций в связи с динамикой изменения тонуса эмоционального состояния. Эти работы В. Н. Осипова продолжала и в советское время как руководитель психологического отделения Института мозга имени Бехтерева.

К. И. Поварнин вместе с Бехтеревым был инициатором создания при Психоневрологическом институте учреждения для изучения воспитания человека с первых дней его появления на свет, создания «педагогического отдела для экспериментальных и иных исследований в области воспитания».

В 1907 г. при Психоневрологическом институте был открыт Педологический институт, куда принимали детей в первые же дни после рождения. Изучение развивающегося человека должно было вестись в двух направлениях: а) особенности строения и физиология организма ребенка и б) изучение нервно-психической жизни путем ведения дневника всего психического развития и естественного эксперимента. На основании исследований должна была быть выработана система нормального физического и психического воспитания.

В отношении организации преподавания в Военно-медицинской академии во времена Бехтерева следует прежде всего отметить, что в 1907 г. при клинике было открыто нейрохирургическое отделение (Л. М. Пуссеп, А. Г. Молотков)[2].

К разработке вопроса о хирургическом отделении при вновь строящейся клинике нервных болезней Бехтерев приступил при составлении

---

[1] Крепелин, ученик Вундта, в начале своей работы стремился всю психиатрию обосновать на экспериментальной психологии, но потом пришел к заключению, что «психологические методы до сих пор лишь немногим превосходят общежитейские приемы исследования» (Lehrbuch, Bd. I, S. 477, 8 Aufl.).

[2] В 1926 г. А. Г. Молотков организовал первый в России Научно-практический институт хирургической неврологии, позже под руководством С. П. Федорова, а затем А. Л. Поленова, преобразованный в Нейрохирургический институт. Затем такие институты образовались в Москве (Н. Н. Бурденко) и Харькове (в составе Психоневрологической академии).

проекта постройки. Уже в 1901 г. в журнале «Обозрение психиатрии» (№ 8 и 9) появился большой реферат Л. М. Пуссепа, готовившегося к хирургической деятельности в новой клинике, под заглавием «Хирургия в лечении нервных болезней». Нужно сказать, что хирурги (Склифосовский в Москве, Разумовский и затем Вишневский в Казани) уже с 90-х годов XIX века стали производить мозговые операции. Бехтерев полагал, что нервным хирургом должен быть специалист-невропатолог, и готовил к этому Л. М. Пуссепа.

Когда новая клиника была готова, В. М. Бехтерев совместно с Л. М. Пуссепом начинают пропагандировать организацию операционной в каждой психиатрической больнице. В статье «Хирургия при душевных болезнях»[1] они указывали, что нередко тяжелое течение психоза обусловливается различного рода заболеваниями, требующими хирургического лечения, говорили об операции при эпилепсии.

Ввиду того что за последние годы по примеру португальского хирурга Мониза некоторые психиатры начали проводить операции лоботомии при шизофрении (отделение разрезом лобных долей от остального мозга), считаем интересным отметить, что в статье Бехтерева и Пуссепа имеется мнение и по этому поводу. В статье говорится о докладе на X съезде психиатров в Берлине в 1890 г. некоего Бурхгардта, который считал «возможным, отделяя чувствительный отдел коры от двигательного, ослабить бредовые идеи, уменьшить возбуждение». В 6 случаях он произвел соответствующую операцию: 1) иссек переднюю часть извилины Брока с обеих сторон и глубоким разрезом отделил всю двигательную область от лежащих сзади областей и 2) по поводу галлюцинаций вырезал часть коры по соседству с центром Вернике.

«Приведя эти случаи, — писали Бехтерев и Пуссеп в 1908 г., — нельзя не указать на существенный вред, приносимый в этих случаях тяжелой мозговой операцией, и можно только удивляться, что автор с дипломом врача в руках мог решиться на производство этих операций. В этом отношении без сомнения правы Брока и Мобрак, которые, ввиду совершенной необоснованности такого рода операций, сравнивают их с теми операциями, которые в средние века производил Роланд Пармский, чтобы дать выход испарениям головного мозга».

Лаборатории бехтеревской клиники всегда были полны занимающимися врачами, готовящими главным образом анатомо-гистологические диссертации. С 1896 г. в Петербурге начал издаваться под редакцией Бехтерева журнал «Обозрение неврологии и психиатрии».

С 1903 г. Бехтерев стал разрабатывать проект Психоневрологического института[2] — «высшего учебного заведения, имеющего целью ученую разработку и распространение знаний в области психологии и неврологии, а также сопредельных с ними знаний... всестороннюю разработку общей и экспериментальной психологии, психиатрии, учения о нервной системе в ее нормальном и болезненном состоянии, учения о гипнозе и внушении, педагогической и общественной психологии, криминальной антропологии с психологией преступников, а также философских наук, имеющих соприкосновение с изучением психики человека».

Бехтереву, благодаря его необычайной энергии, удалось собрать большие частные пожертвования, а также добиться субсидии от Министерства финансов, отвода земли для института из кабинетских земель, и «через четыре года (открытие института состоялось 3 февраля 1908 г.) мы уже могли

[1] Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1908, № 2 и 4.

[2] Устав института был утвержден 9 июня 1907 г.

перенести начавшиеся курсы в собственное здание за Невской заставой в бывшем царском, ныне медицинском, городке», — писал Бехтерев[1].

На собранные Бехтеревым средства к 1916 г. на этой земле было построено 11 больших зданий.

Психоневрологический институт «стал оформляться не только в ученое учреждение, но и в высшее учебное заведение, с новым внутренним строем, с новыми заданиями и совершенно новым направлением в виде Вольной высшей школы. Наряду с мужчинами, были допущены женщины, был допущен прием не только окончивших классические гимназии, но и семинаристов, и реалистов, был введен предварительный общеобразовательный курс, за которым следовали уже специальные факультеты. Функционировали факультеты: педагогический, юридический, химико-фармацевтический, ветеринарно-зоотехнический, психоневрологический. Социологию читали профессора М. М. Ковалевский и Е. В. де-Роберти.

Трудно охарактеризовать бурную деятельность В. М. Бехтерева. Он был исследователем широкого масштаба, человеком изумительной целеустремленности, быстро загоравшимся, как только он узнавал о какой-либо научной новинке. Благодаря своим трудам он завоевал крупное место в мировой науке.

В. М. Бехтерев прекрасно понимал тормозящую развитие науки и прогресса роль бюрократического полицейского режима и нередко при реакционных мероприятиях правительства горячо выступал в защиту преследуемых: так, неоднократно во время репрессий против студентов он выступал с речами в защиту студенчества; таково же было и его выступление в знаменитом деле Бейлиса.

В область организационной психиатрии Бехтерев мало вмешивался, будучи почти целиком поглощен исследовательской работой и организацией исследовательских институтов. Но он участвовал во всех правительственных комиссиях по организации психиатрической помощи и в последних умело устранял угрожавшие земской психиатрии наиболее тяжелые для нее бюрократические проекты. На съездах он выступал с блестящими либерально-демократическими речами: на II съезде в Киеве в 1905 г. он произнес речь «Личность и условия ее развития и здоровья», которую окончил обращенными к правительству словами: «Отворите мне темницу, дайте мне сиянье дня». На III съезде в 1909 г. он сделал доклад «Вопросы нервно-психического здоровья в населении России», где он говорил, что «капиталистический строй — вот основное зло нашего времени».

Из лиц, прошедших в петербургской клинике Бехтерева ассистентуру и работавших в области психиатрии, следует упомянуть М. И. Аствацатурова (1878—1936), А. В. Гервера (1873—1939), В. П. Осипова (1872—1947), А. Ф. Лазурского (1874—1917), В. П. Протопопова, Н. А. Вырубова (умер в 1918 г.), М. О. Шайкевича, В. М. Нарбута, Ю. Белицкого, Л. И. Омороков а, С. В. Владычко, Р. Я. Голант, Е. А. Шевалева. Хотя М. И. Аствацатуров и А. В. Гервер, как и Бехтерев, занимались главным образом неврологическими проблемами, все же они не чужды были и проблемам, сопредельным с психиатрией. Крайне интересны, например, работы М. И. Аствацатурова о психо-соматических взаимоотношениях при невротических симптомах военного времени, при заболеваниях внутренних органов, при каузалгии, о роли психических факторов в возникновении и устранении болевых ощущений, об истерии. А. В. Гервер работал и как практический психиатр; он был некоторое время главным врачом Больницы «Николая чудотворца».

---

[1] Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1908 стр. 440.

Разработкой научных психиатрических проблем из учеников Бехтерева занимались главным образом П. А. Останков, Б. И. Воротынский, В. П. Протопопов, В. П. Осипов, Е. А. Шевалев и Р. Я. Голант.

П. А. Останков (1868—1949), занимаясь в первый период своей научной деятельности анатомо-физиологическими исследованиями (его работы о табесе), позже целиком отдался клиническим психопатологическим наблюдениям, являясь в этом отношении исключением из всех последователей бехтеревской школы, занятых главным образом анатомическими или физиологическими проблемами. Ряд работ П. А. Останкова посвящен dementia praecox, причем он всегда отрицательно относился к расширению понимания этой болезни. Из области изучения аффективных психозов особенно известна его работа «Фазы мании». Большое место в работах Останкова уделялось методам лечения психически больных и организации ухода: он часто и иногда резко полемизировал с московскими психиатрами, которые обвиняли петербуржцев в недостаточном проведении методов нестеснения, доказывая, что и в Петербурге стремились к этому и имелись даже инициаторы ряда важных мероприятий (постельное содержание — Тимофеев и др.).

С 1901 по 1903 г. П. А. Останков заведывал кафедрой психиатрии Психоневрологического института (в советское время II Ленинградского медицинского института). В 1912 г., когда Сербский в виде протеста против политики министра Кассо ушел в отставку, Кассо предложил московскую кафедру занять П. А. Останкову, но он демонстративно отказался от этого. Это не прошло для него безнаказанно: в 1915 г. после ухода Бехтерева из Военно-медицинской академии на его кафедру был избран П. А. Останков, но другой министр, Сухомлинов, утвердил не его, а В. П. Осипова, причем кафедры психиатрии и неврологии были разделены, и кафедру неврологии занял М. И. Аствацатуров.

В. П. Осипов (1872—1947) еще студентом увлекался анатомией и физиологией нервной системы; его студенческая работа «О центральных окончаниях блуждающего и добавочного нервов» была удостоена золотой медали. Значительный интерес представляет и его диссертация «О сокращениях желудка, кишок и мочевого пузыря в течение падучных приступов» (1898), в которой он доказал, что судороги при эпилептическом припадке охватывают не только произвольную, но и гладкую мускулатуру внутренних органов.

С 1906 г. по 1915 г. В. П. Осипов был профессором в Казани, где он опубликовал работы о ботулизме[1], большую монографию «Кататония Кальбаума» (1907), «К этиологии кататонии»[2] и ряд статей о травматических психозах. При В. П. Осипове в Казани было выстроено прекрасное здание психиатрической клиники Казанского университета (закончено в 1914 г.).

Из работ учеников проф. Осипова в Казани отметим работы А. С. Шоломовича (диссертация «Наследственность и физические признаки вырождения», 1913)[3], Глушкова (об эпилепсии), Баклушинского (диссертация «Исследование крови у эпилептиков», 1914).

* * *

[1] Неврологический вестник, Казань, 1907, т. XIV, в. I.

[2] Неврологический вестник, Казань, 1908, т. XV, в. II. Осипов считал кататонию Кальбаума независимой от кататонической формы раннего слабоумия и вызываемой истощением головного мозга вследствие нарушения его питания; кататонические явления объясняются нарушением функциональных соотношений коры и подкорки.

[3] В этой диссертации Шоломович, сравнив число отягощающих факторов и признаков дегенерации у 500 здоровых и 500 психически больных, говорит, что оба эти фактора не могут считаться причиной психических болезней.

С 1901 г. Иван Петрович Павлов (1849—1936)[1] приступил к изучению физиологии мозговой деятельности.

Учение Павлова выросло в физиологической лаборатории, являясь плодом углубленного систематического эксперимента на животных. В основу изучения как безусловный рефлекс было положено выделение желудочного сока, слюны при подкармливании; применение экспериментов в том же виде к человеку было затруднительно. Павлова в первую очередь интересовало нахождение законов образования самых элементарных, первоначальных условных рефлексов. Определенное представление, что выделение слюны и желудочного сока при воздействии через экстерорецепторы является особой категорией рефлексов, сложилось у Павлова между 1901 и 1903 г[2]. В 1903 г. в речи, произнесенной на Международном съезде в Мадриде, он уже говорил, что «следующей фазой работы будет систематическое дробление и нарушение нервной системы, чтобы видеть, как будут изменяться при этом установленные соотношения. Таким образом произойдет анатомический анализ механизма этих отношений». Общие установки Павлова носили характер значительной сдержанности. Естественно-научный опыт и отграничение от широких психологических проблем были характерны для начальной стадии исследований Павлова, хотя в той же речи он уже утверждал, что путем наблюдения над деятельностью слюнной железы можно изучать экспериментально не только психологию, но и психопатологию. Но это изучение представлялось ему, повидимому, еще очень отдаленным, так как даже в 1906 г. в своем докладе в Лондоне Павлов говорил: «Остается еще один пункт: в каком отношении находятся уже приведенные многочисленные факты с фактами психологическими, что чему соответствует, когда, кому этим заниматься. Как ни интересны эти соотношения, однако надо признать, что физиология пока не имеет серьезного повода к этой работе. Ее ближайшие задачи — собирать, систематизировать и анализировать представляющийся бесконечный объективный материал». Павлов считал, что прежде всего необходимо вскрыть работу отдельного компонента, хорошенько его изучить и лишь позже можно будет заняться сложными соотношениями компонентов.

В 1909 г. в своем докладе в Москве Павлов переходит в наступление на психологию и говорит: «...вся жизнь от простейших до сложнейших организмов, включая, конечно, и человека, есть длинный ряд все усложняющихся до высочайшей степени уравновешиваний внешней среды. Придет время — пусть отдаленное, когда... анализ... охватит величественными формулами уравнений все эти уравновешивания, включая в них, наконец, и самого себя... Я не отрицаю психологии как познания внутреннег мира человека... Я только отстаиваю и утверждаю абсолютные непререкаемые права естественно-научной мысли всюду и до тех пор, где и куда она м о ж е т проявлять свою мощь»[3]. В 1911 г. в Обществе русских врачей он даже говорил: «...психологическое рассуждение — есть адетерминистическое рассуждение... Я говорю: собака подумала, собака желает — и удовлетворяюсь. И это есть фикция. А причины для явления так и нет... Наше объективное объяснение есть истинно научное, т. е. всегда обращающееся к причине, всегда ищущее причину»[4].

---

[1] Первой напечатанной работой об условных рефлексах, вышедшей из лаборатории И. П. Павлова, была работа И Ф. Толочинова (1903).

[2] И. П. П а в л о в, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных, М. — Пг., 1923.

[3] И. П. П а в л о в, там же, 6-е изд., М.—Л., 1938, стр. 123.

[4] Т а м ж е, стр. 169.

Наиболее четко взаимоотношение физиологии высшей нервной деятельности и психологии И. П. Павлов определял в докладе, приготовленном для съезда психиатров в Швейцарии в 1914 г. Свой доклад И. П. Павлов заканчивал так: «В течение тринадцати лет я ни разу полезно для успеха дела не пользовался при своих исследованиях психологическими соображениями. Физиология мозга животных не должна ни на момент сходить с истинной почвы естествознания... Можно быть уверенным, что на пути, на который вступила строгая физиология мозга животных, науку ждут такие же поражающие открытия...». Но дальше заключал: «Я вижу и преклоняюсь перед усилиями мысли в работе старых и новейших психологов,... и я проникнут убеждением, что чистая физиология головного мозга животных чрезвычайно облегчит, больше того — оплодотворит непомерную, богатырскую работу тех, кто посвящал себя науке о субъективных состояниях человека»[1].

Таким образом, школа Павлова характеризовалась исключительной последовательностью. Лишь в советское время Павлов подошел вплотную к психопатологии человека, но и здесь он исходил от эксперимента и пытался главным образом объяснить отдельные психопатологические симптомы, аналогии которых он наблюдал при известных условиях и у животных.

Экспериментально-физиологические исследования И. П. Павлова в дореволюционное время отличались упорным, осторожным накоплением аналитического и синтетического материала.

Говоря о работах по физиологии высшей нервной деятельности, необходимо, помимо работ об условных рефлексах, указать также на работы ученых по изучению закономерностей биоэлектрических явлений в нервной системе, на поиски чувствительных приборов для их регистрации. Исследования по электрофизиологии в России приобретали все большее значение для понимания динамики работы мозга, характеристики электрической активности мозга в нормальном и патологическом состоянии, входили постепенно в обиход психиатрической клиники.

Первым исследованием в области спонтанных электрических явлений в коре головного мозга является русская работа — работа 1875 г. харьковского профессора В. Я. Данилевского[2]. Он первый, независимо от появившейся работы Кеттона[3], которому обычно приписывается приоритет в этом вопросе, заговорил об улавливании биотоков мозга.

В 1881 г. Сеченов показал, что с помощью гальванометра можно уловить в продолговатом и спинном мозгу ритмические электрические явления, изменяющиеся под влиянием центростремительных импульсов. В 1883 г. Н. Е. Введенский (1852—1922)[4], ученик Сеченова, сделал первое сообщение о «телефонических исследованиях»: он стал выслушивать высоту и ритм токов действия нерва посредством телефона и таким образом получил возможность исследовать характер возбудимости нерва без участия мышцы.

В 1886 г. Введенский в диссертации изложил своё классическое учение об оптимуме и пессимуме раздражения: больший механический эффект

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных, 6-е изд., 1938, стр. 291—292.

[2] Danilewsky W., Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Gehirns, Pfl. Arch., 1875, II.

[3] Catton, Brith. med. journ., 1875, II.

[4] Введенский поздно окончил университет, так как, будучи студентом, осенью 1874 г. был арестован за «хождение в народ», затем привлекался к суду по процессу 193 (Желябов, Перовская и др.), четыре года провел в тюрьме и в ссылке и лишь в 1878 г. мог опять поступить в университет, оставаясь под надзором полиции. Это в царское время повело к тому, что официальные ученые опасались создавать популярность Введенскому и, несмотря на громадное значение его работ, в царской России имя Введенского не получило широкой известности.

при малой частоте электрического раздражения он назвал оптимумом, а слабый механический эффект при более сильных и частых раздражениях — пессимумом. Таким образом, явление торможения Введенский рассматривал как результат своего рода застаивания приступов возбуждения во времени. Это стационарное возбуждение он обозначил термином «парабиоз». В 1892 г. Введенский сформулировал свой «закон относительной лабильности». «Лабильность есть коэфициент, указывающий скорость, с которой данный физиологический субстрат успевает переходить от степени покоя к состоянию возбуждения и обратно возвратиться... к состоянию физиологического покоя с готовностью к новой реакции... и, наконец, показатель того, сколько отдельных периодов возбуждения способен субстрат вместить в единицу времени». Введенский указал, что лабильность зависит не только от исходного состояния, но «меняется на ходу» в связи с деятельностью (это изменение на ходу позже Ухтомский назвал «ускорением ритма»). Введением момента времени в определение функционального состояния ткани предвосхищалась идея о хронаксии, развитая Лапиком[1] значительно позже, и опровергался закон Дюбуа-Реймона, что возбуждение—функция интенсивности тока. В 1896 г. Введенский[2] доказал, что при одновременном раздражении на обоих полушариях однозначных центров (для передней конечности центры сгибания и разгибания достаточно разграничены) вызывается угнетение соответствующего центра другого полушария и возбуждение центра антагонистов, т. е. что в центральной нервной системе реакция определяется не только силой раздражения и функциональным состоянием раздражаемого центра, но и функциональным состоянием других центров. Таким образом, Введенский раньше Шеррингтона открыл закон реципрокной иннервации, притом в более широком значении, чем реципрокность мышечных антагонистов как закон взаимодействия системы рефлексов. Одновременно с этим В. Ю. Чаговец (1873—1939)[3] в лаборатории другого ученика Сеченова проф. И. Р. Тарханова занялся обоснованием физико-химической природы изменения протоплазмы при возбуждении нерва и положил этим основание так называемой ионной теории возбуждения, позже развитой Лебом, Нернстом[4]. Наконец, в 1901 г. в трактате «Возбуждение, торможение и наркоз»[5] Введенский сформулировал свое учение о парабиозе. Непосредственно вслед за каждым раздражением нерв на некоторое время оказывается вовсе невосприимчивым к новому раздражению, происходит подавление жизнедеятельности ткани, молекулярное уплотнение в ней (рефрактерная фаза — парабиоз), через некоторое время при известных условиях может происходить и восстановление. Выделялось три стадии парабиоза, отражающиеся на биоэлектрическом ритме: 1) трансформированная, когда ритм понижался, становился неровным, 2) парадоксальная, когда оптимум эффекта дают слабые раздражения, а сильные раздражения дают слабый эффект, и 3) тормозная стадия. Таким образом, устанавливалось генетическое родство между возбуждением и торможением: возбуждение переходит в процесс торможения на основе постоянно меняющейся в интервалах времени лабильности раздражаемой ткани («генезис акта торможения из возбуждения»).

[1] На XV Международном съезде физиологов Лапик, как он заявил, «воздал должное Введенскому», признав его приоритет, хотя до этого начало рассмотрения возбудимости как фактора времени он относил к 1900 г. (Физиологический журнал СССР, т. XIX, в. 4—5).

[2] Сообщение на III Международном съезде по психологии в Мюнхене.

[3] Впоследствии киевский профессор и член Академии наук УССР.

[4] В законченном виде Чаговец опубликовал свою теорию в 1903 г. в монографии «Очерк электрических явлений на живых тканях с точки зрения новейших физико-химических теорий».

[5] Н. Е. Введенский, Сочинения, т. IV (1-й полутом), Л., 1935.

Центральной нервной системой сам Введенский занимался мало, но его ученик и последователь А. А. Ухтомский (1875—1942), исходя из его идей о закономерности протекания раздражения в нерве, развил учение о закономерностях динамики всей высшей нервной деятельности. Первые элементы этого учения были опубликованы Ухтомским в 1911 г. в статье «О зависимости кортикальных двигательных эффектов от побочных центральных влияний» и окончательно оформились к 1925 г. Согласно учению Ухтомского, целостный акт поведения всегда является не только следствием раздражения экстра- и интерорецепторов, но и следствием уже имевшегося состояния всей центральной нервной системы. Акт есть сложная совокупность сопряженных реакций, характерных для общего состояния нервной системы субъекта в момент раздражения, и представляет работу всей нервной системы по созданию сложной нервной структуры, посредством которой акт совершается. «Физиологический интервал» между раздражением и актом — это не просто отрезок времени, в который укладывается течение отдельного возбуждения, а промежуток, требующийся для того, чтобы из ряда сопряженных реакций создался «своеобразный ансамбль— изохронность системы — со своими особыми законами». Нервы и мозговые клетки обладают способностью приспособительной настройки к состоянию ритма всей системы данного акта, способностью «усвоения ритма». Для нервных клеток характерна изменчивость их возбудимости не только в зависимости от их собственного состояния в момент раздражения, но и в зависимости от состояния других частей нервной системы. Эта способность настройки всех совместно работающих составных частей нервно-мышечного аппарата на единый для всех ритм, необходимый для акта, — изохронность, сдвигаемость ритмов в соответствии с заданием — создает согласованную в темпах и сроках деятельность. Возбуждение и торможение, появление парабиоза — часть этого организующегося ансамбля. Направляющая этот процесс—доминанта вылавливает из множества систем мозга лишь те, которые биологически в родстве с ней; доминанта образуется в ходе самой реакции; установление созависимости не дано непосредственно раздражением; суммирование последовательных возбуждений зависит не от силы возбуждения центра; могут быть условия, когда центр возбужден и без того, а добавочный стимул, наоборот, будет гасить имеющееся в нем возбуждение. Необходимо, чтобы возбуждаемый центр по состоянию всей нервной системы находился в таком «ансамбле», что он может копить и суммировать возбуждение. Наиболее выраженных доминант надо ожидать в области тонусных и как раз несильных возбуждений, когда животное не получило еще должного тонусного положения, но уже имеется готовность к нему.

Основное положение Ухтомского, таким образом, заключается в том, что судьба реакции решается не на станции отправления возбуждения, а на станции назначения, зависит от состояния принимающих клеток: «потенциалы, за счет которых питается нервное поведение,... возникают по мере проведения на самом пути проведения, по мере вовлечения в сферу реакции новых и новых возбудителей». Исходя только из внешнего воздействия и абстрактного понятия о рефлексе, нельзя предсказать реакции организма: все зависит от типа внутреннего центрального равновесия в момент раздражения. Волны возбуждения распространяются широко по всему мозгу, координированная направленность решается относительной лабильностью и интервалами возбуждения, существующими в центрах мозга в данный момент, причем центры с соответствующим настойчивым удержанием ритма вслед-

ствие предыдущей подготовки приобретают доминирующий характер среди прочих. Нервная система устроена не по принципу электрических звонков, а по принципу беспроволочных радиовещательных связей; рефлекс создается не прямым соприкосновением двух нейронов; нервный импульс, пройдя вдоль одного нейрона, встречается с новыми условиями для распространения по одному или нескольким нейронам, и, ввиду того что каждый нейрон обладает своей биоэлектрической характеристикой, импульс переходит на нейроны с родственной ему характеристикой. Таким образом, объясняется создание определенных ансамблей, суммирование, проторение путей, облегчение, которые характеризуют индивидуально приобретенное поведение.

Основы учения Введенского и Ухтомского связаны между собой и покоятся на физико-химических представлениях о сложных процессах возникновения и распространения возбуждения в живых тканях, на ионной теории возбуждения, которую начал у нас разрабатывать, как уже говорилось, В. Ю. Чаговец, а продолжал разрабатывать П. П. Лазарев (1878—1943)[1].

С морфолого-химической стороны состояние парабиоза приравнивается к «паранекрозу», описанному Д. Н. Насоновым и В. Я. Александровым. Паранекроз по Насонову — это неспецифическая реакция живого вещества клеток на всевозможные внешние воздействия, в основе которой лежит денатурация белковых тел[2]. Используя витальную микроскопию и метод прижизненной окраски, можно ясно наблюдать эти обратимые паронекротические изменения в клетке[3].

Учения И. П. Павлова и Введенского-Ухтомского отражают две стороны сеченовской физиологии. Сеченов занимался исследованием проблемы открытого им нервного торможения и значением рефлексов в поведении животного и человека. Он также являлся «пионером нарождающейся физико-химии в ее применении к физиологии», как назвал его Ухтомский в своей истории кафедры физиологии Ленинградского университета. Обе эти проблемы Сеченов считал ведущими в физиологии.

И. П. Павлов сам говорил про себя: «Я был и остаюсь чистым физиологом, т. е. исследователем, изучающим функции отдельных органов, условия деятельности этих органов и синтезирования работы отдельных органов в общую механизацию того или иного отдела организма или целого организма, и мало интересуюсь последними глубокими основаниями функционирования органа, его ткани, для чего требуется преимущественно химический или физический анализ... У меня преобладали в известные периоды, или даже временами исключительно применялись, вивисекции и физиолого-хирургические операции, а И. М. Сеченов работал почти только с химическими методами и физическими инструментами»[4].

Таким образом, если смотреть на эти направления с клинико-психиатрической точки зрения, Павлов был великим исследователем физиологических явлений, а Введенский и Ухтомский стремились к выяснению, так сказать, их физико-химического происхождения. Психиатрия в настоящее вре-

[1] Итоги исследования П. П. Лазарева изложены в его книге «Современные проблемы биофизики», М., 1945. См. также «Сборник статей по истории биофизики в СССР», М., 1940.

[2] В основе учения Введенского о парабиозе лежало наблюдение неспособности к возбуждению участка нерва, обработанного наркотиками.

[3] Д. Н. Насонов и В. Я. Александров, Реакция живого вещества на внешние воздействия. Монография, М.—Л., 1940, а также Труды Института цитологии, гистологии и эмбриологии Академии наук СССР, т. I, в. 2, 1941.

[4] И. П. Павлов, Памяти А. Ф. Самойлова, Казанский медицинский журнал, 1931, № 4—5.

мя основывается на учении Павлова, используя и учение Введенского-Ухтомского.

Будущее психиатрии — в объединении динамического учения Павлова и физико-химических исследований, начатых в школе Введенского-Ухтомского [1], и клинических исследованиях.

Известным дополнением к работам Введенского-Ухтомского являются также отличающиеся оригинальностью и не всегда достаточно оцениваемые гистолого-физиологические работы А. В. Леонтовича (1869—1943). А. В. Леонтовичем в его диссертации «Новые данные по иннервации кожи человека»[2] впервые была установлена двойственность иннервации кожи человека цереброспинальными и симпатическими волокнами. А. В. Леонтович создал интереснейшую теорию нейрона как аппарата переменного (колебательного) тока [3]: он считал, что в синапсах осуществляется передача биотока с одной системы клеток на другую, и смотрел на клетки как на живые электрические трансформаторы своеобразного устройства. Перицеллюлярные аппараты с их конечными пластинками, по мнению Леонтовича, представляют систему самоиндукции и конденсаторов, как в радиоаппаратах, для подстройки нейронов друг к другу и передачи возбуждения с нейрона на нейрон [4]. Нейрон в целом Леонтович рассматривал как стойкий к резонансу электрический колебательный томсоновский контур. Рядом работ [5] он доказал, что при прохождении возбуждения по нерву вокруг него создается электромагнитное поле, что подтверждает его электромагнитную теорию передачи нервного возбуждения с нейрона на нейрон.

* * *

Изложив важнейшие моменты учения о высшей нервной деятельности физиологов И. П. Павлова и Введенского-Ухтомского[6], несомненно, имевших решающее значение для научной психиатрии, возвратимся к дальнейшему изложению работ психиатров-клиницистов школы Мержеевского.

Представителем петербургской школы был и И. А. Сикорский (1845—1918), занявший в 1885 г. кафедру в Киеве. Он начал свою работу в Военно-медицинской академии в 1873 г. еще при Балинском, но с 1876 до 1882 г. оставался и при Мержеевском; в 1882—1886 гг. состоял врачом Больницы св. Николая. Как Данилло и Томашевский, Сикорский много занимался вопросом о психозах у детей и о дефективности детей: еще в 1881 г. появилась его работа о заикании, косноязычии, в дополненном виде изданная на немецком языке в 1895 г. [7]. Представляет интерес и его работа «О явлениях утомления при умственной работе» (1879). В 1884 г. появилась его монография «Воспитание в возрасте первого детства». Дальнейшие его работы касались психопатических эпидемий.

В конце своей преподавательской деятельности он издал два учебника: «Всеобщая психология с физиогномикой» (1904) и «Основы теоретической и клинической психиатрии» (1910). В этих книгах Сикорский указывает, что «...одним из важнейших методов изучения психики является изучение выражения лица, изучение пульса, дыхания, изучение положения фигуры

---

[1] Продолжателями и учениками Н. Е. Введенского являются И. С. Беритов, Д. С. Воронцов, Л. Л. Васильев, М. И. Виноградов, Н. П. Резвяков, И. А. Ветюков.

[2] Записки Академии наук, 1900, т. IX, № 9.

[3] Труды III Всесоюзного съезда физиологов, 1928.

[4] Биология, медицина, физкультура, М., 1933, т. II.

[5] Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1936, т. I, в. 4; 1939, т. VII, в. 2—3; Медічні журнал, 1938, т. VIII, в. 3.

[6] В данной главе мы изложили работы Бехтерева, Павлова, выполненные ими до революции. Работы в советское время изложены в главе XXIII.

[7] «Ueber die Stollern», Berlin, 1895.

в произведениях искусства», и утверждает: «Неверно, что при так называемых субъективных методах принимается во внимание только высказывание. Мы оцениваем не только слышимые слова, но их силу, экспрессию, тембр голоса, понимаем часто без слов по другим бесспорным и объективным показателям, иннервация которых исходит от корковых, а частью и подкорковых центров...».

«Мимические процессы, сопутствующие психическим переживаниям, и есть то, что должно составить предмет объективной физиологической психологии, и ими давно пользуются психиатры».

Изучение выражения лица, положения фигур на известных произведениях искусств, кривые пульса, приведенные в книгах Сикорского, представляют значительный интерес.

Учениками Сикорского были В. В. Селецкий, В. И. Руднев, М. М. Лапинский, С. М. Доброгаев.

В течение 10 лет (с 1895 по 1905 г.) И. А. Сикорский издавал в Киеве журнал «Вопросы невропсихической медицины» с подзаголовком: «Журнал, посвященный вопросам психиатрии, нервной патологии, физиологической психологии, невро-психической гигиены и пр.».

Сикорский был воинствующим идеалистом, в основу он клал идеи нравственного долга, воспитание в религиозно-национальном духе. Философские его воззрения исходили из учения Спенсера и данных физиологической психологии Вундта.

После его выхода в отставку профессором психиатрии был В. В. Селецкий.

Преемником Крепелина (кафедру в Дерпте занимал с 1886 г., после Эббингауза) в 1891 г. был назначен В. Ф. Чиж (1855—1914). Он много занимался у Вундта, Флексига, Шарко и Вульпиана и с 1885 по 1895 г. был старшим врачом в Больнице св. Пантелеймона. Помимо клинической психиатрии, он интересовался главным образом экспериментальной психологией. По возвращении из-за границы он опубликовал книгу «Научная психология в Германии». Довольно долгое время в «Вестнике клинической психиатрии» он вел подробные обзоры психологической литературы и дал ряд психологических исследований: «Исследование времени, элементарных психических процессов» (1885), «Апперцептивные процессы у душевнобольных» (1886), «Широта восприятия у душевнобольных» (1890), «Время ассоциаций» (1891), «Элементы личности» (1893), «Экспериментальные исследования памяти звуковых восприятий» (1896). Из его психиатрических работ отметим работу о раннем распознавании сифилиса нервной системы, об артериосклерозе. Неврастению он считал конституциональной болезнью, полагая, что «истинные труженики никогда неврастенией не заболевают».

В 1890 г. Чиж издал лекции по судебной психопатологии, в 1911 г.— учебник психиатрии. В своем учебнике психиатрии В. Ф. Чиж придерживается исключительно симптоматической классификации душевных болезней и совершенно не упоминает ни о маниакально-депрессивном психозе, ни о преждевременном слабоумии.

Психиатрия В. Ф. Чижа была отсталой и реакционной[1].

Из работ ученика Мержеевского Н. М. Попова (1854—1915), занимавшего последовательно кафедры в Варшаве (с 1888 г.), Казани (с 1893 г.)

---

[1] Сикорский и Чиж были наиболее яркими представителями той части петербургской школы, которая отделяла науку от общественной жизни. Они были в общественной жизни царскими чиновниками, не отказывавшимися от проведения самых реакционных приказов начальства.

и Одессе (с 1903 г.), следует отметить первый русский учебник по патологической анатомии психозов «Материалы патологической анатомии душевных болезней» (Казань, 1896). В 1897 г. им изданы «Лекции по общей психопатологии», а в 1898 г. — «Лекции по частной психопатологии».

Проф. А. Е. Щербак (1863—1934), состоявший с 1894 по 1905 г. профессором в Варшаве, еще в 1888 г. занимался исследованием обмена фосфорной кислоты и азота при умственной работе [1], о патологии влияния табака и издал в 1901 г. «Клинические лекции по нервным и душевным болезням», где он ряд отдельных симптомов нервных и душевных болезней объяснял с точки зрения оригинальной теории «синапсии» — амебоидных движений отростков нервных клеток («патологическая игра дендритов нервных клеток»). С 1911 г., переселившись по состоянию здоровья в Севастополь, А. Е. Щербак занялся обоснованием действия физиотерапевтических методов и дал ряд интересных в этом отношении работ (вегеторефлекторная теория физических методов лечения, шейная диатермия, воротник Щербака, иод-ионофорез).

П. И. Ковалевский.

В Харькове, как указывалось в главе VI, с 1877 г. доцентом по психиатрии был П. И. Ковалевский (1849—1923), занимавшийся с 1874 по 1877 г. у проф. Фрезе. После введения Устава 1884 г. он получил звание профессора и организовал самостоятельную кафедру психиатрии с базой сначала в губернской земской больнице, а позже в частной психиатрической лечебнице И. Я. Платонова. Его многочисленные работы охватывают все области нервных и психических болезней от психологии до анатомических исследований и психографий знаменитых людей. Из психологических работ представляют интерес его «Основы механизма душевной деятельности» (1885), где излагается его взгляд на развитие психической деятельности путем борьбы противоречий между мышлением и аффективным самочувствием, — противоречий, которые снимаются волей (практическим действием). Из клинических работ Ковалевского особенно следует отметить работы по сифилису нервной системы, о значении сифилиса в этиологии прогрессивного паралича и табеса, что он усиленно доказывал еще в те времена, когда многие это отвергали, о значении сифилиса для возникновения эпилепсии, о функциональных нервных заболеваниях при сифилисе (неврастения).

С 1883 г. Ковалевский начал издавать первый русский психиатрический журнал «Архив неврологии и психиатрии» (до 1896 г.). Учебник психиатрии П. И. Ковалевского был первым русским учебником и с 1880 г. выдержал четыре издания; его «Судебнопсихиатрические анализы» выдержали три издания. Все это, несомненно, содействовало распространению интереса к психиатрии среди русских студентов и врачей.

---

[1] Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, СПБ, 1889—1890, т. VII, в. 1—2.

Интересна та классификация психических болезней, которую дает проф. П. И. Ковалевский в своем первом печатном «Курсе» 1882 г.

Он считал, что «правильным будет, если за основу деления взять преобладание расстройств в той или другой области душевной деятельности... Этим самым намечается три группы душевных болезней с преобладанием:

I. Расстройства чувствительной области	Меланхолия и мания.
II. Расстройства мыслительной области	Слабоумие и первичное помешательство (параноя).
III. Расстройства двигательной области	Прогрессивный паралич. Эпилепсия».

«При этой классификации, — говорил Ковалевский, — можно сделать попытку ввести и патологоанатомическое, и физиологическое подразделение форм. Основой правильного отправления каждого органа и организма является питание. Чем больше обмен питательных веществ, тем энергичнее отправление нервного элемента. Основа всякого душевного заболевания есть в сущности нарушение питания нервных элементов, и от длительности нарушения питания зависит их анатомическое разрушение». Поэтому по Ковалевскому:

Меланхолия-анемии мозга	Пассивная меланхолия-чистая анемия (временная), 90% выздоровления. Ипохондрия (промежуточная) форма. Активная меланхолия-анемия и отек вследствие длительной анемии (хроническая форма)

Мания-гиперемия.

Циркулярный психоз-смена гиперемий и анемий.

Вторичное слабоумие-атрофия мозга вследствие длительного нарушения сосудистого питания.

Идиопатическое слабоумие — старческое, послеинфекционное, алкогольное, сифилитическое, апоплектическое, прирожденное (недоразвитие мозга).

Созыв I съезда психиатров также в известной степени был обязан энергии и пропаганде П. И. Ковалевского [1].

Ковалевский в 1892 г. был ректором Варшавского университета, но в 1897 г. был вынужден выйти в отставку. После этого короткое время (с 1903 по 1906 г.) он был профессором психиатрии в Казани, но здесь уже не проявлял большой энергии, а в дальнейшем, кроме участия в разных правительственных медицинских комиссиях, занимался только частной практикой. Последние годы П. И. Ковалевский был старшим врачом психиатрического отделения Николаевского военного госпиталя в Петербурге.

Учениками Ковалевского были: Э. И. Андрузский, З. В. Гутников, М. Н. Попов (профессор в Томске), Н. И. Мухин (до Щербака состоял профессором в Варшаве), Д. Б. Франк (в советское время профессор в Днепропетровске), И. Я. Платонов, Д. И. Орбели, Я. Я. Трутовский (доцент в Харькове, владелец большой частной лечебницы), Н. В. Краинский (в 1915 г. назначен профессором в Варшаву), А. И. Ющенко, А. А. Говсеев. Из работ учеников Ковалевского отметим работы З. В. Гутникова и А. И. Ющенко по химии мозга, которые они начали вести еще в 80-х годах, одновременно с первыми работами в Западной Европе Тудикума, работу

[1] Труды I съезда отечественных психиатров и невропатологов, СПБ, 1887, стр. 11. Заявление об этом при открытии.

А. И. Ющенко о детском прогрессивном параличе, его же работу о строении симпатических узлов.

После Ковалевского профессором в Харькове с 1892 по 1894 г. был Н. И. Мухин, а с 1894 г. до революции — Я. А. Анфимов (1852 — 1930), ученик Мержеевского, состоявший с 1892 по 1894 г. профессором в Томске. Из его работ надо отметить ряд статей по общей психопатологии — о строении сознания, личности, а также работы о бреде. Анфимов первый в мировой литературе заговорил о «периодической усталости», о легких приступах изменения настроения как своеобразном изменении физиологического ритма жизненного тонуса (легкие формы циркулярного психоза). Учениками Анфимова были — его сын В. Я. Анфимов, А. М. Левковский (первый профессор психиатрии в Саратове), А. О. Попов.

* * *

Другими путями, чем в Петербурге, шло развитие научной психиатрии в Москве[1]. Как уже говорилось в главе VI, проф. А. Я. Кожевников (1836 — 1902), заняв в 1867 г. первым самостоятельную кафедру нервных и душевных болезней в Москве, имел лишь 20 коек для нервных больных в терапевтической клинике на Рождественке. Естественно, что он не мог держать психически больных в общей больнице, и преподавание психиатрии до создания в 1887 г. психиатрической клиники было главным образом теоретическим; демонстрации больных были редки.

Алексей Яковлевич Кожевников[2] принадлежал к числу виднейших клиницистов-невропатологов, оказавших большое влияние на развитие неврологии. Еще в 1868 г. он доказал анатомически связь нервных клеток коры и мозжечка с нервными волокнами. В 1885 г. появилась его блестящая анатомо-клиническая работа об амиотрофическом боковом склерозе, а в 1894 г. он описал особую форму эпилепсии, названную его именем.

Кроме того, он был выдающимся организатором. Он создал большую школу русских невропатологов (Рот, Даркшевич, Прибытков, Минор и др.) и все время поддерживал самую тесную связь с земской медициной. В области психиатрии он как председатель организованного по его инициативе в 1890 г. Московского общества невропатологов и психиатров принимал живейшее участие и давал ценные советы по организации земских психиатрических больниц Московского, Рязанского, Нижегородского и других земств. На Московском губернском съезде земских врачей в 1898 г. он выступил с докладом о борьбе с алкоголизмом. Наконец, он был создателем московской психиатрической клиники.

Здание клиники было заложено в 1885 г. Проект клиники разрабатывался под непосредственным руководством проф. А. Я. Кожевникова академиком архитектуры К. М. Быковским. Постройка была начата в 1885 г., открылась клиника 7 января 1887 г.

Уже через год А. Я. Кожевников отказался от чтения курса психиатрии, и по его предложению вести курс было поручено доценту Сергею Серге-

---

[1] См. статьи в сборнике «50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова», М., 1940; проф. Кожевников А. Я., Описание психиатрической клиники им. А. А. Морозова с приложением планов и чертежей, М., 1887.

[2] Г. И. Россолимо в своей речи на I Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в 1927 г. так описывал внешний вид проф. А. Я. Кожевникова: «Маленького роста и субтильного сложения, слишком обстоятельный в своих движениях, в ходе и изложении мыслей для своей тщедушной фигуры. Смотрел — и всего чаще вниз сосредоточенным, серьезным взором и говорил, всегда подумавши, на редкость деловым языком».

И. Г. Оршанский.

А. О. Попов.

Я. А. Анфимов.

Н. И. Мухин.

А. М. Левковский.

Б. С. Грейденберг.

евичу Корсакову (1854 — 1900), только что успешно защитившему докторскую диссертацию. Таким образом, с самого начала в Москве преподавание психиатрии было отделено от преподавания неврологии. В течение 6 лет Корсаков продолжал работать приват-доцентом, а заведующим клиникой официально числился Кожевников. Лишь в 1893 г. Корсаков получил профессорское звание.

Всего лишь 12 лет состоял Корсаков во главе клиники, но это были годы плодотворнейшей деятельности. За этот короткий срок Корсаков сумел стать в один ряд с выдающимися клиницистами мира и был, несомненно, одним из самых замечательных представителей русской клиники. Продолжая традиции старой московской школы Мудрова, он в области психиатрии, так же как в области внутренних болезней Захарьин, Остроумов и Филатов, обосновал ее принципы научно, а практически содействовал тому, что внимание к больному, к особенностям его быта, уход за больным сделались одной из главных особенностей русской психиатрии.

Особенно велико значение Корсакова в области клинической психиатрии. Несомненно, он был признанным клиницистом-психиатром с мировым именем, начавшим построение нозологической психиатрии раньше Крепелина, официально признаваемого основателем нозологического направления.

Всемирно известной работой Корсакова является его диссертация о полиневритическом психозе со своеобразным расстройством запоминания и псевдореминисценциями[1]. Прочитанный им на Международном медицинском конгрессе в 1889 г. доклад об этой болезни имел необыкновенный успех. Председатель заседания проф. Бенедикт благодарил Корсакова за интересный доклад, который «в высокой степени подтверждает учение о том, что вся психопатология может быть сведена к повреждению мозга и вообще нервной ткани». Позднее, на XII Международном медицинском конгрессе в 1897 г. в Москве[2], проф. Жолли, сделавший на неврологическом съезде доклад о расстройстве памяти при полиневритах, предложил полиневритический психоз назвать «болезнью Корсакова». Корсаковские наблюдения были вскоре признаны психиатрами всех стран, что объясняется огромным принципиальным значением этой работы. Дело в том, что старое симптоматологическое направление уже мало удовлетворяло психиатров, рождалось стремление изучать психические заболевания, исходя из их патогенеза и этиологии (нозологическое направление). «Корсаков раньше Крепелина и, во всяком случае, независимо от него дал своим определением полиневритического психоза нозологическую концепцию, создал форму, которая являла блестящий пример нового понимания психоза с определенным патогенезом, симптоматикой, течением, прогнозом и патологической анатомией»[3].

Но важность концепций Корсакова была еще больше, что видно из того, что обсуждение их продолжается во многих работах психиатров всех стран еще до настоящего времени.

Сам Корсаков после своей диссертации, в которой расстройство памяти на недавние события с наклонностью к конфабуляции было уже тонко психологически описано, дал еще ряд работ, углубивших и уточнивших это

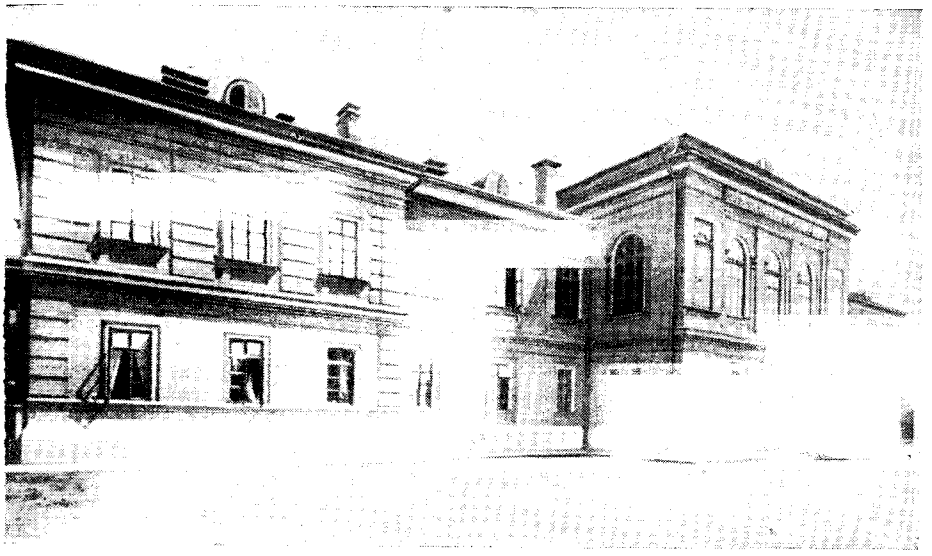
---

[1] Первая работа С. С. Корсакова об этом опубликована в Вестнике клинической и судебной психиатрии и неврологии, СПб, 1887, т. IV, в. 2.

[2] Этот съезд в Москве собрал большинство не только русских, но и иностранных врачей. Из невропатологов-психиатров на нем присутствовали Крафт-Эбинг, Шюле, Ломброзо, ван Гехюхтен, Грасси, Балле, Жолли, Оппенгейм, Эрб, Бенедикт, Режис и многие другие.

[3] 50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова, М., 1940, стр. 5.

описание [1]. Учение Корсакова было иллюстрировано описанием большого числа соответствующих случаев его учениками [2]. Однако уже с самого начала [3] указывалось, что подобное расстройство встречается и при прогрессивном параличе, и при опухолях мозга, и при артериосклерозе, в связи с чем было предложено эти расстройства памяти называть корсаковским симптомокомплексом. Бонгеффер описывал корсаковский психоз со всем своеобразием его течения как своеобразную реакцию на экзогенные вредности[4], но полагал, что этот психоз надо отличать от расстройства памяти корсаковского типа при очаговых заболеваниях мозга. Также и Крепелин делил корсаковские явления на инфекционный психоз и на корсаковский синдром, возникающий при органических болезнях.



Московская психиатрическая клиника.

Уже сам Корсаков указал, что в некоторых случаях описанного им психоза имеются дефекты психики, выходящие за пределы расстройств памяти. Намеченные им при этом мысли были развиты русскими и зарубежными учеными, которые много работали над выдвинутым Корсаковым вопросом, признавая громадное значение наблюдений Корсакова для понимания психической деятельности вообще. Бонгеффер[5] указал, что конфабуляции едва ли можно объяснить расстройством памяти.

---

[1] Медицинское обозрение, 1889, № 13; Сборник в честь Кожевникова, 1890, Arch. Psych., 1892, Bd. 23.

[2] Суханов и Орлов, Протоколы общества невропатологов, М., 1901; Суханов и Чельцов, Медицинское обозрение, 1901, № 11; Бутенко и Суханов, Журнал имени Корсакова, 1903, № 1—2—3; Розенштейн, Сборник работ по психиатрии, 1921; Журнал имени Корсакова, 1925, № 2; Гейер, Современная психиатрия, 1911, № 1—2; Гиляровский, Современная психиатрия, 1909, № 10—11; 1912, стр. 93; Зиновьев, Труды психиатрической клиники, Девичье поле, 1927, т. 2.

[3] Charité Annalen, 1897.

[4] Работы Залмансона Паро связывают псевдореминисценции с делирием.

[5] Allg. Ztschr. Psych., 1904, Bd. 61.

Таким образом, при корсаковской болезни дело идет об особенностях механизмов высшего человеческого мышления, мышления планирующего, могущего объединить прошлый опыт с планами на будущее. В ряде современных работ говорится о разных видах расстройств памяти корсаковоподобного типа.

Следовательно, отмеченное впервые Корсаковым расстройство памяти послужило основанием не только к выделению особой клинической единицы, но и к расширенному изучению расстройства мышления вообще.

Последними русскими сводными работами о корсаковском синдроме и корсаковской болезни являются работы Гейера и Серейского, помещенные в сборнике «50 лет московской психиатрической клиники», а также монография Р. Я. Голант «О расстройствах памяти».

Помимо учения о расстройствах памяти, в высшей степени оригинально учение Корсакова об остро развивающихся психозах[1]. Хотя рядом со своим названием «дизнойя» Корсаков ставит в своей классификации мейнертовское название «аменция», однако дизнойя Корсакова совсем не равнозначна аменции Мейнерта.

В 1891 г. вопрос об острых психозах был программным на IV Пироговском съезде. На этом съезде С. С. Корсаков, являвшийся докладчиком по данному вопросу, высказал ряд интереснейших положений, показавших, что уже в это время, т. е. за 10 лет до Крепелина, он думал о необходимости создания нозологической психиатрии. В своем докладе Корсаков прежде всего взял под сомнение правомерность расширенного понимания Мейнертом аменции, причем мотивировал это так: «Достаточно привести хотя бы взгляд Мейнерта, что он вводит в одну форму аменции и белую горячку, и малые эпилептические припадки, и состояния истерического расстройства сознания, и многое другое... Все это заставляет думать, что название „аменция" скорее есть обозначение симптомокомплекса, чем форма болезни». Далее, Корсаков, приведя прогрессивный паралич как образец «естественной болезненной единицы», говорил: «К выделению таких форм мы и должны стремиться».

Описывая в своем «Курсе психиатрии» дизнойю, он считал характерными чертами ее: «бессвязность идей, расстройство сочетания их по высшим связям — смыслу; расстраивается деятельность руководящей ассоциациями силы. Получается состояние, напоминающее состояние во время сновидений (сноподобное помешательство И. Г. Оршанского)[2]»... «...функция аппаратов, доносящих впечатления до центров, совершается правильно. и потому... отдельные впечатления внешнего мира могли бы восприниматься правильно, но так как они сочетаются не с теми образами и понятиями, с какими бы должны бы были сочетаться, то предметы внешнего мира и явления внутренней жизни узнаются неправильно или совсем не узнаются»[3]..., ... «Возникает мучительное чувство неясности, бессилие в определении своего положения, отсюда аффект тоски, ужаса, страха, тревоги. В других случаях, наоборот,... больной чувствует, что ему стало все понятно, он разрешил все противоречия, сделал великие открытия... Во многих случаях явления возбуждения в сфере эмоциональной выражающейся различными аффектами, довольно скоро при усилении болезни сменяются упадком возбудимости душевного чувства,

---

[1] См. докторскую диссертацию О. В. Кебрикова и его статью в журнале «Невропатология и психиатрия», 1947, № 2.

[2] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, М., 1901, 2-е изд., т. II., стр. 83

[3] С. С. Корсаков, Курс психиатрии М., 1901, 2-е изд., т. II. стр. 840—84

С. С. Корсаков.

доходящим до полного безразличия, полной тупости не только высших, но и низших чувствований, как, например, чистоплотности... В дальнейшем периоде часто является подавление волевой деятельности, иногда дело доходит до полного автоматизма и неподвижности или ряда однообразных, монотонных, почти стереотипно повторяющихся актов» [1].

Корсаков в своем «Курсе психиатрии» выделял: 1) абортивную, 2) бредовую и 3) ступорозную форму дизнойи. Он считал, что все поводы для возникновения дизнойи таковы, что их легко свести на влияние на нервную систему какого-нибудь ядовитого вещества, и потому аутоинтоксикационная гипотеза навязывается сама собой» [2]. Корсаков считал, что одной симптоматической картины для выделения «естественной формы» недостаточно, — необходимо описание и дальнейшего течения дизнойи. Она «часто кончается выздоровлением, но нередки случаи, когда выздоровление не наступает, а болезнь переходит в неизлечимую форму слабоумия... бывают случаи, когда болезнь кончается смертью» [3].

Таким образом, в этом учении о дизнойе еще в 1891 г., т. е. в те годы, когда Крепелин еще ничего не говорил о своей концепции преждевременного слабоумия, Корсаков довольно ярко, стремясь к выделению «естественных болезненных единиц», подобных прогрессивному параличу, выделил острые приступы аутоинтоксикационных психозов с правильным формально восприятием внешнего мира, но с неправильным сочетанием этих восприятий (разорванность), иногда со ступором, т. е. ярко выделил острые формы особой болезни, составляющей одну из основных форм теперешней шизофрении.

Корсаков при этом был очень далек от того, чтобы видеть основу выделения этой болезни в исходных состояниях, — ограниченности, в которую впал Крепелин, и неправильность которой он сам признал только в 1920 г., говоря о «шизофренном регистре». Корсаков, наоборот, изучал динамику острых состояний и видел главное в патогенезе, понимая возможность различных исходов от смерти, слабоумия до выздоровления. Формулируя в своем учебнике психиатрии издания 1893 г. понимание симптомокомплекса, Корсаков уже тогда указывал, что различные симптомокомплексы в течение болезни могут заменять друг друга, но при каждой болезни получают своеобразный оттенок.

Надо еще упомянуть, что психозы, связанные с общим соматическим состоянием, с инфекцией, с интоксикацией, Корсаков выделял в особую группу. Таким образом, в его классификации мы видим яркое стремление к выделению совершенно особой аутоинтоксикационной нозологической формы. Крепелин, стремясь к построению нозологической психиатрии, останавливался главным образом на описании исходных состояний, Корсаков же стремился к описанию острых состояний и дает их в ярком и глубоко проникновенном виде, тесно связывая клиническую картину с патогенезом и полагая, что исход и течение болезни зависят от вторичных осложняющих факторов и способности организма к сопротивлению.

Преждевременное слабоумие Корсаков причислял к смешанным формам — везаниям, в этом опять-таки нужно видеть более глубокое понимание нозологического принципа, чем у Блейера, Крепелина с их расширением шизофрении. Например, о кататоническом симптомокомплексе Корсаков писал: «наблюдения последних 10 лет показали, что тот симптомокомплекс,

---

[1] Там же, стр. 843—844.
[2] Там же, стр. 849.
[3] Там же, стр. 857.

который Кальбаум считал характерным для кататонии, так называемый „кататонический симтомокомплекс", приходится наблюдать у очень разнородных больных»[1]. «...трудно поставить диагностику между той или другой формой остро-развивающегося бессмыслия и кататоническим помешательством»[2].

Говоря о концепции Крепелина, Корсаков писал: «Сомнение в верности выводов Крепелина возбуждает то, что попадаются совершенно одинаковые по внешнему проявлению случаи, из которых одни кончаются выздоровлением, другие — слабоумием; если так, то нельзя не думать о том, что, может быть, неблагоприятный исход обусловливается не самой сущностью болезненного процесса, а условиями, при которых течет он, например, с одной стороны, недостаточно сильным противодействием организма, уже до этого ослабленного и инвалидного, или, с другой — недостаточно благоприятными воздействиями окружающей среды, усиливающими интенсивность болезни[3]».

Во всяком случае и описание дизнойи, и отделение ее от интоксикационных и инфекционных психозов, как и построение созданного им самим корсаковского психоза, свидетельствовали о настойчивости стремления Корсакова почти с самого начала его научной работы перестроить психиатрию по нозологическому принципу.

Что касается классификации психических болезней, то С. С. Корсаков считал, что «классификация должна: 1) дать возможность всякую наблюдаемую форму, хотя бы чисто симптоматическую, психического расстройства обозначить определенным названием, 2) чтобы классификация удовлетворяла главным образом клиническим потребностям, т. е. помогла бы разделить болезни на формы по особенностям их симптомов и течения, и 3) в то же время не заставляла бы насильственно втискивать тот или другой случай, не подходящий к точному определению, в узкие рамки установленных форм и тем давала бы возможность дальнейшего развития наших знаний относительно отдельных форм душевных болезней».

Классификация С. С. Корсакова

I Класс. **Скоропреходящие психические расстройства, симптоматические и самостоятельные**

А. Скоропреходящие психические состояния, связанные с общими соматическими болезнями.
1. Лихорадочный бред, Delirium febrile.
2. Психопатические состояния при общих болезнях, не обусловленные лихорадкой. — Инфекционный бред.
3. Бред при коллапсе.
4. Астеническая спутанность, Confusio mentalis asthenica.
5. Травматический или «нервный» бред, Delirium nervosum s. traumaticum.
6. Состояния коматозные и т. п.

Б. Психопатические состояния при отравлениях.
1. Отравление алкогольными напитками, опьянение.
2. Другие отравления, выражающиеся в расстройстве психической деятельности.

В. Самостоятельные скоропреходящие психопатические состояния.
1. Скоропреходящее умопомешательство. Vesania transitoria.
2. Патологический аффект.
3. Патологические проявления сна (сомнамбулизм, просоночный бред, летаргия).
4. Другие скоропреходящие психопатические состояния (гипнотические и др.).

---

[1] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, М., 1901, 2-е изд., т. II., стр. 911.
[2] Там же, стр. 916.
[3] Там же, стр. 919.

II Класс. **Психозы и психопатические конституции.**

А. *Первый отдел.* Основные формы психозов.

1. Меланхолия
   - Dysthymia (melancholica)
   - Melancholia typica
   - Melancholia attonita, melancholia c. stupore

2. Мания
   - Mania exaltativa
   - Mania typica (furibunda)
   - Mania gravis

3. Остро развивающееся бессмыслие, Amentia Meynerti, Dysnoia.

Виды:

а) Dysnoia abortiva.
б) Dysnoia deliriosa, острое бредовое бессмыслие или острое галлюцинаторное помешательство.
в) Dysnoia stuporosa, stupiditas, острое ступорозное бессмыслие, первичное острое слабоумие.
г) Dysnoia dementica.

4. Первичное помешательство, paranoia.

1. Острое и полуострое, Paranoia acuta et subacuta:

Его виды:

а) типический бред преследования с систематическим развитием,
б) резонирующая форма бреда преследования—его подвид—сутяжное помешательство.

2. Хроническая паранойя, Paranoia chronica.

в) религиозное помешательство.
г) эротическое помешательство.
д) другие виды.

5. *Смешанные формы:*

1. Меланхолическое умопомешательство, Vesania melancholica.
2. Неистовое умопомешательство, Vesania maniacalis.
3. Кататоническое умопомешательство, Vesania catatonica.
4. Преждевременное слабоумие, Dementia praecox:
   а) юношеская форма
   б) dementia paranoides.
5. Другие смешанные формы.
6. Исходные состояния:
   а) Вторичное помешательство, Paranoia secundaria.
   б) Вторичное слабоумие, Dementia secundaria.

Б. *Второй отдел.* Органические психические расстройства.

Органические психозы.

1. Острый бред, Delirium acutum.
2. Прогрессивный паралич помешанных, Paralysis progressiva alienorum.
3. Старческое слабоумие, Dementia senilis.
4. Недостаточно определенные разлитые органические заболевания, выражающиеся психическими симптомами.
5. Полиневритический психоз, Psychosis polyneuritica.
6. Сифилис головного мозга, Lues cerebri.
7. Слабоумие вследствие органического заболевания мозга, Dementia e laesione cerebri circumscripta.

В. *Третий отдел.* Психопатические конституции и конституциональные психозы.

1. Периодические психозы. Конституция периодических психических расстройств, Psychoses periodicae, Psychoses intermittens:

Виды:

а) Простые периодические формы.
б) Циркулярные формы.

2. Прирожденная психопатическая конституция, Psychopatia degenerativa. originaria.

Проявления:

а) Общая неуравновешенность.
б) Paranoia originaria.
в) Индуцированное помешательство.
г) Бредовые вспышки дегенерантов.
д) Резонирующее помешательство.
е) Нравственное помешательство.
ж) Половое извращение.
з) Импульсивное помешательство.
и) Синдромы, еще не вполне выделенные.

3. Неврастеническая конституция. Неврастения и неврастенические психозы. Psychosis neurasthenicae.

4. Психозы дегенеративно-неврастенические:

1) Психозы в форме навязчивых идей.
2) Ипохондрия и ипохондрические психозы. Hypochondria et psychoses hypochondricae.

5. Эпилептическая конституция, эпилептические психозы. Psychoses epilepticae. Проявления:

а) Психическая дегенерация эпилептиков.
б) Скоропреходящие эпилептические психозы.
в) Затяжные эпилептические психозы.

6. Истерическая конституция, истерические психозы. Psychoses hystericae. Проявления:

а) Психическая дегенерация истеричных.
б) Скоропреходящие формы истерического психического расстройства
в) Затяжные формы истерического психического расстройства.
г) Психозы на истерической почве.

7. Конституция, связанная с другими неврозами.

Другие невропатические психозы (хореические психозы, психозы при базедовой болезни, при болезни судорожных подергиваний и др.).

8. Психопатическая конституция, связанная с болезнями общего обмена и питания и хроническими болезнями отдельных систем и органов (психические расстройства при микседеме, при туберкулезе, при артритизме, при парасифилитических процессах, при кахексиях).

9. Психопатическая конституция, развивающаяся как последствие мозговых, в частности, психических болезней.

10. Конституциональные психические болезни вследствие хронических отравлений:

а) Хронический алкоголизм, куда относятся психическая дегенерация пьяниц, белая горячка, затяжной бред и пр.
б) Морфинизм.
в) Кокаинизм.
г) Другие хронические интоксикации.

11. Конституциональные психические расстройства, связанные с травмами (физического и психического свойства).

12. Психопатическая конституция, развивающаяся в связи с процессами периодов развития (психозы детей, периода полового развития, беременности, климактерического периода, старческие психозы).

13. Психопатическая конституция, связанная с этнографическими (расовыми) особенностями.

14. Недостаточно выделенные психопатические конституции.

III Класс. **Состояние психического недоразвития**

1. Идиотизм в тесном смысле слова, Idiotismus.
2. Тупоумие Imbecilitas.
3. Кретинизм Cretinismus.

Классификация С. С. Корсакова была единственной полной и оригинальной русской классификацией психических болезней.

С. С. Корсаков был не только крупным клиницистом, он в течение всей своей деятельности проводил и большую общественную, организационную, врачебную и психиатрическую работу.

В течение 10 лет он был ординатором городской психиатрической больницы. По своей предыдущей работе, связям и навыкам это был типичный представитель либеральной разночинной интеллигенции 80 — 90-х годов[1]. Он был не только академическим ученым, но и больничным врачом, стремившимся поставить уход за больными на возможно высокий уровень: в психиатрии он был проповедником системы нестеснения, постельного содержания, лечения на дому. Корсаков принимал деятельное участие и в объединявших земских врачей организациях: он был постоянным членом правления Пироговского общества, редактором журнала этого общества. Много сил он тратил и на помощь молодежи: он был председателем Общества нуждающимся студентам. Корсаков был далек от сухого бюрократизма и, например, на I съезде психиатров в 1887 г. при обсуждении вопроса об уставе для психиатрических больниц вместе с земскими психиатрами М. П. Литвиновым и П. П. Викторовым возражал против передачи этого устава на утверждение царского правительства. Он возражал против превращения земских психиатров в чиновников Министерства внутренних дел, недопустимость чего не могли понять петербургские чиновные психиатры.

Корсаков воспринял все своеобразные традиционные воззрения московской медицинской профессуры, ведущие свое начало от Мудрова и Саблера, и был продолжателем лучших из этих традиций. Московская школа прославилась тем, что основным ее принципом было лечение самого больного.

Представители московской школы стремились быть прежде всего тонкими наблюдателями индивидуальных реакций больного на болезнь, при лечении принимали во внимание все особенности быта больного, стремились устранить вредные его стороны, придавая лекарствам лишь вспомогательное значение.

Еще Мудров очень подробно разработал приемы анамнестического обследования больного и основы своего учения подробно изложил в «Слове о способе учить и учиться медицине практической». Мудров также был не только оригинальным, самобытным ученым, но и энергичным организатором учебной части. Он был деканом московского медицинского факультета и в 1813 г., после нашествия Наполеона, как сказано в официальных документах, «открыл факультет собственным иждивением», организовав клинику на собственные средства. Он принимал большое участие и в проведении общественно-организационных оздоровительных предприятий: будучи членом комиссии по борьбе с холерой в 1831 г. и активно организуя дело, он сам заболел холерой и погиб.

Такое же миросозерцание, не разрывающее науку и практику, сложилось и у С. С. Корсакова в Преображенской больнице, и в кружке доцента по физиологии В. Е. Глики, заведывавшего нервным отделением Яузской больницы (1880 — 1885), в котором участвовали многие московские врачи,

---

[1] Его внешний облик Г. И. Россолимо описывает так: «Еще молодой, но достаточно тучный, хотя и подвижной, всегда озабоченно стремящийся куда-то, в развевающемся черном сюртуке и белом фуляровом галстуке, с беспорядочно лежащими, то торчащими волосами...с окладистой темнорусой бородой, с обычно улыбающимися глазами-щелками. Речь осторожная, с запинками, негромким, теноровым голосом ...» (Приветствие членам I Всесоюзного съезда, Сборник психоневрологии, посвященный А И. Ющенко, Ростов-на-Дону, 1928, стр. 4.)

а также в частной лечебнице М. Ф. Беккер путем постоянного практического наблюдения больных.

Благодаря своим особенностям, своей постоянной связи с земскими врачами и общественностью Корсаков способствовал внедрению системы нестеснения во всех психиатрических больницах России: его авторитет был так велик, что система нестеснения, встречавшая так много препятствий при своем проведении в жизнь во Франции и Германии, несмотря на крайние трудности ее проведения в переполненных, бедных по оборудованию земских больницах, широко вошла в русскую психиатрию почти без всяких дискуссий.

Само собой разумеется, что исторически сложившаяся относительная мягкость и терпимость населения по отношению к поведению психически больного помогли этому. Корсаков, призывая врачей к проведению этой системы, прежде всего требовал проявить практическую сметку, а не ограничиваться мелким теоретизированием, как и когда надо поступать в отдельных случаях возбуждения.

В своем докладе «О нестеснении» I съезду психиатров в 1887 г. он хотя и привел все возражения против этой системы, не останавливался на мелких деталях дела, а четко заявил, что самое главное, что препятствует введению системы нестеснения, это «...если врач не имеет ни достаточно времени, ни достаточно полномочий, чтобы самому проводить эту систему. Действительно авторитетное влияние врача необходимо... Если врач вооружился твердой решимостью, все улаживается как нельзя лучше».

На I съезде Корсакову, защищавшему систему нестеснения, возражали П. Я. Розенбах, М. Н. Нижегородцев, а в дальнейшем в ряде статей петербуржцы[1] в связи с введением постельного содержания разрабатывали мелкие показания, когда и какие все же необходимы меры стеснения. И в этом, нам думается, сказывалась привычка придавать, как при анатомо-физиологических экспериментах, значение мелким деталям в противоположность схватыванию целого москвичами. С этой стороны петербургская и московская школа, быть может, дополняли одна другую.

Представляют интерес и суждения С. С. Корсакова о профилактическом значении брачного подбора в человеческом обществе, высказанные им еще в 1901 г. [2]. В отделе «Общая терапия душевных болезней» своего «Курса психиатрии» он пишет: «Мы знаем, что одной из главных причин душевных болезней является *наследственность*: ...поэтому на обязанности врача лежит принимать зависящие от него меры, чтобы предупреждать вредное влияние наследственности... Хотя многие ученые, а особенно желающие казаться учеными... с горечью указывают на то, что люди, так много заботящиеся о разведении хорошей породы лошадей, скота, собак и достигающие удивительных результатов, именно пользуясь результатами изучения условий передачи наследственных свойств, нисколько не думают о том, чтобы таким же путем улучшить породу людей, — все-таки задача изменения человеческого рода путем подбора слишком сложна: она сталкивается с самыми жизненными интересами человека — со свободой его личности, с невозможностью провести даже сравнительно простые и общепризнанные гигиенические требования в жизнь, раз они не находят к себе сочувствия в сознании общества и раз они сталкиваются с идеями гуманности. А меры, которые следовало бы принять..., в высшей степени стеснительны для отдельных личностей и притом для очень большого числа личностей... Высказывались и такие крайние взгляды, что мужчин, могущих

[1] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, М., 1901, 2-е изд., т. I, стр. 529—530.
[2] Там же, стр. 529.

производить вырождающееся потомство... нужно кастрировать, но ведь этот взгляд граничит с изуверством!... Ввиду этого врач... не должен выставлять крайние требования,... врач должен энергично протестовать против браков с душевнобольными. На обязанности врача лежит разъяснение того, что многие дегенеративные формы (как, например, половое извращение, нравственное помешательство), также эпилептическое психическое расстройство, циркулярный психоз могут протекать скрытно,... а тем не менее браки и при этих болезненных формах в высшей степени опасны для могущего быть потомства. Точно так же опасны для потомства браки с алкоголиками. В случае заболевания после брака на обязанности врача лежит разъяснение супругам крайнего вреда для потомства, который может произойти от половых сношений между супругами, если один из них душевнобольной... Я считаю, — писал Корсаков, — что если существует опасность деторождения от одного из душевнобольных супругов, то это является вполне достаточным основанием для изоляции больного или больной от семьи».

Отметим, что в книге В. И. Яковенко «Душевнобольные Московской губернии» также приводятся очень интересные соображения о вреде наследственности психических болезней для потомства и о неприменимости, однако, к человеку ветеринарных мер подбора. В этой книге даны сведения о брачности и детности психически больных. «Из 2 903 больных, обнаруженных переписью, — писал Яковенко, — оказались состоящими в браке 676 мужчин (40,6%) и 486 женщин (39,2%), и из них у 513 мужчин и у 360 женщин, т. е. в 893 семьях, было 4 643 детей, причем 3 410 детей рождены до обнаружения болезни у одного из родителей (72,3%) и лишь 1 233 (27,7%) — во время или после болезни... Случаев, где вступали в брак лица с явно выраженными приобретенными психозами, в Московской губернии не оказалось, кроме 10 мужчин и 3 женщин с врожденным слабоумием нерезкой степени... Если сравнительно легко бороться против появления на свет детей (всего 27,7% детей родилось после психоза) от заведомо душевнобольных родителей изъятием последних в лечебницы, то предотвратить таким мероприятием нарождение детей от родителей, еще не обнаруживших душевные болезни, хотя и носящих, как обнаруживается впоследствии, к тому предрасположение, — дело невозможное, а между тем в количественном отношении (72,3%) здесь-то и кроется наиболее серьезная опасность».

Таким образом, и С. С. Корсаков, и В. И. Яковенко со всей ясностью указали на недопустимость законов о стерилизации в целях профилактики психических болезней.

Что касается философского мировоззрения Корсакова, то он был типичным русским либеральным интеллигентом 80 — 90-х годов[1]. В основе его миросозерцания лежал ряд материалистических положений: Корсаков признавал реальность существования материального мира, говорил о постепенном развитии человеческого сознания, большое значение придавал действенности человеческого сознания, говорил о значении для психического развития возникновения речи и общения с другими людьми[2].

Душевные болезни, по мнению Корсакова, «по своим проявлениям суть расстройства личности, по локализации — болезни переднего мозга». Психическая деятельность тесно связана с физиологическими процессами; сознание является функцией деятельности мозга. Мозг живет и функционирует благодаря подвозу к нему питания сосудами, благодаря химическим превращениям, происходящим в нервных элементах.

---

[1] По терминологии С. И. Мицкевича.

[2] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, М., 1901, 2-е изд., т. 1, стр. 5, 12, 48.

Но в то же время он говорил о «направляющей силе ума», которая предшествует сознательной деятельности, которая создает самую возможность восприятия ощущений... «Это — воля в широком смысле слова... единая мировая сила, которая определяет и совершенствование видов»[1].

«Действующая мировая сила едина, как едина мировая материя: и материальные, и духовные явления одинаково представляют ее различные проявления»... Психическое начало выступает как результат эволюции и дифференциации мировой силы. Поэтому сама энергия может быть признана лишь движущим началом, а не духовным фактором. В мировой силе нет ничего разумного, всеблагого, сверхвременного[2]».

Корсаков считал себя «представителем, — как он сам выразился, — естественно-научной области знания». И это ярко видно, например, из его выступления в 1894 г. на диспуте по докторской диссертации психолога-философа Н. Н. Ланге, который первый из представителей университетской философии представил работу по экспериментальной психологии[3]. В то время как первый оппонент на диспуте проф. Л. М. Лопатин, которого Ленин назвал философским черносотенцем[4], упрекал Ланге за применение экспериментального метода в психологии и утверждал, что этот метод, «применяемый к решению вопросов о воле и разуме... не может заменить метода психологической интроспекции», Корсаков говорил диссертанту: «*Метод ваш есть метод натуралиста. Этого метода давно ждали психологи...* Считаю обязанностью выразить вам полное сочувствие по поводу метода, которого вы в ваших исследованиях держитесь... Несмотря на то, что психология, изучая явления душевной деятельности, изучает, следовательно, явления природы, метод естественных наук не считался для нее необходимым. Хотя врачи и вообще натуралисты постоянно вносили богатый материал в научную психологию, но все-таки профессиональными психологами считались не натуралисты... Лишь в последнее время замечается новое направление между психологами, и вы являетесь одним из видных представителей этого направления». И это Корсаков приветствовал.

Подобное заявление для профессора той эпохи было прогрессивным. В Петербурге профессором философии тогда был идеалист М. И. Владиславцев, «Психология» которого (1881) была резко направлена против материализма. Его ученик Н. Я. Грот, вначале бывший сторонником Сеченова (его работа «Психология чувствований»), вскоре отошел от своих первоначально материалистических воззрений и сплотил вокруг себя наиболее ярких представителей идеалистической философии. Киевский профессор Гогоцкий, профессор Московской духовной академии Голубинский, в Московском университете Л. М. Лопатин и С. Н. Трубецкой, — все тянули психологию в лоно богословия. Н. Н. Ланге, написавший позже интересный курс психологии[5], был, таким образом, единственным в то время из психологов-философов, далеких от мистицизма.

Некоторые исследователи считают, что основное направление москов-

---

[1] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, М., 2-е изд., т. I, 1901, стр. 90, 97, 98, 131—132; «К психологии микроцефалов», Вопросы философии и психологии, 1894, кн. I, стр. 190—191.

[2] Прения по докладу Н. Я. Грота «О времени», Вопросы философии и психологии, 1895, кн. 1, стр. 105.

[3] Отчет о диспуте помещен в журнале «Вопросы философии и психологии», 1894, кн. 4 (24).

[4] В. И. Ленин Материализм и эмпириокритицизм, 1948, стр. 282.

[5] «Итоги науки в теории и практике», под ред. М. М. Ковальского, Н. Н. Ланге, Н. Морозова и В. М. Шимкевича, т. VIII; Н. Н. Ланге, Психический мир, изд. «Мир», М., 1914.

ской психиатрической клиники было чисто «феноменологическим» в противоположность анатомо-физиологическому петербургскому направлению. Мы полагаем, что это неверно. Стремясь к возможно более глубокому описанию клинических явлений, Корсаков прежде всего хотел понять патогенез психозов, их анатомо-физиологические механизмы в их динамике. Явление понималось Корсаковым в единстве с сущностью, а не оторванно, описание понималось как подготовительная работа для причинного патогенетического объяснения и действенного воздействия на болезнь, о чем особенно свидетельствовали нозологические устремления Корсакова, о которых мы уже писали. Велись в московской клинике и патогистологические работы и прежде гистологическая часть диссертации самого Корсакова; целью их было также выяснить патогенез определенных психопатологических картин; наконец, связь с практической психиатрией говорила за практически действенное научное направление в клинике, а не за чисто феноменологическое.

Анатомия и физиология не отрывались в московской клинике от психопатологии, структура мозга изучалась в связи с клиническими явлениями. Такова, например, диссертация С. А. Суханова «Материалы к вопросу о четкообразном состоянии протоплазматических отростков нервных клеток мозговой коры» (М., 1899). В этой работе С. А. Суханов изучал, какое значение имеют наблюдающиеся на протоплазматических отростках нервных клеток здоровых животных маленькие отростки — «шипики» — и какое значение имеют появляющиеся иногда на тех же отростках четкообразные утолщения (монилиформное состояние дендритов). Некоторые авторы считали, что монилиформное состояние является состоянием покоя, сна клетки, результатом ее разобщения с другими клетками, а появление шипиков свидетельствует о деятельном состоянии клетки. На основании изучения состояния клеток у животных, подвергавшихся действию разнообразных снотворных, различных отравлений, С. А. Суханов пришел к заключению, что «шипики» действительно свидетельствуют о деятельном состоянии клетки, но варикозные вздутия — явление патологическое, результат своеобразной дегенерации клетки. В своей работе, выполненной совместно с Агаповым, С. А. Суханов наблюдал монилиформное состояние в 6 случаях прогрессивного паралича, отсутствие же «шипиков» наблюдалось в случаях острого бреда и в 2 случаях вторичного слабоумия.

Чрезвычайно интересно также, что еще в 90-х годах С. А. Суханов высказал соображение (принимаемое также и Бехтеревым), что переход мышления в действие, отнесение ощущения на периферию происходит посредством существующих среди чувствительных (т. е. центрипетальных) волокон, также и волокон центрифугальных[1], которые от центров проводят возбуждение к периферии. Это соображение теперь, как известно, является общепризнанным. В работах Вейденгаммера и Семидалова об остром бреде как геморрагическом энцефалите авторы также стремились найти анатомический субстрат болезни.

После смерти Корсакова в клинике продолжались гистологические исследования мозга под руководством С. А. Суханова. В 1904 г. вышла диссертация Т. А. Гейера «Материалы к вопросу о развитии протоплазматических отростков нервной клетки спинного мозга» и начались исследования М. О. Гуревича о нейрофибриллах[2].

---

[1] С. С. Корсаков, Курс психиатрии, М., 1901, 2-е изд., т. I, стр. 39.

[2] «О фибриллярном строении нервных элементов», Журнал невропатологии и психиатрии имени Корсакова, 1904, № 5 (свою диссертацию «О нейрофибриллах» М. О. Гуревич, вследствие ухода из клиники, закончил в клинике Бехтерева в 1906 г.).

Интересовали московскую клинику и вопросы экспериментальной психологии: при клинике была создана психологическая лаборатория, которой заведывал А. А. Токарский (1859 — 1901), издавший пять выпусков «Записок лаборатории». Из работ лаборатории отметим работы самого Токарского: «Экспериментальные материалы по памяти» (1894 — 1895), «О кратчайшем времени простой реакции», работу Целикова «О памяти зрительных восприятий», Подъяпольского «О вкусовых ощущениях» и Белкина «О кожных ощущениях».

В экспериментально-психологических работах А. А. Токарского следует отметить критическое отношение к ряду идеалистических вундовских положений: А. А. Токарский неоднократно выступал в Московском психологическом обществе против вундовского понимания апперцепции и воли как направляющих сознание сил, считал апперцепцию результатом взаимодействия среды и организма[1], ярко выступал против мистико-идеалистических воззрений Л. М. Лопатина и Н. Я. Грота.

Интересны также работы Токарского по гипнотизму: «К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования»[2] и «О насильственных внушениях»[3].

Следует еще отметить, что А. А. Токарский совместно с А. А. Яковлевым в 1900 г. учредил под Москвой первый в России санаторий для мягких форм психических заболеваний — невропсихиатрический санаторий «Бережки».

С первого дня открытия в 1887 г. Московской психиатрической клиники единственным ассистентом ее был В. П. Сербский, а ординаторами во время заведывания клиникой С. С. Корсаковым последовательно были С. Н. Успенский, В. И. Семидалов, С. А. Суханов, П. В. Луначарский, А. Н. Бернштейн, А. А. Токарский, Н. И. Орлов. Сверх штата в клинике работал П. Б. Ганнушкин.

Из работ этих первых сотрудников С. С. Корсакова надо упомянуть ряд статей С. А. Суханова, Бутенко о корсаковском психозе, диссертацию П. П. Постовского «О психозах при инфлюэнце», работы С. А. Суханова и П. Б. Ганнушкина о навязчивых идеях, диссертацию П. Б. Ганнушкина «Острая параноя» (1903).

Большое количество работ (223) было опубликовано С. А. Сухановым (1867 — 1915), который «внес в клинический обиход, — как сказал Корсаков на защите его диссертации,—столько трудолюбия и добросовестности, столько желания делиться знаниями, что уже благодаря этому одному он является образцовым врачом». Действительно, амбулаторные приемы С. А. Суханова в клинике были для молодых врачей лучшей школой умения наблюдать и беседовать с больными и содействовали пробуждению в молодых врачах интереса к психиатрии. В 1904 — 1905 гг. С. А. Сухановым были изданы его лекции «Семиотика и диагностика душевных болезней», а в 1914 г. — «Руководство по психиатрии для врачей и юристов» (последние годы С. А. Суханов читал лекции на юридическом факультете Петербургского университета).

После смерти в 1900 г. С. С. Корсакова кафедру психиатрии в Москве занял В. П. Сербский (1858 — 1917). Он был верным последователем Корсакова и особенно ярко подчеркивал все особенности корсаковского направления. «Угрюмый, немногословный, замкнутый даже в кругу близких товари-

---

[1] «Сознание и воля», Вопросы философии и психологии, 1894; «Прения об апперцепции», Вопросы философии и психологии, 1897, кн. I (36).

[2] Вестник клинической и судебной психиатрии и неврологии, 1889.

[3] Сборник, посвященный проф. А. Б. Фохту, М., 1896.

щей, всегда спокойный, прямой до резкости, ,,упрямый'', как его нередко называли, педантично строгий к себе и другим — вот приблизительный образ Сербского», — как характеризовал его А. Н. Бернштейн[1]. «Многие называли его косным, застывшим в догмах,... но не таким он был. Он не только не был честолюбив, он не любил быть заметным... Его неуклонная прямая воля выражалась в непреклонной верности часто своеобразным, но всегда построенным на высших стремлениях убеждениям... Сердце его умело любить... Одной из таких неугасимых страстей В. П. Сербского была его любовь к учителю и другу С. С. Корсакову... Работа С. С. Корсакова и В. П. Сербского отнюдь не была случайной встречей в одном учреждении. Его удовлетворяло скромное положение ассистента — положение хозяйки дома, в котором творил науку и школу, и гуманность, и академические принципы С. С. Корсаков[2].

Из научных работ В. П. Сербского необходимо отметить его диссертацию «Формы психических расстройств, описываемых под именем кататонии» (1890). В этой работе Сербский, следуя Корсакову, считал, что кататонические симптомы встречаются при самых разнообразных болезнях и, кроме раннего слабоумия, особенно часто при аменции. Очень интересна статья В. П. Сербского (1902) «К вопросу о раннем слабоумии», в которой он, критикуя Крепелина, указывал на невозможность выделения психозов на основании заранее предопределенной прогностики. Долгое время он преподавал судебную психиатрию на юридическом факультете. Им издан «Курс судебной психиатрии». Учебник психиатрии Сербского вышел в 1907 г.; в 1912 г. вышло его второе издание.

Сербский отличался большой стойкостью и не отступал ни на шаг от того, что он считал справедливым. Темные силы царской реакции встречали с его стороны всегда твердый и решительный отпор. Общественности глубоко импонировало и стойкое поведение Сербского как председателя II съезда психиатров в Киеве, и его уход с кафедры в 1911 г. в знак протеста против разгрома Московского университета министром Кассо. Вызывала глубокое уважение и та вера в лучшее будущее страны, в торжество правды, высказанная в произнесенной им в 1911 г. речи на I съезде Союза психиатров, когда он был остановлен представителем полиции: «Пройдут все эти минуты невзгод, пройдут все эти, как называют французы, ,,cas sauts''[3], а истина будет гореть лишь ярче».

Следует также отметить преподавательскую и научную работу А.Н. Бернштейна (1870 — 1922), ближайшего ученика С. С. Корсакова. Он горячо пропагандировал среди русских психиатров воззрения Крепелина и его доцентские лекции в Центральном полицейском приемном покое, заведующим которого он был, привлекали большое число слушателей-врачей. В 1907 и 1909 гг. он устроил курсы для врачей[4], собравшие большое число слушателей, земских врачей со всей России.

---

[1] Журнал психологии, неврологии и психиатрии, т. I, 1922.

[2] Г. И. Россолимо в своей речи на I Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в 1927 г. так характеризовал внешний вид проф. В. П. Сербского: «Всегда неизменен,... те же медленные движения и скупая мимика, пенсне в черепаховой оправе и взор то с закинутой назад, то с наклоненной вперед и вбок головой; и мышление — всегда глубоко основательное, но и столь же тяжеловесное, как и его скупая речь низким басом... с задумчиво время от времени повторяемой стереотипно поговоркой: ,,Ну вот-с''».

[3] Cas sauts (глупые случаи) и Кассо — игра слов.

[4] А. Н. Бернштейн, Клинические лекции, записанные С. И. Зандером, М., 1912.

Московские психиатры.

А. Н. Бернштейн много работал по выработке экспериментально-психологических методов исследования психических болезней. Его метод исследования памяти был принят всеми психиатрами. Несомненный интерес представляют его «Экспериментально-психологические схемы исследования интеллектуальных расстройств при душевных болезнях» (М., 1910).

Как мы уже говорили, кафедры невропатологии и психиатрии в Москве рано были разделены, и московские невропатологи мало занимались психиатрией, но среди них надо отметить В. А. Муратова, сторонника объединения кафедр, который одно время был директором психиатрической больницы в Тамбове, а затем в Саратове. Ему принадлежит ряд интересных психиатрических работ: «Заболевание надпочечников при периодическом психозе»[1], «Затяжные припадки кортикальных судорог при прогрессивном параличе»[2], «О кататоническом слабоумии»[3], «Взаимоотношение патологогистологических изменений и психотических симптомов при хорее Гунтингтона»[4] и др.

Изучая гистологию прогрессивного паралича, Муратов еще в 1898 г. обнаружил милиарные гуммы, что Янель установил лишь в 1818 г.

* * *

С 70-х годов научные работы в России велись не только в клиниках, в больницах тоже проводилось немало важнейших исследований по психиатрии.

В 1880 г. появилась работа врача больницы «Николая чудотворца» в Петербурге В. Х. Кандинского (1849— 1889), которая своим классическим описанием псевдогаллюцинаций получила всемирную известность. Кандинский на основании различия: а) живого образного представления-воспоминания — фантазии, б) псевдогаллюцинаций и в) истинных галлюцинаций стремился разрешить один из важнейших вопросов физиологического механизма чувственного восприятия объективного мира. По мнению Кандинского, проицирование наружу образов восприятия не является характерной особенностью галлюцинаций, так как все образы восприятий представляются вне нас, но при живом представлении-воспоминании образы бледны, схематичны, вызываются произвольно; в случаях псевдогаллюцинаций они, как и при образах-воспоминаниях, воспринимаются «внутренним оком», не смешиваются с реальными внешними предметами, полны реальных деталей, красок, но при них нет чувства собственной деятельности, нет связи со всем содержанием сознания, они имеют навязчивый характер и доставляют большие мучения больным. Настоящие галлюцинации, даже и неяркие, носят характер чувственного телесного образа с характером объективной действительности, они видны среди объективных предметов. И образы-представления, и псевдогаллюцинации, по Кандинскому, — результат кортикального раздражения, истинные же галлюцинации, как и восприятия объективного мира, возникают не иначе, как при участии субкортикальных чувственных центров. «Характер объективности как при нормальном восприятии, так и при истинно галлюцинаторном придается не чем иным, как именно участием возбуждения субкортикальных чувственных центров» (п. 9 тезисов Кандинского, стр. 159).

---

[1] Современная психиатрия, 1907, март.

[2] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, Харьков, 1897,1.

[3] Медицинское обозрение, 1900, январь.

[4] Медицинское обозрение, 1880, июнь; Arch. Psych., Bd. XI, H. 2. Отдельная книга «О псевдогаллюцинациях», СПБ, 1890.

В. П. Сербский.

Следовательно, по Кандинскому, при истинных галлюцинациях имеется только извращение физиологических путей восприятия. Все эти соображения Кандинского определили появившиеся впоследствии теории галлюцинаций.

Большой интерес представляет и книга Кандинского «Общедоступные психологические этюды» (1881), в которой он популярно изложил свои воззрения на сознание.

Нельзя не упомянуть и имеющую первостепенное значение в диагностике нервных болезней работу главного врача Обуховской больницы Владимира Михайловича Кернига (1840 — 1917) — «Симптом Кернига» (работа появилась в 1883 г. во «Враче») [1].

Большого внимания заслуживают работы В. Л. Коссаковского (Кишиневская больница) по пеллагре[2], в дальнейшем дополненные и развитые А. Д. Коцовским, работы Н. Н. Реформатского об эрготизме (59 случаев в Вятской губернии), работы Б. С. Грейденберга о рецидивирующей аменции. Необходимо также отметить заслужившие высшую награду Бельгийской академии наук работы Н. В. Краинского из Харьковской больницы об изменении фосфорно-азотистого обмена при эпилепсии, ряд совместных с бактериологами работ психиатров по патологической анатомии и иммунологии бешенства (Покотилов, 1875; Васильев, 1876; Гамалея, Колесников, 1881; Попов, 1890; Нарбут, 1896); в особенности следует отметить работы Григорьева [3], открывшего раньше Негри своеобразные тельца в мозгу больных, погибших от бешенства. Не были, к сожалению, оценены и интереснейшие работы А. С. Розенблюма (1876) из Одесской больницы о благотворном влиянии возвратного тифа на течение психозов[4], на четыре десятка лет опередившие предложение Вагнер-Яурегга лечить прогрессивный паралич малярией и Плаута — лечить его возвратным тифом.

Мы не будем здесь перечислять многочисленные работы по организационной психиатрии, судебные экспертизы, казуистические клинические описания, принадлежащие больничным врачам, которые постепенно делались все более многочисленными и ценными. Многие больницы в 900-х годах фактически сделались научными центрами.

С 1884 г. было разрешено поступать на государственную общественную службу женщинам-врачам, и немало женщин-врачей посвятило себя служению психически больным. Первой женщиной-психиатром, поступившей в больницу «Николая чудотворца» в Петербурге, была П. И. Бороздина (1857—1904), проработавшая в больнице до конца своей жизни. В 1887 г. среди участников I съезда психиатров было 6 женщин-врачей: Н. К. Скворцова, П. Н. Тарновская, В. П. Головина, А. Ф. Жегина и сестры Э. К. Валицкая-Гольдштейн и М. К. Валицкая.

Французские психиатры Шарль Валлон и Огюст Мари, издавшие в 1899 г. большой труд, посвященный описанию русских больниц [5], заканчивают свою работу так: «В России учреждения для психически больных не называются убежищами (asiles), но больницами; их рассматривают не как помещения для людей, не способных жить на свободе, но как учреждения

[1] В. М. Керниг все свое состояние — 67 000 рублей — завещал на устройство Женского медицинского института. Его подробная биография помещена в журнале «Врачебное дело», 1947, № 4.

[2] Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, СПБ, 1895—1896 т. XI, в. 1—2.

[3] Zbl. Bakt., 1887, Bd. XII.

[4] Об отношении лихорадочных больных к психозам. Труды Одесской городской больницы, 1876, т. II.

[5] Ch. Vallon et A. Marie, Les aliénés en Russie, P., 1899. Книга содержит 387 страниц и много планов и фотографий.

В. Х. Кандинский.

для лечения психически больных. Врачи многочисленны,... хорошо образованы, трудолюбивы, стоят au courant всего, что делается и пишется по психиатрии в иностранных государствах... В течение последних лет в России устроены прекрасные больницы: Алексеевская, Покровская, Новознаменская, психиатрические клиники Москвы и Петербурга. Психиатрические клиники Москвы и Петербурга — два чудно устроенных здания, ничего подобного им нельзя найти во Франции...»

Авторы останавливаются и на методах лечения, говорят о постельном содержании, режиме нестеснения, об уходе, хвалят работу фельдшеров, обязанности которых во Франции исполняют отчасти врачи-интерны, отчасти surveillantes-enchef, говоря, что фельдшера «представляются прекрасными работниками».

Таким образом, мы видим, что в области неврологии, психиатрии, психологии русская наука не только не отставала от Западной Европы, а, наоборот, шла впереди нее. Преподавание психиатрии отдельно от неврологии началось в России раньше чем в Западной Европе. С 30 — 40-х годов XIX века русская наука о психических болезнях постепенно крепла и к 70-м годам широко и глубоко развилась и не только дала много ценных отдельных исследований, но и создала свои собственные оригинальные школы. Вокруг университетских кафедр собиралось значительное число врачей; интерес практических врачей к психиатрии рос, и к 90-м годам имелось достаточное число хорошо эрудированных практических врачей-психиатров; в 90-х годах уже издавалось четыре журнала по неврологии и психиатрии; ряд работ по психиатрии помещался в общемедицинских русских журналах. Разработка актуальных научных, особенно клинических, вопросов шла и в больницах.

Трудами блестящей плеяды физиологов во главе с Сеченовым, Павловым, Введенским и Ухтомским создано учение о высшей нервной деятельности.

Много положений в области неврологии и психиатрии, получивших всемерное признание, принадлежало русским ученым: в области гистологической анатомии мозга открытие Бецом пирамидных двигательных клеток и его исследования строения коры положили начало цитоархитектонике мозга, бехтеревские «Проводящие пути» и его «Основы функций мозга» были одними из первых работ, объединяющих в единое целое работы по строению мозга. Большое участие русские ученые приняли в разработке патологической анатомии прогрессивного паралича.

В области клиники корсаковская болезнь, лечебное влияние инфекции на психозы (Саблер, Розенблюм), изучение пеллагры, создание основ психопатологии (Кандинский), впервые описание ряда отдельных психопатологических симптомов; в биохимии исследование Краинским обмена при эпилепсии, биохимические работы Ющенко положили начало дальнейшим исследованиям обмена при психозах.

«Курс психиатрии» Корсакова по своей полноте, ясности, последовательности изложения был одним из интереснейших руководств психиатрии в мировой литературе. Это не обычный компилятивный учебник. Эта книга носит на себе печать яркой клинической наблюдательности, большого творческого мышления.

Таковы вкратце достижения русской психиатрической науки второй половины XIX века.

VIII. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ЗЕМСКИХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КОЛОНИЙ (1880 — 1890)

Как писал Ленин, 80-е годы были в России «эпохой движения разночинцев; смешение буржуазно-либерального и либерально-народнического движения... при выдающейся роли... интеллигентов»[1].

В это время окончательно сформировались основные классы капиталистического общества — буржуазия торгово-промышленная, сельская и городская и пролетариат фабрично-заводской и сельский. Процесс расслоения крестьянства шел быстрыми темпами; к концу 80-х годов среди крестьянских дворов было 20% зажиточных (кулачество), 30% середняцких и 50% бедняцких. Число фабричных рабочих только на крупных фабриках и заводах в 1890 г. достигло 1 433 000.

С середины 80-х годов начали создаваться первые марксистские организации.

Но марксистские кружки и группы занимались лишь пропагандой, не были еще практически связаны с рабочим движением, не руководили им. Промышленный кризис первой половины 80-х годов, вызвавший застой в ряде отраслей промышленности, повел к большому числу стачек, но они были еще оборонительными, возникали стихийно и обычно сопровождались лишь экономическими требованиями. «...пролетариат был раздроблен на отдельные группы и не думал об общей борьбе. ...не видно было пролетариата как единого и нераздельного класса. Следовательно, не видно было и пролетарской борьбы как общеклассового наступления»[2].

Большинство народников вскоре после разгрома Народной воли отказалось от революционной борьбы с царским правительством и стало проповедывать примирение. Наступил пятый, и последний по Ленину, период революционно-демократического движения — «развитие либерального народничества». Наиболее ярко это направление было обрисовано Короленко: «Революционным путем ничего не достигнешь. Самодержавие больной, но крепкий зуб, корень его ветвист и врос глубоко, нашему поколению его не вырвать. Мы должны сначала раскачать его, а на это требуется не один десяток лет легальной работы... Беритесь за грязную легальную работу, за будничное культурное дело!»[3].

Создавался блок либерально-демократической интеллигенции с буржуазными либералами и прогрессистами. В земстве появилась большая прослойка интеллигенции, которая своими специальными знаниями содействовала оформлению мероприятий земских гласных либералов. Наступило

[1] В. И. Ленин, Сочинения, 4-е изд., т. 19, стр. 294—295.
[2] И. В. Сталин, Сочинения, т. I, стр. 286.
[3] Слова Короленко. Из очерка М. Горького «В. Г. Короленко», Собрание сочинений, М.—Л., 1933, т. 22, изд. 2-е, стр. 130—131.

единение интеллигенции с земцами-либералами, о которой председатель Московской губернской земской управы Д. Н. Шипов, известный впоследствии лидер правого крыла земских либералов, в своих воспоминаниях писал так: «Однообразное понимание управой и земскими тружениками сущности земской идеи сближало нас в нашей работе и являлось в высшей степени благоприятным для нас условием работы. Настроение, которое при моем вступлении в Губернскую управу я застал господствующим среди земских служащих, сохранилось в значительной мере в течение всей моей службы в Губернском земстве (т. е. до 1904 г.), но за последнее время в настроении этой среды произошло, к сожалению, заметное изменение под влиянием получившей большое распространение вообще и в кругах нашей интеллигенции в особенности идеологии марксизма...»[1].

Однако дальнейшее капиталистическое развитие страны и в это время реакции давало себя знать. Под напором рабочих стачек правительство Александра III издало ряд фабричных законов: о найме детей, о рабочем времени для них (1882), о школьном их обучении (1884), о штрафах и расчетных книжках (1886), о фабричной инспекции (1884) и т. д. Рост промышленности обусловливал также известное повышение культурного уровня населения. Все это побуждало органы самоуправления расширять мероприятия по народному образованию, санитарии и медицине. Земские расходы на медицинские мероприятия с 2 млн. рублей в 1871 г. дошли в 1895 г. до 18 млн. рублей. Росла потребность и в расширении психиатрической помощи, что делало невозможным дальнейшие колебания земств в этом отношении. Прежнее крепостное поместье, патриархальная крепостная крестьянская община были слабо связаны с хозяйством всей страны, она сама удовлетворяла все свои потребности; тогда за психически больными ухаживали члены семьи, причем тяжесть надзора за больными до известной степени падала и на весь «мир», теперь же, когда значительная часть обезземеленного работоспособного населения ушла в город на заработки, в деревне уже некому было заботиться об остающихся больных членах их семей. Помещики-земцы и кулацкая часть деревни, боясь пожаров и другого имущественного ущерба, который могли причинить безнадзорные душевнобольные, сами начали требовать государственного или земского их призрения. Отсюда дальнейшее усиление «полицейских» взглядов на психиатрию, которые, как мы видели, и так в известной мере определяли судьбу психиатрических учреждений. Отсюда меньшие протесты правой части земцев против затрат на строительство психиатрических больниц.

Строительство пошло по пути создания больших центральных (одной для всей губернии) земледельческих колоний. Первым решило построить такую колонию Тверское губернское земское собрание в 1879 г. Этому содействовал ряд обстоятельств: во-первых, Приказ ко времени передачи земству своих учреждений строил здесь новый дом для умалишенных на 30 человек (хотя больных к 1866 г. было уже 48), во-вторых, уже в 1867 г. гласный П. А. Бакунин при поддержке ряда других либерально-оппозиционных гласных поставил вопрос о том, что надо, не ожидая устройства окружных правительственных лечебниц, поставить призрение душевнобольных так, как оно поставлено в лучших лечебницах Петербурга и Москвы. Врач В. С. Кудрин уже в 1869 г. представил первый проект плана психиатрической колонии.

Многие русские психиатры были сторонниками создания психиатрических земледельческих колоний. В том же 1869 г., когда Кудрин при консультации И. М. Балинского составил проект колонии для Тверского земства,

[1] Д. Н. Шипов, Воспоминания и думы о пережитом, М., 1918, стр. 26.

далеко от Твери, в Черниговскойгубернии, Д. И. Лавриненко[1] вместе с архитектором Тацки представил на съезд врачей Черниговской губернии свой проект постройки за городом семи павильонов (для спокойных, беспокойных, буйных и неопрятных) на 70 больных со сметой в 60 000 рублей. Правда, Черниговское земство не одобрило этого проекта и сочло более экономным надстроить второй этаж над старым зданием, но постановление съезда врачей по этому поводу очень характерно: «Эта крупная ошибка губернского земства произошла от недостатка специальных знаний у руководящих и нежелания воспользоваться должной в этих случаях экспертизой»[2]. В 1872 г. был составлен для Новгородского земства, тоже при консультации И. М. Балинского, д-ром Кузьминским проект колонии. Как колонию, рекомендовал Дворцовому ведомству в 1870 г. И. М. Балинский строить и дом призрения на Удельной под Петербургом.

Приступая к изложению истории строительства русских земских колоний, мы начнем, однако, не со строительства Тверской колонии, а с истории развития перешедшей к Новгородскому земству Колмовской психиатрической больницы, расположенной в 3 верстах от города и имевшей в своем распоряжении 61 десятину земли[3].

Новгородское губернское земство получило в Колмове, кроме отделения для психически больных, богадельню с отделением для малолетних, здание смирительного рабочего дома и учительскую школу. Колмовские учреждения, как уже говорилось, были учреждены еще в 1706 г. митрополитом Иовом и перешли к Приказу в 1783 г. За то время, пока эти учреждения состояли в ведении Приказа, они пришли в упадок, и, например, отделение для психически больных было передано земству в очень плачевном состоянии[4]. Губернская управа так описывала состояние этого отделения при приеме от Приказа в 1866 г.: «Умалишенные (33 мужчины и 6 женщин) помещаются в двух деревянных старых флигелях, в тесноте невообразимой: комнаты для больных состоят из клеток $3 \times 2^3/_4$ аршина, где помещаются по два больных; залы, где больные могли размять свои члены, нет... Комнаты эти разделены дощатыми перегородками, так что крики одного больного слышны по всему зданию».

Еще в 1862 г. Приказ начал строить в Колмове двухэтажное каменное здание для богадельни. Земство, которому министерство отпустило 40 314 рублей, закончив в 1867 г. постройку этого здания, приспособило для психически больных здания смирительного и рабочего домов, установив 40 штатных коек. Когда в это помещение были переведены психически больные, земству казалось, что оно «настолько прекрасно, что не оставляет желать ничего лучшего». Что помещение, действительно, по тем временам получилось неплохое, видно из доклада управы Губернскому собранию 1870 г., в котором управа, жалуясь на переполнение этого здания (в 1870 г. число больных достигло 53), писала: «Рекреационный зал, столь необходимый во

---

[1] Конфиденциальная записка Министерства внутренних дел, 1900, стр. 221—223.

[2] Труды съезда врачей Черниговской губернии, стр. 271.

[3] Излагая историю русских земских психиатрических больниц, мы разбиваем их на группы, относя каждую к тому десятилетию, в котором она достигла наибольшего развития, но в то же время историю каждой отдельной больницы мы будем излагать от начала ее существования до 1917 г.

[4] Источниками нам служили: 1) Шпаковский, Несколько слов по поводу проекта о преобразовании заведения для умалишенных в Колмове, Новгород, 1877; 2) Шпаковский, Организация земледельческих работ в связи с вопросом об эвакуации психически больных, Новгород, 1878; 3) Б. Синани, Обзор деятельности Новгородского губернского земства по призрению душевнобольных, Новгород, 1889; 4) некоторые исторические данные из отчетов Колмовской психиатрической лечебницы (1866—1913), Новгород, 1913; 5) имевшиеся у нас некоторые печатные отчеты.

всяком порядочном заведении, уничтожен и превращен в столовую, а столовая — в спальни».

С самого начала в Колмове, согласно постановлению Земского собрания 1867 г., были введены и занятия душевнобольных сельскохозяйственными работами. Правда, управа руководствовалась при этом только экономическими соображениями, так как у колонии имелась земля, а в психиатрическом отделении, и особенно в богадельне, были лица, способные к труду, но вскоре этот почин был использован и с лечебной целью. С 1870 г. д-р Андриоли, приглашенный к этому году для заведывания Колмовскими учреждениями, стал уже систематически проводить трудовой режим душевнобольных: им были составлены инструкции о руководстве работами; в работах принимало участие до 50% мужчин и до 30% женщин; больные самостоятельно обрабатывали 13 десятин пахотной земли, 6 десятин огородов и 15 десятин лугов.

В 1870 г. управой был командирован в клинику И. М. Балинского врач Кузьминский, который и представил управе одобренный И. М. Балинским план колонии на 100 коек. Еще в 1868 г. земство постановило: 1) идиотов и неизлечимых перевести в богадельню и 2) в каждом волостном правлении устроить комнату для приема душевнобольных, откуда их должны были направлять в уездные земские больницы; в губернскую же больницу направляли только трудных в отношении ухода больных.

В 1872 г. Земское собрание постановило собрать сведения о числе больных в губернии (очевидно, лишь острых и буйных), причем их оказалось 86 мужчин и 18 женщин, т. е. 104 (без Демянского уезда), кроме того, 48 больных находились в больнице, т. е., по мнению земства, необходима была больница на 152 человека. Земство ходатайствовало также перед правительством об ускорении устройства центрального правительственного дома умалишенных. В случае неосуществления этого собрание, согласно постановлению Губернского съезда врачей, не согласившись с предложением Балинского о постройке колонии, решило ходатайствовать о субсидии на постройку в северо-восточной части губернии второй психиатрической больницы на 60 человек. Стремясь ограничить число направляемых в больницу психически больных, Губернская управа разослала уездным земствам циркуляр, согласно которому в Колмово можно было посылать только «опасных» больных. В результате «больные попадали только через суд и полицию, как жаловался главный врач больницы, и почти не поступали женщины».

Но число больных все же возрастало, и в 1873 г. в Новгороде был нанят дом для размещения 20 больных, которых, впрочем, год спустя перевели обратно в Колмово в освободившееся над бывшей учительской школой помещение. В 1875 г. после смерти Андриоли во главе психиатрического учреждения стал Б. А. Шпаковский, который, указав на невозможную тесноту в помещениях для психически больных, предложил: 1) приспособить существующее каменное здание для помещения 20 женщин, 2) использовать два деревянных двухэтажных здания бывшей школы для 34 мужчин и 3) одноэтажный флигель богадельни — для 6 больных. Этот проект был выполнен.

В дальнейшем число больных все увеличивалось, и земство приспособляло под больницы различные здания. В 1882 г. было построено уже новое специальное здание для женского отделения на 50 человек, в 1886 г. на пожертвованные средства выстроен пансионат на 12 человек, женское беспокойное отделение и здание прозекторской, а в 1900 г. — рабочее отделение на 90 человек; в 1901 г. устроено электрическое освещение, в 1913 г. построено новое каменное здание на 60 кроватей. Кроме того, в 1879 г.

была построена прачечная и баня, в 1893 г. устроен водопровод, а в 1897 г. было прикуплено 35,8 десятины земли. С 1883 г. было постановлено не взимать платы за лечение психически больных.

Систематического плана устройства колонии Новгородское земство так и не составило. Однако во главе Колмова один за другим стояли энергичные психиатры: в 1870 — 1875 гг. Андриоли, в 1875 — 1883 гг. Б. А. Шпаковский, в 1884 — 1899 гг. Б. Н. Синани, в 1899 — 1905 гг. Н. В. Краинский, в 1905—1906 гг. М. С. Морозов, в 1906—1912 гг. А. А. Фрикен. Ряд врачей получил здесь хорошую психиатрическую подготовку (В. А. Копосов, Н. В. Ложкин, Н. Я. Смелов, А. А. Яковлев, В. В. Крумбмиллер, В. М. Горлицына и др.). Колония росла и, несмотря на относительно небольшие затраты, все время стояла на значительной высоте. Хорошо были поставлены и работы психически больных, хотя, даже с прирезкой в 1897 г., у больницы было лишь 97 десятин, а на 1 января 1913 г. в ней состояло уже 612 человек, из которых 395 мужчин и 217 женщин. Кроме того, в городском патронаже в Новгороде состояло 6 мужчин и 11 женщин (вернее, жили в своей семье и получали пособие).

Тверское губернское земство, как уже сказано, получило в 1866 г. от Приказа строившийся на 30 больных дом умалишенных. Первые годы, как и в других земствах, в Твери ограничились лишь необходимыми перестройками; в 1868 г. земство достроило начатый Приказом дом, истратив на это 12 000 рублей, целиком принятых на государственный счет. В 1870 г. было уже 70 больных, и выстроенный дом был настолько переполнен, что один из гласных заявил: «Я бы согласился видеть этих людей скорее в клетках, чем в таком помещении». Тогда было решено переделать для психически больных богадельню, которая помещалась за Волгой, где «место представляло больший простор для дальнейшего расширения заведения». Здание богадельни было приспособлено для 50 мужчин, а в старом здании оставлено 30 женщин.

Однако уже в 1873 г. больных стало 90, и ревизионная комиссия после осмотра помещений для психически больных писала: «Мы затрудняемся применить термин, который был бы в состоянии выразить впечатление, произведенное осмотром больницы умалишенных... Больные лишены не только врачебного, но и фельдшерского надзора... В видах человеколюбия,—пишет комиссия, — мы рекомендовали бы Губернскому земству, если оно не может устроить больницу на более разумных началах, лучше закрыть ее совершенно. Смеем думать, что оставленные в деревне на воле... эти несчастные найдут лучший присмотр и наблюдение». Результатом этого заключения было, однако, только приспособление еще одного старого приказного больничного здания в Твери, а в 1874 г. (больных было уже 98) — постройка еще двух бараков за Волгой. Бараки были готовы к 1876 г., но это мало помогло делу, так как больных в 1877 г. было 104, а к 1 августа 1879 г. даже 133, причем смертность в доме умалишенных достигала 33,47%.

В 1878 г. через волостные правления, священников и участковых врачей была произведена перепись психически больных в населении губернии. Их оказалось 1 413 человек при населении губернии в $1^1/_2$ млн.

В 1879 г. дело, наконец, пошло по новому пути. Толчком к этому послужил отчасти закон о 50% субсидии правительства на строительство психиатрических больниц и отказ к этому времени правительства от постройки окружных лечебниц, отчасти же постановление VII Губернского съезда врачей, который предлагал «по образцу Новгородского земства построить земледельческую колонию». Интересно, что на этом съезде, как мы говорили, возникли прения, причем предлагалось строить не одно центральное психиатрическое учреждение, а ряд поуездных учреждений.

В 1879 г. Губернское собрание принципиально решило строить колонию на 400 больных и пригласило для этого специалиста-психиатра М. П. Литвинова. К 1880 г. был разработан примерный план и смета на постройку и приобретено в 13 верстах от Твери имение Бурашево с 400 десятинами земли (из них 136 десятин леса). Как это было почти во всех земствах, посланные в 1880 г. в Медицинский департамент планы колонии были признаны, согласно заключению И. М. Балинского и Штрома, неудовлетворительными. Однако Литвинов немедленно лично поехал к ним с планами и убедил принять их с некоторыми изменениями. Заведывать строительством они пригласили инженера Штрома, предложив ему за это 2 500 рублей. Учреждение решено было строить на 140 коек лечебных и 260 коек для призрения; здания двухэтажные, по семь отделений для мужчин и женщин. Планы были утверждены министерством; 6 сентября 1881 г. состоялась закладка колонии, и постройка пошла планомерно.

14 октября 1884 г. состоялось открытие этой первой специально построенной русской психиатрической колонии на 240 мест, но к 1 января 1885 г. было уже 282 больных, из них 169 мужчин и 113 женщин. В том же году управой был принят Устав управления колонией, расширявший полномочия директора в хозяйственном и административном отношении (директор управлял всеми частями учреждения самостоятельно под контролем управы и был ответствен перед ней); был также учрежден совет врачей при директоре. Тверская колония под управлением М. П. Литвинова долго служила образцом и школой для земских психиатров, из которых многие впоследствии стали директорами земских психиатрических учреждений. Первыми ординаторами колонии при ее открытии были В. И. Яковенко и Ф. И. Бартелинк, позже — Бяшков, Глинка, Ванновский, Тукалло и многие другие.

В 1885 г. в колонии был построен барак на 26 человек, в него были выведены спокойные трудоспособные больные. Таким путем был осуществлен выдвигавшийся некоторыми земцами принцип «простейшего удешевленного содержания призреваемых хроников». Нужно сказать, что в Тверском земстве уже в 1886 г. «ужасались быстрому росту сметы Бурашева», говорили, что «хозяйственные полномочия директора слишком обширны; надо, чтобы хозяйством непосредственно ведала управа». Земским собранием была избрана особая комиссия «для изыскания способов сокращения смет Бурашева и мер против постоянного возрастания расходов»[1] (содержание больного обходилось тогда 236 рублей в год, а всего по смете Бурашева в 1886 г. было израсходовано 62 080 рублей).

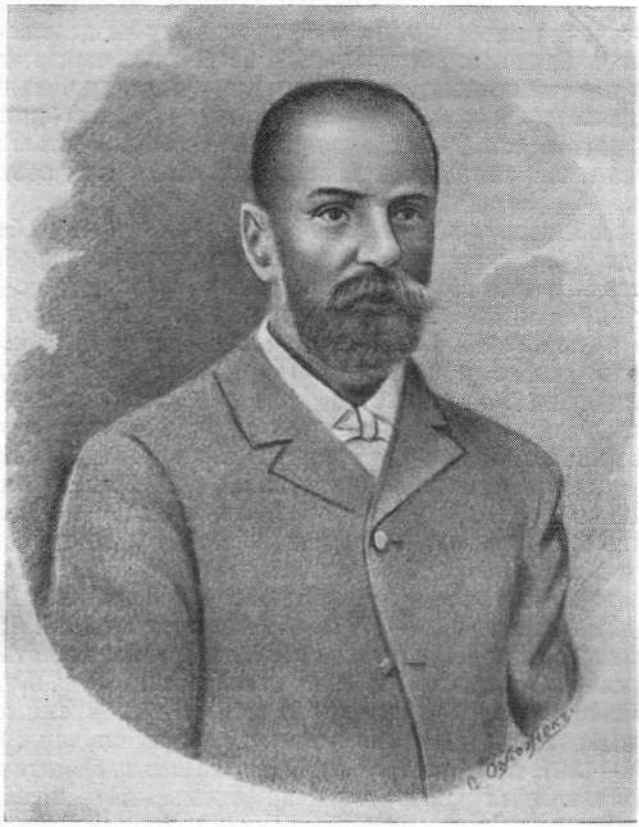
Комиссия, изучив расходы других психиатрических учреждений, пришла к заключению, что только в Туле содержание больного обходится дешевле (186 рублей в год), в Новгороде, Саратове, Херсоне оно стоит столько же, а в Казанской окружной лечебнице — значительно дороже (385 рублей). Одной из мер сокращения расходов земства Губернское собрание 1887 г. сочло требование платы по 31 копейки за койко-день с уездных земств при условии, что больных будут принимать лишь с разрешения уездных земских управ.

В 1888 г. было приобретено соседнее с Бурашевым имение Токарево как лесная дача при Бурашеве. В 1889 г. в Бурашеве была построена богадельня (два барака) на 100 человек, причем сюда было переведено 45 мужчин и

[1] Материалом для составления истории Бурашевской колонии, кроме ее отчетов, послужила книга «15-летие Бурашевской колонии для душевнобольных Тверского губернского земства», составленная В. Н. Ергольским, Тверь, 1901.

25 женщин из числа спокойных, но неработающих больных Бурашева, а 30 мест предназначались для соматических неизлечимых больных. Больных в 1890 г. было уже 440 человек. В этом году было обращено внимание на то, что сельское хозяйство Бурашева дает ничтожный доход.

В 1892 г. ряд гласных предлагал всех больных, страдающих «тихим помешательством», разместить по усмотрению уездных управ по деревням или поместить их в богадельни при уездных больницах, так как содержание в Бежецкой богадельне, например, обходится всего 60 рублей в год, а в Бурашеве дороже, чем в уездных соматических больницах. Взамен эва-



М. П. Литвинов.

куации в уезды управа предложила устроить для хроников в Бурашеве удешевленные отделения типа богадельни и распределить больных в избах, выстроенных перед тем на случай появления холерной эпидемии (4 избы, каждая на 26 больных). Для уменьшения сметы Бурашева управа вновь выдвигала план устройства платного пансионата. Одновременно для Бурашева приобрели еще 62 десятины земли (с. Бавыкино) в надежде удешевить содержание за счет обработки земли работоспособными больными[1].

[1] На этом примере мы видим, как владела земцами ложная идея, будто психически больные могут своим трудом окупить свое содержание, и как вместо улучшения лечебного дела тратились деньги на покупку ненужной для колонии земли.

В 1892 г. больных было уже 504 человека. Из них в отдел «призреваемых» с удешевленным содержанием (в бараках-богадельнях) было выделено 146 человек. Смета достигала 107 798 рублей, т. е. за 10 лет она увеличилась в пять раз. И в этом году, и в следующие продолжались оживленные дискуссии по поводу дороговизны содержания в Бурашеве. М. П. Литвинов и управа представили собранию подробные соображения об удешевлении содержания больных. Указывалось, что ни ограничительные меры приема, ни выписка в уезды в чужие семьи, ни устройство уездных богаделен не уменьшат притока больных в Бурашево, так как этот приток — «выражение действительной, настоятельной потребности населения Тверской губернии».

Для удешевления содержания все больные были разделены на три категории: лечебная, барачная (спокойные, работающие, «для которых размер необходимого помещения сводился к минимуму, так как больной не связан с ним целый день») и богадельцы — слабые, неработоспособные, но не нуждающиеся в дорого стоящем специальном лечении. Соответственно категории менялся и тип питания, и число персонала при соответствующих больных.

1895 г. особенно чувствительно отразился на судьбе Бурашева. Антагонизм двух земских партий в Твери, который вообще и раньше нередко обострялся при обсуждении вопросов, связанных с Бурашевым, в этом году проявился особенно остро. При вступлении на престол Николая II в ноябре 1894 г. Тверская губернская управа, состоявшая из либеральных земцев, приветствуя его, указала на необходимость конституции. Николай II, как известно, назвал тверские мечты о конституции «бессмысленными». Губернская управа подала в отставку, и ее место заняла управа не по избранию, а по назначению из наиболее реакционных гласных. Эта управа немедленно отстранила М. П. Литвинова от хозяйственных функций. М. П. Литвинов, ординаторы Бяшков, Глинка, Ванновский, Тукалло оставили службу; на их место по рекомендации директора Медицинского департамента Л. Ф. Рагозина в Тверь был приглашен заведующий Владимирской больницей Советов; ординаторами у него были довольно видные психиатры — Д. Б. Франк, ученик П. И. Ковалевского, и Дарашкевич, ученик Крепелина. Советов стал изменять заведенный в Бурашеве режим. Это вызвало в Земском собрании 1897 г. бурные прения, которые особенно разгорелись ввиду того, что, в то время как за 8 лет (1888—1895) в Бурашеве было всего два несчастных случая с больными, за два года (1896—1897) при Советове их было уже шесть. Политические распри земцев значительно расстроили налаженную жизнь Бурашева, хотя даже и черносотенные земцы не сочли возможным резко сократить число больных в Бурашеве. Черносотенная управа наметила даже большие работы по его расширению, стремясь доказать, что и она заботится о населении, но умеет это делать дешевле, чем М. П. Литвинов, поддерживаемый либеральными земцами. В 1896 г. было решено строить новое двухэтажное здание на 46 больных, барак для спокойных хроников, произвести значительный ремонт всех зданий, исправить канализацию, выстроить ряд изб для рабочих больных, но зато с уменьшением на питание больных и даже на медикаменты, сокращением числа обслуживающего больных персонала.

Под давлением либеральных земцев в 1898 г. Советов ушел и заведующим колонией был приглашен В. Н. Ергольский, поддерживавший порядки, введенные Литвиновым. Но проектировавшиеся на 1896 г. строительные работы не были осуществлены, кроме постройки изб и ремонта. Переполнение все росло: в 1898 г. было уже 697 больных, но в 1899 г. было построено лишь здание для лазарета.

В дальнейшем интерес земцев к колонии значительно ослабел, новых идей врачами не выдвигалось и праздновавшийся в 1901 г. 15-летний юбилей колонии был лебединой песней ее былого значения, хотя следует заметить, что былая слава Бурашева и позже привлекала туда наиболее интересующиеся психиатрией врачебные кадры; в 900-х годах в Бурашеве работали: М. О. Гуревич, В. Э. Дзержинский, Е. А. Копыстынский, Н. И. Скляр, В. Н. Инзер, Я. С. Кацнельсон и др.

С 1907 г. В. Н. Ергольский перешел в Воронеж, и директором Бурашева стал Р. Н. Ванновский, верный ученик М. П. Литвинова, неуклонно проводивший все его взгляды, не внося в них никаких изменений. С 1909 г. в Бурашеве вновь были разделены врачебная и хозяйственная часть; во главе хозяйственной части был поставлен зависящий непосредственно от управы помощник директора.

Несомненно, что к 1909—1910 гг. Бурашевская колония уже значительно устарела и, кроме того, была крайне переполнена [в 1905 г. в ней было 977 больных (630 мужчин и 347 женщин), в 1906 г. — 1 031, в 1910 г. — 975 больных (628 мужчин и 347 женщин); смертность превышала 11%]. Построенная вначале на 240 больных, колония беспорядочно росла и представляла, в конце концов, «не благоустроенную больницу, а разбросанную в беспорядке деревню», как называл Бурашево Е. Р. Клевезаль в вышедшей в 1910 г. книге «Проект постепенного переустройства Бурашевской колонии».

Вот как описывали Бурашево посетившие его в 1909 г. представители Казанского губернского земства: «Сообщение с городом, бывшее когда-то шоссе, в настоящее время вся изрытая канавами и выбоинами дорога... Павильоны по типу центрально-бокового коридора, расширяющегося иногда в комнаты, переполнены; колониальные домики, числом 13, предназначенные для спокойных, физически здоровых больных, чрезмерно примитивны. Отопление голландскими печами, вентиляция—форточками, освещение — керосиновое... В д. Старково в $1^1/_2$ верстах от колонии открыт в 1904 г. патронаж на 50 человек»[1].

Лишь в 1910 г. в колонии было устроено электрическое освещение.

Еще резче подчеркнуты недостатки Бурашева в упомянутой выше книге Е. Р. Клевезаля, встретившей, впрочем, резкую критику общественных психиатров[2], но главным образом не с точки зрения оценки состояния Бурашева, а по поводу плана предлагаемого им переустройства, где он, как выразился Н. А. Вырубов, «смешивал медицинские и коммерческие точки зрения». «Здания распределены бессистемно; мужские отделения перепутаны с женскими... между ними квартиры служащих... Склады, погреба разбросаны на всем протяжении... Аптека, контора, кухня, прачечная — в разных местах... Кухня мала. Водопровод и канализация не везде... Вместо постройки большого приемного отделения строились бараки для хроников...»

Е. Р. Клевезаль считал, что все это — результат того, что «интересам всей больницы были предпочтены интересы небольшой группы работающих больных... Земская психиатрия закончила период „крепких домов, кругом огражденных“,... а тут появился сенатский Указ 1875 г., перевернувший дело лечения в дело призрения. Хроники заполнили больницы и дали тон всей психиатрической идеологии. Сюда присоединились психиатрические

[1] Н. А. Донсков, Отчет убежища Казанского губернского земства с 7 сентября 1909 г. по 1 сентября 1910 г., Казань, 1910, стр. 52.

[2] Н. А. Вырубов, Современная психиатрия, 1911, стр. 209; «Врачи Бурашева», Современная психиатрия, М., 1912, стр. 13 и 133; «Возражения Е. Р. Клевезаля», Современная психиатрия, М., 1911, стр. 692—699.

взгляды на методы лечения, во главу которых были поставлены привычные для сельского населения обстановка и работы в поле...»

Мы привели здесь это мнение Е. Р. Клевезаля как пример критики того направления земской психиатрии, где главное внимание было обращено на призрение хроников, на возможность будто бы самоокупаемости колонии трудом больных, для чего задерживались спокойные больные и учреждение без надобности переполнялось, и описание дефектов Бурашева как показатель долго господствовавшего в земстве компромиссного решения вопроса организации психиатрических больниц, недостаточного разделения типов учреждений для лечения и призрения. Вся история Бурашевской колонии, дискуссии в губернских собраниях по поводу ее бюджета — все это, как мы увидим ниже, очень типично для ряда других земских лечебниц.

Ниже приведены данные о числе психически больных, призреваемых Тверским земством в мае 1913 г.

	Мужчины	Женщины	Всего
Бурашево	627	350	977
Московская окружная лечебница . .	52	55	107
Богадельня	7	4	11
Патронаж	32	41	73

Итак, Тверское губернское земство призревало к этому времени 718 мужчин и 450 женщин, всего 1 168 психически больных.

Рязанское губернское земство задумало организовать психиатрическую колонию почти одновременно с Тверским (постановление собрания состоялось в 1880 г.), но организация здесь встретила еще бо́льшие затруднения, чем в Твери.

От Приказа Рязанское земство получило в 1866 г. дом умалишенных с 42 больными, занимавшими один из флигелей общей губернской больницы. К 1871 г. больных было уже более 60, и Земское собрание в 1871 г. постановило построить новое здание для психически больных, для чего испрашивало у правительства субсидию в размере 30 000 рублей. Однако из Министерства был получен ответ, что «расширение не представляется необходимым», и в субсидии было отказано. Ввиду этого управа уведомила уездные управы и полицию, чтобы они не присылали психически больных, пока не получат уведомления о свободных местах в доме умалишенных. Так как губернатор опротестовал это постановление, Земское собрание в 1872 г., проконсультировав с проф. А. Я. Кожевниковым, на свои средства закончило к 1875 г. постройку нового здания, получившего название «Красный дом», на 70 мужчин и 40 женщин. Эта постройка дала земству возможность несколько передохнуть от забот о помещении для психически больных, тем более, что постановление 1872 г., направленное к уменьшению наплыва больных, до некоторой степени соблюдалось. Согласно этому постановлению, родственники должны были взять всех признанных способными жить дома, за что они получали пособие от земства, а уездные управы обязаны были взять безопасных больных в уездные больницы. Несмотря на это, через 2 года, к 1879 г., больных было уже 142 , т. е. и новое здание оказалось переполненным. Во избежание дальнейшего переполнения пришлось отремонтировать старый флигель соматической больницы и часть больных перевести в него. Так как к этому времени вышел закон о 50% субсидии, Земское собрание возбудило ходатайство о возврате 50% расходов и на постройку «Красного дома». Хотя, по мнению Штрома и Балинского, «Красный дом» имел мало общего с правильно устроенным «домом для умалишенных» (а «Крас-

ный дом» строился по плану, одобренному проф. А. Я. Кожевниковым), все же субсидия земству была отпущена.

Но больных было уже 150, и на Земском собрании 1880 г. гласным С. В. Волконским был поднят вопрос «о целесообразности приобрести загородную усадьбу для устройства психиатрической больницы, где бы душевнобольные могли содержаться при более благоприятных условиях и где можно было бы не только давать приют, но и лечить их». Вопрос о том, иметь ли в виду заведение для лечения или лишь приют, возбудил горячие прения. Некоторые гласные находили, что «устройство лечебниц при настоящем положении средств есть роскошь; обязанностью земства может быть лишь освобождение общества от опасных больных». Большинство, однако, находило, что обязанность земства заключается вовсе не в устройстве «арестантских для умалишенных», а прежде всего в организации лечения. Было решено построить за городом лечебницу на 50 больных с приютом на возможно большее число больных, со сметой не более 200 000 рублей, причем предполагалось приобрести не менее 50 и не более 100 десятин земли. Было также постановлено временно расширить городское отделение на 30 кроватей, заняв один из бараков соматической больницы и пригласив второго ординатора.

К этому времени из Медицинского департамента были получены типовые планы Штрома-Балинского. Надеясь получить 50% субсидию, земство решило строить точно по этим планам и приобрело в 1881 г. усадьбу Голенчино со 102 десятинами земли (из них 30 десятин леса) в 2 верстах к югу от Рязани. Колонию было решено строить на 50 лечебных и 150 приютских призренческих коек. Однако Министерство вновь отклонило ходатайство о субсидии. Ввиду того что к 1883 г. число больных дошло уже до 287, пришлось временно приспособить для больных два летних барака, а председатель управы Гагарин поехал лично в Петербург ходатайствовать о субсидии для постройки колонии.

Ему удалось добиться субсидии, но не 50%, а всего 30 000—35 000 рублей при условии построек по планам Штрома-Балинского. Решено было построить по этим планам мужской корпус на 46 человек, женский на 25 человек для лечебницы, административный корпус (квартиры для служащих[1], кухня, кладовая, баня) и 6 деревянных бараков[2] на 24 человека каждый, а кроме того, деревянное здание для мастерских. Колония была рассчитана всего на 200 больных. Намечено было устроить водопровод, электрическое освещение (впервые в деревне). Вся смета равнялась 258 000 рублей.

Постройки начались весной 1885 г. Для заведывания колонией был приглашен Н. Н. Баженов. Однако и здесь Рязанскому земству не повезло; когда губернатор 17 сентября 1887 г. сообщил Министерству внутренних дел об окончании построек и об их осмотре при принятии согласно закону 1879 г. и ходатайствовал о выдаче обещанного земству пособия, было получено сообщение, что планы колонии Министерством не утверждались и потому пособие не может быть выдано.

Это было, как уже мы указывали и как сообщил составитель Конфиденциальной записки в 1890 г.[3] по документам Министерства внутренних дел, «совершенно неверно; планы и сметы рассматривались Министерством внутренних дел. Ошибка произошла от того, что делопроизводство о домах умалишенных было сосредоточено в трех инстанциях (Медицинском и Хозяй-

---

[1] Квартиры для врачей предполагалось устроить в имевшемся в усадьбе барском доме.

[2] Было построено лишь четыре барака.

[3] Конфиденциальная записка, стр. 173.

ственном департаментах и Технико-строительном комитете), до известной степени не зависящих друг от друга...» Тем не менее 35 000 рублей обещанной субсидии были получены земством лишь через несколько лет и то после долгих хлопот.

В конце концов, 1 августа 1888 г. колония открылась. На 1 января 1888 г. в ней состояло уже 400 больных, из них 260 мужчин и 140 женщин, а мест в колонии было лишь 200; поэтому после перевода больных в колонию остались заполненными и психиатрические учреждения в городе, притом не только «Красный дом», построенный в 1871 г. и относительно приспособленный для пребывания в нем психически больных, но и наспех приспособленные в 1883 г. два летних барака и даже старый приказный флигель[1].

Обеспокоенное быстрым наплывом больных, Рязанское земство стремилось уменьшить прием: и в 1886 г., и в 1887 г. оно выносило постановления о приеме больных «только при необходимости, обязательно через уездные земские управы». Однако на основании указа Сената от 1875 г. губернатор опротестовал эти постановления. Что же было делать?

Н. Н. Баженов в докладе на I съезде психиатров[2] успокаивал земцев и рекомендовал такие мероприятия: «Земству прямой экономический расчет призревать и лечить максимум умалишенных своей губернии... Чтобы больница была выгодна, необходимо, чтобы двери ее были открыты широко, чтобы смена больных была наиболее частая, чтобы все свежие больные пользовались услугами учреждения... Единственное решение вопроса (о переполнении) лежит в эвакуации неизлечимых хроников... в отделения для умалишенных при общих больницах... Эти отделения могут быть оставлены как приюты для паралитиков, эпилептиков и т. п. За городом должна быть собственно лечебница для больных в острые периоды заболевания, удовлетворяющая всем требованиям науки... и колония, состоящая из бараков, пожалуй, просто из изб, — словом, стóящая по возможности дешево. Самое главное — должна быть правильная эвакуация... Я предлагаю для этого и патронаж — колонизацию у ворот больницы в соседние деревни».

Рецепт Н. Н. Баженова выполнялся, однако, с трудом: в 1886 г. в с. Никуличах им был организован первый в России патронаж, однако на I съезде психиатров даже психиатры (Копосов, Штейнберг) возражали против патронажа, и хотя, кроме Баженова, призрение в семьях рекомендовал С. С. Корсаков, рязанские земцы в следующем же после съезда году, находя, что «в силу своих дурных инстинктов и привычек, а также вследствие возможных половых связей больные могут оказывать дурное влияние на население», постановили опыт с патронажем прекратить[3], а для излишних больных построить в колонии еще павильон на 40 коек (постройка закончена в 1888 г.). Поощрять поступление острых больных, согласно совету Н. Н. Баженова, уездные земства также не стремились. Наоборот, Земское собрание пыталось в 1889 г. ограничить штат психиатрической лечебницы 400 больными, мотивируя это тем, что земство унаследовало от Приказа лишь те обязанности, которые лежали на Приказе. Но постановление это было опротестовано губернатором. В 1890 г. Н. Н. Баженов перешел на службу в Москву. Его преемником был А. Г. Криденер.

---

[1] В городских бараках больные оставались до 1903 г., а в «Красном доме» — до 1910 г., когда после перевода 90 больных в Московскую окружную лечебницу городские отделения были, наконец, закрыты.

[2] Труды I съезда отечественных психиатров, 1887, стр. 243—244.

[3] Забегая вперед, скажем, что и на II съезде психиатров в 1905 г. вопрос о патронаже вызвал бурные прения, и даже в 1911 г. такие крупные психиатры, как К. Р. Евграфов, были его противниками.

В 1901 г. Рязанскую психиатрическую больницу посетил представитель Бессарабского земства А. Д. Коцовский. Вот как он описывает колонию; «Лечебное здание — каменное, состоящее из центральной двухэтажной части и двух одноэтажных крыльев. От входной двери идет коридор, который пересекается поперечным; из последнего открываются двери в комнаты больных. Окна с деревянными частыми переплетами, с двойными стеклами. Второй этаж занят маленьким пансионатом... Меня крайне неприятно поразило отсутствие достаточного количества света; комнаты для дневного пребывания и спальни темны; присутствие внутри здания громадной лестницы, ведущей в пансионат, еще более углубляет отрицательное впечатление... крайней тесноты; отсутствие помещений для прислуги... Все это в общем производит тяжелое впечатление..

Ферма — образцовая; прекрасные помещения; масса инвентаря; 30 штук коров... но ферма находится в ведении управы, превращена в просто рабочую повинность больных в пользу Губернского земства, больница же содержится на средства и за счет уездных земств[1]. Продукты, получаемые с фермы , оплачиваются больницей по базарным ценам».

В дальнейшем, несмотря на то, что прием в больницу всячески затруднялся, причем прием еще и в 1902 г. производился не через участковых врачей, а через уездные управы и полицию, больница всегда была переполнена, так как новых построек почти не производилось. Лишь в 1903 и в 1908 гг. было построено по павильону всего на 120 человек, а число больных росло, особенно в первое десятилетие 900-х годов, когда значительная часть деревни еще более обеднела: к 1900 г. было 456 больных (297 мужчин и 159 женщин), к 1908 г. — уже 618 больных (444 мужчины и 174 женщины), а к 1910 г. — даже 780 больных.

Чтобы избежать переполнения, врачи больницы стремились организовать возможно широкую выписку. В целях той же разгрузки, а отнюдь не в лечебных целях, с 1901 г., несмотря на принципиально не особенно благосклонное отношение земцев, в селах Никуличи и Голенчино вновь был открыт патронаж, причем в конце 1910 г. количество призреваемых в патронаже резко увеличилось, достигнув в 1911 г. 210 человек (154 мужчины и 56 женщин), т. е. 32% всего числа призреваемых. В патронаж пытались переводить чуть ли не каждого больного, хотя большинство было для этого явно непригодно, о чем говорила колоссальная возвращаемость больных из патронажа: в течение 1910 г . переведено в патронаж 552 больных и обратно из патронажа в больницу — 551. Таким образом, искусственное форсирование перевода в патронаж неподходящих больных, как и надо было ожидать, не дало действительного стойкого увеличения числа больных в патронаже, а внутренняя жизнь патронажа стала очень мрачной: «В середине июля 1910 г. в Никуличах был пожар... Крестьяне... обвинили в этом больных. В деревне существует глухое недовольство между крестьянами, не имеющими больных и завидующими тем, у кого они есть...», так пишет отчет. Отчет 1911 г., когда невероятное форсирование патронажа продолжалось, перечисляет причины возвращения больных из патронажа: «Всего в этом году было возвращено 335 больных из патронажа в больницу, среди них 72 из-за стремления к побегу, 78 из-за возбуждения, 22 по случаю пожаров (!!), 40 по физической слабости и один вследствие попытки к самоубийству». Конечно, такой подбор больных был только дискредитацией идеи патронажа.

Врачи Рязанской больницы пропагандировали и формально рекомендовали Губернскому собранию устройство приютов при уездных больницах

[1] В Рязанском земстве, как и в некоторых других, каждое уездное земство за посылаемых им в психиатрическую больницу больных платило Губернскому земству причитающуюся по расчету сумму.

и выдачу пособий спокойным больным на местах через участковых врачей, но участковые врачи «откровенно заявили, что психиатрия для них terra incognita» (из отчета)[1]. Уездные приюты организовывались, но были крайне невелики. Так, в 1912 г. в уездных приютах было в Данкове 5 психически больных, в Касимове—20, в Михайлове—9, в Раненбурге—6, в Ряжске —1, Скопине — 4 и лишь в Рязани — 33, причем Рязанское уездное земство открыло при этом приюте уездный патронаж в с. Пощупове на 20—30 человек. Эти маленькие приюты были, кроме того, очень плохо организованы. Ревизионная комиссия Рязанского уездного земства, посетив 6 октября 1912 г. психиатрический патронаж, числящийся при Богословской участковой больнице, доложила собранию, что «обстановка жизни больных в этом патронаже не соответствует даже самым скромным требованиям». И это было вполне естественно, потому что без постоянной связи между психиатрической и общей медицинской организацией такого рода передача психически больных участковым врачам ничего хорошего дать не могла.

В то же время уездные управы практиковали запретительные меры, т. е. в психиатрическую больницу позволяли отправлять только «явно опасных». «В 1871 г. уездные земства протестовали, когда им отказывали в приеме, а теперь протестуют, зачем принимают без их распоряжения», сетовал А. Г. Криденер в своем отчете[2].

Средняя годовая смертность за десятилетие 1898—1908 гг. равнялась 12,3% (среди мужчин — 11,8%, среди женщин —13,45%).

На 13 мая 1913 г. в Рязанской колонии состояло 308 мужчин и 180 женщин, в патронаже — 130 мужчин и 48 женщин, в Московской окружной лечебнице — 45 мужчин и 45 женщин, в Богословской богадельне Рязанского уезда — 15 мужчин и 5 женщин. Пособия семьям от уездных земств получали: в Касимовском уезде—20 мужчин и 14 женщин (55 рублей в год), в Михайловском — 5 мужчин и 5 женщин (72 рубля), в Ряжском — 1 мужчина и 2 женщины (96 рублей), в Раненбургском — 4 мужчины и 2 женщины (50 рублей), в Рязанском—6 мужчин и 1 женщина (60—90 рублей) и в Скопинском — 4 мужчины (60 рублей). Итого 40 мужчин и 24 женщины, всего 64 человека.

Самарское губернское земство постановило организовать психиатрическую колонию в том же 1879 г., что и Тверское.

Земство в 1865 г. получило от Приказа и губернскую больницу, и дом умалишенных с 16 больными, находившимися в наемном доме. Имея возможность посылать наиболее беспокойных психически больных в Казанскую окружную лечебницу, земство вначале ограничилось тем, что приспособило для остальных больных имевшийся летний барак. В этом бараке, часть которого занимали соматические больные, психически больные оставались и после того, как в 1873—1875 гг. была построена хорошая соматическая больница, но теперь психически больные заняли уже весь барак, так как к 1874 г. их было уже 76, а к 1878 г. — 87, хотя по нормам барак был рассчитан лишь на 46 человек.

Вследствие переполнения барака и его ветхости необходимы были новые постройки, и Земское собрание в 1879 г., имея в виду, что на территории губернской больницы нет места для новых зданий, решило организовать «загородное заведение на 100 психически больных и в центральной

---

[1] Настолько к этому времени психиатрия уже оторвалась от общей медицины, что у земских участковых врачей совершенно исчез интерес к наблюдению за психически больными в населении, тогда как в начале организации земской медицины он, несомненно, был.

[2] А. Г. Криденер, Призрение душевнобольных земством Рязанской губернии, Рязань, 1910.

части губернии, близ железной дороги» и внесло в смету 1880 г. 25 000 рублей, пригласив для организации колонии специалиста-психиатра В. Н. Хардина, ученика И. П. Мержеевского.

Имение было куплено на берегу реки Котлубани в Бузулукском уезде. Воспользовавшись проездом И. М. Балинского в 1880 г. через Самару, управа обратилась к нему за советом о планах заведения, представив при этом на его рассмотрение планы архитектора Штрома (официальные), планы самарского архитектора Рошфора (одно здание на 100 человек) и планы В. Н. Хардина. Балинский рекомендовал планы Хардина. Одобрило планы Хардина и Петербургское общество психиатров.

В 1883 г. управа приобрела у Удельного ведомства хутор Томашов Колок — 186 десятин, расположенный в 8 верстах от Самары. Однако Земское собрание в 1883 г., когда дело, казалось, было уже разрешено и была представлена смета в 182 000 рублей на постройку колонии, занялось вопросом, обязано ли земство только призревать хронических психически больных или должно принимать для лечения больных с острой формой заболевания. Для самарских земцев, впрочем, этот вопрос был вполне естественным, так как Самарская губерния принадлежала к числу обслуживавшихся Казанской окружной лечебницей, задачей которой в то время по ее уставу было лечение именно психически больных в состоянии острого помешательства. Решив, что на земстве лежит только призрение хроников, собрание отвергло покупку Томашов Колок и предложило управе построить в городе дешевое здание для содержания хроников при губернской земской больнице. Таким образом, ясно, что существовала полная путаница в понимании земством не только его обязанностей (лечение или призрение психически больных), но и назначения колоний (земство отказывается строить колонию, потому что его обязанность только призревать!).

Управа, учитывая быстрый рост числа больных, представила Земскому собранию в 1884 г. план постройки трех зданий со сметой в 111 000 рублей. Ввиду дороговизны постройки и незначительных размеров усадьбы в городе, пришлось вновь возвратиться к плану покупки Томашова Колка, и в декабре 1884 г. покупка имения и постройка там по планам Хардина зданий на 120 больных были окончательно решены Земским собранием, причем было постановлено обратиться к правительству с просьбой о 50% субсидии по закону 1879 г.

Однако, несмотря на рассмотрение планов И. М. Балинским и его рекомендацию, планы по требованию Медицинского департамента пришлось передать для пересоставления архитектору Штрому, и лишь через 2 года, в мае 1886 г., составленные Штромом планы были переданы управе со сметой в 230 227 рублей, причем в колонии предусматривалась постройка приемного мужского павильона на 45 кроватей, женского на 40 кроватей, административного корпуса, мастерских, хозяйственных помещений, водопровода и двух упрощенных зданий для хронических больных на 25 человек каждое (всего на 135 кроватей). К этому времени Хардин ушел, и его место занял И. Х. Акерблом, состоявший до того старшим врачом Казанской окружной лечебницы у А. У. Фрезе.

9 декабря 1888 г. все постройки были закончены, причем добавлена была еще часовня-секционная, и колония была открыта. Однако до 1890 г. Самарское земство не смогло получить субсидии, и для осмотра зданий пришлось пригласить архитектора Штрома, уплатив ему за поездку 611 рублей[1].

Когда колония была закончена, больных оказалось уже 187 человек (115 мужчин и 72 женщины), а построена она была, как говорилось выше,

[1] Конфиденциальная записка Министерства внутренних дел, стр. 190.

на 135 человек. Таким образом, с первого же дня существования она была переполнена. В 1889 г. Земским собранием был утвержден Устав управления самостоятельной психиатрической больницей.

В дальнейшем, когда переполнение достигало недопустимой степени, пристраивались бараки, но в общем больница всегда была переполнена. Директором больницы с 1896 по 1908 г. был С. А. Беляков[1], который уже в 1901 г. говорил о необходимости децентрализации психиатрической помощи и об устройстве еще двух колоний в разных местах губернии.

В 1908 г. исполнилось 20-летие существования Самарской колонии. Юбилейный отчет, составленный исполняющим должность директора Н. К. Ивановым, врачами А. Э. Рейсс и С. Н. Гецовой, указывал, что на 1 января 1908 г. состояло 574 больных (за год пользовано 1 382 больных); больница в это время была настолько переполнена, что «за невозможностью найти место для кроватей половина больных спала на полу».

Очень знаменательно, что составители юбилейного отчета особо подчеркнули оставшийся от приказных времен способ выписки больных из больницы. В тех случаях, когда выписка больных производилась самостоятельно, а не родственниками, больных отправляли к месту жительства не с провожатым от больницы, а этапным порядком через полицейское управление, «для чего больным нередко приходилось просиживать по неделям в губернской тюрьме... Результатом такого дикого способа бывали частые обострения», примеры которых и приводятся в отчете (за 1908 г.).

Прием в больницу также велся по старым приказным правилам: 22,9% всех поступлений шло «по распоряжению сельской полиции», 10,15% — по распоряжению «волостного начальства» и лишь 7,3% больных поступали по направлению участковых врачей, 23,89% доставлялись родственниками, остальные 35,76% — из Самары через городских врачей, амбулатории из соматических больниц и опять «по распоряжению полиции г. Самары».

Представляет интерес и распределение больных, лечившихся в Самарской больнице в юбилейный год ее земского существования. По поведению беспокойных было 311 человек, опасных — 30 человек, спокойных — 790 человек, неопрятных — 95 человек, слабых—156 человек. Изоляций за год в больнице было 1 260 случаев, из них временных 70 и «суточных (?)» 890, однако смирительные рубашки и связывания с самого начала существования больницы не применялись.

Неоднократно в Самаре поднимался вопрос об организации патронажа, но устройство его всегда отклонялось самарскими земцами.

Мы привели эти данные, чтобы указать, что и в земское время, и даже в 900-е годы постановка психиатрического дела, не говоря уже о повсеместном переполнении больниц, в большинстве случаев оставалась далеко не блестящей. Самарская больница — типичная средняя земская больница, и, как мы видели, в ней процветала «полицейская психиатрия»: ее заполняют хроники (притом спокойные); среди различных категорий, перечисленных в отчете, о свежезаболевших вовсе не упоминается; широко применялась изоляция; выписанных больных направляли домой по этапу через тюрьму...

Из дальнейшей истории земского периода Самарской губернской больницы упомянем, что в 1912 г. Земское собрание в принципе решило децентрализовать психиатрическую помощь, и в 1913 г. для уездов Бугуль-

[1] Тоже ученик И. П. Мержеевского, защитивший в Военно-медицинской академии в 1887 г. диссертацию «О патологоанатомических изменениях центральной нервной системы при старческом слабоумии» и заведывавший до 1895 г. Больницей св. Пантелеймона в Петербурге.

минского и Бугурусланского была подыскана земля в Либинском лесничестве, в 5 верстах от ст. Клявлино, а для южной части губернии — в 2 верстах от ст. Ершово. Смета на Клявлинскую лечебницу была составлена в 257 860 рублей и на Ершовскую — в 295 135 рублей. Доклад же об устройстве патронажа при существующей больнице был собранием отклонен.

На 3 мая 1913 г. в больнице было 605 больных (365 мужчин и 240 женщин) и в Казанской окружной лечебнице 15 больных (6 мужчин и 9 женщин).

Саратовское губернское земство обсуждало вопрос о постройке психиатрической колонии с 1883 г., но начало ее строить лишь в 1889 г.

При переходе богоугодных заведений Приказа в земство в 1866 г. 50 психически больных помещались в старом одноэтажном каменном доме. Благодаря тому, что Саратовское губернское земство имело право направлять своих психически больных с острой формой заболевания в Казанскую окружную лечебницу, в первые годы земство не ощущало переполнения дома умалишенных, тем более что в 1874 г. психически больные были переведены в приспособленный для них двухэтажный каменный корпус, занимавшийся до этого богадельней.

В 1881 г. Губернская управа предложила на обсуждение собрания вопрос о распределении обязанностей по призрению психически больных между Губернским и Уездными земствами, полагая производить из губернских средств лишь оплату лечения острых «буйных» больных, а призрение хроников производить на местах за счет уездных земств. Этот вопрос возник потому, что уже к 1878 г. число больных, главным образом хроников, достигло 99, а в 1882 г.—120. Но все уездные земства высказались за централизацию психиатрического дела в Губернском земстве. Поэтому Губернское собрание, в связи с напоминанием губернатора об указе Сената 1875 г., решило приспособить еще одно из зданий губернской больницы для приюта на 50 психически больных и пригласить специалиста-психиатра.

С 1883 г. заведывать психиатрической помощью был приглашен один из энергичнейших психиатров-администраторов С. И. Штейнберг, состоявший перед тем главным врачом Преображенской больницы в Москве. Он нашел психиатрическое учреждение в таком состоянии[1]: «Задними окнами здание обращено к мертвецкой, близость которой наделяла здание зловонием. В самом отделении лестницы, двери — ветхие; коридоры темны; дверки в печах еле держатся». Поэтому уже в 1883 г. С. И. Штейнберг, требуя произведения необходимого ремонта, представил собранию проект постройки колонии на 200 человек. С. И. Штейнберг снесся с архитектором Штромом, и тот за 1 500 рублей согласился консультировать планы и добиться утверждения их Медицинским департаментом. В то же время психиатрическая больница была отделена от соматической и получила свой Устав, утвержденный Земским собранием и затем Министерством внутренних дел, согласно которому главный надзор за лечебницей принадлежал Губернской управе, а непосредственное управление ею — директору-психиатру; составление инструкций, смет, проекта и отчета как по хозяйственной, так и по медицинской части лежало на обязанности Совета врачей.

В 1884 г. собрание стало сомневаться в необходимости колонии и поручило управе приспособить для психически больных второе каменное здание богадельни, что и было осуществлено к 1887 г. с затратой 15 000 рублей. Таким образом, образовалось два корпуса: мужской и женский, были устроены мастерские, улучшен уход; кроме врача-директора, приглашены два

[1] С. И. Штейнберг, Краткий очерк психиатрического вопроса в Саратовском земстве, 1883—1905, ч. I, Саратов, 1906.

ординатора. Штат был определен в 120 коек. Но сам С. И. Штейнберг даже после всех возможных улучшений и ремонта характеризовал учреждение так: «Больные томятся в крайне тесных полутемных помещениях... Им почти нельзя пользоваться прогулкой, потому что маленькие садики, в которых они топчутся, окружены проездными пыльными дорогами, почти тут же проходят конки; не более чем в 50 саженях проведена береговая железная дорога, а еще немного дальше протекает сама Волга с шумной жизнью и у ее берегов, и на ней...» Среднее ежедневное число больных в 1887 г. достигало уже 159, а поступило за год 289 больных.

В 1887 г. делегат Московского губернского земства П. А. Архангельский осматривал учреждения Саратовского земства. Он отмечает, что «больница очень переполнена; разделение по роду болезней невозможно, однако больные работают в сапожной, швейной мастерских, которые были устроены, где придется: сапожная мастерская, например, была устроена в наскоро сколоченном шалаше»[1]. Несмотря на трудности ведения дела, смертность в больнице составляла всего 7%, а в 1888 г.—уже 6, 2%. Кроме того, из всех русских земских больниц содержание в Саратовской больнице было самым дешевым: средняя стоимость содержания больного с 230 рублей в год в 1884 г. все время снижалась: в 1887 г. она составляла 191 рубль, в 1891 г. — 167 рублей, в 1893 г. — 159 рублей.

Таковы были результаты трудов С. И. Штейнберга. Но этого мало. С. И. Штейнберг настойчиво пропагандировал все время необходимость организации колонии и в 1888 г. добился пожертвования на ее устройство 24 000 рублей. На эти средства было приобретено в 7 верстах от Саратова в горной местности имение «Есиповка» с 146 десятинами земли (10 десятин огорода, 30 десятин пашни, остальное — луга, лес). Но земство и после этого, имея в виду переполнение, постановило лишь установить в психиатрической больнице штат в 150 кроватей, а больных, которым нехватит места, эвакуировать на попечение сельских обществ, иногубернских отправить в свои губернии. Постройку колонии, несмотря на пожертвование, собрание вновь отклонило и пожертвованную сумму отказалось принять.

С. И. Штейнберг считал, что все малосостоятельные психически больные должны находиться под непосредственным попечением психиатрического учреждения. Как видно из его выступления по докладу Н. Н. Баженова на I съезде психиатров[2], патронаж при тогдашних условиях русской деревни он считал нежелательным, но полагал, что в психиатрической колонии многие больные могут быть поставлены в те же условия, в каких они жили дома, и тогда земство, не испытывая большого финансового обременения, не будет скупиться на увеличение числа мест в психиатрических колониях, «тем более, что большинство больных будет относиться к земледельческому классу и могло бы своей работой возместить те затраты, которые на них требуются»[3]. Выхлопотав пожертвование 1 000 рублей на постройку избы на 10 человек, Штейнберг на свой риск построил в колонии такую избу и поселил там 10 больных, содержавших себя без всякой поддержки земства. Требования некоторых земцев уволить Штейнберга за самовольные

---

[1] П. А. Архангельский, Отчет по осмотру русских психиатрических заведений, изд. Московского губернского земства, М., 1887.

[2] Труды I съезда отечественных психиатров, 1887, стр. 250.

[3] Если часть психиатров старалась в 80-х годах убедить земцев в необходимости колоний, пугая опасностью больных, то С. И. Штейнберг был одним из первых русских психиатров, которые пытались не только убедить земцев в самоокупаемости колоний, но даже доказать это на опыте. Отрицательное отношение С. И. Штейнберга к патронажу разделяли многие психиатры. Б. Н. Синани, например, так же полагал, что «сомнительно, чтобы патронаж был лучше и дешевле содержания по типу изб Штейнберга».

распоряжения не остановили его, и, в конце концов, ему удалось в 1890 г. получить большинство в Земском собрании, которое постановило пожертвованное имение принять в ведение земства и начать там экономные постройки для хроников, причем С. И. Штейнберг и ординатор В. Буховцева были командированы за границу для осмотра аналогичных колоний.

Однако и после этого дело шло очень медленно, хотя к 1900 г. было построено 3 павильона упрощенного типа для 80 хроников, двухэтажный административный корпус и создано очень примитивное водоснабжение из горных ключей.

1895 год, как выразился в отчете за этот год сам Штейнберг, был критическим годом: «угрожающая теснота достигла непомерных размеров», сделанные в колонии постройки мало разгружали больницу. В конце концов, в 1901 г. земство, наконец, ассигновало 335 000 рублей на капитальные постройки в колонии 4 корпусов на 60 + 60 + 60 + 44 человека, т. е. всего на 224 больных. Здания предполагалось строить двухэтажными. В 1902 г. Московское общество психиатров рассмотрело представленные Штейнбергом планы и признало их пригодными. Таким образом, С. И. Штейнбергу, в конце концов, удалось добиться организации колонии.

До 1905 г. при Штейнберге из предполагавшихся четырех корпусов было построено только два на 126 человек.

Но властный администратор С. И. Штейнберг не понял происходивших в 1905 г. событий, считал происходившие тогда волнения просто нарушением необходимого порядка, вызвал в колонию полицию, а затем, совсем растерявшись от упреков за это, должен был сам уйти в отставку. Земство назначило ему в 1906 г. пенсию, но в 1908 г., перед самой его смертью, эта пенсия была большинством собрания отменена.

Преемником Штейнберга был В. А. Муратов (1905—1910), который признал планы корпусов неудовлетворительными, так как в колонии не предполагалось лечебного корпуса, и предложил новый план лечебно-наблюдательного корпуса на 110 человек. Постройка этого корпуса была закончена в 1914 г. С 1906 по 1913 г. был построен еще двухэтажный дом на 38 хроников-женщин. В 1909 г. ослабление напора воды водопровода из горных ключей создало «водяной кризис», поэтому в 1910 г. был построен новый хороший водопровод из артезианского колодца, проведена канализация и устроено электрическое освещение; построен дом для служащих на 20 квартир по 2 комнаты каждая. Так проекты Штейнберга устроить самоокупаемую колонию были разбиты жизнью, и пришлось строить не «дешевые» избы, а обычные больничные здания, но и при этих постройках колония не избежала переполнения, и в 1908 г. был 51 случай отказа в приеме больных, в 1909 г.—61, в 1910 г.—66, в 1911 г. — 34 отказа и т. д.

В 1907 г. при больнице был все же открыт патронаж в деревне «Какурина Речка», в $4^1/_2$ верстах от лечебницы, но в 1912 г. в нем было всего 32 больных. В Саратове отрицательное отношение к патронажному типу призрения сохранилось до конца. Так, например, в 1913 г. В. И. Руднев, назначенный директором колонии после Муратова, говорил на съезде врачей, что «патронаж при нашей колонии носит другой характер, чем в других местах. Наши больные ничем не заняты, — надо ввести трудовой режим». Но известный санитарный врач Н. И. Тезяков на это возражал: «Я опасаюсь эксплоатации больных в крестьянской семье; лучше было бы организовать труд душевнобольных на иных началах, а не в чужих семьях».

Была введена в Саратовском земстве и выдача пособий малосостоятельным родственникам, у которых на руках остаются спокойные хроники (по 5 рублей в месяц), и в 1912 г. на это было ассигновано 3000 рублей в год.

На 1 января 1912 г. в Саратовской колонии состояло 517 больных, в патронаже — 40 больных, и пособия получали 32 человека, оставшихся в своих семьях. Всего на попечении земства было 589 больных.

Считаем поучительным рядом с историей Саратовской больницы привести историю Пермской больницы, заведующий которой А. Я. Пономарев также пытался без особых ассигнований со стороны земства организовать психиатрическую колонию, а также истории Нижегородской и Смоленской больниц, которые пришли в более или менее удовлетворительное состояние лишь в связи с громадными усилиями заведывавших ими П. П. Кащенко и В. И. Яковенко.

Пермское губернское земство приняло решение о постройке колонии также в 1880 г. Учреждения Приказа земство получило в свое ведение в 1870 г. Хотя психиатрическое отделение, в котором содержалось 18 мужчин и 9 женщин, находилось в двухэтажном здании, в котором впоследствии было вполне удовлетворительно размещено 60 больных, однако при Приказе оно было в обычном для других больниц тяжелом положении: «Окна в верхнем этаже запирались ставнями, а в нижнем были заделаны кирпичом; имелись смирительные кресла, кожаные рукава, браслеты, цепи...»

После приема отделения земством, по указанию А. У. Фрезе, в 1874 г. в двухэтажном здании были произведены переделки, причем в верхнем этаже вполне удовлетворительно поместили 40, а в нижнем 20 больных. В Казанскую окружную психиатрическую лечебницу был командирован для изучения ухода за больными врач А. Я. Пономарев, который затем и стал заведующим учреждением, которое при этом было переименовано в «Приют для душевнобольных» и стало вполне независимым в медицинском и административном отношении от соматической больницы.

Как и везде, после перехода в земство число больных в «приюте» стало быстро увеличиваться, и земство приспособляло для больных различные здания, а кроме того, выстроило деревянный флигель. Но, несмотря на все это, состояние «приюта» вследствие переполнения было к 1880 г. очень тяжелым: «Одна ванна на всю лечебницу... воздух тяжелый...»—указывала земская ревизионная комиссия. В 1880 г. земство собрало от разных властей губернии сведения о числе психически больных, причем их оказалось в губернии 2 241 человек, что при населении в 2 520 000 составляло 1 : 1 085 человек населения, или 0,9 психически больных на 1 000 жителей. В том же году земство убедилось в необходимости построить лечебницу-колонию на 250 больных (150 мужчин и 100 женщин) и пригласило второго врача.

В 1881 г. А. Я. Пономарев присмотрел подходящий для колонии участок «Липовая Гора», расположенный в 7 верстах от Перми по Сибирскому тракту, принадлежавший Горному ведомству. Но в 1883 г. город Пермь уступил земству безвозмездно значительный участок земли за бульваром на окраине города, и потому на всякий случай решено было хлопотать об уступке земству участка «Липовая Гора», а лечебницу строить на уступленном городом участке.

Земство приступило к постройке лечебницы, а в 1890 г. было получено извещение, что Министерство государственных имуществ уступает земству «Липовую Гору» с 37 десятинами земли (16 десятин пашни, 16 десятин леса, остальное под усадьбой и прудами). Ввиду произведенных затрат на лечебницу, земство не могло одновременно приступить к постройке на этом участке. Психиатр А. Я. Пономарев решил организовать здесь самоокупающуюся колонию для работоспособных психически больных. Земство дало взаимообразно 1 500 рублей на покупку крестьянской усадьбы для переноса ее на «Липовую Гору» и на первое обзаведение колонии с тем, чтобы эти деньги

были возвращены затем из доходов участка[1]. Усадьба, дом 3 × 4,5 сажен, амбар и погреб 3×4,5 сажен, конюшня, коровник были куплены за 500 рублей. Кроме того, руками больных был построен барак на 20—30 человек. Агроном Н. А. Курбатов согласился за 600 рублей в год руководить всем хозяйством, завел восьмипольное образцовое хозяйство, врачи пожертвовали двух телок и бычка, куплена была лошадь, заведена птица, вырыты пруды и заведено рыбное хозяйство. В колонию брали лишь работоспособных больных лечебницы; они производили все работы, получая питание за счет больницы. Режим был в полном смысле «open door», колония развивалась и окупала себя, так что в 1893 г. был возвращен долг земству, куплено семь лошадей со сбруей и рабочими экипажами, а агроном получал свою зарплату из доходов колонии.

Однако земство относилось ко всей этой «затее» Пономарева отрицательно, так как колония хотя и окупалась, но для работ больные, по мнению земцев, задерживались в больнице, почему общее число больных все время росло.

Ввиду расхождения во взглядах с земством А. Я. Пономарев и его помощник И. П. Ижевский в 1894 г. были земством уволены, и расширяться стала уже не колония, а больница. Заведующим больницей был приглашен И. К. Мейер, ординатором — В. И. Реймерс. В это время психиатрическая больница состояла из старых зданий Приказа (двухэтажный корпус, где помещались беспокойные больные, и одноэтажный барак, где помещались слабые больные) и пяти новых бараков, выстроенных в 1885—1893 гг. на городской земле. Всего было 260 мест, а больных — 400. В 1901 г. ушел и И. К. Мейер, заведующим стал В. И. Реймерс.

Лишь в 1909 г.[2] к «Липовой Горе» было прирезано еще до 84 десятин земли, и там начали строить здания для больных уже на земские ассигнования. К 1911 г. там был открыт каменный корпус на 120 больных и имелось 4 барака, построена хорошая центральная кухня, здание для квартир служащих, электрическое освещение. В 1913 г. прирезано еще 112 десятин, так что ко времени революции колония обладала 196 десятинами земли.

В 1911 г. в колонии было уже 250 — 270 больных, а в Перми в это время имелось уже 12 бараков. На 1 января 1911 г. в колонии и в Пермской больнице в общем состояло 1 082 человека (650 мужчин и 432 женщины). Кроме того, 44 больных находились в Московской окружной лечебнице и до 100 семей, оставивших душевнобольных на своем попечении, получали пособие от земства по 8 рублей в месяц.

К сожалению, Пермская больница редко печатала свои отчеты[3], и потому в литературе имеется мало сведений о подробностях ее жизни. Д-р Н. А. Жуков, описавший состояние больницы в 1911 г.[4], указывает, что большинство больных (684) было из приуральских уездов, так как, во-первых, Пермь расположена в центре этих уездов и имела с ними хорошее сообщение по Каме, а во-вторых, в зауральских уездах (Екатеринбургский, Верхотурский) имелись в уездных городах небольшие психиатрические больницы, которые в Пермь посылали только тяжелых больных; в Перми было 466 зауральских больных.

---

[1] История колонии описана в «Архиве психиатрии», т. XXIV, 1894, № 1.

[2] Еще в отчете за 1907—1908 г. В. И. Реймерс называл Липогорскую колонию «заброшенной» (стр. 6).

[3] Интересно, что отчет за 1901 г., составленный В. И. Жестковым, озаглавлен «Медицинский отчет по приюту душевнобольных за 1901 год». В это время в «приюте» была только картонажная и швейная мастерская.

[4] Современная психиатрия, М., 1913, стр. 236 и др.

В литературе сведений о маленьких уездных психиатрических больницах Пермской губернии вовсе не имеется, хотя известно[1], что в Екатеринбурге, например, такая больница имелась.

В 1911 г. Земское собрание постановило строить вторую психиатрическую больницу в Екатеринбурге (теперь Свердловск); были составлены планы построек со сметой в $1^1/_2$ млн. рублей на 400 психически больных (240 мужчин и 160 женщин), для чего в 7 верстах от Екатеринбурга была выделена дача с 425 десятинами земли. Строилось 8 павильонов (2 приемных, 2 для беспокойных больных, 2 для слабых и 2 для рабочих) и соответствующие хозяйственные помещения. Земство ходатайствовало о правительственной субсидии, но получило отказ, однако постройка продолжалась, хотя и были произведены сокращения, имея в виду ассигнование лишь в 700 000 рублей.

Нижегородское губернское земство приступило к постройке колонии на рубеже 80 — 90-х годов, хотя первое постановление о постройке колонии было вынесено Земским собранием в 1881 г., т. е. одновременно с постановлением, вынесенным Тверским, Рязанским, Саратовским и Самарским земством.

От Приказа Нижегородское земство в 1866 г. приняло 76 психически больных, помещавшихся в запущенном ветхом здании на 20 кроватей. Поэтому уже в 1867 г. земство было вынуждено приспособить для психически больных женщин двухэтажный каменный сарай, где раньше были конюшни и склады, и в 1868 г. командировать в Петербург и Москву врача для ознакомления с постановкой дела в психиатрических учреждениях. Тогда же земство просило правительство о субсидии в 100 000 рублей для перестройки всех зданий губернской больницы, намереваясь перестроить и психиатрическое отделение. Правительство отпустило только 45 000 рублей, которые Земское собрание решило истратить на устройство соматической больницы, а для психически больных в 1869 г. решило ограничиться лишь ремонтом старых зданий, что и было исполнено к 1871 г.

Между тем переполнение росло. В 1878 г. управа докладывала Земскому собранию о психиатрическом отделении, что «оно не только не способно вылечивать больных, но заключает в себе все данные для окончательного умственного убийства человека», что необходимо произвести коренную реформу этого отделения. Собрание ассигновало 60 000 рублей на постройку деревянного дома. Однако после консультации с О. А. Чечоттом был составлен план ряда павильонов для лечебницы на 50 мужчин и 50 женщин (26 спокойных, 16 беспокойных, 4 буйных и 4 неопрятных). Собрание 1881 г., рассмотрев планы, решило, согласно совету О. А. Чечотта, строить эти здания за городом. Однако в 1882 г., убедившись, что строить больницу-колонию далеко от Нижнего-Новгорода неудобно, Земское собрание изменило свое решение и постановило лечебницу строить ближе к городу. Но здесь волокита с правительственной субсидией оказалась еще большей, чем в Рязани, а земство было менее настойчивым: 25 мая 1882 г. губернатор препроводил ходатайство земства о субсидии, но медицинский департамент лишь через два с лишним года, 27 июля 1884 г., отметил, что «проект не отличается ни удобством размещения, ни даже дешевизной постройки», и указал, на каких основах должен быть составлен новый план.

Собрание 1885 г., рассмотрев все это, постановило «...оставить мысль о загородной лечебнице и выстроить два здания на 50 человек (30 мужчин и 20 женщин) за 50 000 рублей (а больных к этому времени было уже 115 человек), оставив для остальных больных старое здание. Для ускорения

[1] Современная психиатрия, М., 1911, стр. 424.

дела составление проекта было земством поручено за 1 100 рублей Штрому, и к концу 1888 г. по этому плану было выстроено здание на 50 человек. Здание было построено на Тихоновской улице в хорошем саду, имелось и полдесятины огорода. Старое мартьяновское здание на территории соматической больницы находилось на Жуковской улице, на расстоянии нескольких кварталов от нового. П. И. Якобий[1] утверждает, что Нижегородское земство было единственным, построившим свое здание по «нормальным» планам Штрома без всяких изменений («центральный темный коридор, замыкаемый с обоих концов отхожими местами»). Осматривая в 1891 г. Нижегородскую больницу, он нашел штромовское здание никуда негодным, а «старый приказный мартьяновский корпус — уже вовсе отхожее место в аду, или, лучше, ад, устроенный в нужнике, трагический и вонючий».

Закончив постройку, управа тут же (1888) докладывала Земскому собранию, что уже ощущается недостаток в помещении, так как число больных все возрастало: на 1 ноября 1889 г. их было уже 205 человек. Положение становилось глубоко трагическим. В этих условиях в 1889 г. был приглашен для организации психиатрического дела в Нижегородском земстве П. П. Кащенко, и одновременно психиатрическое отделение губернской больницы было выделено в самостоятельную административную единицу. На долю П. П. Кащенко выпало превратить это мрачное заведение в возможно сносное лечебное учреждение.

Прежде всего было перестроено штромовское здание, затем организованы мастерские (столярная, корзиночная, портновская и швейная), для размещения психически больных отведено два летних барака на 90 кроватей, заведены огородные работы и составлен проект устройства колонии. С 1890 по 1896 г. на каждом Земском собрании обсуждался вопрос, где и на какие средства строить колонию. Интересно предложение гласного Звенигородского (1896) строить вторую больницу в Арзамасе, а не около Нижнего-Новгорода, чтобы ею могли пользоваться жители и отдаленных уездов.

В 1896 г. было пожертвовано земству при деревне Ляхово, в 12 верстах от Нижнего-Новгорода, около 50 десятин земли. Там постепенно с 1889 г., большей частью тоже на пожертвования, удалось построить павильоны на 360 больных. Здания строились самые разнообразные: и с боковым коридором, и с центральным залом, и со спальнями в верхнем этаже.

Еще до начала построек в Ляхове, в 1898 г., ввиду крайнего переполнения, по предложению П. П. Кащенко, в Балахне на Волге, в 30 верстах от Нижнего-Новгорода, был устроен так называемый «концентрированный» патронаж по образцу бельгийского в Лирнье. Патронаж устроен был собственно в пригороде Балахны, в с. Кубинцеве, так как Городская дума Балахны не согласилась на устройство его в самом городе, но приемный покой на 20 коек находился в городе. При приемном покое жил постоянно врач-психиатр, что обеспечивало возможность помещения возбужденных больных. Это расширяло возможность подбора больных для перевода в патронаж, что при крайнем недостатке мест в больнице было крайне необходимо. Во время заведывания И. И. Захарова патронаж этот был одним из лучших земских патронажей. Приемный покой вначале помещался в наемном доме, но в 1909 г. было построено собственное здание на 30 коек с квартирой врача при нем. Интересно, что в 1900 г. сельский сход постановил запретить жителям села брать психически больных, но, ввиду протеста селян, уже имевших больных (на 1 января 1900 г. в патронаже было

[1] П. И. Якобий, Проект организации психиатрической помощи Московской губернии, 1894, т. II, стр. 39.

58 мужчин и 19 женщин, всего 77 больных), уездный съезд отменил постановление схода и патронаж продолжал существовать[1].

После постройки первой очереди колонии туда были переведены все хронические «колониальные» больные, при этом из 360 мест в колонии лишь 60 мест предназначались для спокойных хроников, а все остальные — для беспокойных, полубеспокойных и слабых; все более или менее спокойные больные должны были призреваться в патронаже. В городе оставалось приемное сортировочное отделение приблизительно на 150 человек. Надо отметить, что, помимо всех больных, в приемное отделение в Нижнем-Новгороде поступало громадное число алкоголиков. В 1889 г. на 538 больных было 164 алкоголика, в 1894 г. на 1 398 больных — 787 алкоголиков, в 1900 г. на 1 577 больных — 771 алкоголик, т. е. соответственно находившиеся в больнице алкоголики составляли 30, 7, 56, 3 и 50% общего числа больных. Земское собрание 1896 г. постановило алкоголиков без проявлений психоза в психиатрическую больницу не принимать, но это постановление, вероятно, в связи с требованиями полиции, не проводилось в жизнь. В колонию, как мы уже говорили, направляли только хроников в состоянии возбуждения. В патронаже на каждого больного приходилось в среднем 13,5 дня пребывания в приемном покое; в приемном покое патронажа было ежедневно в среднем занято 23 койки.

В 1902 г. Земское собрание решило довести Ляховскую колонию до 600 мест; планы были составлены архитектором П. П. Малиновским и инженером Бехли. Земство ходатайствовало перед правительством об отпуске на постройку вначале всей суммы, затем 50%. Дело тянулось, и вторая очередь постройки началась лишь в 1908 г. и была закончена к 1912 г. В конце 1904 г. П. П. Кащенко перешел в Москву, и заведующим психиатрическими учреждениями в Нижнем-Новгороде стал А. И. Писнячевский[2].

Распределение больных было таково:

	На 1/I 1908 г.			На май 1913 г.		
	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего
В старых зданиях города . . .	157	31	188	59	34	93
В колонии Ляхово	137	176	313	329	235	564
В патронаже в Балахне	65	46	111	59	50	109
В патронаже около Ляхово . .	—	—	—	7	—	7
С платой в своих семьях	—	—	6	15	16	31
Всего . . .	359	253	618	469	335	804

Таким образом, в Нижнем-Новгороде создавалось своеобразное, новое для России деление психиатрического учреждения: приемно-сортировочное отделение — в городе, требующие лечения затяжные случаи — в колонии, хроники — в патронаже с приемным покоем на случай возбуждения.

На съезде врачей в Нижегородской губернии 1910 г. по докладу А. И. Писнячевского поднялся вопрос о децентрализации и приближении

[1] Отчет по Психиатрической лечебнице Нижегородского губернского земства, Нижний-Новгород, 1906, за 1889—1904 гг., стр. 133.

[2] Кроме Балахнинского патронажа, с 1913 г. организовался патронаж «у ворот больницы» при колонии Ляхово.

психиатрической помощи к населению. Съездом было принципиально признано необходимым постепенное устройство уездных больниц.

Вологодское губернское земство в 80-х годах (1888) также приобрело имение для постройки психиатрической больницы.

Деревянный флигель, в котором при Приказе помещались в Вологде психически больные, в 1867 г. (еще при Приказе) сгорел, и при переходе в 1870 г. к Вологодскому земству приказного богоугодного заведения психически больные женщины временно помещались в двух, а мужчины в трех маленьких комнатках нижнего этажа главного больничного здания. Старший врач больницы Ф. Ф. Ульрих[1] так описывает эти помещения: «Почти полное отсутствие вентиляции при одновременном проникании в коридоры запаха из ретирадных мест и из помещающихся в нижнем же этаже аптеки и анатомического театра...». Чтобы нагляднее показать все печальное положение больных, он приводит такие статистические данные: «За 5 лет, 1869 — 1873 гг., было пользовано 162 психически больных, из них умерло 41 (25,3%), причем 9 человек умерли от скорбута, 10 от общего истощения, 6 от поноса, 6 от тифа, 2 от холеры (1871 г.)...».

С 1873 по 1876 г. строилось новое каменное здание для психически больных на 30 человек (20 мужчин и 10 женщин). Но, когда здание было готово, больных было уже 45 человек (34 мужчины и 11 женщин). Ульрих, имея в виду указ Сената об обязанности земства принимать всех психически больных без отказа, уже в 1875 г. предупреждал Земское собрание «о печальной будущности, какая ждет новое здание, устроенное собственно для лечения, если не позаботиться заблаговременно об устройстве приютов для хроников, хотя бы при уездных больницах». Но земское собрание ограничилось постановлением: «В случае надобности нанимать помещения».

В 1876 г. был приглашен специально для психиатрического отделения особый ординатор. В 1877 г. для хроников нанят неприспособленный дом, куда было переведено 25 спокойных больных, а «новый дом превратился в абсолютно буйное и беспокойное отделение и для испытуемых... Кроме железных решеток в окнах,— иронически замечает Ульрих, — никаких приспособлений для лечения или предметов для развлечения в здании не имелось...». «Родственники если и помещают сюда своих больных, то только буйных для усмирения». В 1879 г. больные из частного дома были переведены в приспособленное для них двухэтажное старое деревянное здание, где раньше помещалась кухня, здание могло вместить 25 мужчин и 10 женщин.

Уже в 1881 г. пришлось вновь нанять частное помещение в городе. Одновременно собрание послало в Министерство внутренних дел планы нового здания на 40 коек и смету на его постройку с просьбой о 50% субсидии. Как и во всех других земствах, согласно заключению архитектора Штрома, планы были признаны неудовлетворительными. Между тем больных к концу 1883 г. было уже 138 человек (107 мужчин и 31 женщина), мест же в обоих зданиях (причем старое здание самими земцами признавалось никуда негодным) было не больше 65.

В отчете больницы за 1883 г. писалось: «Жалкое положение душевнобольных... еще более ухудшилось вследствие накопления буйных больных. В каменном доме постоянные шум и крик... Достаточно сказать, что в течение 10 месяцев в одном каменном доме выбито 422 стекла. А сколько сломано дверей, рам, испорчено штукатурки, порвано белья... Можно ли при таких условиях лечить?.. Врачу приходится быть лишь пассивным зрителем».

---

[1] Вологодская больница губернского земства, Вологда, 1882 (цит. по Трудам I съезда отечественных психиатров, СПб. 1887, стр. 857—859).

В 1884 г. был приглашен для заведывания психиатрическим отделением врач-психиатр А. Ф. Мальцев, и одновременно Земское собрание решило купить у города так называемую Дюдикову пустошь в 5 десятин. Гласный Н. И. Андреев отправился в Петербург, где за 1 400 рублей архитектор Штром составил ему планы двух зданий — одно на 50 мужчин, другое на 30 женщин, утвержденные в технико-строительном отделении Министерства через 2 месяца. Но в этом году губернию постиг неурожай и, кроме того, выяснилось, что Дюдикова пустошь для постройки психиатрической больницы непригодна, так как окружена кладбищем, свалками и стрельбищем, и постройка была отложена, а часть больных переведена в бывшую богадельню.

В 1887 г. Земское собрание постановило психически больных лечить бесплатно.

В 1888 г. в 5 верстах от Вологды была приобретена усадьба Кувшиново с 36 десятинами земли, а в 1889 г., по получении согласия от Министерства внутренних дел на субсидию, началась стройка колонии. К этому времени А. Ф. Мальцев перешел в Полтаву. Некоторое время психиатрическим отделением заведывал М. П. Глинка, затем В. А. Копосов, но строиться колония начала уже под руководством А. А. Яковлева, который до самой смерти (1902) оставался ее директором. Первые основные постройки двух каменных корпусов на 150 человек и барака на 25 человек производились в колонии в 1892 — 1893 гг.; в 1894 г. предполагалось организовать патронаж, но Земское собрание отнеслось к этому отрицательно. В колонии пристраивались бараки: к 1906 г. имелось 4 женских барака и 6 мужских; устроена была мостовая до города, паровая прачечная, электрическое освещение, проложен водопровод. Лишь в 1911 г. Земское собрание постановило ходатайствовать о субсидии для постройки каменного павильона на 50 больных мужчин с острыми психозами. В 1910 г. при директоре В. В. Родкевиче в деревне Кишкинке, в 5 верстах от Кувшиново, все же был организован патронаж на 30 человек и началась выдача пособий семьям, в которых оставались душевнобольные.

На VI съезде врачей Вологодской губернии санитарный врач З. Г. Френкель поднял вопрос о необходимости открыть отделение лечебницы в Великом Устюге для отдаленных уездов, но этот проект движения не получил.

Директором колонии с 1902 по 1908 г. состоял Е. К. Иогансон, с 1908 по 1910 г. — П. П. Стрельцов и с 1910 г. — В. В. Родкевич.

На 15 мая 1913 г. больные распределялись так:

	Мужчины	Женщины	Всего
В лечебнице-колонии	301	193	494
» патронаже . . .	15	19	34
» своих семьях . .	58	44	102
	374	456	630

Херсонское губерское земство приобрело землю для колонии в 1883 г.

От Приказа Херсонское земство в 1865 г. получило дом умалишенных — каменный флигель в полтора этажа на 20 штатных кроватей, причем уже при передаче земству во флигеле помещалось 32 больных. В дальнейшем число больных быстро росло, и к 1 января 1870 г. их было 69, к 1872 г.—85, к 1875 г.—102, к 1876 г.—116 и, наконец, к 1 января 1877 г.—118. Херсонское земство, как и другие, вначале принимало лишь пал-

лиативные меры против переполнения: сначала больными был занят подвальный этаж флигеля, затем приспособлена богадельня, дом сирот, затем бывшая фельдшерская школа, причем на приспособление этих зданий затрачивались значительные суммы.

Стремясь уменьшить число поступающих больных, Губернское собрание в 1874 г. предложило уездным земствам приспособить уездные больницы для оказания первой помощи заболевающим острой формой помешательства, причем принимало на себя треть единовременных и треть постоянных расходов, связанных с проведением этого мероприятия.

Так обстояло дело вплоть до 1882 г., пока «не озарила земцев, — как выразился в своем отчете по осмотру русских психиатрических заведений д-р Архангельский[1], — счастливая мысль пригласить для заведывания отделением врача-специалиста». Был приглашен М. Я. Дрознес. С 1 января 1883 г. (в это время было уже 130 психически больных) психиатрические отделения были в административном отношении отделены от соматических, приглашены два ординатора и учрежден Совет врачей. Насколько возможно, общее положение было улучшено, были устроены мастерские: сапожная, щеточная, портняжная, столярная, бондарная для мужчин, швейная и прядильная для женщин. В 1885 г. крестьянские и мещанские общества были освобождены от платы за лечение психически больных. В 1883 г. Земским собранием, а затем Министерством утвержден устав больницы; с 1883 г. она выделена в самостоятельную административно-хозяйственную единицу.

К собранию 1883 г. был подготовлен доклад об устройстве земледельческой колонии, причем предполагалось эвакуировать в колонию лишь спокойных хронических больных, а лечебницу на 200 коек оставить в городе. На даче в Графском саду, в 7 верстах от Херсона, для этого было приобретено 200 десятин земли. Но первоначальный план был изменен, и в Графском саду началось строительство и лечебницы на 125 коек, так как старые городские здания признаны были для этого малоподходящими. Лишь осенью 1899 г. постройка лечебницы закончилась, и больные с острыми формами заболевания были переведены из города.

В некотором отдалении от лечебницы еще в 80-х годах для колонии было выстроено 5 простейших павильонов, каждый на 20 человек, для эвакуации работоспособных хроников. К 1902 г., по Коцовскому[2], было уже 7 павильонов и была построена кухня и все служебные здания колонии. Колония состояла из ряда коттеджей; это была небольшая деревня, жившая хотя и под надзором, но почти обычной трудовой жизнью. По отчету 1901 г. в Херсонской колонии в среднем ежедневно работало 65% всех больных колонии. К 1892 г. в колонию было выведено 19% больных; директором в это время был уже Д. Г. Гинзбург-Шик (1892—1901). В старых зданиях в городе оставались слабые, спокойные хроники. Это отделение (приют) вошло как отдельная составная часть в общее психиатрическое учреждение.

В 1902 г. В. С. Яковенко организовала в деревне Арнаутке психиатрический патронаж, причем вначале в нанятых домах были устроены в патронаже мужской и женский «наблюдательные пункты». Уже в 1903 г. под женский наблюдательный пункт был куплен земством дом и приспособлен для правильного больничного наблюдения. В момент организации Херсонского патронажа это был лишь четвертый земский патронаж.

[1] Отчет по осмотру русских психиатрических учреждений, издание Московского губернского земства, 1887.

[2] А. Д. Коцовский, Очерк призрения душевнобольных в России, Вопросы нервно-психической медицины, 1902, т. VII.

Постройка лечебницы затянулась до 1899 г. Лечебница состояла из 7 павильонов (для спокойных, полуспокойных и беспокойных больных и лазарет). Между женскими и мужскими павильонами был построен административный корпус с прекрасным залом для развлечения больных, кухней, квартирами для персонала. Хозяйство лечебницы было отделено от колонии.

С 1901 по 1915 г. директором всех психиатрических учреждений Херсонского земства был В. Л. Коссаковский, до того разработавший план Костюженской лечебницы Бессарабского губернского земства.

Рассматривая всю систему организации лечения и призрения психически больных Херсонской губернии, мы видим, что учреждение распадалось на такие отделы:

1. Центральная лечебница в Графском саду, куда принимали всех вновь поступающих больных и где их распределяли по другим учреждениям, причем подававшие надежду на выздоровление оставались в лечебнице до выздоровления.

На 1 января 1912 г. в лечебнице состояло 356 мужчин и 265 женщин, всего 621 больной (44,8% всех больных), а стоимость содержания койки в год равнялась 287 рублям. Имелось 6 врачей и 45 человек среднего медицинского персонала при 136 служителях.

2. Колония для работоспособных хроников, в которой на 1 января 1912 г. состояло 139 мужчин и 75 женщин, всего 214 больных (15,4% всех больных) со стоимостью койки 247 рублей в год. В колонии имелся один врач, 10 человек среднего медицинского персонала и 19 служителей. Больные обрабатывали 100 десятин земли; в колонии имелись мастерские: столярная, плотницкая, малярная, слесарная, портняжная, швейная, вязальная и салотопка.

3. Приют для слабых и неработоспособных хроников, в котором состояло 206 мужчин и 195 женщин, всего 401 больной (29% всех больных) в городе; койка стоила 196 рублей в год. В приюте имелось два врача, 16 человек среднего медицинского персонала и 38 служителей. В 1902 г., по описанию Коцовского, имелся еще приют в г. Новоукраинке Елизаветградского уезда для страдающих старческим слабоумием.

4. Патронаж на 90 мужчин и 60 женщин, всего на 150 человек (10,8% всех больных) со стоимостью койки 151 рубль в год. Патронаж обслуживал 1 врач, 3 человека среднего медицинского персонала и 2 служителя. В Херсоне патронаж играл совершенно иную роль, чем в Рязани: в него переводили больных перед выпиской, чтобы облегчить им переход к обычным условиям жизни. Движение больных из патронажа в больницу, как и следовало ожидать, было очень небольшим, кроме того, отмечалась значительная выписка домой. Так, на 1 января 1910 г. в патронаже было 138 человек (81 мужчина и 57 женщин); переведено из лечебницы 95 человек (61 мужчина и 34 женщины; обратно в лечебницу больных не переводили); выписано 82 человека (58 мужчин и 24 женщины); осталось на 1 января 1911 г. 149 человек (84 мужчины и 65 женщин).

Все психиатрические учреждения Херсонского губернского земства отстояли очень близко друг от друга, состояли в ведении одного директора, но каждое имело свой отдельный бюджет и определенное, дифференцированное назначение. Лечебница была хорошо снабжена всевозможными приспособлениями для лечения. В 1912 г. в ней было устроено приспособление для длительных ванн. Уже с самого начала постройки лечебницы в слабом женском отделении было выделено в Херсоне и детское отделение, в котором в 1904 г. было в среднем 27 детей (91% — идиоты, 5% — эпилептики, 4% — нервные), с 1913 г. имелось особое здание детского отделения.

К 1911 — 1913 гг. на территории лечебницы было выстроено еще 5 павильонов для психически больных. Чтобы удержать младший персонал, решено было построить поселок из 20 домиков, наделенных небольшими участками земли, которые предполагалось отдавать лучшим семейным служителям. К 1914 г. было выстроено 3 таких домика. Этот поселок должен был в будущем также служить местом прибольничного патронажа, который, таким образом, был бы обеспечен привычным к уходу за больными персоналом.

Принципиальное обоснование принятой Херсонским земством «ступенчатой» системы было разработано в Полтаве А. Ф. Мальцевым, поэтому подробнее об этом будет говориться в истории Полтавской больницы, но первые основы этой организации были заложены в Херсоне.

Херсонская больница была в России второй по числу призреваемых больных (в 1913 г. было 1 472 больных). Довольно хорошо устроенная, она, пока строились (1911 — 1913) новые павильоны, была настолько переполнена, что часть больных, даже требующих надзора, была переведена в дома крестьян деревни Арнаутки с постоянным дежурством младшего персонала. Но психиатрическая жизнь Херсонской больницы даже и в это время — и прием, и лечение, и лечебно-трудовой режим в колонии, и патронаж — оставалась на довольно значительной высоте.

В 1908 г. имелся проект о постройке второй лечебницы в восточной части губернии с колонией около нее на 600 человек, но проект этот движения не получил.

IX. РАЗВИТИЕ ЗЕМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. РАЗЛИЧНЫЕ ЕЁ ФОРМЫ, ДИСКУССИИ В СВЯЗИ С ФОРМАМИ ЕЁ РАЗВИТИЯ

90-е годы были годами роста рабочего движения в России, годами организации социал-демократической партии — начало третьего периода революционного движения в России, периода пролетарского революционного движения. Г. В. Плеханов дал еще в 80-х годах первую марксистскую критику ошибочных взглядов народников, показал, что их взгляды не имеют ничего общего с социализмом, хотя народники и называли себя социалистами. Борьба Плеханова против народников основательно подорвала их влияние среди революционной интеллигенции.

Однако действительный идейный разгром народничества был осуществлен В. И. Лениным.

Дальнейшее движение вперед могло происходить только путем полного разоблачения мелкобуржуазной сущности народнического демократизма этой эпохи, идеализировавшего по существу кулачество.

С другой стороны, 90-е годы были годами контрреформ по отношению к реформам 60-х годов: в 1887 г. началось насаждение церковно-приходских школ на селе, издан знаменитый циркуляр Делянова «о кухаркиных детях» — о недопущении крестьян к среднему и высшему образованию; в 1889 г. введена в отношении крестьян явно крепостническая реформа— издано «Положение о земских начальниках», которые бесконтрольно могли судить крестьян, налагать на них штрафы, подвергать аресту; в 1890 г. издано новое «Положение о земских учреждениях», которым фактически упразднялась всесословность земств и ограничивалась выборность, дворянству предоставлялось абсолютное большинство голосов, наконец, в 1892 г. издано «Городовое положение», лишавшее избирательных прав малоимущие слои горожан.

Но реакционное законодательство правительства не могло повернуть вспять историю. Охраняя привилегии дворянства, правительство не могло не считаться с тем, что Россия переживала в 1890—1900-х годах бурный экономический подъем и что развивавшиеся капиталистические отношения в городе и деревне усилили рост и могущество буржуазии. Даже либералы оказывались в оппозиции к средневековым мероприятиям правительства, препятствовавшим развитию страны. В области просвещения, медицины, несмотря на стремление правительства ограничить земскую культурную работу, все соответствующие учреждения продолжали в 90-е годы интенсивно развиваться и умножаться. 10 июня 1893 г. правительством был издан новый лечебный устав, пытавшийся передать в руки правительства все

управление земскими лечебными заведениями, причем на долю земства оставалось только предоставление средств, а все направление и организация лечебного дела поручались правительственным чиновникам. Земства настаивали на том, что этот закон неприменим к земским лечебницам. Кончилась эта борьба победой земства: закон по отношению к земским лечебницам не был применен. Ленин впоследствии в своей статье «Гонители земства и аннибалы либерализма» так отозвался именно на этот инцидент: «Сила созданных земством и принесших значительную (сравнительно с бюрократией, конечно) пользу населению врачебных и статистических учреждений оказывается достаточной, чтобы парализовать сфабрикованные в петербургских канцеляриях уставы»[1].

Как же шла при этих условиях жизнь психиатрических больниц, какие вопросы возникали при этом?

Уже в начале 90-х годов происходившие в 70-х и начале 80-х годов дискуссии о необходимости организации психиатрической помощи прекратились. Вопрос теперь шел о том, как лучше при имеющихся небольших средствах и при меньших расходах удовлетворить эту потребность. Главная роль в определении лучших форм помощи принадлежала специалистам-психиатрам: дискуссия о путях и формах организации психиатрического дела велась в 90-х годах главным образом между специалистами: земцы требовали только дешевизны, а правительство — приема всех доставляемых полицией.

Первой принципиальной дискуссией о формах помощи была дискуссия при постройке психиатрической больницы Московского губернского земства.

Московское губернское земство прямо и определенно поставило перед специалистами вопрос о правильной и возможно широкой организации помощи психически больным.

Для жителей Московской губернии во времена Приказа, как и во всех других губерниях, существовал лишь один дом умалишенных — Преображенская больница. Но население Московской губернии было даже во времена Приказа иным, чем в большинстве других губерний,—промышленность здесь быстро росла, а потому иной была и потребность в психиатрической больнице, несмотря на то, что Преображенская больница в 1838 г. имела 150, в 1860 г. — 200, а к 1876 г. — 280 штатных коек, она все же была переполнена. С 1868 по 1880 г. среднее число больных Московской губернии, пользованных в Преображенской больнице, было равно лишь 36,5, т. е. 17,7% всех больных, состоявших в больнице, и ежегодно имелось в среднем 34 отказа больным Московской губернии в приеме в больницу, так что еще в 1838 г. постановлено было, кроме присылаемых на испытание от суда, принимать только опасных для себя или для других.

При учреждении земства Приказ не передал Московскому земству Преображенской больницы, не передавались ему и приказные капиталы, как в других губерниях, и потому de jure Московское земство считало, что обязанность лечения и призрения психически больных в губернии остается за Приказом, да и самые кричащие официальные (полицейские) нужды до 1880 г. удовлетворялись Преображенской больницей не хуже, чем в других губерниях. Благодаря этому Московское земство «умудрилось, — как выразился психиатр Б. Н. Синани, — не израсходовать на призрение душевнобольных ни одной копейки до начала 1882 г.».

Однако уже в 1877 г., получив основанное на Указе Сената 1875 г. предложение губернатора устроить земскую лечебницу для психически больных,

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 5, изд. 4-е, стр. 45.

Московское земство поручило санитарной комиссии при управе собрать сведения о числе психически больных в губернии и о необходимых размерах учреждения. Через священников и земских врачей была произведена перепись психически больных в губернии; она не охватила всей губернии, так как из 942 приходов ответили только 604, а сведения от врачей оказались еще более неполными, но все же перепись обнаружила 785 больных, из которых 300 нуждались в помещении в больницу. После этого вопрос был передан на обсуждение III губернского съезда врачей (1878), причем были заслушаны мнения приглашенных специалистов-психиатров (Державина, Буцке, Савей-Могилевича). Съездом было решено, что на первое время достаточно построить лечебницу на 60 коек, хотя некоторые и говорили о 150—300 койках. Таким образом, съезд земских врачей Московской губернии в 1878 г. отнесся к вопросу о постройке психиатрической лечебницы сдержанно, так как в это время правительством еще не была оставлена мысль об устройстве в Москве окружной психиатрической лечебницы. Московское губернское земское собрание 1877 г. решило выждать, что будет сделано правительством, и лишь возбудило ходатайство об ускорении постройки Московской окружной психиатрической лечебницы.

Собрание 1882 г., уже знавшее, что правительство решило больше не строить окружных лечебниц, было вынуждено ассигновать небольшую сумму (1 800 рублей в год) на содержание 6 кроватей в Александровской больнице Общины сестер милосердия, а в 1885 г. категорически высказалось за постройку собственной лечебницы, так как число отказов в приеме психически больных в Преображенскую больницу все возрастало и в 1885 г. достигло 353, причем 120 отказов падали на жителей Московской губернии. При обсуждении этого вопроса на VIII съезде врачей (1885) было установлено, что сведения о числе психически больных, полученные переписью 1878 г., несомненно преуменьшены, почему было решено более тщательно, привлекши уездные управы, волостные правления, священников, при энергичном участии участковых врачей, вновь произвести перепись и изучить пути, по которым идет и должно итти в будущем дело психиатрической помощи, изучив, что делается в тех земствах, которые психиатрическую помощь уже организовали.

Очень интересно, что проф. А. Я. Кожевников в своей записке, представленной VIII съезду врачей, проектировал и съезд согласился с ним, что больницу надо строить в непосредственной близости к Москве. «Расстояние от Москвы, — писал проф. Кожевников, — никак не должно быть велико, иначе в значительной степени будут затруднены и устройство больницы, ...а главное доставление в нее больных. Если только удастся найти подходящее место, то было бы очень желательно, чтобы расстояние это было не более 10 верст от заставы по хорошей дороге»[1].

Перепись 1885 г. дала 1 662 психически больных (955 мужчин и 667 женщин), из них 325 больных, требующих помещения в больницу (60 временами беспокойных, 157 беспокойных, 53 временами буйных, 55 буйных). С 19 мая по 31 декабря 1886 г. земский врач П. А. Архангельский, ознакомившись с постановкой психиатрического дела в 10 земских больницах (Тверской, Новгородской, Саратовской, Казанской, Тамбовской, Рязанской, Тульской, Харьковской, Полтавской, Херсонской) и осмотрев три правительственные лечебницы (Казанскую, Александра III в Петербурге, Преображенскую), представил управе большой труд «Отчет по осмотру русских психиатрических заведений», изданный Губернским земством в 1887 г.

---

[1] Цитировано по докладу А. М. Балашова, Сведения земской санитарной организации Московской губернии, № 3, 1914.

Становилось ясным, что Московской губернии необходимо не менее 400 психиатрических коек. Положение в губернии с призрением психически больных было настолько трудным, что в Коломне на средства Мещанского общества и Городской думы почти сам собой организовался в 1886 г. как отделение Кисловской богадельни приют для психически больных[1].

Однако губернское земство и в 1887 г. вопроса окончательно не решило, так как в этом году Преображенская больница перешла в ведение Московского городского управления и земство надеялось, что Москва по примеру Петербурга согласится за известную сумму (Петербургское земство платило в это время городу всего лишь 10 000 рублей в год) помещать в свою больницу и жителей Московской губернии, хотя собственно надежд на это было мало, так как в Петербурге в то время было уже 1 685 психиатрических мест, а в Москве всего 671.

Нужно сказать, что здесь земство сразу столкнулось с резкими возражениями московского городского головы Н. А. Алексеева, который в Губернском собрании энергично настаивал на обязанности земства построить свою лечебницу и притом быстро, указывая, что городу только для своих нужд приходится расширять свою психиатрическую помощь. Дебаты между городом и земством временами принимали довольно страстный характер.

Кроме того, «желая ввести траты в определенные границы», Губернское земство медлило еще потому, что с самого начала решило в целях обеспечения правильного развития психиатрической организации ходатайствовать об отмене указа Сената 1875 г., обязывавшего принимать в больницу всех психически больных. Далее, земство решило точнее узнать и необходимую для этого сумму, для чего поручило комиссии из психиатров Буцке, С. С. Корсакова, Савей-Могилевича, Литвинова, Баженова, Синани при участии архитектора Быковского, только что выстроившего новые университетские клиники, разобрать проект и сметы постройки психиатрической больницы на 400 коек (смета была составлена на 782 986 рублей).

Пример уже построенных русских больниц-колоний за городом, поддержка этого типа больницы и петербургскими, и московскими профессорами делали для земских гласных-неспециалистов неоспоримым, что строить надо колонию за городом, специалисты в это время даже и не сообщали земству о других формах попечения о психически больных.

К практическим мероприятиям земства в 1887 г. относится увеличение количества арендованных в Александровской больнице коек до 20, причем «койки предназначались исключительно для острых излечимых больных или опасных, но не для идиотов или страдающих врожденным слабоумием».

Губернское земство 1890 г., получив отказ от Городской думы и уже серьезно рассматривая планы, решило, наконец, немедленно войти в соглашение с общиной «Утоли моя печали» о спешном открытии приюта на 50 психиатрических коек с оплатой 300 рублей койко-год и постановило ассигновать 55 000 рублей на покупку имения и 60 000 рублей на начало построек в нем.

В 1891 г. в Подольском уезде в 90 верстах от Москвы и в 10 верстах от железнодорожной станции было куплено имение — Покровское-Мещерское — с 491 десятиной земли (341 десятина леса), причем требование проф. Кожевникова о непосредственной близости имения к Москве не было

[1] Приют этот содержали очень плохо, совершенно без врачебного надзора, и В. И. Яковенко был прав, с удовольствием отмечая, что к 1900 г. он уже не существовал («Душевнобольные Московской губернии», стр. 50), но едва ли правильно, что Яковенко согласился, чтобы завещанные на благоустройство этого приюта 165 000 рублей пошли на обеспечение содержания коек в Мещерской больнице. Не лучше ли было бы Коломенскому уезду построить собственную уездную больницу на 100 коек?

принято во внимание. Для устройства больницы (впрочем, когда имение было уже куплено) был приглашен только что возвратившийся из эмиграции известный психиатр Павел Иванович Якобий (1842—1913).

П. И. Якобий происходил из высокообразованной дворянской семьи Казанской губернии. Родился он в 1842 г. Его старший брат Аркадий Иванович (родился в 1827 г.), будучи председателем Орловской палаты Уголовного суда, в 1854 г. по поручению министра юстиции представил соображения о необходимых судебных реформах, причем предлагал: а) устранение уголовного преследования по делам о расколе; б) отмену крепостного права; в) учреждение гласного суда. В 1860 г. он уехал за границу и, кончив в Вюрцбурге медицинский факультет, с 1865 г. состоял профессором судебной медицины Казанского университета, откуда ушел в 1871 г. в связи с делом проф. Лесгафта. С 1872 г. он был профессором гигиены Харьковского, а с 1895 г. — Казанского университета. Второй брат П. И. Якобия — известный художник.

Павел Иванович окончил Михайловское артиллерийское училище. Будучи офицером гвардейского полка, в 1863 г. принимал участие в польском восстании в рядах польских комбатантов. Тяжело раненый, он был полумертвым подобран на поле сражения и переброшен за границу. Здесь он изучает медицину, а у Гризингера в Цюрихе — психиатрию, одно время был врачом психиатрической больницы в Dôle во Франции, затем практикует в Париже и Ницце, участвует в качестве врача в войне с Пруссией в 1871 г. Его работа «Etudes sur la selection» премирована Мадридской академией, а «Etudes sur la statistique mentale en France» премирована Парижской академией. В Париже в 1887 г. П. И. Якобий занимался у Шарко и сблизился с представителями французской неврологии и психиатрии.

Кипучий темперамент, блестящие литературные дарования, политический радикализм, за который он едва не поплатился жизнью, открыли П. И. Якобию доступ в круги русской политической эмиграции 60-х годов.

В 1869 г. он принимал участие в итальянской освободительной войне под предводительством Гарибальди.

В 1889 г. он, потеряв единственного сына и приписывая эту потерю отрыву от родной почвы, возвратился в Россию. Ему удалось добиться разрешения на въезд только потому, что имелся официальный документ, будто польский повстанец офицер Якобий погиб на поле боя, следовательно, возвращающийся психиатр Якобий не может иметь ничего общего с этим повстанцем.

Бурная общественная работа Якобия в России в области психиатрии нами подробно описана. Многие его мысли в высокой степени прогрессивны, однако воспитанный в эпоху буржуазных освободительных национальных войн, активно в них участвовавший, длительно оторванный от русской действительности, он не заметил появления нового революционного класса пролетариев в России и все еще, как многие шестидесятники, переоценивал роль интеллигенции и не верил в возможность организации масс. В 1905 г., не поняв происходивших революционных событий, вошел в конфликт с наиболее революционной частью служащих Харьковской психиатрической больницы, где состоял в это время главным врачом, и принужден был покинуть Харьков.

К началу XX века политические идеалы Якобия были уже отсталыми, но в 90-е годы при своих революционно-демократических взглядах он выдвигал в психиатрии глубоко прогрессивные для той эпохи идеи. После конфликта в Харькове Якобий понял, что политически он пережил себя, и не мог больше найти поля для активной работы, хотя некоторое время пытался работать ординатором в Воронежской, а затем главным врачом в Курской и Могилевской больнице.

Тяжело переживая свой внутренний разлад, он в 1912 г. намеревался ехать в Конго для изучения тамошнего населения, так как, кроме психиатрии, он много занимался антропологией и этнографией (его книга «Вятичи Орловской губернии» была издана Петербургским географическим обществом). Во время подготовки к этой поездке он заболел гриппозной пневмонией и 11 марта 1913 г. умер в Петербурге на 71-м году жизни.

В течение 1892 г. под больницу были приспособлены имевшиеся в Покровском-Мещерском старые здания и построен один деревянный павильон, устроен артезианский колодец, выстроена квартира директору и ординатору; все это производилось с расчетом на прием в том же году 100 больных. Однако больные из приюта «Утоли моя печали» были переведены в новую больницу лишь 22 января 1893 г. и только после этого начался прием новых больных.

Еще в 1892 г. П. И. Якобий представил Санитарному совету Губернского земства первую часть своего «Проекта организации попечения о душевнобольных Московской губернии» (изд. Губернского земства, М., 1891). Как кратко впоследствии[1] сформулировал сам П. И. Якобий, основные положения этого проекта состояли в следующем. Больница должна состоять из павильонов, рассчитанных на небольшое число больных каждый. Поэтому проект Быковского, планировавшего «большие дворцы», Якобий признал непригодным. В основу программы деятельности больницы должна лечь забота о привлечении свежезаболевших; в случае недостатка мест или средств необходимо думать о методах отстранения приема не нуждающихся в больничном лечении, вследствие чего организация психиатрической помощи должна находиться в теснейшей связи с участковыми земскими врачами. В Москве должно быть организовано совместно с городом Москвой приемное бюро для сортирования больных. Для этого необходимо соглашение Московской городской думы и земства. Земские и городские врачи должны направлять больных только после запроса об имеющихся свободных местах, причем в случае свежих заболеваний запрос делается телеграфно. Необходимо выдавать вспомоществование семьям душевнобольных, не подлежащих помещению в больницу. Якобий писал, что «внимательная и хорошо обставленная перепись душевнобольных в губернии необходима, но не для того, чтобы этим руководствоваться при размерах больницы, — это было бы очень наивно, — не для того, чтобы представить Сенату «неотразимые мотивы», что было бы еще наивнее, а чтобы иметь возможность, взяв ее за начало, начать постепенно постоянный учет всех больных и принимать, где и когда нужно, профилактические мероприятия»[2].

П. И. Якобий не считал важным определение числа больных в губернии для начала постройки больницы потому, что он полагал, что «для центральной русской губернии средних размеров психиатрическая помощь, чтобы не быть бесполезной, должна быть разбита на три центра» «... число больниц, а не размер должно увеличивать с расширением помощи душевнобольным»,—говорил П. И. Якобий[3]. «Каждый район должен иметь лечебницу на 60—200 коек, и эти больнички должны умножаться в числе при дальнейшем развитии помощи психически больным, а не увеличиваться в размерах, так как притяжение ими свежих случаев истощается на очень небольшом расстоянии».

Якобий настаивал прежде всего на важности для психиатрии профилактической работы. «Нет ни одной отрасли медицины, считая в том числе и общественную гигиену, которая была бы так тесно связана со всеми сторонами жизни населения, как психиатрия. Мы должны создать свои пути к удовлетворению нужды в психиатрической помощи; профилактика, гигиена, изучение особенностей быта и патологии многочисленных народностей России— все это должно быть выдвинуто на первый план»[4]. Профилактику Якобий таким образом, понимал как изучение вредностей окружающей среды, устранение их и своевременное лечение в самом начале болезни.

П. И. Якобий резко восставал против, как он называл, «полицейской психиатрии», против того, чтобы главной задачей психиатрического учреждения считалось прежде всего освобождение населения от опасных психи-

[1] П. И. Якобий, Основы административной психиатрии, Орел, 1900, стр. 490 и след.

[2] Там же, стр. 453 и след.

[3] Там же, стр. 494.

[4] Основы административной психиатрии, Орел, 1900, стр. 146, 147. Книга Якобия «Вятичи Орловской губернии», изданная на средства Петербургского географического общества, указывала, что он действительно занимался изучением особенностей быта народностей России.

чески больных, которые будто бы приносят много убытка стране, совершают много преступлений. По его мнению, задачей психиатрической организации, как и всей медицины вообще, прежде всего должно быть оздоровление населения.

Очень интересно разрешал П. И. Якобий и волновавшие земцев вопросы: 1) до каких пределов, наконец, будет расти число призреваемых психически больных, до каких пределов будут расти расходы на них; 2) каков должен быть идеал работы психиатрической больницы, каковы показатели лучшей больницы; 3) возможность самоокупаемости психиатрических учреждений за счет работоспособных хроников.

П. И. Якобий указывал, что рост числа психически больных хроников будет продолжаться до тех пор, пока не будет обращено главное внимание на своевременное и тщательное лечение свежезаболевших. «Для всех накопившихся за все прошедшее время в населении хроников построить больницы экономически невозможно, да в этом нет и надобности, — писал Якобий. — Единственное рациональное вмешательство — это принимать и лечить всех вновь заболевших, предоставив времени и естественному течению жизни сводить счеты с прошедшим и постепенно исчерпать старое накопление». П. И. Якобий полагал, что свежезаболевшего во многих случаях можно вылечить, если он своевременно попадет в лечебницу, а излечивая свежих больных, можно уменьшить появление хроников. В главе «Прирост» своего «Проекта» П. И. Якобий на основании ряда статистических данных стран Западной Европы приходит к выводу, что лишь в первые годы, когда население увидит возможность лечения психозов, бывает «напор больных в лечебницу», лишь в первые годы, вследствие хорошего ухода и уменьшения смертности, нарастает в ней и число хроников, но «чем дальше существует правильно поставленная лечебница, тем с каждым годом меньше, а не больше, как утверждают, остается в ней больных для перевода в хронические приюты. Это уменьшение идет очень быстро... и, в конце концов, ежегодный прирост постепенно войдет в нормальные, очень узкие границы, представляя только естественное увеличение абсолютного числа больных вследствие увеличения народонаселения».

П. И. Якобий понимал также, что обращаемость в лечебницу зависит не от одной организации лечебницы, но и от экономических особенностей жизни населения. Он приводит любопытный коэфициент роста этой обращаемости: произведение густоты населения на процент городских жителей в данной местности, т. е. нуждаемость в лечебнице, определяется прежде всего теснотой жилищ. В доказательство этого Якобий приводит следующую таблицу:

	Число душевнобольных на 10 000 жителей по переписи	Жителей на 1 квадратную версту	% городского населения	Произведение этих двух показателей
Московская губерния	21,0	73,9	43,48	3 213,172
Таврическая »	11,3	17,7	18,62	3 323,574
Рязанская »	10,25	47,2	5,21	246,512
Тверская »	10,23	29,0	9,18	276,666
Нижегородская »	9,41	31,8	7,25	230,550
Пермская »	8,93	8,9	4,96	44,144

Таким образом, анализируя свой материал, Якобий считал, что увеличение числа больных в новых лечебницах обусловливается: 1) степенью обращаемости населения (потребность населения зависит от экономических

условий жизни); 2) продолжительностью существования благоустроенного учреждения и 3) числом помещаемых в лечебницу свежезаболевших.

Основным показателем успешности работы психиатрической больницы Якобий считал отношение числа женских коек к мужским. В населении, по его мнению, всегда больше психически больных женщин, и если население, вследствие экономических соображений, везет в лечебницу больше психически больных мужчин, — это свидетельствует о том, что большое количество больных женщин остается в населении, притом без всякого психиатрического учета, что задерживает профилактическое оздоровление населения.

Стремление к призрению всех хроников в стационаре Якобий, как указано выше, считал экономически невозможным в современных ему русских условиях. Он писал, что его упрекают в том, что, видя невозможность призрения всех больных, видя неизбежную необходимость выбора, он предлагал лечить излечимых предпочтительно перед неизлечимыми[1]. «Надо отдавать себе ясный отчет... в своих силах и возможностях, надо мужественно смотреть в глаза действительности... Дело обстоит вовсе не так: брать хроников или не брать. Конечно, брать, если у вас есть на это средства..., но если их нет, и, следовательно, каждый входящий в лечебницу отнимает у другого возможность поступления, то вопрос ставится так: кого принимать на имеющиеся места прежде всего — острых или хроников?.. Так поступает давно весь медицинский мир, фактически и принципиально... в деле соматического медицинского призрения».

Кроме того, Якобий находил, что нередко здесь экономические соображения совпадают с профилактико-гигиеническими. Выписывать поправившихся больных надо возможно раньше, предупреждая наступление «больничного слабоумия»; работа и жизнь в обычных условиях действуют оздоровляюще, хотя при этом, конечно, необходимо активное внебольничное врачебное наблюдение за поправившимися. Длительная задержка для работ в колонии только вредна.

Резюмируя «Основания приема больных», П. И. Якобий пишет: «1. Все острые случаи без исключения должны быть без замедления принимаемы; для них всегда должно быть место, причем переполнение не допускается; по мере надобности нужно строить новые лечебницы. 2. В случае необходимости ограничения числа мест... отказ в приеме может быть сделан только хронику, никогда — свежезаболевшему». Поддерживать распространенные среди земцев иллюзии, будто «полевые работы больных... очень прибыльны для заведения и значительно облегчают его бюджет или даже могут повести к самоокупаемости колонии», Якобий считал «не только преступлением, но, что еще хуже, — недомыслием». «Те больные, которые могут хорошо работать в поле, вовсе не нуждаются в учреждении, а кто нуждается, — работать не может». «Если наивные люди построили себе иллюзии, что умалишенные сами себя прокармливают, одевают, содержат еще медицинский персонал, то никто не виноват, что надежды на такую Аркадию не осуществляются... Психиатрические учреждения, хотя бы и колонии, есть статья расхода, а не прихода в стране».

Свой Проект организации попечения о душевнобольных в Московском земстве П. И. Якобий доложил в Московском обществе невропатологов и психиатров 8 декабря 1891 г.[2]. Он вызвал крайне бурные дискуссии. Воз-

---

[1] Проект организации попечения о душевнобольных Московской губернии, М., 1892, ч. II.

[2] Протоколы Московского общества невропатологов и психиатров за 1891/92 г., М., 1892, стр. 57—114.

ражения были представлены в письменном виде Н. Н. Баженовым, С. С. Корсаковым и В. П. Сербским. Главные возражения вызвали: 1) положение Якобия об обязательном приеме всех острых больных и возможности отказа только хроникам; 2) его резкие нападки на «полицейскую психиатрию», которая ставила главной целью освобождение населения от «опасных» больных; 3) вопрос о необходимости соглашения между городом и земством о совместной организации психиатрической помощи, причем Якобий считал, что эксплоатация рабочих на капиталистических предприятиях Москвы, куда привлекались рабочие со всей России, прежде всего вредна для психического здоровья, почему капиталисты и должны участвовать в оплате психиатрической помощи прежде всего; кроме того, формально город принял капиталы Приказа, а потому на него и должно пасть призрение хроников, а между тем город ничего не делает для земских больных.

Особенно резко критиковали в своих возражениях некоторые недостаточно точные формулировки Якобия Баженов, Сербский и Корсаков. «Я не могу понять, почему забота о хрониках составляет государственное преступление, почему опасные больные не подлежат призрению», говорил Сербский. Преувеличивая имевшиеся местами у Якобия недостаточно точные формулировки и таким путем высмеивая его во время дискуссии, его оппоненты в обществе на самом деле проводили принципиально иные взгляды.

Баженов старался держаться в стороне от экономических соображений, стремясь переложить неприятную их сторону на земство, и говорил: «Инициатива стеснения приема во всяком случае не должна исходить от психиатров».

Якобий пытался разъяснить, что дело не в отказе опасным; принципиально важно то положение, что врач должен брать больного в лечебницу не потому, что он опасен, а потому, что он болен. Председательствовавший проф. А. Я. Кожевников также разъяснил, что Якобий имеет в виду то, что до сих пор вопрос о степени опасности психически больного решала полиция, тогда как этот вопрос должен решать врач-психиатр, но это не уменьшило возражений проф. Сербского.

Большие возражения уже со стороны всех, принимавших участие в прениях, вызвало стремление Якобия привлечь к участию в призрении всех хронических больных, главным образом городских капиталистов, его положение, что дело земства — острые заболевания в деревне, а дело города — призрение хроников. Проф. Кожевников указывал, что Москва много жертвует на психиатрию, что москвичами устроена психиатрическая клиника, устраивается большая больница на Канатчиковой даче, что город платит большой процентный налог земству и т. д.

С особым раздражением нападали на Якобия за его упрек, что Московская клиника при крайней нужде в психиатрических койках принимает только 50 больных, тогда как в ней имеется по крайней мере 150 мест, и, стало быть, «клиника не подчиняется законам врачебной этики» [1].

Баженов нападал на Якобия за его утверждение, что «земские коллеги так поглощены созданием колоний, что им приходится откладывать обсуждение общих принципов организации лечения».

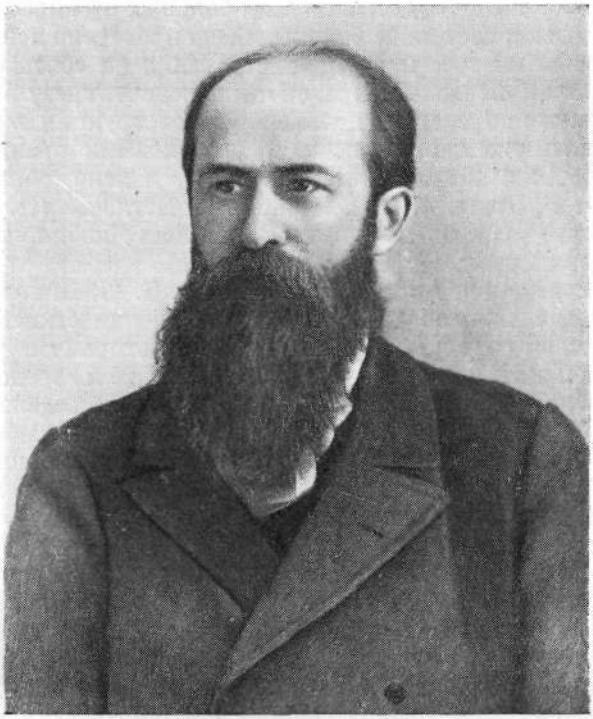
Среди отдельных возражений, высказанных во время прений, ценным и интересным было исходившее из чисто местных условий соображение проф. Кожевникова в его выступлении в защиту Москвы. Он находил, что с острой формой заболеваний удобнее всего принимать на Канатчикову

---

[1] В. П. Сербский, По поводу проекта организации земского попечения о душевнобольных Московской губернии. Ответ на возражения Якобия, М., 1893 (отдельная брошюра).

дачу, вследствие ее центрального положения в губернии и удобства подвоза к ней больных из всех уездов, а что Мещерское, вследствие отдаленности от Москвы, годится только для хронической колонии (стр. 88 протокола).

Председательствовавший проф. Кожевников старался примирить дискутирующих, и, в конце концов, резолюция общества вылилась в соглашательскую формулу—«Хотя общество не могло вполне согласиться с докладом д-ра Якобия, тем не менее оно считает своим долгом заявить, что доклад этот представляет весьма ценный труд, так как д-р Якобий не ограничил



В. И. Яковенко.

задачу устройством только лечебницы, а ставит вопрос об организации дела попечения о душевнобольных в Московской губернии вообще, и в его докладе высказано много ценных и плодотворных мыслей».

Основные положения, принятые обществом, были сформулированы так: «1. Все душевнобольные, нуждающиеся в лечении и специальном попечении, должны быть принимаемы в лечебницу без замедлений. Решение вопроса о приеме в каждом отдельном случае должно принадлежать заведующему лечебницей. 2. Никогда не должно быть отказа недавно заболевшему; также из хронически душевнобольных должны быть принимаемы такие, какие представляют опасность для себя и для окружающих, причем и здесь решение вопроса в каждом отдельном случае должно быть предоставлено врачу, заведующему лечебницей».

Таким образом, в протоколах общества не была достаточно обнаружена та страстность дискуссии, которая, в конце концов, повела к тому, что Якобий должен был уехать из Москвы (он перешел в Орел), так как после прений в обществе у него не установилось достаточного согласия и с Земской

управой. Для устройства Мещерской психиатрической больницы-колонии был приглашен из Смоленска В. И. Яковенко (1857—1922), который основным своим делом считал перепись психически больных губернии. Его мысль была встречена Губернской управой вполне сочувственно, и В. И. Яковенко была всецело поручена ее организация[1]. Весной 1893 г. были разосланы в волостные правления, священникам, земским врачам, земским начальникам, полиции и городским управам бланки для сбора сведений о психически больных в их районе с просьбой ответить не позже 15 июня. С 10 июля для объезда больных были посланы врачи-психиатры. Таким образом, было обнаружено 3 072 психически больных при населении губернии в 1 444 172 человека; состояние больных было проверено психиатрами.

Значительный интерес представляют прения на совещании 21 апреля 1894 г., созванном Губернской управой после подсчета результатов переписи для окончательного определения размеров и конструкции строящейся больницы. Здесь опять уже санитарными и участковыми врачами были подняты все вопросы, возбуждавшиеся Якобием, и ясно обнаружилось, что санитарные (Ф. Ф. Эрисман, И. В. Попов) и участковые (П. А. Архангельский, И.И. Орлов) врачи ближе стоят к принципам Якобия, чем к принципам московских психиатров.

В начале совещания председатель управы Д. Н. Шипов сообщил, что «по вопросу разделения обязанностей приема психически больных между городом и земством состоялось соглашение, по которому в городские больницы подлежат приему все больные, принадлежащие к городским сословиям г. Москвы, и те из населения губерний, которые при определенных занятиях промыслами и ремеслами до своего заболевания имели своим постоянным жительством г. Москву не менее года, попечение же о психически больных из населения губернии и уездных городов, а также лиц городских сословий г. Москвы, проживающих более года в губернии, принадлежит земству».

Далее совещание протекало под председательством проф. А. Я. Кожевникова. Прежде всего был поднят вопрос, точно ли отражает перепись состав психически больных губернии. Заведующий земским статистическим бюро И. В. Попов сделал интересное сообщение, что «в 1892 г. были заведены списки желающих поступить в больницу, и таких кандидатов тогда оказалось до 800 человек». Совещание решило: «Математически точных данных переписью едва ли можно получить... полученные цифры, повидимому, ниже действительных»[2].

Проф. Ф. Ф. Эрисман поднял вопрос о необходимости разделения больных на три категории: 1) нуждающиеся в медицинской помощи, 2) колонисты и 3) могущие оставаться дома. Положение В. И. Яковенко, что земство может распространять заботы на всех больных, создать идеальную постановку психиатрической помощи, Ф. Ф. Эрисман не считал приемлемым по финансовым соображениям: «Даже всех заразных больных земство не может изъять из населения (туберкулезных, сифилитиков)»,—говорил он. Проф. Корсаков пытался отклонить обсуждение такого вопроса специалистами, заявляя, что специалисты должны выработать хороший с медицинской точки зрения план, а уже дело земства учитывать финансовые возможности. Ф. Ф. Эрисман, соглашаясь с П. И. Якобием, находил, что достаточно брать в больницу только свежезаболевших, прибавить к ним опасных в общежитии — и только; павильонная система дает всегда возможность рас-

[1] В. И. Яковенко, «Душевнобольные Московской губернии», изд. Московского губернского земства, М., 1911.

[2] Протокол совещания врачей о постройке психиатрической больницы от 21 апреля 1894.

ширять помещение. Ф. Ф. Эрисман считал, что даже всех беспокойных хроников нет надобности принимать в больницу.

Был поднят вопрос о платном пансионате и павильонах для детей и для алкоголиков (что предлагалось по проекту В. И. Яковенко), но решено, что «устройство пансионата и алкогольного отделения не составляет необходимости для психиатрических заведений, а больных детей возможно в первое время размещать среди взрослых»... «Что касается колонистов, то, по мнению совещания, брать в колонию хронических беспокойных больных из деревень не представляется необходимостью; колонисты возникнут лишь сами собой из больных лечебницы».

Санитарный врач И. И. Орлов считал, что «не нужно сосредоточивать в психиатрической больнице слабых туберкулезных; более гигиеничен способ их призрения рассеянный... необходимо в уездных лечебницах... устроить для них приюты по 10 коек...».

В конце концов, было решено: «Принимая, что земство будет брать на свое попечение свежезаболевших, буйных и опасных, что свежезаболевших ежегодно будет поступать 300 человек и 40% состава будут выбывать, больница должна строиться не меньше, чем на 630 кроватей. Это при расчете, что слабые не будут приниматься, а между тем призрение их желательно. При приеме и этих больных число коек должно быть доведено до 750».

Таким образом, мы видим, что это совещание давало земству крайне неопределенные ответы, да иначе и не могло быть: большинство специалистов вовсе не было политическими борцами, они прежде всего в своих либеральных стремлениях старались не входить в какие-либо конфликты с правительством или капиталистами.

После обсуждения в управе было решено строить больницу на 585 коек, исходя из разных математических соображений о характере переписанных больных, причем предполагалось, что больница удовлетворит потребность губерний на несколько десятилетий.

Таким образом, вопреки мнению Якобия, расчеты числа коек больницы и ее дальнейшего роста были тесно связаны с полученными переписью данными, тогда как Якобий считал, что перепись не может точно определить динамику спроса населения на лечение и что должно расти не число коек в больнице, а число больниц. Очень интересно, что еще в 1887 г. при обсуждении на I съезде психиатров доклада П. П. Викторова[1], согласно которому предлагалось строить больницу на 400 коек, проф. А. Я. Кожевников также говорил: «Мне кажется, едва ли можно назвать вполне практичным предложение управы устроить больницу точно на 400 коек... Для земства было бы практичнее начать с устройства лечебницы на 100 больных и около этого заведения как главного центра устраивать отдельные помещения более дешевого типа для богадельни и колонии... И таким образом, не изменяя главного здания, можно расширять это заведение до 300 и более, сколько нужно, коек».

В общем и правила приема, в конце концов, устанавливались очень близкие к тем, которые рекомендовал Якобий. Согласно с совещанием 1894 г., Земское собрание 1894 г. постановило: «1) в лечебницу должны приниматься прежде всего все свежезаболевшие, а из хроников исключительно буйные; 2) образующиеся в больнице спокойные хроники должны быть из нее своевременно эвакуированы; могут оставаться только слабые, неопрятные...; 7) если хроники не будут взяты родственниками, то в дальнейшем сельское общество должно платить за их содержание; 8) если хроник требует некоторого ухода, то берущей его семье, в случае ее несостоятельности, мо-

[1] Труды I съезда отечественных психиатров, 1887, СПб, стр. 71—79.

жет быть выдано пособие не более 120 рублей в год, но не более, чем на 50 таких пенсионеров по всей губернии, причем такую же часть должно оплачивать семье и уездное земство». Ограничение пособий только 50 человекам, впрочем, было отменено, и в 1910 г. пособием пользовалось уже 530 семей, из них по 2 рубля в месяц получали 36 семей, по 3 рубля в месяц — 151 семья, по 4 рубля — 120 семей и по 5 рублей—223 семьи. К сожалению, вследствие непричастности участковых врачей к назначению пенсий, нельзя сказать, насколько эти пособия улучшали положение душевнобольных. Из 530 психически больных в 1910 г. только 125 являлись к участковым врачам (да и то не больше одного раза в год), состояние остальных врачам не было известно.

Мещерская больница, хотя ее врачи с самого начала теоретически признавали весьма важной связь с участковой медициной, на деле, как это ярко показал XVIII съезд врачей Московской губернии в сентябре 1913 г.[1], всю связь с участковыми врачами свела к бумажной переписке. Участковый врач, делегат от Серпуховского уезда, жаловался на съезде, что «даже в тех случаях, где по правилам больницы больной имеет несомненное право на место в ней, помещение его туда было сопряжено с большой бумажной проволочкой: собирание подробных сведений об анамнезе, ожидание ответа, — все это тянулось месяцами...». Да иначе практически и быть не могло: одна на всю губернию больница не могла иметь тесную связь с сотнями участков.

В отчете больницы за 1910 г. говорится, что запросов участковых врачей о помещении в больницу было 732, принято без запросов 269, т. е. в течение 1910 г. в больничной психиатрической помощи нуждался 1 101 больной, а принято было в больницу лишь 486, т. е. меньше половины. Д. А. Аменицкий[2] сообщает, что при вторичной переписи психически больных в Московской губернии в 1911 г. он видел «много случаев острых психозов, протекших дома, хотя своевременно хлопотали об их помещении в больницу». Интересно, что из 1 727 больных, которым было разрешено поступить в больницу, 214 больных этим правом не воспользовались, так как 22 из них успели уже выздороветь, пока велась переписка об их поступлении, 21 умер, 2 ушли из дому и не были разысканы и т. п.

Не правильнее ли поэтому была бы действительно децентрализация психиатрической помощи, как говорил Якобий и что до него предлагали провести многие земские врачи еще в 70-х годах? Тогда установилась бы тесная связь с участковой медициной и не надо было бы вести никаких переписок между больницами и участковыми врачами.

Вся дальнейшая история Мещерской психиатрической больницы показала справедливость точки зрения Якобия и Кожевникова, что перепись не может определять будущую динамику социально-экономического положения населения, а отсюда и изменения потребности населения в помещении в больницы психически больных и дальнейший прирост обращений в больницу[3].

Построена Мещерская больница была прекрасно; внутреннее устройство павильонов до сих пор можно считать образцовым[4], но постройка фактически затянулась на 8 лет, и 585 коек было развернуто в ней лишь к 1902 г.,

---

[1] Доклады делегатов XVIII съезду, изд. Московского губернского земства, 1913.

[2] Современная психиатрия, 1911, стр. 684—686.

[3] Между тем В. И. Яковенко в своей книге «Душевнобольные Московской губернии» (глава X) пытался дать математическую формулу этой динамики как постоянную величину, исходя из данных переписи.

[4] На Всероссийской гигиенической выставке 1913 г. больница получила высшую награду — золотую медаль и диплом.

а между тем в 1904 г. в больнице было уже 597 больных, т. е. более штата, в 1905 г. — 613, в 1910 — 753 больных. В 1910 г. Московское губернское земство призревало в Мещерской больнице 753 больных, в патронаже в с. Любучаны — 64 (открыт с 1904 г.), в Московской окружной лечебнинице — 110, за плату от земства в городских больницах Москвы — 17, с пособием на дому — 530. Всего 1 474 больных. Больница переполнялась все больше и больше, смертность, очень низкая в первые годы ее существования (в 1895 г. — 5,6%, в 1900 г. — 5,7%), через 10 лет возросла вдвое (с 1905 г. уже 9,9%, а в 1910 г. — 10,74%). Как говорилось в докладе управы январскому собранию 1913 г., «...еще в 1903 г. В. И. Яковенко стал указывать на предстоящую необходимость расширения психиатрической больницы».

Не лучше ли было бы с самого начала стать на точку зрения постепенной постройки больниц по мере запроса населения, который количественно меняется в связи с динамикой «экономической» жизни народа, как это предлагал А. Я. Кожевников, и не в одном, а в разных местах губернии, как намечал П. И. Якобий?

Громадная потребность в расширении психиатрической помощи достигла чрезвычайных размеров (все земские больницы были переполнены до невозможности) в 80—90-х годах. Вызвана она была быстрым ростом городов, все бо́льшим расслоением крестьянства. Но это были и годы самой жестокой реакции. Работа земств, как уже указывалось выше, допускалась лишь постольку, поскольку не нарушалось всевластие царского чиновничества. Всю медицинскую организацию и прежде всего психиатрию (строительство окружных психиатрических лечебниц) проектировалось изъять из распоряжения земств.

П. П. Кащенко прямо признавал, что в это время, приспособляясь к обстоятельствам, приходилось строить все, что можно. В. И. Яковенко на Пироговском съезде 1904 г. считал децентрализацию психиатрической помощи лучшей организацией, однако называл ее, принимая во внимание всю обстановку в земстве, лишь pium desiderium (благочестивой мечтой).

Пример того, что получалось в те времена из «мечтаний» Казанского медицинского общества, Полтавской санитарной комиссии, мы видели, мы видели также, что угрожало организации земской психиатрии со стороны директора медицинского департамента Л. Ф. Рагозина.

Как бы то ни было, Мещерскую больницу уже в 1904 г. надо было расширять. В 1911 г. в Московской губернии вновь была произведена перепись психически больных в населении, и на основании этой переписи вновь было точно (?) установлено, что необходимо построить вторую психиатрическую больницу ровно на 877 кроватей! Очень интересно, что перепись обнаружила в населении губернии: 109 не помещенных в больницу свежезаболевших больных, 293 опасных и беспокойных, а нуждающихся в призрении спокойных хроников в населении оказалось всего 16. Новую больницу опять предлагалось строить на все 877 коек в одном месте и главное возможно ближе к Москве, что в условиях Московской губернии с ее одиннадцатью железными дорогами, которые все, как к центру, сходятся к Москве, было правильным, так как в условиях Московской губернии из разных концов губернии удобнее всего было ехать действительно в Москву. Но, ввиду одобрения дважды Пироговским съездом докладов В. И. Яковенко и П. П. Кащенко о децентрализации, слабое обсуждение этого вопроса при проектировании второй больницы было крайне странным. Однако до первой мировой войны окончательного решения о постройке не было принято. Опыт советского периода показал, что в Московской губернии децентрализация дает наиболее хорошие результаты.

* * *

Чтобы полнее обрисовать взгляды П. И. Якобия, мы приведем дальше, непосредственно за историей Московской губернской земской психиатрической больницы, основные моменты из истории строительства в 90-х годах двух земских психиатрических больниц — Орловской, реорганизацию которой проводил сам П. И. Якобий, и Воронежской, при устройстве которой он принимал участие в прениях в Воронежском губернском земском собрании, гласным которого состоял.

Орловское губернское земство приняло богоугодные заведения от Приказа в 1867 г., при этом в доме умалишенных железные крыши были проржавлены, полы сгнили, а также двери и рамы. Для всей губернской больницы имелась одна ванная комната рядом с приемным покоем с двумя деревянными ваннами; больные всех отделений (т. е. и заразные) принимали здесь ванны, проходя при этом через холодный коридор[1]. Психически больных было 60.

Несмотря на все это, земство никаких мер к изменению дела не предпринимало, и лишь в 1870 г. «улучшена вентиляция», в 1872 г. еще раз «улучшена вентиляция», в 1873 г. для психически больных приспособлен рабочий дом. Только в 1880 г. управа совместно с врачами выработала проект устройства 9 новых павильонов на 180 человек и просила собрание ходатайствовать для этого о займе у правительства 180 000 рублей. Однако собрание этот проект отклонило. Лишь в 1888 г. было решено ежегодно вносить на устройство психиатрической больницы по 12 000 рублей и ходатайствовать о 50% субсидии на постройку, употребив, кроме того, на эту же цель имевшийся у земства пожертвованный капитал в 29 506 рублей. Лишь в 1893 г., после того как министерство одобрило проекты постройки и была разрешена 50% субсидия, была окончательно решена реорганизация дела и приглашен П. И. Якобий.

П. И. Якобий принял больницу в свое ведение в июле 1893 г., когда Орловское губернское земство уже хорошо поняло необходимость реорганизации больницы. В это время больница, как и многие другие земские психиатрические больницы, переживала тяжелый момент — это было переполненное учреждение, в котором не было врача-специалиста и которое было нежеланным придатком соматической больницы, старший врач которой не интересовался «сумасшедшим домом» и заведывание им считал обузой.

Вот как описывает П. И. Якобий состояние этого «психического отделения», в котором к 1 января 1893 г. имелся уже 241 больной[2]. «... Несмотря на яркое жгучее солнце, в коридорах горели лампы, что не мешало им быть темными. Одна комната занята 8 неопрятными трудными больными. Эти больные были заключены в смирительные снаряды....До конца 1893 г. отделение не имело ванн.... Скорбные листы велись крайне небрежно... и только время от времени заполнялись разом за несколько лет отметками: „то же", „то же".

Понятно, что при таких условиях средняя ежегодная смертность и в пятилетие 1870—1876 гг. равнялась 17%, в 1889 г. — 19,62% и т. д.».

Далее П. И. Якобий описывает своеобразное, но, надо сказать, обычное в те времена явление: «сопротивление с врачебной стороны (главного врача соматической больницы), встречаемое деятелями преобразования психиатрического отделения в больницу». Здесь он приводит выписки из таких

[1] П. И. Якобий, Основы административной психиатрии, Орел, 1900, стр. 8—9.

[2] Там же, стр. 8—9.

же жалоб психиатров и других больниц. «Добившись, несмотря на сопротивление старшего врача всей больницы, устава о самостоятельности психиатрического отделения, я чувствую теперь значение этого устава»,— говорил д-р Штейнберг из Саратова. «Я не ошибусь, если скажу, что большинство земских врачей-психиатров имело врагом администрацию и даже старшего врача соматической больницы»,—говорил проф. Ковалевский из Харькова. «Каждый из нас испытал это», — говорил д-р Дрознес из Херсона на I съезде психиатров[1].

Очень интересна борьба П. И. Якобия за то, чтобы больных помещали в больницу не через полицию, а по врачебным показаниям. При описании Самарской и Нижегородской больницы мы уже указывали, что они даже в 1900 г. все еще переполнялись пьяницами, скандалистами, доставляемыми полицией. Оказывается, что в Орле даже такому энергичному администратору, как П. И. Якобий, не удалось от этого избавиться: в 1892 г. он добился от губернатора, чтобы не полиция определяла, кого нужно помещать в психиатрическую больницу, а врачи, но губернатор через год оставил место, и затем «прием в психиатрическую больницу был изъят из рук врача-директора... и передан в руки уездных управ, число полицейских помещений сразу удвоилось...».

Деятельность П. И. Якобия по реорганизации Орловской больницы началась с того, что в 1894 г. в 7 верстах от Орла было приобретено имение Кишкинка с 93 десятинами земли и началось строительство больницы-колонии.

Были построены два лечебных павильона на 25 человек каждый, два павильона для колонистов на 40 человек каждый и переделаны имевшиеся старые помещичьи помещения; уже в 1895 г. в колонии помещалось 200 человек. Стоила колония со всеми административными зданиями 134 000 рублей, т. е. около 700 рублей койка. В этой дешевизне и быстроте постройки Якобий видел успех своего дела. Старые здания в городе были оставлены как приют для спокойных хроников.

Из орловской деятельности П. И. Якобия особенно ясно видно, что упреки, направляемые по его адресу, что он якобы предлагал «не принимать хроников, не принимать их, даже если они буйны и опасны, ибо опасность эта полицейская, а не медицинская» (Сербский), были результатом непонимания его мысли.

Дело в том, что Московское губернское земство начинало совершенно новую организацию психиатрической помощи, могло строить, так сказать, на чистом месте, и, кроме того, ко времени организации психиатрической помощи в Московской губернии, обладавшей сравнительно с другими земствами бо́льшими средствами, уже имелась хорошо функционировавшая общая земская медицинская организация со значительным числом хороших общих лечебниц с небольшим радиусом врачебного участка. Якобий полагал, что в промышленной Московской губернии сразу можно создать идеальную психиатрическую организацию.

Не то было в Орле. Там уже создались известные психиатрические традиции, больница уже имела большое число хроников, население Орловской губернии, одной из промышленно отсталых губерний, было исключительно земледельческое. Здесь Якобию приходилось прежде всего упорядочить то, что имелось, а затем, прежде чем создавать новое, пропагандировать его, сделать понятным и для земцев, и для населения... и для врачей-

[1] «Психическое отделение» хотя и составляет часть больницы, но имеет назначение не лечение больных, а удобство здоровых, освобождение их от умалишенных... «Заведите себе клинику и тогда лечите, если хотите...», — говорил Якобию старший врач Орловской больницы.

соматиков. Якобий придавал очень большое значение экономическому уровню жизни населения и особенностям его потребностей.

В своей книге «Административная психиатрия» всем этим вопросам Якобий посвятил целую главу[1]. Он исследовал, какие больные и в какое время года поступают в психиатрические больницы, чего ждет население от психиатрических больниц, кого и когда охотнее всего помещает в больницу. Якобий пришел к заключению, что в 80—90-х годах население обращалось за больничной психиатрической помощью тогда, «когда исчерпаны все другие домашние средства», что население «до такой степени мало видело в психиатрической больнице лечебницу, что даже ясные для всех острые родовые психозы, психозы роженицы, внимание к которым в населении было очень велико, никогда не помещались в психиатрическую больницу, и население об этом даже и не думало». Максимум поступлений в психиатрическую больницу, как указал Якобий в своей книге, приходился на те месяцы, когда в деревне истощаются хлебные запасы (май, июнь), что после сбора нового хлеба (с ноября) поступления уменьшаются и в декабре, январе их меньше всего. Стало быть, «не страх перед опасностью психически больных заставляет помещать психически больных в больницу, не то даже, что труден надзор за ними дома (в месяцы страдной поры поступлений уже меньше, чем в мае, июне, когда как раз нет никаких полевых работ), а то, что психически больных нечем кормить».

Якобий считал невозможным отказывать населению в удовлетворении этой потребности. Однако, ввиду того что население привозит преимущественно хронических больных (их и в населении вообще больше, да население и не знало о лечебных функциях психиатрической больницы), а земства располагают небольшими средствами, этих больных нужно устраивать подешевле: «Употреблять дорогое орудие на дешевую и грубую работу есть первый и самый характерный признак дурного хозяйства. Нельзя возлагать на дорогой больничный институт грошевые функции богадельни[2]». Поэтому-то в Орле он прежде всего старался построить колонию поскорее и подешевле. Но позже и в Орле он считал необходимым перейти к пропаганде лечебной психиатрии. П. И. Якобий писал, что необходимо создать условия, при которых психически больной поступал бы в больницу в возможно ранний период болезни и чтобы острые больные находили в лечебнице целесообразное лечение. Необходимо, чтобы население было побуждаемо к раннему помещению своих больных и чтобы такое помещение было не только возможно, но и удобоисполнимо для населения[3].

К сожалению, мы не нашли у Якобия конкретных указаний на методы пропаганды среди населения лечебного значения психиатрических больниц и привлечения в нее свежезаболевших, кроме предложения лечить бесплатно больных, доставленных в первые четыре месяца заболевания, а хроников — за плату. Между тем в общей земской медицине к этому времени такой метод привлечения в общие больницы населения уже был выработан: это — близкая к населению, общедоступная, бесплатная амбулатория, которая вела и просветительную работу.

Но все же Якобий превратил убогое орловское учреждение в психиатрическую, правда, небогатую, больницу. Якобий ввел в больнице женский уход, устранил все меры стеснения, организовал трудотерапию и считал, что все подготовлено к дальнейшему развитию и лечебной помощи, как только у населения появится потребность в ней.

---

[1] П. И. Якобий, Основы административной психиатрии, Орел, 1900, глава II, стр. 66—99.

[2] П. И. Якобий, Основы административной психиатрии, Орел, 1900, стр. 313.

[3] П. И. Якобий, Основы административной психиатрии, Орел, 1900, стр. 437.

В 1902 г., в конце работы П. И. Якобия в Орле (в 1903 г. он перешел в Харьков), Орловскую больницу осматривал А. Д. Коцовский, и вот что он писал о ней: «Городское отделение..., несмотря на то, что врачебная администрация не жалела сил, сделав все возможное, находится в ужасных условиях, и нечего удивляться этому, приняв во внимание... старые громадные мрачные здания, та или иная переделка которых являлась лишь мало действительным паллиативом... Инвентарная обстановка ужасна... я назвал бы ее просто «нищенской». Но я был приятно изумлен, увидев воочию лечебный режим даже городского отделения: широко развитая система постельного режима, отсутствие изоляций (за 3 года ни одной!), полная система открытых дверей, одним словом, — самое широкое нестеснение. И это в тех ужасных условиях тесноты и переполнения, какими отличаются городские отделения! Орловская больница служит ярким и убедительным доказательством для тех скептиков, которые считают conditio sine qua non постельного режима и широкого нестеснения—простор и хорошее помещение. Так, в Орле соединены, с одной стороны, последнее слово практической психиатрии со всеми его благотворными последствиями, с другой — бедность...».

Однако в дальнейшем в Кишкинской колонии понемногу стали пристраивать павильоны, но мысль о развитии лечебницы в городе была оставлена, свежезаболевших стали помещать в новые павильоны в Кишкинке. «В городе оставалась богадельня; ...был организован патронаж[1] в двух местностях г. Орла, помещались в патронаж и больные, „представляющие некоторую опасность"; ... у отдельного хозяина помещалось до 16 больных».

Обозреватель «Современной психиатрии», говоря об орловском патронаже, замечает, что это «скорее, были частные приюты, чем настоящий патронаж». В 1912 г. 79 мужчин и 31 женщина, т. е. 110 больных, помещались всего у 22 хозяев; у отдельного хозяина помещалось от 4 до 16 больных. Всего в патронаже находилось до 17% всех призреваемых больных; переводили туда явно не по медицинским показаниям, а вследствие необходимости разгрузить переполненную больницу. Обратное движение из патронажа в больницу, равное 60% патронажных мужчин и 47% женщин (самое большое из всех русских психиатрических больниц)[2], также свидетельствовало об этом.

В 1912 г. в Кишкинке был расширен водопровод, устроено электрическое освещение.

Д-ром Германом (директор после Якобия) в 1912 г. был поднят вопрос о децентрализации психиатрической помощи, причем он предлагал устроить уездные больницы для свежезаболевших и центральную больницу для хроников. Управа и собрание, однако, постановили расширять Орловскую колонию. В 1913 г. было ассигновано 450 000 рублей для расширения колонии на 200 коек при пособии от Министерства внутренних дел в 175 000 рублей. В мае 1913 г. было: в Кишкинке 210 мужчин и 123 женщины, т. е. 333 больных; в богаделенском отделении в городе—144 мужчины и 80 женщин, т. е. 224 больных, в патронаже — 93 мужчины и 68 женщин, т. е. 151 больной. Всего 447 мужчин и 271 женщина, т. е. 718 больных.

Воронежское губернское земство приняло в 1866 г. от Приказа дом умалишенных с 65 больными. Как ни воздерживалось земство от коренных реформ в постановке психиатрического дела, ограничи-

[1] Патронаж на окраинах Орла учрежден в 1903 г.

[2] С. С. Ступин, Труды I съезда союза невропатологов и психиатров, 1911, стр. 515.

ваясь до конца 90-х годов только частичным расширением помещения, число призреваемых из года в год росло. «И хотя здесь, — как пишет П. И. Якобий, — несмотря на переполнение, не было ни одного из тех ужасов, с которыми мы встречались в большинстве „психических отделений", и заведующему отделением д-ру Глазуновскому удалось ввести здесь работы, развлечения, он сумел дать всему режиму мягкие тона, все же смертность в 1886—1896 гг. доходила до 23%!».

В 1890 г. земство было вынуждено последовать общему примеру и постановило ежегодно отчислять по 20 000 рублей на реорганизацию психиатрической больницы. Собрав 140 000 рублей, земство в 1898 г. пригласило в качестве организатора Н. Н. Баженова. Чтобы уменьшить переполнение, Баженов организовал в 1899 г. патронаж в с. Девице. Затем он представил свой проект устройства колонии. Но прошло 5 лет, прежде чем проект колонии стал реальным, и лишь в 1903 г., когда в колонии было выстроено всего два павильона для хроников на 110 человек, когда директором психиатрической больницы стал Н. А. Вырубов, планы были окончательно утверждены, а до того времени велись лишь дискуссии, что и как строить.

Эти дискуссии в Губернском земском собрании 1898—1903 гг. представляют значительный интерес, во-первых, потому, что в них приняли участие Н. Н. Баженов (как директор) и П. И. Якобий (как губернский гласный), а во-вторых, потому, что эта дискуссия не менее дискуссий в Твери и Москве характеризовала отношение земцев к психиатрическому делу, а также и взгляды специалистов-психиатров [1] того времени.

Проект Воронежской психиатрической организации, предложенный Н. Н. Баженовым губернскому земскому собранию 1898 г., уже значительно отличался от того, что он предлагал в Рязани, и от того, что говорилось по поводу проекта П. И. Якобия в Московском обществе невропатологов. В этом проекте уже отразился опыт постройки Мещерской больницы Московского губернского земства, да и выступления Якобия, очевидно, оказали свое влияние. Н. Н. Баженов находил, что необходимо не только устроить лечебницу, но и приступить к организации целой сети учреждений: «Больница должна быть только решетом, через которое будут просеиваться все психически больные губернии». «Необходима тесная связь с земской общемедицинской организацией, чтобы участковые врачи направляли больных, за исключением тяжелых случаев, лишь после того, как собраны сведения, запрошена больница и получено от больницы разрешение на прием. Необходима организация прибольничного патронажа и пособий семьям, в которых остаются психически больные. При таких условиях Воронежскому земству достаточно будет иметь больницу-колонию на 700 коек + 100 мест для платных пансионеров. В первую очередь достаточно построить больницу на 240 человек[2] + 50 платных пансионеров + 60 мест патронажа. Стоимость первой очереди 300 000 рублей».

«Земство обычно приходит в ужас, — говорил Н. Н. Баженов, — от колоссальных цифр, которые надо тратить на психиатрическую помощь, но полумеры, частичные улучшения лишь тяжелым камнем ложатся на земский карман, и рано или поздно придется делать затраты и даже чем позже, тем больше сразу. Откладывать, ввиду опасности оставления больных в населении, нельзя и невыгодно, так как больные пожарами, убийствами приносят большой вред и убыток». Чтобы уменьшить расходы на содержание, Н. Н. Баженов рекомендовал устройство платного пансионата, который, по его мнению, будет давать значительный доход.

[1] Материалы по психиатрическому делу Воронежского губернского земства за время 1898—1900 гг., изд. Губернского земства, Воронеж, 1900.

[2] Лечебница на 100 человек и колониальные упрощенные здания на 140 человек.

Н. Н. Баженов предлагал павильонную систему построек без соединения павильонов какими-нибудь переходами. Лечебный павильон предполагался один на 100 человек с двумя крыльями — мужским и женским — и с подразделением каждой половины внутри на несколько частей (путем изгибов здания) для различных категорий вновь принимаемых больных[1]. Павильоны для хроников могут быть двухэтажными, если это выгодно.

П. И. Якобий говорил на собрании, что неправильно пугать земство опасностью душевнобольных: задача земства — лечить, а не охранять от преступлений, — это дело полиции. «Неправильно и обещать доходы от пансионата: во-первых, земство — не аферист, чтобы наживаться на чужих несчастьях, а во-вторых, в руках общественных организаций пансионаты не могут давать дохода, так как и среди неимущих всегда найдутся заслуживающие улучшенного содержания, которое общественные организации им и должны будут дать».

Дальше П. И. Якобий считал, что на первое время надо строить маленькую лечебницу (как он это сделал и в Орле): на 10—15 мужчин и 5—10 женщин (всего на 25 человек), так как население только тогда будет доставлять много свежезаболевших, когда лечебница завоюет доверие и симпатию населения, а в дальнейшем надо строить лечебницы в разных местах губернии. Все остальные отделения в колонии должны состоять из простейших дешевых бараков и богаделен, а для таких построек хватит и тех 200 000 рублей, которые земство уже накопило. Земли надо не менее 100 десятин для устройства фермы при больнице и в целях будущего расширения колоний. Главное же — строить надо быстро, не растягивать на годы, пользуясь теми деньгами, которые уже имеются. «Этого хватит года на три... Если через три года придется построить где-либо еще лечебный павильон на 25 коек, а потом, быть может, придется построить павильон и на 50 человек или устроить еще 2 барака в колонии — это будет уж не так страшно».

Комиссия, выбранная Губернским земским собранием, приняла предложение строить лечебницу на 240 больных на сумму 170 000 рублей примерно в таком виде: два лечебных павильона на 40 человек (мужской на 25 человек и женский на 15 человек), один павильон под лазарет на 25 человек, мужской барак для полубеспокойных на 45 человек, такой же женский на 30 человек, барак для хроников на 100 человек, два дома для врачей, кухня, надворные постройки, квартиры для прислуги простейшего образца; на покупку имения оставалось, таким образом, 30 000 рублей.

Отметим, что участвовавший в прениях гласный Алисов предлагал построить, кроме того, особый павильон для лечения алкоголиков, обратившись за средствами для его постройки к Министерству финансов, «так как предстоит введение винной монополии».

Интересно, что ходатайства о правительственной субсидии на постройку колонии решено было не возбуждать, так как «пришлось бы строить по планам, которые пришлют; планы же эти такие, что по ним ничего строить нельзя».

Собранием был утвержден устав психиатрической лечебницы как отдельного самостоятельного от соматической больницы учреждения.

Казалось, все идет хорошо. Но ввиду того, что имение Орловка со 185 десятинами земли, расположенное в 10 верстах от Воронежа, было куплено только в апреле 1899 г., постройка замедлилась; кроме того, имение было куплено не за 30 000, а за 50 000 рублей. Вся колония с постройками

[1] План лечебницы, повидимому, заимствован Н. Н. Баженовым от Харьковской больницы, где такой проект выдвинул Н. В. Краинский.

обошлась бы уже не в 200 000, а в 280 000 рублей, так как в первоначальном плане была забыта постройка аптеки, конторы и церкви. Тогда начались прения, рационально ли строить дешевые постройки и пригодны ли предлагаемые планы. П. И. Якобия на заседаниях 1899 г. не было. Некоторые гласные указывали, что в помещениях больных мало воздуха, нет столовых, недостаточна высота здания (4,5 аршина) и т. п. Лишь на земском собрании 1901 г. планы были утверждены и переданы на рассмотрение Московского и Петербургского обществ психиатров. К этому времени Н. Н. Баженов уже оставил Воронеж и директором психиатрических учреждений был приглашен Н. А. Вырубов. Больных в это время было 380 человек — 50 больных в патронаже и 330—в больнице.

Все эти прения об образцовых постройках лишь замедлили открытие колонии и удлинили пребывание больных в совершенно нетерпимых условиях.

16 ноября 1901 г. планы Воронежской больницы рассматривались Московским обществом невропатологов, где они подверглись суровой критике[1], причем общество настаивало на постройке колонии по образцу Мещерской колонии московского типа на том основании, что нет надобности выделять особой «лечебницы», так как все отделения всякого психиатрического учреждения должны быть лечебными.

Лишь в 1903 г. были утверждены новые планы не на 240, а на 400 коек со сметой не в 280 000, а в 562 000 рублей. Планы были утверждены после осмотра Курской больницы, по ее образцу и уж без выделения лечебницы для больных с острой формой заболевания. Расходы по постройке колонии, открытой в 1905 г., выразились в 308 464 рубля. Стало быть, колония не вполне была достроена, и когда в 1907 г. был построен последний павильон на 60 человек, все же мест было лишь 240, т. е. выполнен был лишь первоначальный проект 1901 г. В этом же 1907 г. Н. А. Вырубов, по предложению губернатора, был устранен от должности директора и вместо него был назначен В. Н. Ергольский[2]. В колонии к этому времени было всего 239 больных, в городе оставалось 233 больных и в патронаже — 82. Таким образом, единая больница при больших затратах на постройку все же осталась разделенной на две части (хозяйство городской ее части оказалось совместным с соматической больницей) и была размещена в старых плохих зданиях.

Делегаты Казанского губернского земства (гласный А. Н. Плотников и д-р Н. А. Донсков), посетившие в 1909 г. психиатрические учреждения Воронежского земства, описали их так: «План постройки колонии, причем предполагалось всех больных перевести в колонию и закрыть городские отделения, ... выполнить не удалось. Городские отделения, куда принимаются все вновь поступающие, около 300 больных в год, ... это старые здания Приказа... плохой воздух... крайне бедное оборудование... общее впечатление печальное... Колония (более 200 больных) состоит из 5 павильонов, кухни, административного павильона, где квартиры директора и врачей. Все павильоны с боковым коридором, палаты просторные ...»

Таким образом, хорошо обставленными оказались хронические больные, а свежезаболевшие, помещавшиеся в старых зданиях города, остались в тяжелых условиях.

Уже VIII съезду врачей Воронежской губернии (1906 г.) «было вполне очевидно, что для правильной постановки земской психиатрии нет другого

---

[1] Протоколы Московского общества невропатологов за 1901—1902 гг., М., 1902, стр. 24—35.

[2] Отчет Воронежской больницы за 1907 г. с очерком В. Н. Ергольского.

пути, кроме пути децентрализации, что дальнейшее расширение Воронежской психиатрической колонии желательно лишь для того, чтобы изжить переполнение и вместить всех находившихся тогда на попечении земства психически больных, около 400 человек, и что в первую очередь необходимо выдвинуть постройку лечебницы на юге губернии». Интересно, что в Воронежской губернии у Острогожского уездного земства давно уже имелось небольшое (на 12 человек) психиатрическое отделение, где в 1912 г. находилось 26 мужчин и 14 женщин. Отделение это, впрочем, было учреждено еще в 90-х годах по инициативе популярнейшего земского врача г. Острогожска А. В. Роменского.

Земское собрание 1906 г. в принципе согласилось с мнением VIII съезда врачей. Однако на съезде врачей 1908 г.[1], где с докладом о децентрализации выступил ординатор психиатрической больницы С. С. Сергиевский, предлагавший устраивать уездные больницы, директор больницы В. Н. Ергольский с этим не соглашался, считая, что «хозяйственная сторона такого грандиозного предприятия совершенно темна». Вследствие этого Земское собрание 1909 г. постановило производить достройку колонии в Орловке, и в 1911 г. ассигновало на это 232 000 рублей при безвозвратной ссуде от Министерства внутренних дел в 175 000 рублей. К 1913 г. в колонии было построено двухэтажное здание на 100 больных мужчин и такой же корпус на 80 женщин, но на 1 января 1910 г. было уже 660 больных (402 мужчины и 258 женщин), и кроме того, в патронаже—81 больной; смертность достигала 11,3%. В городские отделения, которые считалось необходимым сохранить для приема свежезаболевших ввиду плохого сообщения с Орловкой, особенно весной при разливе Дона, за неимением постоянного большого моста, до последних лет большое число больных доставляла полиция (в 1907 г. полицией доставлено 21,3% всех больных), причем больные доставлялись «от волости до волости».

Однако в своей статье «Земские затруднения с призрением душевнобольных и как из них выйти», опубликованный в 1912 г.[2], В. Н. Ергольский изменил свое мнение о децентрализации и говорил уже о необходимости после расширения Орловки до 800 коек построить еще две лечебницы в Воронежской губернии—одну для южного, а другую для восточного районов, Орловская же больница, по его плану, должна была остаться приемной лечебницей для северного района и колонией для эвакуации хроников со всей губернии: южные и восточные районы должны были построить лечебницы на 300 коек. Весь этот план комиссия рассчитывала выполнить в течение 25 лет.

Как мы видим, в 90-х годах идеи Якобия о выделении отдельных психиатрических лечебниц, о приближении психиатрической помощи к населению не имели успеха. Лишь на Украине, где земства были богаче, в Херсоне, как мы уже видели, отдельные лечебные приемные отделения были организованы в 1888 г., еще до Якобия, но наиболее полно система психиатрической организации была осуществлена в Полтаве. К описанию ее мы и переходим.

Полтавское губернское земство[3] получило в 1865 г. от Приказа дом умалишенных с 65 психически больными (38 мужчин и 27 женщин), причем имелся даже отдельный врач-специалист В. А. Добржинский. В 1867 г. больных было уже 89, а в 1868 г. — 105. В 1868 г. Губерн-

[1] Н. А. Вырубов, Перспективы психиатрического дела в Воронежской губернии, Современная психиатрия, 1908, стр. 348—355.

[2] Современная психиатрия, 1912, сентябрь—октябрь.

[3] А. Ф. Мальцев, История и настоящее состояние призрения душевнобольных в Полтавской губернии, СПБ, 1902.

ское земское собрание четвертого созыва избрало постоянную медицинскую комиссию под председательством врача Долгорукова. В «Трудах» комиссии, вызвавших большое негодование среди реакционных кругов[1], описан и дом умалишенных. Его состояние обрисовано так:

«Дом занимает 20 комнат, из которых рекреационный зал довольно большой, но остальные очень малы; изоляционные же комнаты, куда для укрощения запираются беспокойные больные, до того тесны, что скорее похожи на шкаф, чем комнату. Окна больничные загромождены железными решетками, потолки низки... Снаружи дом окружен близко примыкающими зданиями, обнесен высокими заборами. Вид дома невыразимо мрачный; жители его, кроме крыш, высокого забора и отхожих мест, ничего не видят... По высоким заборам, железным решеткам в окнах, крепким засовам в дверях и строгим фигурам караульщиков непременно подумаешь, что здесь содержатся преступники. Но небывалая теснота, хаотический шум убеждают, что это именно дом сумасшедших... Все больные смешаны в одну общую массу — выздоравливающие с окончательно помешанными, беспокойные и смирные. Смех, плач, песни, брань и потасовки производят невыносимый шум, который не умолкает ни днем, ни ночью. Физически заболевшие не отделяются ...

... К чему здесь врач и какую он может принести заключенным пользу? Состоящий теперь доктор медицины А. Шварц — почтенная личность[2], весьма сведущий и опытный психиатр, но что он может сделать при описанной обстановке?»

Мы привели подробно это описание потому, что оно особенно ярко подчеркивает отношение к психически больным в полицейско-охранительный период, когда имелась в виду только опасность психически больного для окружающих.

Но Губернское собрание не намеревалось нарушать этой полицейской системы и лишь ассигновало 5 494 рубля на приспособление для психически больных третьего флигеля.

В 1873 г. Губернской земской управой был представлен собранию доклад о постройке каменного дома на 30 женщин, но Цитович (старший врач всей губернской больницы с 1866 по 1880 г.) находил, что «следует не расширять старое учреждение, а выстроить новое и притом на другом месте, более обширном и удаленном от населенных частей города». Он, очевидно, уже понимал, что необходимо изменять самое отношение к психически больным. Но проект управы был отклонен, ничего серьезного не было предпринято. Что Цитович понимал необходимость изменить отношение к душевнобольным, видно из того, что в докладе 1879 г. он с горечью писал: «Система нестеснения в здешнем доме умалишенных повела бы к самым плачевным результатам для больных и служащего персонала».

Несмотря на это, кроме незначительных перестроек и отсылки спокойных хроников в Роменскую богадельню, где издавна (с 1806 г.) помещались и психически больные, до 1885 г. в отношении психиатрического отделения ничего существенного не было сделано. Новый старший врач больницы Грязнов в отчете за 1880 г. так характеризовал состояние психиатрического отделения: «Помещения темны ... сыры... Нечего уж говорить об отсутствии требуемых современным состоянием науки приспособлений для лечения, как-то: помещений для работ, отдельных столовых, дневных помещений... Здесь все вместе — и меланхолики, и маниаки».

---

[1] Эти комиссии, как и Казанское медицинское общество, говорили о профилактическом направлении, о необходимости изучения санитарного состояния населения.

[2] А. Шварц — первый историк русской психиатрии.

Лишь в 1881 г. земство пригласило, наконец, врача-психиатра И. Я. Платонова, ассистента проф. Ковалевского, а в 1882 г. учредило должность второго ординатора и вошло в частное соглашение с проф. Штромом о составлении плана трех павильонов на 150 кроватей (100 мужчин и 50 женщин), т. е. поняло необходимость применения не только полицейского, но и лечебного воздействия по отношению к психически больным. В 1885 г. постройка этих павильонов была окончена.

Интересно, что одновременно, в 1882 г., ревизионная комиссия предложила земскому собранию отдавать некоторых умалишенных на попечение частных лиц с пособием от земства (семейный патронаж)[1], но собрание отклонило этот проект.

Планы павильонов были составлены Штромом и к концу 1882 г. утверждены.

В 1885 г. постройка была окончена. Однако губернская строительная комиссия, в которую был приглашен проф. П. И. Ковалевский, нашла, что «здания едва ли могут отвечать своему специальному назначению: ...нет земли для работы больных, нет квартиры для врача... Окна дают мало света... Мастерских нет», и земство занялось перестройкой зданий по указанию земской комиссии.

В 1886 г. был приглашен психиатр А. Ф. Мальцев, который принял меры к дальнейшему улучшению психиатрической помощи: были уничтожены «смирительные рубашки», психиатрические учреждения отделены от соматической больницы, утвержден правительством устав психиатрической больницы, причем административно-хозяйственное управление было передано врачу-заведующему. В 1888 г. была проведена через волостные правления и участковых врачей перепись психически больных губернии, причем зарегистрировано 1 917 психически больных (1 161 мужчина и 756 женщин), т. е. 0,71 на 1 000 жителей. Для привлечения свежезаболевших губернским собранием в 1889 г. было установлено 20 бесплатных кроватей, которые немедленно предоставлялись, если заболевших доставляли в больницу в первые же недели болезни. В 1888 г. было построено здание мастерских и введена должность прозектора.

Относительно трудового режима следует заметить, что еще в 1882 г. И. Я. Платоновым были приобретены садовые и огородные инструменты, устроены переплетная и столярная мастерские для работы мужчин; женщины занимались рукоделием. А. Ф. Мальцев эти начинания еще более развил и упорядочил. С 1888 г. начались еженедельные демонстрации больных с разбором на конференции врачей.

Уже к собранию 1887 г. А. Ф. Мальцев разработал план колонии, причем он считал, что лечебница для свежезаболевших должна оставаться в Полтаве, а в земледельческой колонии должны находиться лишь больные с продолжительным течением заболевания, но не могущие жить в семье. Губернское собрание в принципе согласилось с этим планом и предложило составить подробные сметы. В 1891 г. было постановлено приобрести для колонии имение вблизи Полтавы. В 1893 г. в 3 верстах от Полтавы при селе «Малые Будищи» было приобретено 145 десятин земли и ассигнованы деньги на постройку колонии на 160 больных. В том же году в колонии было построено два барака для мужчин, а в 1894 г.—кирпичный флигель на 80 человек и четыре домика из двух комнат, каждый на 20 больных. В 1895 г. в колонию было переведено 84 мужчины и 20 женщин; врач А. О. Писнячевский был приглашен на должность заведующего колонией. В это время среднее

[1] Это было первое в России предложение ввести психиатрический патронаж, правда, не проведенное в жизнь.

ежедневное число больных в полтавских психиатрических учреждениях равнялось уже 409. В 1897 г. в колонии был построен павильон на 40 беспокойных больных, а в 1900 г. два павильона для слабых больных (отдельно для мужчин и женщин), каждый на 30 человек. В 1901 г. было постановлено произвести дальнейшее расширение колонии; было построено каменное здание на 50 беспокойных хронических больных, 4 деревянных обложенных кирпичом здания на 30 полубеспокойных больных каждое, расширена кухня, построено два флигеля для квартир младшего персонала. Наконец, больные были выведены из старых городских приказных построек 1844 г.

На организацию хозяйства колонии не было ассигновано никаких специальных сумм: их брали взаимообразно из сумм, ассигнованных на приобретение продовольствия и хозяйственных предметов по смете больницы. И тем не менее в колонии было заведено скотоводство и птицеводство, дававшие уже в 1898 г. 2 169 рублей чистого дохода; постепенно вся сумма, взятая из бюджета больницы, была покрыта. В 1900 г. валовой доход достиг 8 400 рублей. Работало в колонии 55% больных мужчин и 50% больных женщин. В 1904 г. А. О. Писнячевский перешел в Нижний-Новгород и заведующим колонией был назначен М. М. Лучник.

С самого начала спокойных неработоспособных психически больных переводили и в Роменскую богадельню. Вначале содержание больных там было плохим. «Скорбут почти поголовный», писала ревизионная комиссия в 1885 г. (там в это время было уже 80 больных). Однако А. Ф. Мальцев считал, что спокойные неработоспособные больные, если их не могут взять родственники, должны призреваться в богадельне, и продолжал переводить их в Ромны, приняв, однако, меры к улучшению там положения больных. В 1910 г. в Ромнах было построено новое здание на 80 больных, в 1903 г. вся богадельня была передана в ведение психиатров и переименована в «Роменское отделение психиатрической больницы», причем в старом здании имелось 170 мест и в особом флигеле — 50 мест.

С 1903 г. А. Ф. Мальцев ставил вопрос о необходимости для пограничных случаев открыть при городской лечебнице «нервное отделение» со свободным режимом на 25—30 больных.

В 1906 г. А. Ф. Мальцев поднял вопрос о децентрализации психиатрической помощи в Полтавской губернии, причем предполагалось построить три лечебницы: в Ромнах (для северо-западных уездов), в Кременчуге (для уездов, примыкающих к Днепру) и лечебницу для западных уездов, примыкающих к Киевской железной дороге. Земское собрание 1913 г. признало необходимым построить новую лечебницу в северо-западной части губернии. Отметим, что децентрализованными по проекту А. Ф. Мальцева предполагались только лечебницы для свежезаболевших, а колония под Полтавой должна была оставаться центральной для всех лечебниц. В том же 1913 г. решено было построить нервное отделение при полтавской психиатрической лечебнице. Но этот план не был осуществлен вследствие начала первой мировой войны.

Таким образом, к 1 января 1915 г. Полтавское губернское земство имело следующие психиатрические учреждения: 1. Лечебницу в Полтаве — три павильона постройки 1886 г., в которых находилось 175 мужчин и 108 женщин, всего 283 человека. Отметим, что в 1914 г. из 1 060 больных, поступивших в городское отделение, 666 больных, т. е. около 60%, были выписаны без перевода в хронические отделения, а в колонию и Ромны переведено лишь 27%. 2. Колонию: два корпуса для беспокойных (постройки 1894 и 1897 гг.), два павильона для слабых (постройки 1900 г.), четыре барака на 40 человек каждый для полубеспокойных хронических больных

(постройки 1901 г.) и восемь домиков для рабочих больных, каждый на 20 человек (постройки 1894—1898 гг.) с совершенно свободным режимом (open door). В колонии находилось 272 мужчины и 297 женщин, всего 569 человек. 3. Роменскую богадельню — 190 мужчин и 86 женщин, всего 276 человек.

Итого в учреждениях Полтавского губернского земства на 1 января 1915 г. находилось 637 мужчин и 591 женщина, т. е. 1 128 психически больных.

Еще в 1909 г. на III съезде психиатров[1] А. Ф. Мальцев подробно обосновал свою систему организации психиатрической помощи:

«Первой общественной заботой при организации мероприятий по психопомощи должно быть обеспечение надлежащей помощью свежезаболевших больных. Для этого рода больных требуется специальная психиатрическая лечебница, которая являлась бы учреждением, действительно лечебным. При ней должно быть устроено отделение для так называемых ,,нервных'' больных с переходными формами и для выздоравливающих после психозов, без чего современная психиатрическая лечебница не имеет цельности, игнорируя начальные периоды болезни, так называемые ,,психоневрозы''... ,,Нервное'' отделение... должно носить характер открытого отделения... Оно должно быть рассчитано приблизительно на 20% всего количества больных во всех психиатрических учреждениях. Само собой разумеется, что при устройстве такой нервно-психиатрической лечебницы все способы терапии нервно-психических заболеваний и различные психофизиологические методы лечения должны найти широкое применение. Эта лечебница должна представлять основное звено в системе лечения и призрения психически больных. От благоустройства ее зависит успех всех дальнейших мер по призрению психически больных. Хорошая лечебница должна быть целебным средством для больных, а плохая — готовить хроников и неизлечимых, которые тогда будут переполнять хронические учреждения и ложиться громадной тяжестью на бюджет населения».

«При устройстве лечебницы прежде всего надо иметь в виду, что такая лечебница должна находиться возможно ближе к населению, так как только при этом условии больной будет легко и своевременно доставляться в лечебницу для лечения... А от своевременного начала лечения зависит успех дела... В Полтавской психиатрической больнице по отчету 1908 г. из больных, поступивших в первый месяц своего заболевания, выздоровело 54%, а из поступивших от 1 до 3 месяцев от начала заболевания — 34%».

«...Обслуживая небольшой район, лечебницы для свежезаболевших по своим размерам не могут быть большими, но психиатрическая лечебница не может быть и очень маленькой, так как важно достаточно изолированное распределение больных по их состоянию. Лучшим размером лечебницы для свежезаболевших больных является лечебница на 100—120 больных...» «Желательно устройство такой лечебницы невдалеке от соматической больницы, так как всегда потребуется консультация и терапевта, и хирурга».

Колониальному призрению, по Мальцеву, подлежат больные с длительным течением заболевания, по большей части неизлечимые, те больные, которые по характеру их болезни совершенно не способны к жизни дома и по своим патологическим наклонностям не могут быть терпимы на свободе. Основным лечением здесь является труд. Но главной целью работы

[1] Труды третьего съезда отечественных психиатров, 1911, стр. 879—910, а также отдельная брошюра «Еще к организации лечения и призрения душевнобольных в Полтавской губернии». Приложение к отчету психиатрической больницы за 1908 г., Полтава, 1909.

в колонии должна являться не экономическая эксплоатация, а та польза, которую извлекает из своего труда сам больной. «Чтобы работы имели лечебное значение для больных, — писал он, — необходимо возбудить внутренний их интерес к работе. Работа, эксплоатирующая одну их физическую силу, пагубна для больных и для заведения... Труд должен изменять направление болезненных мыслей, давать им оборот в реальную сторону. Выздоравливающий при помощи работ укрепляет свои суждения... Труд должен изменить облик больных, создать интересы, дать смысл и цель их жизни».

Неизлечимых больных, безопасных для окружающих при обычных условиях жизни, если нет возможности содержать их в родных семьях, надо призревать в богадельнях.

К патронажу Мальцев относился скептически, считая широкое пользование им нерациональным, находя, что патронаж не дешевле богадельни.

Призрение хроников в колониях и особенно в богадельнях Мальцев считал, по сравнению с лечебницей, делом второстепенной важности. Устройство колоний при каждой лечебнице представлялось ему чересчур дорогой и ненужной организацией. Колонии могут быть и централизованы, так как мотив своевременности и удобств доставки здесь отпадает.

А. Ф. Мальцев сетовал, что «лечебницы из городов переносятся в колонии, нередко удаленные от городов», так как он считал, что лечебница должна иметь широко доступную амбулаторию, постоянно дающую советы больным, остающимся вне лечебных учреждений. Свежезаболевшего больного не всегда нужно стационировать. Требующиеся для них «лечебные методы надо разделить на три группы: 1) коечное содержание, 2) амбулаторное лечение в центральных сборных пунктах в специально полезных для больного, на свободных (некоечных) условиях (курорты, морские купанья, санатории и пр.) и 3) амбулаторное лечение с возможностью продолжать обычную работу». Мальцев упоминает о необходимости выдачи пособий семьям, оставляющим у себя душевнобольных, но «контроль над призрением должен быть обязательно передан благонадежному лицу на месте призрения».

Эти воззрения А. Ф. Мальцева служили, казалось, лучшим возражением против существовавших мнений о ненужности выделения лечебницы из колонии, потому что вся колония — лечебное учреждение. Мальцев правильно считал, что в широком смысле лечебны все мероприятия — и богадельня, и амбулатория, но он требовал дифференциации и специализации учреждений и таким образом создания необходимых условий для каждого вида лечения, полагая, что только при таких условиях каждое лечение может достигнуть успеха.

Что касается размеров учреждений, то Мальцев считал, что надо руководствоваться «запросами со стороны самого населения». «Нервно-психические заболевания стоят, — говорил он, — в самой тесной связи со всей жизненной средой, динамичны, не неподвижны, и однократная перепись не может дать постоянных показателей нужды в психиатрической помощи».

Екатеринославское губернское земство развивало свою психиатрическую помощь по принципам, близким к полтавским, хотя и не так четко проводимым (отдельная лечебница в городе), лишь с заменой богадельни патронажем.

В Екатеринославе (в начале XIX века — Новороссийск, теперь Днепропетровск) при учреждении Приказа в июне 1796 г. все его учреждения были размещены далеко за городом в ветхих случайных зданиях, и еще

в 1818 г., при образовании Губернской врачебной управы, начались хлопоты о постройке новых зданий. 16 лет составлялись проекты и сметы, 8 лет сметы утверждались, и только в 1842 г. было приступлено к постройке новых зданий губернских богоугодных заведений, которая и закончилась в сентябре 1845 г. Было построено хорошее каменное специальное больничное здание, сохранявшееся до Великой отечественной войны 1941 г. Еще в 1851 г. подвальный этаж этого дома был приспособлен для психически больных, причем при 42 штатных койках в 1852 г. их уже было 67 человек.

При приеме[1] учреждений земством в 1867 г. (причем в доме умалишенных было уже 67 человек) управа ходатайствовала об освобождении смирительного дома для перевода туда излишней части психически больных, но ходатайство это было удовлетворено только в 1870 г., когда земство и заняло под психиатрическую больницу это старое здание, выстроенное еще в XVIII веке. Так как в 1873 г. было уже 90 больных, земство ходатайствовало об отпуске правительством средств на постройку нового здания на 100 человек (65 мужчин и 35 женщин). В этом ему было отказано. Между тем число больных все возрастало. Поэтому земство приспособило в 1875 г. для размещения психически больных флигель, а в 1876 г. заняло деревянный барак на 40 человек, построенный для военных нужд в турецкую войну.

К губернскому земскому собранию 1882 г. было уже 189 больных, и было решено построить простые деревянные помещения по барачной системе (2 барака на 50 человек каждый) и приспособить еще так называемый летний барак, что и было выполнено к 1883 г.

Как и многие другие земства, Екатеринославское земство в 1882 г. ходатайствовало также «об устройстве центрального правительственного дома, куда земства могли бы передавать по крайней мере ту часть призреваемых, которые признаны будут неизлечимыми... тем более, что Новороссийский край, ввиду значительного прилива туда пришлых людей из средних губерний России, нуждается более других в таком учреждении, а министерство обладает особым фондом, предназначенным исключительно на улучшение помещений для умалишенных». Ходатайство это губернатор препроводил в министерство 12 февраля 1883 г., но уже 11 марта 1883 г. оно было отклонено.

В том же собрании 1882 г. земство ходатайствовало, чтобы оплата содержания иногородних больных была возложена «на счет губернских земств тех губерний, к которым они принадлежат».

Это ходатайство возникло потому, что Харьковское земство в 1881 г. постановило пересылать иногубернских психически больных по месту их родины, и в Екатеринослав было прислано 14 таких больных. «Обмен больных вообще, а умалишенных в особенности, — писало Екатеринославское земство, — не только не оправдывается чувством гуманности к ним, но и противоречит вполне основанному, конечно, на таком же чувстве духу законов». Однако и это ходатайство Екатеринославского земства было оставлено министерством без последствий.

Мы считаем нужным упомянуть об этих межгубернских пересылках психически больных потому, что они происходили нередко и еще более отягощали судьбу больных; к тому же производились они через пересыльные тюрьмы («по этапу»), где больные иной раз задерживались месяцами.

---

[1] В. В. Крумбмиллер, Краткие данные о деятельности психиатрических учреждений Екатеринославского губернского земства, Екатеринослав, 1914.

В 1885 г. психически больных в Екатеринославе стало 219, и земство, сократив число соматических больных, приспособило для психиатрического отделения левую половину нижнего этажа главного корпуса, пригласив для заведывания им врача-психиатра А. А. Говсеева. В 1888 г. было переделано и все правое крыло для психически больных, но к 1889 г. оказалось уже 333 больных.

В 1892 г. число больных достигло 404, и Губернское земское собрание, по предложению А. А. Говсеева, постановило организовать патронаж для спокойных хроников. В 1893 г. этот вид призрения впервые в России начал применяться в значительных размерах[1] в селе Луцманской Каменке, в 7 верстах от Екатеринослава, в Краснополье, в 4 верстах от Екатеринослава, а затем в Одинкове (с 1913 г.), под Екатеринославом[2]. В Луцманской Каменке был поселен для наблюдения за психически больными фельдшер, а врач наезжал время от времени; плата за содержание больного была от 3 до 6 рублей в месяц.

В первый же год число больных в патронаже достигло 60 (11% всего числа больных в больнице), в 1895 г. уже седьмая часть психически больных призревалась в крестьянских семьях, а в 1898 г. при общем среднем числе душевнобольных в учреждениях Екатеринославского земства в 640 человек в патронаже было 140 больных, т. е. 22%.

Екатеринославская земская психиатрическая больница замечательна еще тем, что она первая в 1894 г. ввела в широких размерах постельный режим[3], для чего был произведен ряд переделок в зданиях и созданы большие «обсервационные палаты» с постоянным дежурством среднего персонала; при этом изоляция была совершенно уничтожена.

Почти одновременно с этими реформами в 1896 г. Екатеринославское губернское земство решило, оставляя лечебницу для острых и беспокойных психически больных в городе, построить ремесленно-земледельческую колонию для хроников, способных заниматься трудом. Для колонии земству было пожертвовано имение с 52 десятинами земли в 11 верстах от Екатеринослава при станции Игрень. Построив простейшие кирпичные домики (2 спальни на 5 человек каждая и столовая; между ними комната служителя), земство уже в 1897 г. перевело туда первых 27 мужчин и 29 женщин, могущих работать, причем с первых же дней был введен режим не только нестеснения, но и открытых дверей. Колония проектировалась скорее как приют, чем как широкое учреждение типа Бурашева.

Нужно сказать, что А. А. Говсеев был противником колонии. На VI Пироговском съезде в Киеве в 1896 г. он предлагал следующие типы психиатрических учреждений:[1]) лечебницу-санаторий, причем она должна иметь отделения: а) обсервационное с обстановкой терапевтических отделений обыкновенных больниц, б) инфекционное и хирургическое, в) отделение для выздоравливающих, и 2) патронаж, который у Говсеева стоял на следующем месте за лечебницей (важнее колонии), что вызвало большие возражения на съезде. Приют для хронических беспокойных больных и богадельня для

---

[1] Первый опыт патронажа, организованного Н. Н. Баженовым в 1886 г. в Рязани, был в 1887 г. земством закрыт, второй его опыт в селе Семеновском под Москвой только начинался.

[2] А. А. Говсеев, Патронаж в Екатеринославской губернии, Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1895, т. 25, № 1.

[3] А. А. Говсеев, Доклад в Московском обществе невропатологов и психиатров, а также на VI Пироговском съезде о постельном содержании, 1895. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1896, № 5—8.

Он же, Отчет по Екатеринославской больнице за 1896 г., стр. 118—121, «Постельный режим при лечении душевнобольных». Первый доклад в России о постельном режиме сделал А. В. Тимофеев.

спокойных, строящиеся по мере надобности, стояли у Говсеева на втором плане[1].

О колониях А. А. Говсеев в 1895 г. писал, что под влиянием господствующих взглядов, что земледельческий труд необходимое условие правильного призрения психически больных, у нас наступило увлечение земледельческими колониями, на которые указывали как на радикальное решение вопроса о призрении психически больных. Но надежды подобного рода не оправдались. Сотни тысяч, затраченные на устройство таких колоний, не привели к решению задачи. В результате — недоверие к мнению специалистов, к положениям, которые сулили так много, а на практике дали такие мизерные результаты... Хуже всего, что под громкими словами скрывалась часто полнейшая путаница понятий. Забывали, что земледельческие колонии по смыслу своему вовсе не имеют своей целью лечение психически больных, а всегда и всюду предназначались для рабочего контингента психиатрических заведений, т. е., за редким исключением, для неизлечимых хроников. Да и вообще нельзя искать радикального раз навсегда разрешения вопроса попечения о всех душевнобольных губернии, который возникает по мере увеличения населения, возрастания престижа медицины вследствие прогрессивного хода самой науки[2].

«С 1902 г., — как говорит историк екатеринославской больницы В. В. Крумбмиллер[3], начинается новый период помощи психически больным Екатеринославской губернии». В этом году был учрежден Совет психиатров при Губернской управе, и преобразование учреждения пошло по определенному планомерному пути. Исходя из принципа, что «все свежезаболевшие и поступающие в остром периоде требуют к себе наиболее интенсивного внимания, решено дать перевес заботам именно об этих больных». Лечение решено проводить в городских отделениях, так как сообщение с городом гораздо лучше обеспечивает поступление заболевших и выписку выздоровевших. Но одновременно, по мере надобности, решено расширять и колонию, оставляя ее для хроников, которые не могут жить в патронаже. В колонии решено было для временами возбуждающихся хроников построить два специальных павильона, на 50 человек каждый, с закрытым режимом; эта постройка и была начата в 1904 г. В городе построено два новых приемных отделения (мужское и женское) на 35 человек каждое, включавшее в себе подотделения для всех родов свежезаболевших больных; мужской павильон строился с 1904 по 1906 г., женский — с 1906 по 1908 г. Кроме того, взамен старых зданий постройки 1845 г. в 1909 г. был построен большой павильон на 150 слабых мужчин и 4 деревянных барака на 180 больных, причем один из них на 30 слабых женщин. Таким образом, в городе, кроме лечебницы для свежезаболевших, оказывались и отделения для больных с длительными формами, требующими специального ухода.

В колонии в 1909 г. был построен ряд домиков на 125 больных, а к концу 1912 г. выстроен еще павильон на 100 коек для временами беспокойных женщин-хроников, а павильоны, построенные в 1904 г., отведены для таких же мужчин. В 1912 г. все психиатрические учреждения были объединены под единым психиатрическим руководством; до этого в одной общей соматопсихиатрической больнице имелись самостоятельные старшие врачи город-

[1] Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1896, № 7.

[2] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1895, т. XXV, стр. 112.

[3] Цитированная раньше брошюра В. В. Крумбмиллера (1868—1924), который с 1908 г., после ухода А. А. Говсеева, стал заведующим екатеринославскими психиатрическими учреждениями. В. В. Крумбмиллером защищена в 1898 г. в Военно-медицинской Академии диссертация на тему «О степени метаморфоза белой крови в зависимости от нервных влияний».

ских психиатрических отделений, колонии, патронажа и соматического отделения.

Таким образом, екатеринославская колония Игрень и колонии Тверская (Бурашево) и Рязанская (Голенчино) значительно отличались одна от другой. Это различие было особенно подчеркнуто А. А. Говсеевым[1].

Очень интересны и более поздние соображения В. В. Крумбмиллера относительно значения разделения лечебницы и колонии, основанные уже на многолетнем опыте. Он считал, что при бесплановом расширении больницы, при использовании под давлением переполнения всех подходящих и неподходящих помещений, если не разделяют острых и хронических больных, обычно происходит следующее. «Чем беспокойнее больной, тем худшее помещение отводилось ему. Подвалы поэтому занимались преимущественно наиболее возбужденными больными, а следовательно, наичаще именно острыми и свежезаболевшими... И именно к этим свежезаболевшим больным вместо лечения применялся весь арсенал укрощающих средств того времени: смирительная рубашка, запирание в карцер и пр. Со времени разделения острых больных от спокойных и обязательного помещения острых в специальное лечебное помещение введено было постельное содержание, тщательное клиническое наблюдение, постоянное разделение по характеру поведения, и неспокойные острые психиатрические отделения приблизились к терапевтическим отделениям соматической больницы».

Однако и об екатеринославском патронаже в Лоцманской Каменке нужно сказать, что его организация была далеко не образцовой: в Каменке одновременно с психически больными призревались под наблюдением одного врача также 800 подкидышей, вследствие чего надзор и уход за психически больным был не всегда достаточным. X съезд врачей и Губернское земское собрание 1900 г. постановили перенести патронаж ближе к колонии (в 1912 г. начали организацию патронажа в деревне Ивино) и иметь для него особого врача.

В сессию 1913 г. Земское собрание постановило построить в колонии корпус на 100 психически больных, страдающих туберкулезом, зал для развлечений больных, корпус для квартир младшего персонала и устроить канализацию и биологическую очистку сточных вод.

В общем все же, стремясь в принципе к тому же типу организации, что и в Полтаве, екатеринославские психиатрические учреждения, конечно, проводили «ступенчатость» далеко не так четко, как в Полтаве.

В 1913 г. Екатеринославской губернской земской управой было созвано совещание по вопросу о дальнейшем расширении психиатрической помощи и об его характере, причем были приглашены профессора Н. Н. Баженов и В. П. Сербский и д-р Е. К. Иогансон. В. В. Крумбмиллер предлагал децентрализовать психиатрическую помощь и построить в первую очередь лечебницу на 250 коек для района Донбасса со специальным отделением для психически больных детей и детей-олигофренов (с педагогическим режимом).

Несмотря на то, что принцип децентрализации еще в 1902 г. был одобрен Пироговским съездом и принципиально уже был принят многими земствами, что отделение лечебницы от колоний проводилось уже много лет и в самом Екатеринославе, и в Полтаве, и в Харькове, и в Херсоне, московские профессора продолжали настаивать на постройке больницы-колонии на 800 коек в одном месте. Однако совещание санитарных врачей весной 1914 г. решило представить ближайшему Земскому собранию доклад о необходимости устройства психиатрической больницы на 250 коек в восточной части губернии для уездов Бахмутского, Мариупольского, Павлоградского

[1] Архив психиатрии и неврологии, 1892, т. XIX, № 1.

и Александровского (район Донбасса). Лишь из-за начавшейся войны это постановление не получило движения.

В Харьковском губернском земстве психиатрическая помощь развивалась очень своеобразно[1].

Земство получило от Приказа губернскую соматическую больницу в пригороде; она помещалась во дворце-даче генерала Сабурова, состоявшего в екатерининские времена наместником Слободской Украины, и была расположена в прекрасном парке с 16 десятинами земли. Самый дворец представлял собой обширное центральное полукруглое здание, по бокам которого имелось еще два полутораэтажных флигеля; кроме того, имелся ряд хозяйственных построек. Дом умалишенных, основанный в 1796 г., находился в другой части города вместе со смирительным домом и лишь в 1820 г. был переведен в один из полутораэтажных флигелей на Сабурову дачу, где уже с 1812 г. помещались соматические отделения[2]. При приеме Сабуровой дачи земством в этом флигеле в нижнем его этаже помещалось 49 психически больных при штате в 60 коек. Выделенная земством комиссия в 1865 г. писала об этом помещении: «Вид отделения, так же как и судьба несчастных, там содержавшихся, возбуждают одно сожаление...» Поэтому уже в 1866 г. управа просила отпустить деньги на ремонт. Смета была составлена на 43 000 рублей, министерство отпустило 23 625 рублей, остальное доплатило земство, и к 1867 г. помещение было уже настолько удовлетворительным, что земство в 1867 г. распорядилось, чтобы психически больные «были принимаемы, не стесняясь вакансиями», а в 1868 г. земством было установлено бесплатное лечение психически больных. В верхнем этаже флигеля было устроено «весьма удобное женское отделение на 20 больных, а два отделения для мужчин — одно для спокойных, другое для буйных — в нижнем этаже»; «так называемых темных для усмирения больных было устроено 4, причем в видах предупреждения увечья стены двух темных комнат были обиты по войлоку клеенкой. Столовые устроены также отдельно для обоих полов. В окна вделаны новые железные решетки в обоих этажах»[3].

Хотя, повидимому, режим отделения был достаточно суровый, все же самое помещение было в таком состоянии, что при осмотре всех психиатрических учреждений министром внутренних дел Тимашовым в 1873 г. харьковское отделение одно из немногих было признано им удовлетворительным. Говоря о порядках больницы, нельзя не отметить также, что харьковская больница уже в 70-х годах имела постоянных консультантов-профессоров: до 1877 г. консультантом больницы вообще, в том числе и по психиатрии, был проф. Я. С. Кремянский, а затем психиатр проф. П. И. Ковалевский.

В 1875 г. число больных достигло уже 115, и земство было озабочено положением психиатрической помощи. Земское собрание 1876 г. ходатайствовало об устройстве центрального правительственного дома умалишенных в Харькове, а в 1879 г., когда число больных достигло 170, хотя к этому времени соматические отделения и были переведены в построенные для раненых во время войны 1877 г. очень хорошие бараки и часть психически больных была размещена в главном здании, оно все же вынуждено было построить барак для психически больных. В 1881 г. состоялось постановление об ограничении приема размерами штата, но на основе известного сенатского указа 1875 г. постановление это было губернатором опротестовано. После этого земство, потеряв всякую надежду по-своему организовать психическую помощь, начинает без конца обращаться к правитель-

[1] Н. М. Зеленский, 150 лет Сабуровой дачи, Госмедиздат УССР, 1947.
[2] П. А. Устинский, Описание г. Харькова, 1887; Статистический обзор деятельности Харьковского губернского земства за 1865—1889 гг., Харьков, 1890.
[3] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1883, № 3.

ству со всякого рода ходатайствами, стремящимися уменьшить долю земства в попечении о душевнобольных. В 1882 г. земство ходатайствует об устройстве центрального дома, ведет переговоры о постройке его на половинных началах с казной. Очень интересно, что переговоры Харьковского губернского земства с правительством кончились неудачей потому, что правительство предлагало планы Штрома со стоимостью койки 1 500 рублей, собрание же постановило строить не дороже 500 рублей койка. Не достигнув соглашения с правительством, земство разработало свой план дешевых построек и перестроек[1]. В 1887 г. прежде всего было построено для работающих психически больных три каменных домика на прикупленной соседней (8 десятин) земле, так называемой даче Франковского. Каждый домик рассчитан был на 25 больных, живущих при «открытых дверях» (две большие спальни по бокам и в середине маленькая столовая) по образцу старинных украинских шпиталей. Эти домики были построены на площади с огородной землей, которую больные и должны были обрабатывать; кроме того, они участвовали в уборке всей усадьбы.

В 1888 г.[2] полутораэтажный левый флигель был переделан в двухэтажный дом для беспокойных больных; в 1896 г. к главному зданию была сделана одноэтажная пристройка (маленькие комнаты без окон, с верхним освещением) для 30 беспокойных женщин, затем в глубине парка вблизи р. Немышли был построен барак на 35 человек, так называемый «полупансионат для интеллигентных больных, не особенно состоятельных, но пребывание которых в непривычной обстановке общих отделений было бы очень тяжелым». С этих больных бралась умеренная плата за содержание— 35—60 рублей в месяц. Здание конюшни было перестроено в отделение для слабых женщин, а сарай — для слабых мужчин и детей-идиотов (60 человек)[3]. В общем все же, затратив 73 000 рублей, земство за 10 лет развернуло 330 коек, тогда как по правительственному плану на 200 коек надо было истратить 150 000 рублей. Число больных к 1 января 1895 г. достигло 585 (388 мужчин и 197 женщин), и вновь был поднят вопрос о необходимости сократить число принимаемых больных, упорядочить внутреннюю административную жизнь громадной больницы, в которой, помимо 600 психически больных, к этому времени имелось еще 150 коек соматических (терапевтических, инфекционных, хирургических) и 100 венерологических. Подчинение психиатрического отделения общебольничной администрации, которая держалась строго полицейско-охранительного понимания организации психиатрических учреждений, уже давно вызывало ряд недоразумений между старшим врачом-соматиком и подчиненным ему заведующим психиатрическим отделением. Уже в 1882 г. заведующий психиатрическим отделением Э. И. Андрузский вынужден был перейти на службу в Одессу. Из-за трений со старшим врачом проф. П. И. Ковалевский перевел университетскую психиатрическую клинику с Сабуровой дачи в частную лечебницу Платонова; по тому же поводу ушел в 1885 г. и проф. Гутников.

В 1896 г. Земское собрание постановило: «Признавая в принципе важность реорганизации Губернской земской больницы и желательность устройства психиатрической колонии, поручить управе совместно с больничным советом и лицами, участие которых будет признано полезным, подготовить соответствующие доклады о реорганизации к экстренному собранию 1897 г.».

---

[1] Е. Р. Клевезаль, О призрении душевнобольных в Харьковском земстве. Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1899, XXXII, № 3.

[2] П. Р. Ферхмин, Краткая историческая записка по заведыванию богоугодными заведениями Харьковского губернского земства. Отчет Харьковской губернской земской больницы за 1907 г., Харьков, 1908.

[3] Оба эти здания сгорели в 1918 г.

Больных к этому времени было уже 686.

Во исполнение поручения собрания была произведена через земских врачей перепись психически больных в губернии, причем оказалось, что один психически больной приходится на 1 880 жителей. Были запрошены мнения о реорганизации проф. С. С. Корсакова, В. И. Яковенко и Б. С. Грейденберга.

С. С. Корсаков писал: «Нужно рассчитывать, что число психически больных, которых должно будет призревать Харьковское губернское земство, будет очень велико. Если теперь оно призревает 600, то в недалеком будущем число это перерастет 1 000. Я считаю ввиду этого, что Харьковское земство принуждено будет иметь по крайней мере две больницы, одну из коих можно иметь вблизи центра, хотя бы на Сабуровой даче; другую надо построить где-либо в глубине губернии. Само собой разумеется, что и в той, и в другой лечебнице будут и острые, и хронические, и беспокойные, и спокойные, и способные к труду, и неспособные. В хорошей больнице, хотя бы и по типу колонии, должна быть вполне организованная лечебница с обычными дорогими приспособлениями».

Приводим выдержки из мнения В. И. Яковенко: «Если принимать только свежезаболевших, а из хроников — беспокойных, опасных и очень слабых, трудных по уходу, а также небольшую группу спокойных хроников, почему-либо не могущих быть эвакуированными, то больница должна располагать 20% всего числа больных в населении...».

Назначенный к этому времени вместо терапевта Ф. Д. Рындовского (старший врач в 1887—1897 гг.) старшим врачом психиатр Н. В. Краинский[1] говорил, что «для устранения переполнения надо прежде всего повысить процент выздоровлений путем правильного лечения острых форм в специально приспособленной лечебнице и удешевить содержание хроников, развивая работы, которые приносят доход, и расширяя пансионаты для платных больных. Устройство колоний удешевленного типа только для хроников и оставление лечебного дела на Сабуровой даче с выводом оттуда соматических отделений являются средством для этого». Такого же мнения держался и съезд врачей Купянского уезда. Н. В. Краинский при этом предложил заманчивую комбинацию — соединить в одном здании, на которое, по его сметам, нужно было бы около 200 000 рублей, лечебницы для острых больных на 120 человек и пансионат на 80 человек, причем плата за пансионеров не только «должна была окупить содержание лечебницы, но и давать доход». Кроме того, врачебный совет категорически высказался против предлагавшегося Баженовым устройства патронажа, признав «не выдерживающим критики этот способ призрения душевнобольных». План здания лечебницы, составленный Краинским, был одобрен и С. С. Корсаковым при его посещении Харькова летом 1897 г. В ноябре 1897 г. план был одобрен Врачебным советом и передан управе.

На основании всего этого Земское собрание в декабре 1897 г. постановило: 1) проект Н. Н. Баженова об устройстве колонии отклонить; 2) приспособить Сабурову дачу исключительно для психически больных, признав желательным вывод соматической больницы; 3) штат коек впредь до вывода соматической больницы установить в 800 предельных коек, а по выводе — в 1 000 коек; 4) построить лечебницу, устроить электрическое освещение, водопровод, паровую кухню; 5) имея в виду, что штат в 1 000 коек обслужит население на 15 лет, необходимо к тому времени оза-

[1] Начиная с Краинского старшими врачами Харьковской губернской земской больницы были уже психиатры: в 1896—1899 гг. Н. В. Краинский, в 1899—1902 гг. Б. С. Грейденберг, в 1902—1905 гг. П. И. Якобий, в 1906—1916 гг. П. Р. Ферхмин.

ботиться приисканием 150 десятин земли в окрестностях Харькова для будущего расширения призрения психически больных; 7) ходатайствовать об открытии в пределах Харьковской губернии правительственной окружной психиатрической лечебницы.

В 1898—1900 гг. было построено прекрасное большое двухэтажное здание лечебницы-пансионата[1]. С тех пор всех вновь поступающих больных (за исключением явно дефектных хроников) направляли в лечебницу. Ее особенностью было то, что в нижнем этаже громадного здания (наверху был пансионат) имелось два больших приемных отделения на 60—70 человек каждое (мужское и женское); эти отделения, благодаря конфигурации здания, подразделялись еще на четыре подотделения. Это давало возможность строго подразделять свежезаболевших больных по их состоянию, а в то же самое время от начала до конца болезни вести больного одному и тому же врачу. Решительно все беспокойные больные с острой формой заболевания поступали в лечебницу, где беспокойных хроников не было, и таким образом свежезаболевшие беспокойные больные, которые в других больницах обычно сразу попадали в самое тяжелое отделение больницы, при этих условиях оказывались действительно в лечебных условиях. При лечебнице была устроена очень хорошая водолечебница, электролечебница, светолечебница, имелся прекрасный громадный зал для развлечений.

Но расчеты Краинского не оправдались: пансионат не привлек большого числа платных больных и в лучшем случае только окупал свое содержание.

В мае 1904 г. прием в пансионат за дорогую плату (100 рублей) был прекращен, в его помещение были переведены больные так называемого полупансионата, за содержание в котором больные Харьковской губернии платили всего 35 рублей в месяц, а прочие — 60 рублей. Не оправдались расчеты и на то, что в течение 15 лет не будет переполнения, хотя в 1897 г., кроме лечебницы, был построен еще хороший каменный барак на 60 слабых женщин. Вывод соматических отделений с Сабуровой дачи также не осуществился; не осуществилось даже и постановление земского собрания 1900 г. об уменьшении соматических коек с 250 до 80, так как губернатор опротестовал эти постановления.

Ревизионная комиссия уже в 1901 г. в своем докладе писала: «Психиатрические отделения настолько переполнены (на 1 января 1901 г. было уже 845 больных), что дальнейшее помещение в них недопустимо, кроме того, вокруг Сабуровой дачи возникают разного рода постройки и заводы, и она скоро окажется внутри города». В 1901 г. старшим врачом был приглашен П. И. Якобий, не без влияния которого земство вновь заговорило о децентрализации психиатрической помощи и о разделении лечебницы и колонии. По постановлению Земского собрания 1903 г. была избрана для решения вопроса об устройстве психиатрической колонии особая комиссия с участием экспертов-психиатров Н. Н. Баженова, П. П. Кащенко, В. И. Яковенко, Я. А. Анфимова и заведующего санитарным бюро губернского земства С. Н. Игумнова.

Заседания комиссии состоялись 5 и 6 апреля 1904 г.[2] Н. Н. Баженов настаивал на непригодности Сабуровой дачи ни для лечения, ни для призрения психически больных.

П. П. Кащенко и В. И. Яковенко обращали внимание на то, что больных свежими формами принимается всего 7%, алкоголиков до 55% и даже

---

[1] Здание это взорвано немецкими фашистами при отступлении из Харькова в 1943 г.

[2] Протокол заседания см. «Врачебная хроника Харьковской губернии», 1904, № 3.

здоровых 8,8% (присланных полицией — не судом — для экспертизы) и что большинство больных доставляется через полицию. «Если упорядочить прием, и принимать не тех, кого пришлют, а тех, кого необходимо принимать, то число обитателей Сабуровой дачи сократится чуть не вдвое». Указывалось и на недостаточность врачебного персонала.

П. П. Кащенко находил, что для губернии с населением в $2^1/_2$ — 3 миллиона «мало иметь лечебницу на 120 коек, но, быть может, лечебница теперешнего размера и могла бы быть свободной от переполнения, если бы только был упорядочен прием и не затруднялась бы эвакуация». «Сабурова дача как место полного психиатрического учреждения совершенно не подходит, — говорил П. П. Кащенко, — однако, ввиду уже произведенных на нее больших затрат, придется ею пользоваться для психиатрических целей. Необходимо только реформировать строй административно-хозяйственного управления на началах коллегиальности, уничтожить перепутанность с иными отделениями, устроить сады, сделать двор непроходимым, устроить хорошую канализацию и ассенизацию, дать надлежащий приют прислуге, упорядочить прием больных, завести мастерские и устранить переполнение.

Куда же девать излишек и как предохранить больницу от переполнения в будущем?

Теперь общепризнано, что дело оказания помощи и призрения душевнобольным необходимо индивидуализировать по роду и характеру больных: одних необходимо лечить в лечебнице, других содержать в колонии, некоторых отдавать родственникам или в чужие семьи, где они являются часто полезными работниками... Теперь организация психиатрической помощи переживает переходное время, пережитое лет 20 тому назад соматическими больницами, развитие которых пошло в направлении децентрализации помощи. Но сейчас предварительно следует исследовать картограмму распределения больных по губернии, произвести перепись больных по районам и определить не только количество, но и качественный состав больных, чтобы сообразно с ним организовать и надлежащую помощь».

Собрание 1904 г. ассигновало на перепись 8 000 рублей и до окончания переписи постановило «отложить вопрос о реорганизации психиатрической помощи и вместе с тем о реорганизации Губернской земской больницы, введя, однако, намеченное комиссией ее упорядочение». Но единственное, что можно было без перестроек зданий упорядочить, — это улучшить уход за больными, и надо сказать, что П. И. Якобию несомненно принадлежит большая заслуга в проведении режима нестеснения в больнице.

Однако перепись ограничилась лишь собиранием предварительных сведений через волостные правления, священников, участковых врачей; объезд губернии врачами-психиатрами губернатором был запрещен. Бурный 1905 г. отодвинул заботы о больнице. В этот год Харьковское земство постановило лишь проводить бесплатное лечение психически больных. В конце 1906 г. после введения в больнице коллегиального управления и избрания нового состава врачей (С. Н. Давиденков, В. М. Гаккебуш, Н. А. Ершов, Т. И. Юдин, А. З. Рабинович, Ю. Ф. Пясецкая, И. Р. Рахимов при старшем враче П. Р. Ферхмине и врачи соматических отделений: терапевты А. А. Кнаббе, Н. В. Власов, А. А. Аладов, хирург Е. К. Истомин и венеролог Н. И. Рахманинов) осуществились в значительной степени почти все пожелания комиссии[1].

---

[1] Т. И. Юдин, Три года коллегиального управления Харьковской губернской земской больницей. Доклад на III съезде психиатров в конце 1909 г., Труды III съезда отечественных психиатров, 1911.

Во главе больницы, согласно утвержденным Земским собранием правилам, было поставлено правление, избираемое всем составом врачей, ответственное перед управой и работающее под контролем управы. Правление избиралось на год и состояло из 4 врачей. Для обсуждения принципиальных вопросов собирался совет больницы, состоящий из всех врачей, смотрителя, заведующего аптекой, 6 избранных Земским собранием гласных и Губернской управы под председательством председателя управы. Чисто медицинские дела обсуждались конференцией врачей.

Правление прежде всего решило: 1) уменьшить переполнение больницы; для этого в 1907 г. было открыто в городе в помещении бывшего родильного дома, переведенного во вновь выстроенное здание, отделение на 110 спокойных и полубеспокойных хроников-женщин, а в 1909 г. — отделение для 140 мужчин той же категории в 2 верстах от Харькова по Сумскому шоссе в нанятых домах бывшего загородного ресторана и в 1911 г. нанят здесь же соседний ресторан, где помещено 30 мужчин и 40 женщин; 2) улучшить положение младшего и среднего персонала. До этого сменяемость персонала, вследствие тяжелых условий службы и низкой оплаты, была колоссальной, дойдя в 1901 г., например, до 396%. Благодаря принятым мерам по улучшению жилищно-бытовых условий к 1910 г. 66% санитаров и 61% санитарок служили более 3 лет.

В эти же годы были уничтожены все остававшиеся меры стеснения. Впрочем, в Харьковской больнице цепи были уничтожены в 1871 г., горячечная рубашка окончательно изъята Н. В. Краинским с 1897 г., а изоляторы уничтожены (с них везде сняты двери) П. И. Якобием в 1904 г., с 1906 г. не употреблялись и влажные обертывания. Все вновь поступающие больные попрежнему поступали в лечебницу, за исключением явно дефектных хроников, причем там больные находились весь срок своего лечения и переводились в хронические отделения лишь после установления несомненного стойкого дефектного состояния. До 68% всех поступивших выписывались из лечебницы поправившимися. На 80 мужских койках лечебницы за год лечилось до 800 больных и на 70 койках женского отделения — до 600.

В отделениях для хроников было обращено большое внимание на правильную постановку работы больных (трудотерапия), для чего в 1908 г. было построено обширное каменное здание мужских мастерских: столярной, слесарной, шорной, переплетной, помимо существовавших раньше сапожной и портняжной мастерских. В 1910 г. такое же здание было построено для женских мастерских. В беспокойных отделениях введены работы внутри отделений (здесь работало до 23% беспокойных больных). Заведен статистический учет труда и по возможности его терапевтическая оценка с точки зрения моторного воспитания, трудовой переквалификации[1].

Трудотерапия в Харьковской больнице, нужно сказать, и раньше применялась довольно широко. Еще в 1877 г., приехав в Харьков из Казани от проф. Фрезе, П. И. Ковалевский пытался ввести в Харьковской больнице трудовые процессы, но встретил сопротивление со стороны старшего врача Шеболдаева. «Так как до сего времени, — писал управе Шеболдаев, — нет прямого распоряжения правительства о разрешении психически больным заниматься работами, то всякое несчастье, происшедшее при работах, может повлечь неприятность как для врачей, так и для управы... Судебная власть на основании XIII тома легко сможет связать причину несчастья с тем, что больным разрешено пользоваться инструмен-

[1] См. отчет о трудотерапии ординатора А. З. Рабиновича в «Отчетах Харьковской губернской земской больницы» за 1908—1910 гг.

тами для работы». Но при новом старшем враче Рындовском с 1885 г. началась организация систематических работ больных; начала работать швейная мастерская, изготовлявшая белье для всех больниц губернского земства[1]. Работой этой мастерской администрация сумела не только окупить зарплату мастеров — руководителей работ, но и иметь доход и шить земству белье на 30% дешевле, чем при заказе на стороне. Капитал швейной мастерской дал возможность развить и другие мастерские — башмачную, сапожную, портняжную, плетение цыновок, переплетную, свиной завод (1889). Наконец, в 1893 г. без всяких затрат со стороны земства был организован кирпичный завод, причем в первый же год выработано 186 000 штук кирпича, а позже вырабатывалось до 300 000 штук в год. Затем в 1890 г. было заведено шелководство, переплетное дело, в 1894 г. — хмелеводство и столярная мастерская. Число работающих больных доходило до 28%.

Впрочем, к началу 900-х годов трудотерапия была запущена, и с 1907 г. ее пришлось организовать вновь.

В 1908 г. при Харьковской больнице был открыт концентрированный патронаж в селе Б. Даниловка в 10 верстах от Харькова с приемным покоем, постоянным дежурством фельдшера и особым врачом. К 1912 г. в патронаже было 113 мужчин и 43 женщины, всего 156 больных (около 10% всех больных).

Благодаря дружной работе вновь приглашенных в 1906 г. врачей и лечебным основным установкам психиатров, соматические и психиатрические отделения не только изжили антагонизм, но и стали помогать друг другу в работе: в психиатрических отделениях постоянно консультировали терапевты, хирурги, был произведен ряд хирургических операций при лечении психозов (частичная тиреоидэктомия при шизофрении, промывание мозга по Горслею при сифилитическом менингите, ряд операций опухолей мозга; при этом впервые в России удаление гипофиза при акромегалии), психиатры участвовали в консультациях неврологических случаев и у хирургов, и у терапевтов. Впервые в русской земской психиатрической больнице объединение соматиков и психиатров в одном учреждении признавалось самими врачами полезным и важным, как способствующее успешному лечению и психических, и соматических больных.

Земскому собранию в 1908 г. правлением был представлен доклад о децентрализации психиатрической помощи и о необходимости постройки, кроме Харьковской, еще двух больниц на юго-востоке губернии в Старобельском уезде и на юго-западе в районе Сум. Собранием доклад был принципиально принят. В первую очередь решено было строить больницу в Старобельском уезде, и с 1908 г. ежегодно ассигновывалось в фонд постройки по 30 000 рублей. В 1910 г. было приобретено имение Готовецкое в 6 верстах от станции Сватово, и с 1912 г. началась постройка районной больницы, проектировавшейся на 600 коек, причем заведующим был приглашен прошедший ординатуру в Московской психиатрической клинике С. П. Петров. Постройка эта, правда, вследствие первой мировой войны не была закончена, однако к 1915 г. там был проведен водопровод, устроена электрическая станция, построено шесть домиков на 25 больных каждый и два двухэтажных корпуса, каждый на 150 больных, а также корпус с квартирами служащих и два дома для врачей[2]. Однако в дальнейшем постройка

[1] Рындовский и Линицкий, Десять лет самостоятельного развития и организации работ душевнобольных при Харьковских богоугодных заведениях, Харьков, 1895.

[2] На Всероссийской технической выставке 1913 г. Харьковская больница получила высшую награду — золотую медаль и почетный диплом за постановку психиатрического дела.

была приостановлена, и вследствие переполнения Сабуровой дачи в имеющиеся здания были переведены хронические больные из Харькова. Лишь в 1920 г., т. е. уже после революции, Сватовская больница стала самостоятельной районной больницей.

Почему же богатое Харьковское земство, энергично содействовавшее хорошей постановке общей сельской медицины[1], так долго недостаточно внимательно относилось к психиатрической помощи, почему оно по примеру соседних Полтавского и Екатеринославского земств, которые рано построили психиатрические колонии, все время предпочитало только делать перестройки на Сабуровой даче?

Мы полагаем, что причины этого коренились в социально-экономических особенностях Харьковской губернии и Харькова.

Харьков был наиболее промышленным из всех украинских городов. Заводы, как и в других больших промышленных городах, привлекали большое количество пришлого населения. Земское собрание, состоявшее в большинстве из помещиков-землевладельцев, не хотело тратить деньги, получаемые главным образом от обложения земли, на нужды фабрично-заводского пришлого населения, считая, что обязанность призрения этих лиц лежит на правительстве, поощряющем промышленность, или на самих промышленниках и городе.

Интересно, что такое же положение с психиатрической помощью создалось во всех наиболее промышленных губерниях: Московской, Петербургской, Владимирской, Костромской, Ярославской, Пермской (Урал). В 1910 г. Харьковское земство в своей жалобе правительству определенно и официально указывало на «крупную неуравнительность и резкую невыдержанность системы земского обложения» как на несправедливую и тормозящую развитие земских просветительных и лечебных учреждений.

Вятское (теперь Киров) губернское земство[2] было совершенно исключительным земством среди других русских земств. Здесь раньше почти не было крепостных, большинство крестьян до 1861 г. было «государственными» и не знало, что такое «оброки 1861 г.»: ни в городе, ни в уезде не было дворян-землевладельцев. Крестьяне были зажиточнее, держали себя независимее и с бо́льшим достоинством. Земские собрания оказались здесь почти исключительно крестьянско-мелкокупеческими и легче шли навстречу нуждам населения, хотя одновременно и отличались бо́льшим стремлением к экономии, не допуская трат на широкие, не вполне еще осознанные населением цели.

Своеобразно было и развитие психиатрической помощи в Вятской губернии: на земских собраниях никогда не поднималось дискуссий о том, кто обязан лечить и призревать психически больных — земство или правительство, хотя Вятская губерния была причислена к числу имевших право посылать своих больных в Казанскую окружную лечебницу; никогда не поднимался вопрос о том, что расходы на психически больных «разорительны для земства». Уже в 60-х годах лечение стало здесь бесплатным.

При передаче учреждений Приказа в вятском доме умалишенных было всего 10 психически больных, но уже в 1875 г. помощью земских учреждений в Вятской губернии пользовалось 198 больных и, кроме того, 65 больных находилось в Казанской окружной лечебнице, в то время как в других губерниях ею пользовалось едва 100 больных. Больше всего призреваемых

[1] Наиболее развитая сеть земских участковых больниц имелась лишь в Харьковской и Московской губерниях.

[2] Столетие Вятской губернии (1780—1880), 2 тома, изд. Вятского статистического бюро, 1880; М. А. Чижова, Краткий очерк истории психиатрической помощи в Кировской области, Киров, 1946.

психически больных было в Вятском земстве в 1880 г. — 271 человек. Земство приспосабливало для психически больных различные помещения подешевле, а когда таких помещений не было, нанимало в Вятке частные дома. Уже в 1882 г. земство пригласило специалиста А. А. Малевинского, работавшего здесь до самой своей смерти (1917). Когда выяснилась трудность доставки в Вятку больных из дальних уездов, Вятское губернское земство по «житейским» соображениям 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 Котельничах на 160 коек. Таким образом, Вятское земство сделалось пионером децентрализации психиатрической помощи, очевидно, давно везде необходимой при обширных русских пространствах. В 1875 г. земство построило здание на 30 кроватей, в 80-х годах двухэтажный каменный корпус по плану Штрома, а позже еще ряд бараков, получив в 1887 г. 50% правительственную субсидию. К 1910 г. больничная площадь (15 десятин) постепенно была застроена 14 зданиями на 600 кроватей, кроме того, имелось 4 барака на время ремонта и 5 нанятых домов в Вятке.

Все больные Вятской губернии распределились в 1910 г. следующим образом:

Город	Состояло больных на 1/I 1910 г.	Поступило	Пользовано	Выписано	Умерло	% смертности	Осталось на 1/I 1911 г.
Вятка . . . . . (А. А. Малевинский)	1 043	1 159 (268 алкоголиков)	2 202	1 111	228	10,35	863
Сарапул . . . . . (Н. А. Кротков)	65	201 (81 алкоголик)	266	180	22	8,27	64
Котельничи . . . . . (Н. Н. Волобуев)	Отделение открыто с 2/VII 1910 г.	170[1]	170	37	4	2,34	129
Елабуга	67	43	110	24	13	11,8	73
Орлов . . . . . (Н. А. Романенко)	49	9	58	3	4	7,0	51
Всего . . .	1 224	1 582	2 806	1 355	271	9,66	1 180

Кроме того, в Казанской окружной лечебнице состояло 50 человек, с пособием в своих семьях (по 5 рублей в месяц) 28 человек, а всего 1 258 человек.

Однако укоренившееся воззрение на психически больных как на требующих только призрения, сказывалось в Вятском земстве в том, что, дав психически больным убежище, земцы считали свой долг исполненным. Д-р Трейтер так описывает[2] в 1911 г. приемное мужское 29-е отделение Вятской больницы: «Рассчитано оно на 60 человек, но временами число больных доходило до 100. Зимой бьет в нос вонь от человеческого пота и махорки. Слух поражает нередко шум, гвалт.

Врачей — один старший (А. А. Малевинский) и 4 ординатора. При раскинутости отделений по всему городу в местах, отстоящих друг от друга до 3 верст... хронические отделения посещаются врачами 2—3 раза в не-

[1] Переведено из Вятки.

[2] Доклад IX съезду врачей Вятской губернии. Труды съезда 1911 г.,стр. 699—785.

делю, причем некоторые приюты даже не обслуживаются фельдшерами... Нередко приходится видеть на улицах города кричащих и сопротивляющихся, иногда со связанными руками людей. Это душевнобольные, переводимые в беспокойное отделение из других отделений.

Естественно, что и общий режим при этих условиях не мог быть свободным: врачу Л. К. Громозовой еще в 1912 г. пришлось вести борьбу с изоляторами, смирительными рубашками и обертываниями. В то же самое время прием больных всех категорий всегда был в Вятке неограниченный и беспрепятственный. Много принималось и алкоголиков (в 1910 г. — 28,46%, а в 1911 г. — 39,3% всех поступавших). Перевозка больных была принята на счет губернского земства; больных обычно сопровождали фельдшера с выдачей на время пути теплой одежды. Отправка при выписке из больницы производилась также за счет губернского земства. И в 1914 г. Вятская губерния по числу леченных психически больных стояла среди земских губерний на втором месте.

Нужно сказать, что уездные больницы в Елабуге и Орлове обставлены были тоже далеко не блестяще: заведывали ими врачи соматических больниц, получавшие в Елабуге добавочных 600 рублей, а в Орлове — 400 рублей в год. Сарапульское отделение до некоторой степени было еще похоже на районную психиатрическую больницу, так как в Вятку своих больных оно вовсе не отправляло, но и в Сарапуле не было отдельного врача-психиатра. Вновь открытое в августе 1910 г. отделение в Котельничах было единственным, имевшим своего врача, но в нем все 170 мест сразу были заполнены больными из Вятки. Руководство всеми отделениями было возложено на старшего врача Вятской больницы, но „будучи занят исполнением своих прямых обязанностей, он не имел времени посещать уездные города", — так сказано в отчете 1910 г.

В 1897 г. Вятское губернское земское собрание, согласно постановлению VII съезда врачей губернии[1], проектировало постройку колонии: постановлено было ежегодно в фонд колонии отчислять по 10 000 рублей. VIII съезд врачей 1909 г. признал устройство колонии «неотложной необходимостью», и земство ходатайствовало перед правительством о субсидии, подыскало участок „Чепецкую дачу", но в субсидии было отказано и реально ничего не сделано[2]. Интересно, что лишь на этом съезде впервые обсуждалась принципиально децентрализация психиатрической помощи, хотя на деле в Вятской губернии она, хотя и в своеобразных формах, была давно осуществлена жизнью.

В 1912 г. Земское собрание признало необходимым выделение психиатрического отделения губернской больницы в самостоятельное во врачебно-административном отношении лечебное заведение, но еще в отчете 1910 г. указывалось, что «распоряжение и ответственность в области хозяйственно-административной и в отношении надзирателей и младших служащих лежит в Вятской больнице на смотрителе больницы и врачи непосредственно вмешиваться в эти дела не должны».

На экстренной сессии 1914 г. Вятская губернская управа представила собранию интересный доклад. По мнению управы, программа-минимум упорядочения дела, рассчитанная на 15 лет, должна включать: 1) постройку

---

[1] VII съезд конкретно указывал и место для колонии: архиерейскую дачу в $1^1/_2$ верстах от города, Головинскую дачу в 4 верстах и имение «Раковка», которые в это время продавались.

[2] Собранием 1912 г. выдвигался проект устроить психиатрическую колонию вместо «Чепецкой дачи» в пригородном имении «Раковка» с 94 десятинами земли, но определенных решений и здесь не последовало, хотя имение и было приобретено. Здесь была устроена психиатрическая колония, но уже после революции.

психиатрической лечебницы на 100 кроватей в одном из отдаленных от Вятки городов; 2) оборудование женского отделения при Котельнической больнице на 50 кроватей; 3) расширение Елабужской лечебницы до 100 коек; 4) такое же расширение Сарапульской лечебницы; 5) постепенное устройство патронажа при всех лечебницах; 6) устройство колонии на 300 человек.

Собрание постановило в первую очередь построить лечебницу в г. Малмыже, начать организацию патронажа близ Елабуги и Сарапула, пригласить отдельного врача в Елабужское отделение.

В этом же 1914 г. было постановлено: «1) старшего врача Вятского губернского психиатрического отделения именовать губернским психиатром; 2) обязанности губернского психиатра сводятся: к руководству всеми психиатрическими отделениями Вятской губернии, быть постоянным консультантом управы по вопросам психиатрии, собирать материал о положении психиатрических больниц в губернии, подготовлять отчеты и доклады; 3) выяснять общие причины заболеваемости и вырабатывать меры к предупреждению психических болезней».

Мы поместили историю вятских психиатрических учреждений в IX главе потому, что здесь сама жизнь выдвинула децентрализацию. Некоторые элементы децентрализации, выдвинутые также жизнью и в Пермской губернии (небольшие уездные психиатрические больницы), вовсе остались русской психиатрией неосвещенными: о них, как мы указывали, имеется лишь две-три заметки в общих газетах.

* * *

В главах X и XI мы изложили дискуссии, которые происходили в в 90-х годах относительно принципов построения психиатрической помощи. Хотя почти во всех земствах, в конце концов, строились земледельческие колонии, но далеко не везде их задачи понимались одинаково, далеко не все психиатры и в 90-е годы признавали лечебницу-колонию единственным нужным для попечения и лечения психически больных учреждением. Все понимали, что для известного контингента больных земледельческие колонии нужны, но дискуссию вызывал вопрос, должны ли они стоять 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 уже и в 90-е годы был вопрос о месте и способах лечения острых свежезаболевших. Если вопрос о лечении острых больных имеет основное значение, то неизбежно возникал вопрос о приближении психиатрической помощи к населению (децентрализация), о теснейшей связи с участковой медициной, о пропаганде среди населения правильных взглядов на начальные формы психических болезней. Вопрос о необходимости связи с участковой медициной выдвигался сам собой и в тех случаях, когда признавалось нужным работоспособных хроников держать дома.

Перед нами в X и XI главах прошли и энтузиасты самоокупающегося призрения психически больных в колониях — А. Я. Пономарев, С. И. Штейнберг, потерпевшие, в конце концов, в основном поражение. Перед нами прошли ярые сторонники организации лечебниц — прежде всего П. И. Якобий, Н. В. Краинский, А. А. Говсеев, но из них Краинский не понимал необходимости децентрализации, а Говсеев переоценивал значение патронажа. Наиболее четко необходимость ступенчатой помощи больным сформулировал и провел в Полтаве А. Ф. Мальцев. Но в его стройной системе выпадало важное звено — амбулатория, да и децентрализацию он хотя принципиально и признавал, но откладывал на лучшее будущее. Боль-

шой интерес представляло уже не теоретическое построение (его не было, и в этом была беда), а практика жизни Вятского не дворянского, а мелкобуржуазного земства, пришедшего не на основании теорий, а только на основании понимания потребностей населения, вследствие большей близости к нему, пусть к несовершенной, но все же децентрализации психиатрической помощи.

Однако лучшие психиатрические учреждения строились не на основании разработки соответствующих условиям планов, не по имевшимся уже в соматической медицине земским образцам. Происходило это потому, что правительству, да и капиталистам прежде всего, нужны были к 90-м годам уже довольно обширные учреждения для изоляции мешавших жизни городов хронических психически больных (само правительство в виде окружных психиатрических больниц начало строить попросту казармы), во-вторых, проектам земских врачей правительство, да и земцы, не особенно доверяли.

И приходилось лучшим практическим организаторам — М. П. Литвинову, П. П. Кащенко, В. И. Яковенко, П. Д. Максимову и др. — устраивать то, что было можно, а более совершенные планы считать только pium desiderium (благочестивой мечтой), а на неразрешаемое правительством нередко самим врачам (например, Штейнбергу в Саратове, Кащенко в Н.-Новгороде) выпрашивать пожертвования у своих богатых пациентов.

X. ДАЛЬНЕЙШЕЕ СТРОИТЕЛЬСТВО БОЛЬШИХ ЗЕМСКИХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КОЛОНИЙ

Такие психиатрические колонии были выстроены Бессарабским (1892), Курским (1895), Смоленским (1898), Костромским (1903), Петербургским (1905) и Тульским губернскими земствами. В значительной мере планомерность этих построек объяснялась здесь тем, что бóльшая часть средств на постройку была ассигнована правительством (например, Петербургское земство получило на постройку колонии 500 000 рублей, а Тульское даже больше — 700 000) или для этого имелись специальные капиталы (монастырские капиталы в Бессарабском земстве), или постройка происходила на частные пожертвования (Смоленское земство).

Бессарабское губернское земство получило в 1870 г. дом умалишенных с 49 психически больными. Но еще в 1882 г. этот дом, по описанию д-ра М. Е. Лиона[1], был в таком виде: «...десяток каменных ступеней ведет в подвальный этаж. Вы очутились в темном, низком и узком коридоре с каменным полом, ... еще несколько ступеней вниз, и вы в отделении буйных и нечистоплотных... Грубый restraint господствует во всех углах день и ночь; везде крик, содом. Напротив женского отделения Приказ нашел целесообразным воздвигнуть свой арестантский дом.

Первое же собрание 1871 г. ходатайствовало перед министерством об отпуске денег на постройку нового психиатрического отделения на 50 человек. Ревизионная комиссия при этом сообщала, что «новые врачи вывели уже из употребления цепи». В 1874 г. отменена плата за лечение несостоятельных умалишенных, признанных опасными для общества. В 1875 г. собрание ходатайствовало о предоставлении в пользу земства части доходов от монастырских имений, которые были пожертвованы монастырям с обязательством содержать больницы[2]. В 1876 г. построено здание на 50 мужчин и передано старое помещение для женщин. В 1882 г. было уже 138 больных (88 мужчин и 50 женщин) и положение больницы оставалось тяжелым. В 1884 г. земство построило помещение для психически больных женщин. В 1885 г. Министерство удовлетворило ходатайство земства о монастырских суммах и земству было отпущено 136 000 рублей единовременно и по 12 000 рублей ежегодно. Земство, решив строить колонию (постановление 1886 г.), уполномочило управу просить о добавочных суммах из монастырских доходов до 328 000 рублей и об отведении 250 десятин земли, а временно решило построить в городе павильон на 20 буйных больных.

[1] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1883, т. 1, № 1.

[2] На Западе многие богатые люди, умирая, завещали свои имения монастырям, которые ведали там в то время попечением о больных и убогих, с обязательством на доходы от этих имений содержать больницы. С учреждением земства в Бессарабии право организовывать больницы было предоставлено только земству.

В 1886 г. заведующим психиатрическим отделением Бессарабского земства был приглашен В. Л. Коссаковский (1854—1915), который и разрабатывал планы колонии[1]. Земство еще в 1886 г. решило не дожидаться утверждения планов министерством, так как архитектор, как всегда, эти утверждения задерживал, приступить к устройству больницы в городе на 160 человек, а в колонии — временных бараков на 80 человек в пределах ассигнованных 136 000 рублей.

В 1890 г. правительство разрешило, наконец, отвести земству 250 десятин бывшей монастырской земли, но планы колонии все же возвратило для переделки. Лишь в 1892 г. приступлено к постройке новой лечебницы-колонии в 5 верстах от Кишинева при с. Костюженах, где была отведена земля.

В 1898 г. колония была почти отстроена. Директором ее был назначен А. Д. Коцовский. Число больных после перехода в Костюжены стало быстро расти, и к 1 января 1908 г. было уже 785 больных (410 мужчин и 375 женщин), а в течение года поступило еще 783 мужчины и 522 женщины, всего 1 305 человек.

Колония в Костюженах была построена по павильонной системе очень неплохо, но смертность в Костюженах была всегда относительно большой (12—12,5%), так как поступало много пеллагрозных больных: например, в 1908 г. поступило 283 больных (168 мужчин и 115 женщин), из них в течение года умерло 44 мужчины и 38 женщин, т. е. смертность пеллагрозных была равна 29%.

С 1 октября 1908 г. в деревне Скиносы Бессарабским земством был открыт деревенский патронаж. На 1 января 1910 г. в колонии было 940 человек (485 мужчин и 455 женщин) и в Скиносском патронаже — 134 человека (80 мужчин и 54 женщины).

В 1913 г. была закончена постройка здания клуба для больных.

Собрание 1911 г. обсуждало вопрос о постройке второй психиатрической больницы на севере губернии, где была особенно распространена пеллагра. В начале 1912 г. на совещании врачей и управ этих уездов, по докладу А. Д. Коцовского «О мерах борьбы с пеллагрой», было признано необходимым построить вторую психиатрическую больницу или в местечке Гиджиенах Белецкого уезда, или в местечке Липканах Сорочского уезда, но ввиду войны постройка осуществлена не была.

А. Д. Коцовский оставался директором больницы до 1916 г., когда он перешел в Одессу на кафедру психиатрии.

Курское губернское земство уже в первый год по приеме учреждений от Приказа (1866) проектировало для психически больных устройство «фермы и огорода, где мог бы применяться их труд». В 1867 г. земством было выстроено здание для дома умалишенных и приглашен врач-психиатр Я. В. Гершзон. В 1876 г. собрание ходатайствовало о займе в 100 000 рублей на постройку правильно организованной психиатрической лечебницы. В 1877 г. отменена была плата за лечение психически больных. До 1893 г., как и во всех других земствах, в Курске ограничивались пристройками, перемещениями (в 1879 г. психически больными была занята богадельня), постройками простейших бараков.

В 1893 г. Земское собрание поручило управе купить имение и выработать план постройки колонии, на что было получено 200 000 рублей правительственной субсидии. Для заведывания больницей-колонией в конце августа 1893 г. был приглашен П. Д. Максимов, которого командировали для осмотра психиатрических учреждений в России и за границей. В 1895 г.

[1] Пояснительная записка к проекту Костюженской лечебницы. Бессарабское губернское земское собрание XVII очередного созыва, Кишинев, 1886.

было приобретено имение у деревни Сапогово в 8 верстах от Курска с 240 десятинами земли и началась постройка больницы-колонии на 557 коек, закончившаяся в полном соответствии с планом к 1906 г. Одновременно по примеру Московского земства было постановлено спокойных хроников не принимать, а выдавать их семьям пособие до 80 рублей в год.

Здания больницы были расположены по склону гористого берега реки Тускары.

«Когда подъезжаешь к больнице, — писал осматривавший ее в 1910 г. представитель Черниговского земства д-р Н. П. Дьяконенко[1], — невольно любуешься живописной картиной большого фруктового сада, широко раскинувшегося по склону горы, за которым дальше, повыше, видны красные крыши больших каменных павильонов, раскинувшихся под горой и на горе правильными группами и рядами».

Планы Курской больницы были разработаны инженером Кривцовым после осмотра лучших русских и заграничных больниц. Осматривавшие в 1902 г. еще не вполне законченную больницу представители Воронежского земства (гласный П. Я. Ростовцев, инженер Д. Н. Васильев и д-р Н. А. Вырубов) так описывали ее в докладе Земскому собранию сессии 1903 г.[2]: «Больница строится по павильонной системе, но павильоны взяты довольно значительных размеров — на 70—100 человек, с двумя симметричными крыльями, разделяемыми центральной административной частью. Помещения больных разделены на дневные пребывания и спальни. Над центральной частью зданий во втором этаже помещение для фельдшерско-надзирательского и служительского персонала. Освещение электрическое, отопление центральное, калориферное, водоснабжение из артезианского колодца. Отдельно мастерские...».

Когда колония была отстроена, она состояла из 13 павильонов. Приемные павильоны на 70 человек Н. П. Дьяконенко описывал так: «На каждой симметрично расположенной половине 4 спальни на 8—10 больных и 2 комнаты на 1—2 кровати; вдоль палат-спален — широкий зал-коридор для дневного пребывания, к которому примыкают столовые комнаты, по одной на каждой половине; в каждой половине буфет, кабинет врача, процедурный кабинет, цейхгауз, ванны, клозет». Н. П. Дьяконенко нашел «образцовым павильон для слабых больных на 96 кроватей, который отличается от приемного тем, что имеет в каждой половине по две палаты на 25 кроватей каждая и по две маленькие палаты на одного больного, играющие роль изолятора для особо слабых умирающих больных; на обеих половинах, помимо кабинета врача, ванн и процедурной комнаты, имеется еще перевязочная; комнаты дневного пребывания такие же, как и в приемных павильонах. Помимо павильонов для больных, прекрасная паровая кухня, паровая прачечная. Нечистоты удаляются канализацией на поля орошения; прекрасный водопровод. Постройка колонии обошлась около полутора миллионов рублей».

Замечательно, что и в 1908—1910 гг. колония не была переполнена: на 1 января 1908 г. в колонии было 567 мужчин и 401 женщина, всего 968 человек. Отказов в приеме не было.

Но и этой колонии в 1910 г. пришлось пережить тяжелые времена. В этом году была избрана черносотенная управа. Началось с того, что управой был уволен ординатор П. И. Растегаев: ему было поставлено в вину, что он в больничной церкви производит чтения с туманными картинами для

---

[1] Н. П. Дьяконенко, Летние посещения соседних больниц. Земский сборник Черниговской губернии, 1911, № 40.

[2] Доклад управы, № 5.

больных. На деле это была церковь-зал, где иконостас во внебогослужебное время отделялся особой стеной от всего зала и где издавна устраивали собрания, а также развлечения для больных. В конце концов, П. Д. Максимов и почти все ординаторы ушли из больницы, а хозяйством больницы стал ведать член управы. После ухода П. Д. Максимова произошли следующие изменения: 1) питание больных было ухудшено: мясо и жиры как не подходящие для психически больных были изъяты, что дало за $3^1/_2$ месяца 10 000 рублей экономии, но и 10 смертей от скорбута; 2) произошло сокращение персонала, обслуживавшего больных; 3) павильон на 40 человек был занят богадельцами, а другой павильон на 35 человек — лазаретом для больных служащих; 4) за $3^1/_2$ месяца 1910 г. было отказано в приеме 72 больным, тогда как раньше отказов совершенно не было. Интересны причины этих отказов: «Не принят больной, доставленный неизвестным человеком, назвавшимся фельдшером земской Путивльской больницы, за непредставлением доказательств этого» ...«Не принят доставленный при свидетельстве врача, но без доказательств, что оно выдано врачом». Хозяйство больницы при новых порядках стало так быстро разваливаться, что Земское собрание 1911 г. отказалось утвердить хозяйственный отчет больницы. Так, дворянская реакция, имея хорошую психиатрическую больницу, возвращалась к полицейско-охранительному отношению к психически больным и к порядкам феодальных монархий XVI века.

Число больных стало постепенно сокращаться, и на 1 января 1911 г. их было 967, на 1 января 1912 г. — 938, а на 15 мая 1913 г. — 914. Старшие врачи больницы, не имея возможности изменить отношение управы к больным, часто сменялись: с 1910 по 1912 г. старшим врачом был П. И. Якобий, затем П. П. Шафранов и другие, работавшие короткое время.

Смоленское губернское земство постановило устроить психиатрическую колонию и приобрело для нее имение довольно рано, еще в 1891 г., но, ввиду денежных затруднений, реальное осуществление построек началось лишь с 1898 г., да и то благодаря большому пожертвованию, полученному к этому времени земством. Колония строилась по образцу уже имевшихся русских колоний и никаких дискуссий в земском собрании ее постройка не вызывала, хотя вообще психиатрическая помощь в Смоленской губернии развивалась с бо́льшим, даже, пожалуй, чем в других земствах, трудом.

От Приказа Смоленское земство получило в 1866 г. дом умалишенных в удовлетворительном состоянии: 15 мужчин и 15 женщин помещались на обоих концах нижнего этажа здания богоугодных заведений. Но число больных стало быстро расти: в 1873 г. их было уже 65; смертность с 1869 г. по 1873 г. равнялась 35%. Естественно, что уже с 1870 г. в Земском собрании раздавались голоса о необходимости реформы психиатрических отделений. В 1873 г. и повторно в 1875 г. собрание ходатайствовало, но безрезультатно, о правительственной субсидии на постройку нового здания на 80 больных, хотя в действительности число их в 1875 г. достигло уже 94. Само земство так описывало в это время дом умалишенных: «Помещение до невозможности грязно, тесно, вонюче и безобразно... Умалишенные, при поступлении спокойные, делались буйными, причиняли побои служителям и товарищам... Нельзя без душевной боли смотреть на эти безобразия».

И все же, притом только в 1876 г., вместо хорошего нового здания земство решило построить дешевые бараки. В 1877 г. была начата постройка четырех деревянных бараков (больных в это время было уже 118), которые были закончены в 1879 г. Земство при этом просило о 50% субсидии. Даже Министерство признало построенные земством бараки «совершенно не удо-

влетворяющими правилам строительного искусства», и губернатору «было поставлено на вид (это единственный случай в истории русской психиатрии. — Т. Ю.) столь невнимательное отношение к постройке дома умалишенных». Земству было предложено представить планы постройки соответствующих помещений.

Таким образом, мы видим, что если в Нижнем-Новгороде можно было обвинять в волоките Министерство, то в Смоленске и само земство нельзя сказать, чтобы внимательно отнеслось к тем «безобразиям», как оно само называло, в отношении содержания психически больных.

После ряда обычных мытарств планы двух павильонов, на 30 человек каждый, были, наконец, в 1885 г. утверждены, а в 1888 г. была окончена их постройка. К этому времени было 228 больных; средняя годовая смертность с 1875 по 1883 г. была равна 26,12%, а с 1886 по 1888 г. — 19%.

Лишь в 1890 г. для заведывания психиатрическим отделением приглашен был специалист-психиатр В. И. Яковенко и ему в помощь дан ординатор, а психиатрическое отделение выделено в самостоятельное учреждение в 1891 г. приобретено в 12 верстах от Смоленска возле деревни Гедеоновка имение с 149 десятинами земли для устройства психиатрической колонии.

Однако проект постройки колонии (проектировалась на 400 коек) в 1891 г. не был рассмотрен собранием, так как земство неожиданно получило крупное пожертвование: Черкасова завещала земству 13 000 десятин земли с тем, чтобы в одном из ее имений (Никольском-Погорелом) была построена психиатрическая больница, а остальные земли проданы и проценты с полученного капитала шли на содержание больницы. Завещание вызвало судебный процесс, почему было решено впредь до разрешения дела судом оставить вопрос о постройке психиатрической колонии открытым (Сенат решил дело в пользу земства лишь в конце 1896 г.).

В. И. Яковенко с горечью описывал[1] мрачное положение больницы и свою беспомощность: «Психиатрическое отделение, если оно входит в общую больницу, всегда самая худшая ее часть по помещению, по уходу за больными: все изношенное и изорванное в соматической больнице платье и белье передается в психиатрическое отделение; лучшая часть мяса с кухни идет в соматическое отделение, а обрезки — в психиатрическое».

Переполнение больницы в Смоленске было так велико, что в 1892 г. около 100 могущих работать больных было переведено в Гедеоновку, где было выстроено 4 деревянных временных барака.

После решения дела о наследстве в 1896 г. для заведывания больницей был приглашен М. П. Литвинов, вынужденный к этому времени уйти из Бурашева. Ему и врачам Бурашева, которые перешли в Смоленск вместе с ним (прежде всего Р. Н. Ванновскому), совместно с архитектором Шнаубертом было поручено разработать планы колонии на 315 (189 мужчин и 126 женщин) свежезаболевших и беспокойных хронических больных и 385 хроников, не требующих лечения, — всего на 700 коек. Для больных с острой формой заболевания проектировались павильоны: два буйных наблюдательных (на 35 мужчин и 30 женщин), два для беспокойных опрятных (на 40 мужчин и 30 женщин), два для полубеспокойных неопрятных (на 40 мужчин и 30 женщин), два для выздоравливающих (на 40 мужчин и 20 женщин) и лазарет (на 5 мужчин и 5 женщин)[2]. При этом Верхняя Гедеоновка предназначалась для лечебных отделений, а Нижняя Гедеоновка — для земледельческой колонии.

---

[1] В докладе XIII съезду врачей Московской губернии в 1893 г.

[2] Б. Н. Шнаубер т, Земские психиатрические колонии и их практическое осуществление. Доклад на 1 съезде союза психиатров и невропатологов.

Но Литвинов оставался в Смоленске только до 1898 г. С 1898 г. заведывать больницей был приглашен В. М. Бяшков, который и оставался в Смоленске до 1910 г., когда, вследствие конфликта с врачами, ему пришлось уйти и его место занял строитель Курской колонии П. Д. Максимов, вынужденный уйти из Курска.

Несмотря на то, что колония постепенно строилась и 90 больных в 1908 г. были переведены в Московскую окружную лечебницу, к 1912 г., когда главным врачом был уже П. Д. Максимов, в колонии имелось 370 мест, а больных было 609, т. е., как и в 90-е годы, переполнение достигало 60,7%. И все же ему удалось ввести правильный режим: несмотря на отсутствие здания для мастерских, работало до 41% мужчин и 44% женщин; смертность в 1913 г. равнялась 8%. С 1912 г. делали попытки патронировать больных в ближайшей деревне Гедеоновке, но патронаж не развивался. Однако и в 1912 г. в жизни Смоленской психиатрической больницы оставался ряд тяжелых моментов: из 773 больных, поступивших в 1912 г., полицией было доставлено 255, т. е. 33%. Надо отметить, что когда П. Д. Максимов в 1911 г. на съезде врачей заявил, что такой порядок должен быть изжит, врачебный инспектор Смоленской губернии Егоров, считая, что сопровождение полицией необходимо, потребовал, чтобы тогда за больными, посылаемыми участковыми врачами, высылался надежный персонал из психиатрической больницы, и грозно спрашивал П. Д. Максимова, сколько у него было побегов в году.

На 1 января 1914 г. в Гедеоновке было 662 больных (364 мужчины и 298 женщин), в Московской окружной лечебнице — 90 больных (45 мужчин и 45 женщин); получали пособие, оставаясь в своих семьях, 82 больных (41 мужчина и 41 женщина). Всего было 834 больных (440 мужчин и 384 женщины).

При 1 954 700 жителях в Смоленской губернии это давало около 0,7 больного на тысячу населения, а за вычетом иногубернских больных — 0,6 больного.

В Смоленской губернии существовал еще «Приют Барышникова»[1] близ станции Издешково, в котором имелись психически больные (главным образом эпилептики и олигофрены), но этот приют не имел никакой связи с психиатрической больницей.

Костромское губернское земство получило от Приказа дом умалишенных с 37 психически больными, помещавшийся в наемном здании. Ввиду неудовлетворительного состояния помещения, земство в 1865 г. перевело больных в одноэтажный деревянный флигель на территории губернской земской больницы, соответственно приспособив его. Однако уже в 1870 г. земство ходатайствовало об отпуске правительством 30 000 рублей на постройку нового здания для дома умалишенных. В 1872 г. все уездные земства согласились устроить приемные покои при уездных больницах для психически больных, расходы по содержанию которых и по транспортировке относились на счет уездных земств.

В 1873 г. Министерство отпустило 25 000 рублей, архитектор составил план на два павильона, на 20 человек каждый; для психиатрической больницы была куплена особая площадь. В 1874 г. по ходатайству земства Министерство отпустило еще 10 000 рублей, и был выстроен третий флигель.

Таким образом, получалось 65 кроватей. Но место выбрано было неудачно: «вблизи городских боен и рядом с оврагом, куда сваливались нечистоты со всего города... Зловоние, распространяемое бойнями и свалками,

[1] См. в главе XIX «Детская психиатрия».

делало воздух, особенно в женском отделении, решительно невыносимым», — писала ревизионная земская комиссия.

В 1879 г. число психически больных достигло 81. Ревизионная комиссия признавала состояние психиатрического отделения «возмутительным», и управа предлагала выстроить еще три флигеля, два по 25 коек и один на — 30 коек и просила 50% субсидию. Заведывать отделением был приглашен психиатр Я. А. Боткин (1879—1886). Как и всегда, посланные планы были признаны Штромом неудовлетворительными, а между тем число больных в 1880 г. дошло уже до 118, и поэтому новый проект уже предусматривал размещение больных в каждом флигеле. Лишь в 1882 г. проект был утвержден и субсидия обещана. 1 ноября 1884 г. постройка зданий была закончена.

В 1881 г. собранию было доложено, что по собранным сведениям в губернии имеется 597 больных. Психиатрическая больница была выделена в самостоятельное учреждение.

В 1886 г. заведывать отделением был приглашен д-р И. С. Лебедев. В 1888 г. Управа и Земское собрание решили строить колонию на все число больных и в 1889 г. ходатайствовали о субсидии.

К 1902 г. субсидия была выхлопотана (301 000 рублей) и основной план колонии был окончательно принят.

Имение «Никольское» с 220 десятинами земли [1] было приобретено в в 12 верстах от Костромы.

По плану предполагалось: 1) два павильона: для мужчин и женщин, (на 40 человек каждый) для буйных, частью как приемно-наблюдательные; 2) павильон для 36 полубеспокойных мужчин (с центральным коридором); 3) каменный двухэтажный павильон для 65 женщин (40 беспокойных и неопрятных и 25 спокойных хроников); 4) такой же для 75 мужчин; 5) на 35 женщин (20 спокойных хроников и 15 выздоравливающих); 6) двухэтажный дом на 75 мужчин (40 спокойных хроников и 35 выздоравливающих); 7) лазарет на 25 коек (15 мужчин, 10 женщин); 8) административное здание; 9) кухня и квартиры для рабочих; 10) квартиры для директора и для двух ординаторов. Всего колония была рассчитана на 415 человек (240 мужчин и 175 женщин).

Постройка колонии обошлась в 734 142 рубля, т. е. каждая штатная койка в 1 688 рублей. Постройка была закончена, и в декабре 1908 г. начали переводить больных, что и закончили в январе—феврале 1909 г. [2]. Врачебный персонал состоял из директора и трех ординаторов (в 1915 г. было уже 5 ординаторов). Больных в 1909 г. (среднее суточное) было 425. Таким образом, только что законченная колония оказалась уже переполненной. Поэтому И. С. Лебедев заявлял о необходимости выбора больных для приема в лечебницу участковыми врачами, о необходимости организации в уездах богаделен и приютов для не подлежащих направлению в психиатрическую лечебницу спокойных психически больных, так как считал патронаж «допустимым лишь там, где культура и достаток населения могут гарантировать больному сносную жизнь». Однако в 1911 г. Лебедев ушел из Костромы, и в 1913 г. при директоре П. Е. Снесареве было решено устроить и патронаж, причем в 1913 г. намечено было вывести в патронаж 20 больных, на что земством были отпущены соответствующие суммы. Патронаж был устроен в деревне Татаринове в 4 верстах от колонии.

---

[1] К недостаткам земельного участка относится значительная заболоченность южной части участка, но здесь с успехом проводились работы по мелиорации.

[2] Подробное описание уже отстроенной колонии с фотографиями см. П. Е. Снесарев, Психиатрическая колония Никольское, Кинешма, 1915.

На Губернском земском собрании 1913 г. обсуждался вопрос о децентрализации психиатрической помощи, и было постановлено, чтобы к собранию 1914 г. был представлен разработанный проект децентрализации. На том же собрании было ассигновано 400 рублей на оплату лекторов курсов для служителей по уходу за больными и организована сельскохозяйственная ферма.

В 1915 г. в колонии среднесуточное количество больных было уже 616. В патронаже уже было в среднем 47 человек (30 мужчин и 17 женщин).

Петербургское губернское земство[1] относительно приказных медицинских учреждений находилось в тех же условиях, что и Московское земство: оно также не получило ни приказной губернской больницы, ни приказных капиталов и также долго не считало de jure своей обязанностью заботиться о психически больных. Кроме того, в Петербурге имелось в начале земской деятельности гораздо больше больничных психиатрических коек, чем в Москве, поэтому необходимость в устройстве своей психиатрической больницы у Петербургского земства возникла еще позже, чем у Московского, хотя и здесь, повидимому, в связи с указом Сената 1875 г. на I съезде земских врачей[2] уже возникал по инициативе О. А. Чечотта вопрос о призрении психически больных, и съезд нашел необходимым установить текущую статистику психически больных путем учета их числа на медицинских участках. Но, несмотря на подтверждение этого постановления и IV съездом, практического осуществления это постановление не получило.

II съезд врачей 1876 г. по почину Петербургского уезда[3] просил ходатайствовать об устройстве в столице Центрального дома умалишенных, а семьям, оставляющим душевнобольных у себя, предлагал выдавать пособие, хотя Ямбургское уездное земское собрание уже и тогда говорило о необходимости постройки своей уездной больницы для психически больных. В 1879 г. Губернское земское собрание по ходатайству Гдовского уезда ассигновало 3 000 рублей ежегодно на призрение душевнобольных и арендовало 5 коек в городском приюте с платой по 300 рублей в год. В 1881 г. ассигнование было увеличено до 5 000 рублей и арендовано еще 10 кроватей в больнице «Николая чудотворца». В 1887 г. земству было предоставлено в больнице «Всех скорбящих» 25 кроватей с платой 6 000 рублей в год и с правом помещать сверхкомплектных больных с платой по 240 рублей в год за каждого больного. В 1891 г. по ходатайству V съезда врачей число коек было увеличено до 50, в 1893 г. — до 60, а в 1896 г. — до 70 (50 мужских и 20 женских) с платой по 360 рублей за койку в год и было оборудовано 5 кроватей сверхкомплектных с платой по 600 рублей.

Для помещения на эти койки больной обследовался участковым врачом. Результаты обследования посылались в санитарный отдел управы, и здесь в соответствии с наличием свободных мест в больнице и сообразно особенностям случая решалось, поместить ли больного немедленно или внести его в «кандидатский список». Известно, что в «кандидатские списки» с 1900 по 1907 г. было занесено 442 больных (280 мужчин и 142 женщины), а из них попало в больницу лишь 107 человек, т. е. 24,2%. Вероятно, в предшествующие годы нуждающихся было не меньше, и потому уже в 1894 г.[4] было ре-

---

[1] История приводится по делегатскому докладу П. П. Кащенко съезду врачей 1907 г., Труды съезда врачей 1907 г., стр. 546 и след.

[2] I съезд врачей Петербургского земства, протоколы, стр. 27 и 73.

[3] Участковый врач А. А. Комин указывал Петербургской уездной управе, что у него в участке имеется ряд психически больных, которых ему некуда поместить.

[4] После того как город отказал земству в его просьбе принять при постройке Новознаменской больницы в расчет и размещение земских больных.

шено приступить к разработке проекта собственной психиатрической больницы, но раньше, по примеру Москвы, было решено произвести перепись психически больных в губернии через врачей-психиатров.

В 1895 г. такая перепись была произведена. Суммарная и лишь по некоторым признакам разработка полученных переписью данных была в том же 1895 г. произведена д-ром В. М. Бяшковым[1], причем выяснилось, что в губернии (без Петербурга) имеется 1 443 больных, т. е. 2,4 на 1 000 жителей. Из них 614 нуждались в помещении в больницу. Свежезаболевших обнаружено лишь 88, беспокойных 248, буйных 23, почему Губернская земская управа и нашла возможным предложить собранию строить в первую очередь больницу только на 350 коек, отобрав для нее лишь свежезаболевших, а из хроников — «самый опасный элемент, т. е. беспокойных и буйных». Предложение было принято собранием, и одновременно начались хлопоты о правительственной субсидии.

В 1897 г. был объявлен конкурс на составление проекта будущей больницы. Первую премию получил гражданский инженер И. Ю. Мошинский, которому и было предложено принять на себя обязанности строителя.

В 1899 г. на место директора больницы был приглашен П. П. Кащенко с тем, чтобы до постройки ее он мог принять участие в разработке проектов и вообще вопросов, связанных с организацией дела. В 1902 г. было приобретено имение Сиворицы в 12 верстах от Гатчины и в 6 верстах от станции Суйда, с 900 десятинами земли, с большим двухэтажным помещичьим домом, флигелями, обширной молочной фермой на ходу. Осенью 1905 г. состоялась закладка больницы; в 1906 г. правительство выдало земству ссуду в размере 500 000 рублей.

При определении принципов развития дела и постройки больницы П. П. Кащенко использовал опыт не только Московской Мещерской больницы, но и Харькова (тип приемного отделения) и ряд положений П. И. Якобия с внесенными временем поправками. Основные положения психиатрической организации в Петербургской губернии, согласно постановлению IX съезда врачей (в съезде принимали участие психиатры О. А. Чечотт, Н. Я. Смелов, Н. Н. Реформатский, П. А. Останков, Б. Н. Синани и др.) по докладу Кащенко, должны были сводиться к следующему[2]:

«1. Планомерная борьба с психопатией населения и целесообразная организация лечения и призрения.

2. Устройство и планомерное развитие о б щ е с т в е н н о г о попечения о душевнобольных на основе возможного приближения психиатрической помощи к населению, при этом в с е душевнобольные должны подлежать в той или иной степени ведению (текущая статистика), а нуждающиеся и попечению общественных органов.

3. Психиатрическая организация должна быть поставлена в тесную живую связь с общемедицинской организацией.

4. Должна иметься не только психиатрическая больница, но и учреждения по семейному призрению: центральный (при больнице) и местные, рассеянные по губернии в местах жительства больных (для больных с законченными видами заболевания) патронажи.

5. Для забот о больных учреждаются местные попечительства о душевнобольных, охватывающие известный район, в задачу которых должно входить как попечение о больных своего района, так и ведение патронажа,

---

[1] В. М. Б я ш к о в, О переписи душевнобольных среди крестьянского населения Петербургской губернии, Вестник клинической и судебной психиатрии, и невропатологии, СПБ, 1897, т. XII, в. 1.

[2] Мы даем краткое изложение по журналу «Современная психиатрия», 1908, стр. 273—278.

и помощь вышедшим из больницы вообще (трудоустройство). Исходя из установленных VIII съездом врачей принципов, отправным пунктом, ведающим помещением больного и являющимся центром организации попечительств, должен быть медицинский участок.

6. Всем делом руководит Губернский психиатрический совет, состоящий из председателей управ, врачей психиатрических учреждений, Губернского статистического бюро, Санитарного бюро, представителей съезда врачей и районных попечительств.

7. В больницу прежде всего должны быть принимаемы свежезаболевшие больные (они займут, по Кащенко, 125 кроватей). На освобождение населения от наиболее тягостных для ухода[1] хроников (буйных и резко беспокойных) останется в первый период лишь 73 кровати (а их по переписи 1895 г. числилось 217 человек). „Из этого ясно, — пишет Кащенко, — с какой тщательностью должен быть произведен отбор больных в больницу".

8. Для уловления динамического момента движения состава больных, движения психопатии в населении, чего до сих пор в России не сделано, ибо все переписи производились однократно, надо в 1908 г. произвести вторую перепись для сравнения с первой переписью 1895 г.».

Съезд по предложению Н. Н. Реформатского прибавил также пожелание об «учреждении при участковых больницах небольших помещений для душевнобольных, требующих кратковременной изоляции».

2 марта 1909 г. Сиворицкая больница была открыта, причем ко времени открытия были построены: 1) приемный павильон для мужчин на 74 кровати с тремя обособленными отделениями; для спокойных на 30 кроватей, для наблюдательных на 16 кроватей и для беспокойных на 28 кроватей; 2) такой же павильон на 50 кроватей для женщин (18 спокойных, 14 наблюдательных, 18 беспокойных); 3) смешанный павильон для слабых и неопрятных больных на 94 кровати (50 мужчин и 38 женщин + отдельные комнаты); 4) инфекционный барак на 12 кроватей (6 мужчин и 6 женщин); 5) квартирный корпус для среднего и младшего медицинского персонала; 6) здание для собраний больных (оно же церковь); 7) мастерские; 8) секционная; 9) два дома для ординаторов; 10) дом для директора; 11) машинный корпус; 12) погреба, сараи и пр. В помещичьем доме были устроены контора, библиотека и лаборатории. Отопление всех зданий пароводяное, освещение электрическое, водоснабжение из артезианских колодцев, канализация.

Январское собрание 1910 г. ассигновало средства на дальнейшую достройку больницы до 500 коек.

Однако до 1914 г. проектированное расширение больницы с 220 до 700 коек не осуществлялось, а война сняла проект с очереди.

В 1912 г. в ближайших к Сиворицам деревнях Тихковицы и Хинколово был открыт патронаж, причем к 1/I 1913 г. в патронаже было 25 больных.

Тульское губернское земство получило в 1866 г. от Приказа «богоугодные заведения», в которых находилось 56 психически больных, причем спокойные больные помещались в общих палатах с соматическими больными, а беспокойные в особых флигелях (отдельного дома для умалишенных не было). Все больничные помещения Приказа в Туле находились в «жалком, запущенном состоянии», особенно психиатрические флигели, в которых было «грязно, тесно, ветхо». Поэтому в первый же год земство стало ходатайствовать о переводе соматической больницы в здание бывшей военной гимназии, а психически больные были переведены в здания бывшей больницы Тульского оружейного завода в Заречье (1868). «Новое

[1] Обращаю внимание, что Кащенко говорит уже не об «опасных», а «наиболее тягостных для ухода» больных.

помещение (хотя оно и имело сад и около 2 десятин земли) не представляло никаких удобств», а число больных к 1872 г. достигло уже 70. С 1872 г. психиатрическим отделением заведывал М. А. Соболев.

В 1873 г. Земское собрание решило выстроить новые помещения. Было приступлено к постройке, и в 1876 г. был выстроен новый женский флигель, а для мужского отделения было перестроено и расширено старое каменное здание. Все это «сделало возможным разделение больных по категориям и позволило ввести некоторые занятия и развлечения». Здесь следует отметить, что заведующий тульским психиатрическим отделением Н. А. Соболев, ввиду того что с самого начала психиатрическое отделение помещалось территориально совершенно отдельно от соматической больницы, был самостоятелен в административном отношении и имел возможность с самого начала наладить всю жизнь больницы соответственно принципам психиатрии, а это даже при переполненных помещениях значительно облегчало положение дела. Тем не менее в 1879 г., когда число больных достигло 126, необходимость новой постройки стала очевидной и начались переговоры о планах здания на 40 кроватей, о покупке соседнего участка земли и о субсидии; эти переговоры тянулись около 2 лет, и лишь в 1884 г. был надстроен второй этаж над каменным зданием и построен двухэтажный деревянный флигель. Тогда заведение стало иметь 182 штатных места, а больных к 1885 г. было уже 248 (смертность достигала 25,1%).

В 1885 г. в Земское собрание было внесено предложение произвести реорганизацию: 1) отделить лечебницу для больных с острой формой заболевания от отделений для хроников, для которых устроить колонию, и 2) окончательно отделить управление психиатрической больницы от управления больницы соматической. Предложение это было признано «плодотворным», но земство к этому времени все еще не получило 50% субсидии за прежние постройки.

Собрание, не имея средств на организацию колоний, решило «избрать средний путь, переходную ступень к колонии»[1], и постановило приобрести в 2 верстах под Тулой Мясновскую усадьбу с каменными постройками и 5,5 десятинами земли для приюта, где могли бы жить и работать спокойные хроники. В 1894 г. над мясновскими зданиями произведена надстройка, и там после этого могло помещаться 55 мужчин и 30 женщин. В 1894 г. психиатрическая больница была выделена в самостоятельную административную единицу. В 1895 г. управа постановила принимать главным образом излечимых или опасных больных и отказывать спокойным неизлечимым, причем в случае несостоятельности их семей выплачивать им ежемесячное пособие в размере 3—4 рублей. В 1895 г. умер Н. А. Соболев, и заведующим стал Н. П. Каменев.

В 1895 г. было уже 328 больных (195 мужчин и 133 женщины), а в 1900 г. — 335 человек (205 мужчин и 130 женщин). Поэтому в 1898 г. к главному зданию в городе были пристроены изоляционные комнаты, а в Мяснове из имевшегося там старого флигеля перестроено два барака на 25—30 человек. В отчете за 1899 г. Н. П. Каменев, указывая на переполнение, говорил, что необходимо «либо приобрести имение и устроить колонию..., либо поставить задачей приближение психиатрической помощи к населению и устроить в южной части губернии вторую больницу на 150 кроватей».

В 1901 г. перед Губернским земским собранием опять был поставлен вопрос о колонии, но в это время строилась Московская окружная лечеб-

[1] Дальнейшая история излагается по докладной записке Н. П. Каменева Губернскому земскому собранию 1901 г., Тула, 1901.

ница и Тульское земство, надеясь там получить известное количество мест, отложило этот вопрос. На VIII съезде врачей Тульской губернии в 1902 г. в своем докладе Н. П. Каменев опять настаивал на необходимости устройства колонии, доказывая неосновательность надежд на то, что Московская окружная лечебница сможет значительно облегчить земству лечение и призрение психически больных, и указывал даже на невыгодность широкого пользования окружной лечебницей. Это было тем легче, что правительственная комиссия Оболенского по устройству окружных лечебниц к этому времени определенно решила, что лечение психически больных с острой формой заболевания должно оставаться за земством. Съезд присоединился к мнению Н. П. Каменева.

В 1903 г., наконец, было приобретено для колонии имение Спас-Петелино с 290 десятинами земли в 8 верстах от Тулы по Воронежскому шоссе, и было решено строить лечебницу-колонию на 800 больных (480 мужчин и 320 женщин). На постройку было получено 260 000 рублей от правительства и 560 000 рублей из капиталов Приказа.

К 1912 г. было готово 10 зданий: 4 двухэтажных корпуса для хроников и 6 зданий для больных с острой формой заболевания, а также устроен водопровод, канализация, электрическое освещение.

На X съезде врачей в 1912 г. было отклонено предложение некоторых гласных построить по уездам богадельни для хроников. От помещения своих больных в Московскую окружную лечебницу Тульское земство в 1907 г. вовсе отказалось. На 1 января 1912 г. Тульское земство имело на своем попечении 1 209 психически больных (761 мужчин и 448 женщин). Смертность была 8,35%.

В декабре 1912 г. колонию посетил старший ординатор Московской окружной лечебницы А. В. Никольский, который в своей книге «Психиатрические параллели (Россия и Германия)» так описал Тульскую больницу: «Тульское земство имеет лечебницу в городе и колонию в селении Петелине. Городская лечебница рассчитана на 290 больных (160 мужчин и 130 женщин); новые больные поступают в городскую лечебницу и из нее уже эвакуируются в колонию. Колония на 560 мест (329 мужчин и 331 женщина). Колония построена по павильонному типу; всего 10 павильонов. План всех павильонов один и тот же: центральная часть с широким боковым коридором, служащим местом дневного пребывания, и столовая; короткие отрезки по концам имеют светлые центральные коридоры; в отрезках расположены клозеты, ванные комнаты, кладовые, комнаты для служителей, кабинет врача и в павильонах для беспокойных — изоляторы. Все здания кирпичные, двухэтажные с надстройкой третьего этажа над одним из концов здания; план первого и второго этажа одинаков; в третьем этаже расположены квартиры надзирательского персонала. Павильоны для беспокойных рассчитаны на 20 мужчин и 15 женщин; в мужском павильоне 5 изоляторов, в женском — 3. Изоляторы — большие светлые комнаты с матовыми корабельными стеклами. Архитектура зданий красивая. Здания окрашены в разные нежные цвета. Общее впечатление таково, что это одно из лучших психиатрических учреждений в России. Земство оценило труды строителя лечебницы д-ра Каменева, назвав его именем один из павильонов».

XI. ЗЕМСКИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ КОЛОНИИ С НЕБОЛЬШИМИ ЗЕМЕЛЬНЫМИ УЧАСТКАМИ

К земствам, не имевшим гигантов-колоний с большим количеством земли, прежде всего принадлежало Харьковское губернское земство, которое, имея самую большую во всей России психиатрическую больницу, хорошо поставившую трудовые процессы больных, все же не приобретало никакого земельного участка. Правда, в 1908 г. Харьковское земство начало устраивать вторую больницу в юго-восточной части губернии, где было приобретено имение со 147 десятинами земли; правда, что и сама Харьковская больница находилась на окраине города и занимала участок в 24 десятины[1], но все же этот пример говорит, что большое количество земли не представляет необходимости для психиатрической больницы. Точно так же не имели земли и уже описанные нами психиатрические учреждения Вятского губернского земства. Наконец, из других богатых земств ограничились небольшими земельными участками для своих психиатрических больниц Таврическое и Уфимское земства, к описанию учреждений которых мы и перейдем. Относительно небольшие земельные участки за городом имели также Калужское, Симбирское и Псковское земства, впрочем, и число больных в учреждениях этих земств было невелико.

Таврическое губернское земство получило в 1866 г. от Приказа дом умалишенных в здании, приспособленном из бывшей тюрьмы, на 20 мужчин и 10 женщин, в котором было 19 психически больных. С переходом к земству число больных стало расти. К 1872 г. их было уже 80 человек, и управа докладывала собранию: «Помещения дома умалишенных крайне неудобны и не соответствуют своему назначению — для мужчин устроены какие-то душные казематы: поистине это не помещение для больных, а скорее тюрьма, и тюрьма самая отвратительная...».

Чтобы выйти как-нибудь из положения, для психически больных было приспособлено здание сушильни для помещения спокойных мужчин и отдельный флигель для душевнобольных женщин. Старший врач богоугодных заведений Э. Н. Бетлинг составил проект нового отделения на 120—140 человек со сметой в 140 000 рублей. Но ввиду того что Медицинский департамент на запрос земства, должно ли оно лишь лечить психически больных или иметь только приюты для хроников, в 1873 г. ответил, что «земству рекомендуется устроить заведение для больных, подающих надежду на выздоровление», проф. Фрезе составил новый проект здания лечебницы на 55 человек, так как земство считало, что 65 хронических больных можно разместить в старых зданиях, а всего нужно 120 коек. Для постройки земство просило у министерства субсидию в 96 000 рублей, которая после обычной волокиты была получена в 1875 г.

[1] Сабурова дача (16 десятин) и дача Франковского (8 десятин).

Еще не было покончено с вопросом о правительственной субсидии, как земству представилась возможность выгодно приобрести участок земли, находившийся рядом с богоугодными заведениями, и земское собрание 1874 г. по совету проф. Фрезе поручило управе приобрести этот участок, *чтобы психически больные могли заниматься* садоводством и огородничеством. *В 1875 г. министерством, согласно плану Балинского—Штрома, было* разрешено строительство на 40 коек.

Таким образом, у земства имелось 100 штатных коек, а больных к 1880 г. было уже 140, но в этом году Красный крест уступил для психически больных один барак, оставшийся от войны 1878 г. В 1885 г. после смерти Э. Н. Бетлинга в заведывание лечебницей вступил Б. С. Грейденберг. Больных в это время было 211, смертность составляла 16%, и управа, согласно с мнением участковых врачей, в 1885 г. предлагала устроить колонию в Мелитопольском уезде с лечебницей на 50 коек, с чем собрание и согласилось, но дело затянулось вследствие затруднений в приискании земли. Лишь в 1888 г. был найден участок в 25 верстах от Мелитополя с 756 десятинами земли, принадлежавший Министерству государственных имуществ. Было возбуждено ходатайство о выделении земству 200 десятин из этого участка, на что в 1889 г. и последовало согласие. Но тем не менее реализована колония не была. В то же самое время прием больных всячески затруднялся. «Больные, даже находившиеся под наблюдением врачей, — пишет Б. С. Грейденберг, — принимались в больницу лишь по направлению полиции, сама же полиция препровождала, кого вздумается, но не того, кого нужно. Так, например, в 1885 г. она препроводила двух здоровых женщин, из которых одна жила не в ладах с мужем, постаравшимся поэтому „упечь ее в сумасшедший дом", а другая надоедала полиции о трехрублевом пособии... Но этого мало, полиция приводила главным образом бродяг и нищих, среди которых попадались спокойные слабоумные, которых потом выписать было некуда, и в результате они оставались балластом в переполненной больнице, а также пьяных, которые, проспавшись выписывались здоровыми»[1]. Кроме того, Б. С. Грейденберг жаловался на переполнение больницы иногородними больными из рабочих, которые ежегодно летом со всех концов ехали в Крым на заработки.

Нужно, однако, сказать, что несмотря на сильное переполнение, осматривавший в 1887 г. Таврическую больницу П. А. Архангельский в общем описывает ее «как очень неплохо содержимую под руководством Б. С. Грейденберга. Имелось, — пишет он, — семь отделений. Лечебница на 40 человек (25 мужчин и 15 женщин) с отдельными помещениями для спокойных и беспокойных больных, с комнатами дневных пребываний — прекрасное и светлое помещение. Хотя в нем вместо 40 больных содержалось 114 человек (44 мужчины и 70 женщин), но все же при этом, хотя больные спали на полу за недостатком коек, был относительный порядок. Второе здание (второе отделение) для мужчин (44 неопрятных и эпилептиков) — каменное двухэтажное здание, перешедшее от Приказа, но значительно переделанное, содержит 17 комнат с красивыми полами из марсельской лещади, имеет отдельный садик. Третье здание (третье и четвертое отделения) — двухэтажное: в нижнем — богадельня, в верхнем — спокойные мужчины; здание с огромными окнами, без всяких особых приспособлений. Четвертое здание (пятое отделение) — выстроенный во время турецкой войны барак; здесь живет 24 рабочих больных с открытыми дверями. Шестое отделение для женщин находится в здании бывшей женской богадельни: здесь лишь две ком-

[1] Б. С. Грейденберг, Отчет Таврической больницы за 1885 г., Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, СПБ, 1885, т. IV, в. 1.

наты для 23 больных и зал-столовая. Седьмое отделение — для женщин в только что выстроенном в 1885 г. каменном флигеле на 25 больных. При каждом отделении садики, имеется библиотека, игры, сапожная, портняжная и швейная мастерские, столярная мастерская в подвале; кроме того, больные работают в саду и на огороде. Продовольствие по порционной системе. Штат: 2 врача, 2 фельдшера, 4 надзирательницы и 30 человек младшего персонала на 158 мужчин и 93 больных женщины». В 1892 г. число бараков было еще увеличено, и за счет фонда мастерских было выстроено особое здание для них, приглашен третий ординатор, а в 1893 г.—четвертый.

В 1898 г. постановлено было устроить «колонию» под Симферополем за р. Салгиром, где у земства имелось около 60 десятин земли, и начать там постройку двух бараков. В 1898 г. врачу, заведующему психиатрическим отделением, было предоставлено право самостоятельного (отдельно от соматической больницы) медико-административного заведывания. В 1899 г. отменена плата за лечение для уроженцев Таврической губернии, в то же время иногубернских больных усиленно эвакуировали на их родину. За Салгиром началась постройка двухэтажного корпуса. В 1899 г. Б. С. Грейденберг перешел в Харьков и заведующим был приглашен Я. А. Боткин (1899—1912).

В 1908 г. открыт женский, а в 1909 г. — мужской патронаж. К 1913 г. число патронажных больных достигло 100. С 1912 г. заведующим был приглашен Е. К. Иогансон. В апреле 1914 г. на съезде врачей Таврической губернии он сделал доклад о необходимости децентрализации психиатрической помощи. Он предлагал, как это уже проектировалось в 1885 г., устроить вторую психиатрическую больницу на 600 человек в северной части губернии около Мелитополя. Предлагалась также предварительная перепись психически больных губернии по образцу Московской переписи.

Уфимское губернское земство приняло учреждения Приказа в свое ведение последним из земств — в 1875 г. Дом умалишенных был принят с 36 больными (26 мужчин и 10 женщин)[1]. Состояние этого дома при приеме описывалось комиссией так: «Темное, тесное, неприглядное заведение, вполне достойное клички „желтого дома“; суровые меры стеснения были обычным явлением в нем». В первый же год земство расширило помещение, заняв для психически больных половину бывшего рабочего дома. Однако башкирское население губернии не так быстро, как в центральных и украинских губерниях, стало помещать своих больных в больницу, хотя по произведенной полицией в 1880 г. переписи психически больных числилось в губернии около 1 610 человек, т. е. 1 на 728 человек населения. Перепись эта производилась потому, что предполагалось строить новый дом для психически больных на 50 человек. В 1883 г. собрание решило строить колонию и просило о 50% субсидии, но дело задерживалось до 1888 г. В 1885 г. Земское собрание постановило лечить психически больных бесплатно.

Только в 1890 г., когда число больных достигло уже 105, был приглашен психиатр С. А. Сухов, так как собрание 1889 г. постановило строить новую больницу на купленном еще в 1886 г. пригородном участке, на так называемой Дровяной площади, с 23 десятинами земли. С. А. Сухов так характеризовал психиатрическое учреждение того времени: «Учреждение так плохо, что все как бы отчаялись, махнули рукой... Крыши текут, окна не открываются, полы и двери гнилые и рассыпаются. Ванна одна, перенос-

[1] Е. Н. Макарова и К. В. Введенская, К истории развития психиатрической помощи в Башкирии, Проблемы психиатрии и неврологии, в. 5, Уфа, 1944; Л. И. Айхенвальд, Медико-хозяйственный отчет Уфимской психиатрической больницы, 1901—1910, Уфа, 1912, и ежегодные отчеты.

ная, да и та худая... Среди больных повсюду скорбут... В „рабочий дом" (название, оставшееся от прежнего времени) свалено было все самое неприятное: здесь было инфекционное отделение, здесь устроили прачечную для белья заразных больных, здесь производилось еженедельно освидетельствование проституток».

Естественно, что первым делом С. А. Сухова было удаление из «рабочего дома» всего, не относящегося к психиатрическому отделению, и производство ремонта. Затем были открыты столярная, сапожная, корзиночная и починочная мастерские, разработан план постройки лечебницы под городом. В 1893 г. состоялось отделение психиатрической больницы от соматической в хозяйственном и административном отношении. 5 сентября 1894 г. началась постройка «новой» больницы в пригороде на Дровяной площади; пока постройка велась, временно (так как больных стало 150) нанят был соседний дом в городе и был приглашен второй психиатр — В. И. Яковенко.

К 1897 г. за городом (23 десятины земли) было построено уже 5 деревянных павильонов на каменном фундаменте, рассчитанных на 150 больных, и было уже 3 врача — С. А. Сухов, Е. К. Иогансон, И. Д. Аптекман. Так образовались две больницы. Больных было уже 279 человек.

С 1901 г., после ухода С. А. Сухова, директором был Н. А. Сокальский. Это был увлекающийся, энергичный психиатр. При нем постановка психиатрического дела постепенно улучшалась. В 1901 г. съезд врачей постановил, чтобы: 1) больные направлялись участковыми врачами с анамнезом и 2) по выписке сообщалось о состоянии больного участковому врачу по месту его жительства для дальнейшего наблюдения. С 1902 г. в больнице уничтожены изоляторы, с 1903 г. введены длительные ванны. Уже в 1902 г. ставился вопрос о приближении психиатрической помощи к населению, и в 1903 г. Земское собрание постановило в виде опыта устроить одну участковую психиатрическую больницу в Мензелинске на 50 коек, но война задержала осуществление этого проекта.

С 1906 г. по 17 августа 1907 г. директором был Я. Ф. Каплан. Больных на 1 января 1906 г. было уже 582 человека, вновь выстроенная больница стала переполняться, в особенности алкоголиками (25,5% всех поступлений) и арестованными (число последних доходило до 77 человек). На 31-м губернском собрании заговорили о чрезмерных тратах на психиатрию, но все же д-р Каплан настоял на необходимости децентрализации, на необходимости открытия патронажа, и в 1907 г. в городской патронаж было переведено 27 больных; деревенский патронаж в условиях Башкирии не удался.

17 августа 1907 г. Я. Ф. Каплан погиб от руки одного из криминальных испытуемых. После этого все криминальные больные были выведены из больницы и в ограде тюрьмы был открыт психиатрический барак на 45 человек. Несмотря на все это, число больных в 1907 г. резко повысилось — с 582 до 705, и земство ходатайствовало о субсидии на расширение больницы. Принципиально земство не отказывалось и от децентрализации, впрочем, теперь (1907 г.) в Мензелинском уезде предполагалось построить уже не уездную, а районную больницу и не на 50, а на 150 человек.

С 1908 по 1912 г. заведующим больницей был Е. К. Иогансон. С 1908 г. при больнице была учреждена амбулатория. Больница продолжала переполняться. В 1909 г. начинается постройка каменных корпусов «новой больницы». К 1914 г. было построено три каменных павильона — трехэтажный, двухэтажный и одноэтажный; построены квартиры для врачей, а бывшая кухня приспособлена под женские мастерские. После этого, наконец, состоялся перевод всех психически больных «старой» больницы из города в пригородную больницу. К этому времени директором больницы стал Р. Н. Ванновский.

В 1911 г. вновь был поднят вопрос о постройке второй больницы в одном из северных уездов и постановлено было произвести перепись. Результаты переписи были разработаны Л. И. Айхенвальдом в большой книге «Итоги переписи душевнобольных Уфимской губернии» (Уфа, 1914). Перепись обнаружила всего 5 355 психически больных, из них 3 371 мужчина и 1 984 женщины; вместе же с находящимися в больнице — 6 872 человека, т. е. 2,7 на 1 000 населения, из них 24% составляли эпилептики, 16% с эпилептическим слабоумием и 23,3% олигофренов.

На 1 января 1913 г. состояло 423 мужчины и 268 женщин, всего 691 больной; поступило за год 469 человек (317 мужчин и 152 женщины), причем в это число входило 56 алкоголиков и 8 алкоголичек. Число алкоголиков к этому времени несколько снизилось, так как в 1910 г. в Уфе для них была открыта специальная лечебница. К 1 января 1914 г. состояло 712 психически больных (435 мужчин и 277 женщин). Кроме того, в патронаже было 57 больных (31 мужчина и 26 женщин); пособие в своих семьях получало 5 больных. Несмотря на переполнение, Уфимская больница всегда стремилась лучше поставить дело: ее отчеты были полны интересными, полными надежд на лучшее будущее планами; ее врачи И. И. Рождественский, А. В. Успенский, Л. И. Айхенвальд, В. В. Охлобыстин, как и главные врачи С. А. Сухов, Я. Ф. Каплан, Е. К. Иогансон, положили много труда на организацию возможно лучшего ухода за психически больными.

Калужское губернское земство получило в 1869 г. от Приказа так называемые Хлюстинские богоугодные заведения с отделением для психически больных, которых в это время было 40 человек. Учреждения для умалишенных и инвалидов (оба на 70—80 человек) возникли в Калуге в 1810 г. на пожертвование майора Хлюстина[1], обеспечивавшее годовой бюджет в 7 000 — 8 000 рублей. В 1819 г. к хлюстинским заведениям была присоединена и организованная приказом соматическая больница, для чего построен отдельный корпус. Ко времени окончания постройки соматической больницы (1824) в доме умалишенных было 19 мужчин и 11 женщин. В 1826 г. к Хлюстинской усадьбе был присоединен еще так называемый «Золотаревский дом», который в 1834 г. был приспособлен для психически больных мужчин, а в старом корпусе оставались психически больные женщины.

Земство получило дом умалишенных в крайне запущенном состоянии и в 1870 г. ассигновало средства на капитальную его перестройку, причем для 25 психически больных женщин предположено было выстроить новое помещение. Но в 1871 г. это решение было отменено, и вместо этого за 6 000 рублей был приобретен соседний с больницей дом; в 1872 г. собрание убедилось в непригодности этого дома, и вновь было решено приступить к постройке, которая и была закончена в 1873 г. Больных в 1875 г. было уже 110. К этому времени было уничтожено употребление смирительного кресла, холодных душей и введена смирительная рубашка.

В 1877 г. отменена плата за содержание психически больных в больнице, но в следующем году, ввиду переполнения психиатрического отделения, плата была восстановлена и лишь в 1891 г. вновь отменена, но только за беспокойных больных.

Врача-психиатра в Калуге не было до 1892 г., когда был приглашен В. Н. Ергольский. О принятом им учреждении Ергольский писал[1]: «Психиатрическое отделение мало ушло от эпохи Приказа... Все в забросе... диагнозы лишь для отчета составлял фельдшер, изоляция процветала, раз-

[1] Вусович и Селиванов, Исторический очерк хлюстинских богоугодных заведений (по случаю столетия), Калуга, 1910.

деления психически больных по их состоянию не было; не было и никаких работ и развлечений».

К 1 января 1892 г. было 140 психически больных (85 мужчин и 55 женщин). В 1894 г. было решено устроить колонию, и к 1896 г., получив 50% субсидии от правительства, построили два барака; для колонии было приобретено небольшое (100 десятин) имение при д. Бушмановке, и там тоже построен барак на 20 человек, но поместили в нем 40 человек. В 1898 г. в Бушмановке построен второй барак (больных было уже 267), в 1899 г. — третий, в 1903 г. — четвертый, в 1905 г. — пятый. В 1907 г. В. Н. Ергольский перешел в Воронеж и главным врачом стал Селиванов. В 1908 г. 90 психически больных были переведены в открывшуюся Московскую окружную лечебницу. Больных к этому времени было уже 256 человек в городе (где в это время было три мужских и два женских отделения) и 213 человек в колонии (четыре мужских и один женский барак).

К 1914 г. все помещения были настолько переполнены, что опять возник вопрос о новых постройках, и земское собрание решило строить вторую психиатрическую больницу на 150 коек в районе г. Сухиничи, на юго-западе губернии, но война задержала осуществление этого решения. В 1914 г. было ассигновано 40 000 рублей на постройку в Бушмановке шестого барака на 60 человек. В 1911 г. в городе было психически больных 180 мужчин и 110 женщин, в Бушмановском приюте 150 мужчин и 60 женщин при 3 врачах. В этом году изоляторы четвертого мужского барака в городе были переделаны в большой наблюдательный зал.

Симбирское губернское земство, как и везде, получило от Приказа дом умалишенных, содержавший 40 больных, в очень плохом состоянии. С переходом к земству дом стал переполняться: в 1875 г. было уже 188 больных (124 мужчины и 64 женщины), в 1885 г.— 252 (166 мужчин и 86 женщин), в 1890 г. — 288 больных.

Еще в 1868 г. было постановлено «с неимущих, страдающих помешательством или идиотизмом, денег за содержание в больнице не взыскивать». В 1875 г. собрание постановило «ограничить прием только сумасшедшими и безумными».

Лишь в 1887 г. было решено перевести психически больных в один из больших корпусов богоугодных заведений, предварительно приспособив его для этой цели. Только в 1896 г. был приглашен специалист-психиатр В. А. Копосов и началось строительство Карамзинской колонии на 250 коек. Колония строилась в 10 верстах от Симбирска на берегу Волги и имела 300 десятин земли (82 десятины пахоты, 65 десятин леса, остальное—выгон и пастбища). Строилась колония максимум на 250 коек.

При открытии колонии в 1899 г. было 228 больных.

В 1902 г. колонию посетил А. Д. Коцовский[1] и описывал ее так: «Выстроено два павильона — для мужчин и женщин. Павильоны кирпичные, двухэтажные; здания во вкусе Ренессанса, очень красивые, в виде буквы П. Выстроены по системе центрального и бокового коридора; в главной части— спальные и дневные помещения, в боковых — изоляторы. В нижних этажах будут помещаться беспокойные больные; изоляторов по пять в здании. В мужском павильоне устроены и административные помещения: контора, приемные, кабинет директора и т. д. Постройки отличаются простором, обилием света и воздуха; центральные коридоры грандиозны, напоминают залы. Постельный режим здесь проводится в широких размерах. Освещение электрическое, отопление частью — калориферы, частью — голландские печи.

[1] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1894, т. XXIV кн. 3 и 6.

Водопровод из ключевой воды; устраивается канализация. Предполагается постройка колониальных домиков. Больных в поле работает около 30%. Мастерская только швейная».

При праздновании десятилетия колонии в 1909 г. больных было 384 человека (248 мужчин и 136 женщин) и «переполнение было такое, что больным приходилось спать на полу, в коридорах, в столовых» — читаем мы в юбилейном отчете 1909 г. Работало из больных мужчин 30%, а из женщин — 56%; обрабатывалось больными до 60 десятин земли. Смертность — 8,6%. Началась усиленная выписка больных и отказ в приеме спокойным хроникам, благодаря чему число больных в 1910 г. не увеличилось.

Симбирская психиатрическая колония и строилась, и жила особенно тихо, отчеты ее никогда не печатались; психиатр был приглашен, когда планы колонии были разработаны; подробности ее истории остались мало известными. Она имела 300 десятин земли, т. е. не мало, но больных было лишь 384 человека, работало лишь 30% мужчин; едва ли вся земля использовалась для психиатрической колонии.

Псковское губернское земство получило дом умалишенных лишь в 1870 г., так как богоугодные заведения Приказа в 1867 г. были переданы не губернскому, а уездному Псковскому земству, от которого они и перешли к Губернскому лишь в 1870 г. Психически больные при Приказе занимали верхний этаж двухэтажного флигеля, состоявший из небольших комнаток, отделенных одна от другой тонкими перегородками; больных было 9 мужчин и 3 женщины; нижний этаж был занят хозяйственными службами. Так же, как и везде, с переходом в земство число больных стало расти; в 1867 г. их было уже 16, и умалишенные были помещены в общее отделение земской больницы. На запрос-анкету Медицинского департамента в 1873 г. о состоянии дома умалишенных земство ответило, что «комнаты отделения малы, потолки низки, они плохо проветриваются; отдельных помещений для буйных вовсе не имеется; по вместимости отделение (37 кубических сажен) едва достаточно для 13 больных, а в нем их имеется 25, а бывали случаи, что число их доходило до 34».

Уже в 1873 г. земством была отменена плата за лечение крестьян.

В 1878 г. была приспособлена для жилья психически больных сушильня над прачечной. В 1879 г. в связи с законом о 50% субсидии земство занялось вопросом несколько серьезнее. Старший врач губернской больницы Керберг предложил устроить три павильона на 20 человек каждый: 1) для беспокойных мужчин, 2) для спокойных мужчин и 3) для обоего разряда женщин. В 1886 г. приступили к постройке женского барака на 20 человек, а к 1889 г. был построен второй барак на 40 человек и был приглашен врач-психиатр П. Ф. Горошков (1860—1907), который и занялся правильной организацией психиатрической помощи, а вскоре поднял вопрос о необходимости приобрести землю и перевести больницу за город.

При нем было приобретено имение Черняковичи и устроена земледельческая колония (с 1904 г.). С 1907 г. колонией заведывал П. И. Тукалло.

На 1 января 1913 г. было 428 больных (265 мужчин и 163 женщины); поступило в течение года 273, выбыло 286, смертность равнялась 10,1%. Небогатое Псковское земство очень тяготилось расходами на психиатрическое учреждение, и Земское собрание 1913 г. вынесло оригинальное постановление: передать правительству 200 000 рублей приказных капиталов и психиатрическую лечебницу для организации там казенной лечебницы для губерний Псковской, Новгородской, Тверской и Смоленской с условием бесплатного приема больных.

XII. ЗЕМСТВА, НЕ ИМЕВШИЕ ВОВСЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КОЛОНИЙ

Ко времени первой мировой войны шесть земств из 34 оставались при старой форме психиатрической организации и имели «психиатрические отделения» в губернском городе при губернской земской больнице. Это Владимирское, Олонецкое, Пензенское, Тамбовское, Черниговское и Ярославское земства. Одно земство — Казанское — вовсе не имело своего психиатрического учреждения, пользуясь для помещения больных своей губернии Казанской окружной психиатрической лечебницей; лишь в самые последние годы перед войной (1910) правительство предложило Казанскому земству организовать свое собственное психиатрическое учреждение.

В особенности интересны, по нашему мнению, мотивировки, с помощью которых все время избегало больших капитальных трат на психиатрическую помощь Владимирское губернское земство — земство промышленной губернии, относительно богатое, где население особенно нуждалось в психиатрической помощи. Впрочем, об этом мы уже вкратце упоминали.

Владимирское губернское земство наиболее последовательно и настойчиво обращало внимание правительства на его намерение влиять на направление психиатрических учреждений, намерение строить окружные лечебницы, на мелочное вмешательство в планы построек земских психиатрических больниц, на обещание субсидий, а само при этом всячески уклонялось от капитальных затрат на психиатрическое дело, считая его, согласно указанным правительственным тенденциям, не своим делом.

От Приказа в 1866 г. Владимирское земство в качестве дома умалишенных получило «каменный одноэтажный дом, разделенный стеной на две половины: в одной — мужчины, в другой — женщины (состояло 9 мужчин и 11 женщин); каждый больной в своем чулане[1]. Постройка эта пришла в совершенное разрушение, даже стены треснули снаружи». Смертность в 1867 г. была равна 23,3%[2].

Земство немедленно произвело необходимый ремонт и в первый же год ходатайствовало о переводе психически больных в Москву с платой за их содержание, «так как лечение при имеющихся во Владимире условиях невозможно».

Однако число больных росло, и управа в 1872 г. докладывала собранию: «...Хотя в доме умалишенных лица, страдающие душевными болезнями, но законным образом не освидетельствованные, помещаются только

[1] Повидимому, тип постройки был такой же, как в I Петербургском долгаузе, построенном в 1776 г.

[2] С. Н. Советов, Краткая история Владимирского психиатрического отделения, Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1885, т. VI, № 3.

в крайних случаях, ...но оно переполнено». Собрание опять обращается к правительству, настаивая, что его обязанностью является попечение о психически больных. На известную анкету 1873 г. Владимирское земство, вполне последовательно, опять указав на полную непригодность имеющегося здания для лечения психически больных, отказывалось от представления планов устройств новых зданий, находя, что «за неимением у земства средств не представляется надобности в составлении планов», и лишь после повторного предписания планы к 25 января 1875 г. были составлены [1].

Но еще до этого в апреле 1874 г., ввиду доклада старшего врача о невозможном переполнении дома умалишенных, Земское собрание ходатайствовало перед правительством о возвращении 90 000 рублей, удержанных из благотворительных сумм Приказа, чтобы на эти деньги выстроить новое здание дома (отказано); просило Губернское правление предложить полиции, не запросив контору об имеющихся местах, не присылать психически больных; прекратить прием психически больных сверх штатных 30 коек, «как это было при Приказе». Губернатор опротестовал эти постановления, но собрание в декабре 1874 г. осталось при прежнем мнении. Именно вследствие этой настойчивости Владимирского губернского земства дело перешло в Сенат и состоялось известное решение Сената от 15 июля 1875 г. № 29937, что «отказ Губернского земского собрания от приема в дом умалишенных сверх определенной собранием нормы лишен законного основания».

Тогда собрание 1875 г. ассигновало 1 500 рублей и предложило управе приспособить для умалишенных флигель, занимаемый мужской богадельней, но одновременно весьма последовательно вновь ходатайствовало об ускорении постройки Московского окружного дома, указывая, что земский дом умалишенных должен «служить только для призрения, а лечение, как это установлено самим правительством в уставе Казанской окружной лечебницы, решило взять на себя правительство».

Правительство вынуждено было ясно сказать (циркуляр от 5 февраля 1886 г.) о своем отказе от устройства лечебниц, и губернатор потребовал от земства «безотлагательного и капитального переустройства дома умалишенных со всеми по возможности требуемыми современной наукой приспособлениями для специального лечения». Приглашенные земством врачи-специалисты указали на необходимость постройки нового здания лечебницы, отметив, что богадельня после переделки годится лишь для приюта на 50 хроников. Но собрание 1878 г. «ввиду экстренных затрат, вызванных войной», нашло, что «не наступило еще благоприятного времени для переустройства дома умалишенных».

Даже закон 1879 г. о 50% субсидии не соблазнил Владимирского земства, и собрание 1879 г. решило только: 1) пригласить врача-специалиста; 2) приспособить богадельню для хроников; 3) построить небольшое здание для 15 больных с острой формой заболевания. Когда же стали всерьез рассматривать планы этого здания, собрание нашло, что на территории Губернской земской больницы нет места для построек и надо прежде подыскать новый участок.

В 1880 г. город Владимир уступил земству безвозмездно участок в 2 000 квадратных сажен; собрание решило построить «солидное» здание, составив смету не более чем на 90 000 рублей, и просило о 50% субсидии. Составленный Штромом проект со сметой в 112 800 рублей был представлен собранию в 1881 г. Интересно, что управа, докладывая эти сметы собранию

[1] Составитель Конфиденциальной записки очень справедливо пишет (стр. 198): «Трудно понять, зачем собственно Медицинскому департаменту понадобилось столько планов... Ими никто не воспользовался..., а на составление этих планов всеми земствами была затрачена не одна тысяча рублей».

и не соглашаясь ни с планами, ни со сметами, иронически писала: «Сколько времени потребуется на рассмотрение этих новых планов и смет и будут ли они утверждены, неизвестно, а между тем в постройке неотложная необходимость... Не лучше ли построить дом по своим планам, отказавшись от 50% субсидии?»

Однако на этот раз собрание не согласилось с управой. Новые сметы были посланы и к июню 1882 г. утверждены. Постройка началась и была окончена в мае 1884 г. Земство имело теперь три павильона на 60 коек, но больных было уже к этому времени 96; слабые больные были оставлены в старых зданиях, смертность достигала 18,1%. Заведывал психиатрическим отделением С. Н. Советов, остававшийся во Владимире до 1895 г., когда он перешел в Бурашево.

В 1887 г. собрание отменило плату за лечение психически больных. Так как число больных с каждым годом все росло, земство нанимало для помещения психически больных частные дома. К 1890 г. число больных достигло 206. В 1893 г. было построено 3 новых барака, куда и переведены больные из наемных помещений. Скученность и переполнение этим, однако, не были устранены.

Очень интересно, что еще одно сенатское разъяснение, имеющее для психиатрии принципиальное значение, состоялось в связи с постановлением Владимирского земства. В 1895 г. Земское собрание постановило организовать, ввиду переполнения больницы, «семейное призрение в непосредственной связи с больницей (патронаж)». Местное по городским и земским делам присутствие отнеслось к этому отрицательно, мотивируя свое несогласие тем, что «Устав общественного призрения... устанавливает лишь один вид призрения душевнобольных — это посредством устройства для них особых домов умалишенных». Земство опротестовало решение присутствия в Сенат, и Сенат указом от 25 февраля 1896 г. № 9443 определил, что «нет законных оснований воспрещать земским учреждениям путем частных соглашений передавать безопасных для окружающих душевнобольных в смотрение их родственникам, а при отказе или отсутствии последних — тем обществам и семьям, которые изъявят на то согласие». Патронаж Владимирского земства был открыт в 1899 г. в Красном Селе.

В 1908 г. при открытии Московской окружной лечебницы туда было переведено 80 больных из Владимира.

Владимирское земство построило в дальнейшем лишь один барак № 12 в 1913 г. Таким образом, к 1914 г. психиатрическое отделение Владимирской губернской земской больницы имело 11 мужских и 8 женских отделений в семи зданиях: 3 павильона и 4 барака на 400 нормальных мест. На 1 января 1915 г. было 897 больных (613 мужчин и 284 женщины) вместе.

При психиатрическом отделении имелась столярная, сапожная, портновская, переплетная, малярная и швейная мастерские. Территория всей губернской больницы, на которой находилось и психиатрическое отделение, занимала всего 14 десятин, и для работы больных имелись лишь небольшие огороды. Еще в 1909 г. по докладу заведующего психиатрическим отделением А. А. Верблюнского XIII съезд врачей принципиально признал желательность децентрализации психиатрической помощи и постройки лечебниц по 50—60 коек в Александрове, Шуе, Муроме, в Вязниках, но реально эти пожелания и не пытались осуществить [1].

Пензенское губернское земство в 1865 г. получило от Приказа психиатрическое отделение с 30 психически больными (20 мужчин и 10 женщин). Больные помещались в верхнем этаже двухэтажного

[1] Современная психиатрия, 1911, стр. 171.

здания; в нижнем помещалась богадельня. Возможности разделения больных на категории не было, имелось «только 8 так называемых темных комнат... в этих комнатах нет никакой вентиляции; днем сюда проникает самое незначительное количество света через окошечко, находящееся в потолке комнаты; ночью же комнаты эти вовсе не освещались...».

После перехода в земство число больных стало быстро увеличиваться. Хотя с 1869 г. земство начало отправлять часть психически больных с острой формой заболевания в Казанскую окружную лечебницу, но врача-специалиста не было, поэтому правильного отбора таких больных быть не могло и эта мера «не давала благоприятных результатов»: к 1 января 1873 г. было уже 77 психически больных (56 мужчин и 21 женщина); пришлось занять больными и нижний этаж богадельни. В 1880 г. земство пригласило врача-специалиста К. Р. Евграфова, который затем всю свою жизнь (умер 3 октября 1917 г.) оставался заведующим Пензенской психиатрической больницей. Им был составлен проект, по которому предполагалось построить 4 отдельных деревянных павильона на 122 больных, а старый корпус, годный для помещения 78 больных, оставлялся для хроников. Лишь после обычной волокиты проект и сметы с разрешением 50% субсидии были утверждены в мае 1885 г. и началась постройка, которая окончилась лишь в 1890 г., когда среднее ежесуточное число больных достигало уже 222 [1]. В дальнейшем для больных было приспособлено помещение бывшей прачечной и 3 летних холерных барака; в 1890 г. был приглашен второй ординатор, а в 1893 г. — третий. В 1904 г. построен женский приемный корпус, в 1906 г. приспособлено два холерных барака и нижний этаж здания Красного креста. К 1910 г. в психиатрическом отделении имелось, по данным Евграфова, 417 мест, а число больных временами достигало 510, причем отказов в приеме в 1908 г. было 304, в 1909 г. — 229, в среднем за 10 лет 151,2 отказа ежегодно. В 1910 г. было постановлено построить новый приемный корпус на 65 мужчин. Евграфов безуспешно настаивал на необходимости устройства загородной колонии, указывая, что нет «ни парков для прогулок, ни двориков, ни достаточно земли для занятия огородными работами, ни мастерских... Вся территория больницы занимала всего 7 десятин. Нет зала для развлечений больных». Однако его настояния не имели успеха. В 1912 г. был построен приемный мужской корпус на 65 человек, названный «евграфовским» по случаю 30-летия службы Евграфова в Пензенском земстве.

Надо сказать, что эта честь была вполне заслужена К. Р. Евграфовым: заведуя всегда переполненной, крайне экономно содержимой больницей, он все же поддерживал в ней режим полного нестеснения. Однако, несмотря на переполнение больницы, К. Р. Евграфов никогда не предлагал устраивать патронаж, считая, что «отдача душевнобольных в чужие семьи является одним из худших видов призрения [2], что «дешевизна содержания больных в патронаже только кажущаяся... Если сделать расчет содержания больных по категориям, то окажется, что содержание помещающихся в патронаже спокойных работающих больных и в больнице стоит не свыше 100—120 рублей». В 1908 г. К. Р. Евграфовым издана специальная брошюра [3], подробно аргументирующая это его мнение. Он упоми-

---

[1] Несмотря на переполнение, полиция направляла в больницу много алкоголиков. Так, в 1890 г. поступило алкоголиков 102 мужчины и 23 женщины на принятых 254 мужчины и 107 женщин, что составляло 40% мужчин и 21% женщин, в среднем 34%.

[2] Вестник Пензенского земства, № 5—6, 1910.

[3] К. Р. Евграфов, Записка о семейном призрении душевнобольных, Пенза, 1908; Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1908, стр. 750—852.

нает о постановлении XIV губернского совещания врачей Самарской губернии, где сказано: «Искусственное насаждение в виде гнезд по деревням и селам в чужих крестьянских семьях душевнобольных по своему вредному влиянию на семьи хозяев не соответствует интересам населения», приводит протест городской думы г. Балахны против патронажа и указывает, что Москва, чтобы добиться от схода села Любочан соблюдения известных правил в отношении психически больных, платила обществу 200 рублей.

«Какое значение с социальной точки зрения может иметь призрение в патронаже 50—150 излишних больных, совершенно спокойных и безобидных для населения целой губернии, когда в его среде остается от 4000 до 7000 непризреваемых больных, среди которых значительное число острых и возбуждающихся хроников? — спрашивает Евграфов. — Патронаж отвлекает лишь внимание земств от более настоятельных нужд призрения... Пока земство не имеет средств осуществить на деле принцип, что всякий психически больной имеет право на призрение, всякая затрата на патронаж является непланомерной тратой». Гораздо рациональнее те 6 000 — 7 000 рублей, какие ежегодно будут тратиться на патронаж, отчислять в фонд для постройки небольших районных лечебниц для отдаленных уездов... Допустим патронаж, — писал он, — лишь, если общее число призреваемых дошло до 60—90% имеющихся в населении психически больных, или в губерниях, где население занято фабрично-заводской деятельностью или отхожими промыслами».

В Пензенском земстве, одном из немногих, до революции оставалась даже платность лечения психически больных.

Говоря о колонии, К. Р. Евграфов предлагал строить колонию-лечебницу в одном из северных уездов, близ г. Инсара, указывая, что в то время как из Пензы на каждую тысячу жителей поступает ежегодно 1,76 психически больных, по Пензенскому уезду — 0,66, а из Инсарского уезда (самого отдаленного) — лишь 0,08 и что выписываемые больные из Пензы проводят в больнице в среднем 147,09 дня, из Пензенского уезда — 176,23 (острые свежезаболевшие больные), а из Инсарского уезда — 252,5 дня, т. е. оттуда доставляются главным образом хроники.

Следует также отметить одно важное принципиальное новшество, введенное с 1906 г. в Пензе К. Р. Евграфовым, подобного которому, к сожалению, в большинстве земств не имелось[1]. При Пензенской больнице была открыта психиатрическая амбулатория, в которую за 1906 г. обратилось 939 человек, а в 1910 г. — уже 1 116 человек.

Губернское собрание 1912 г. одобрило в принципе постройку районной больницы на 500 коек в Инсарском уезде, поручило управе подыскать участок земли в 200 десятин и ходатайствовать о принятии части расходов на средства Государственного казначейства.

11 мая 1913 г. состояло в больнице 552 больных (324 мужчины и 228 женщин), в Казанской окружной лечебнице—46 больных (31 мужчина и 15 женщин), получали пособия в своих семьях 7 больных (6 мужчин и 1 женщина), а всего 605 больных (361 мужчина и 244 женщины).

На 1 января 1916 г. в больнице было 640 больных (375 мужчин и 265 женщин). Врачей было шесть.

Тамбовское губернское земство приняло в 1866 г. от Приказа психиатрическое отделение с 45 штатными кроватями, но еще при Приказе в 1863 г. здесь было уже 70 больных; само здание было старое, построенное, повидимому, еще при самом учреждении Приказа. После перехода к земству число больных стало быстро расти и в 1868 г. их было

[1] Психиатрические амбулатории имелись еще лишь в Полтаве и Уфе.

уже 83, в 1870 г. — 87, в 1874 г. — 110. Смертность в 1867—1871 гг. равнялась 33,47%! При таких обстоятельствах земство поставлено было в необходимость приискивать какие бы то ни было помещения для психически больных: в 1874 г. для них было приспособлено здание бывшего смирительного дома, а в 1880 г., когда число больных достигло 178, приспособлено и здание богадельни.

Наконец, в 1882 г. переполнение достигло нетерпимых размеров: негде было ставить кровати: на 119 кроватях было 211 больных. Губернатор сам вынужден был разослать циркуляр полиции, чтобы сельские и волостные власти не посылали больных без предварительного сношения с управой относительно свободных кроватей. Собрание 1882 г. постановило построить новое здание на 100 психически больных. Территория на окраине города у больницы имелась достаточная (10 десятин усадьбы + 15 десятин в городе) и постройка была возможна.

В ноябре 1885 г. были готовы три каменных корпуса, частью двухэтажных, частью одноэтажных, соединенных между собой галлереями, на 52 мужчины и 44 женщины, но в это время было уже 337 больных (247 мужчин и 90 женщин), в 1886 г. — 416, а в 1887 г. — 406. Был приглашен психиатр В. П. Сербский. Сознавая, что и этого помещения недостаточно, Земское собрание еще в 1884 г. издало правила, ограничивающие прием: 1) больные не могли доставляться без запроса конторы о свободных местах; 2) при запросе должно было быть представлено: а) свидетельство врача о степени опасности больного для окружающих, б) сведения о материальном состоянии семьи, в) плата за месяц вперед и г) обязательство взять больного, когда этого потребует больница. Губернатор, однако, не согласился с возможностью предварительного запроса при помещении опасных больных и разослал по полицейским учреждениям циркуляр о том, чтобы полиция сама посылала опасных: прием их должен быть для больницы обязателен.

Когда в 1886 г. московский делегат д-р Архангельский осматривал помещения Тамбовского земства, он остался от них далеко не в восхищении. Так, он пишет: «Для буйных больных имеются полутемные комнаты, в которых стоят кресла и кровать с разными приспособлениями для привязывания больных... Кроме того, для усмирения больных употребляются кожаные рукавицы, которые по своей прочности и тяжеловесности скорее похожи на лошадиную сбрую... при моем посещении 4 больных имели на себе этот усмиряющий снаряд... Слабые больные тоже иногда заключаются в смирительные снаряды. Работ в 1886 г. для больных никаких не было». В. П. Сербский в 1887 г. должен был уйти из Тамбова, по словам Н. Н. Баженова[1], потому что не мог добиться уничтожения связывания больных. Его место занял Ф. И. Бартелинк, который заведывал психиатрическим отделением до своей смерти в 1903 г.

В 1887 г. психиатрические отделения были выделены из соматической больницы в административно-хозяйственном отношении. В 1889 г. отменена плата за лечение психически больных. В 1890 г. в лечебнице было уже 4 врача (с заведующим), в 1891 г. был утвержден собранием и министерством устав психиатрической больницы.

В 1892 г. через волостные правления, священников и врачей произведена перепись психически больных в населении губернии: их оказалось 5 174, т. е. один больной на 634 человека, или около 1,5 на 1 000 жителей[2].

[1] Н. Н. Баженов, $4^1/_2$ года психиатрической деятельности в провинциальном земстве, М., 1890.

[2] Ф. И. Бартелинк, Медицинский отчет за 1892 г. по лечебнице душевнобольных Тамбовского губернского земства, стр. 96—98.

В 1893 г. построено здание на 75 хронически больных женщин, а для мужчин-хроников к 1894 г. построен пятый барак. Решено организовать колонию, подыскав 200—300 десятин земли, но реально устройство колонии не осуществилось.

В 1904 г. при директоре В. А. Муратове, ввиду переполнения больницы, был ограничен прием хроников с выдачей несостоятельным семьям, в которых хроники оставались, пособия по 3 рубля в месяц.

В 1906 г. Шацкое уездное земство ходатайствовало перед Губернским собранием об устройстве в уездах при соматических больницах приютов для слабых психически больных за счет Губернского земства и об организации при этих приютах небольших колоний для рабочих-хроников, но Губернское собрание не согласилось с этим. В 1906 г. открыт павильон для 60 слабых женщин.

В 1910 г. Тамбовскую лечебницу осматривали делегаты Казанского земства — члены управы А. Н. Плотников и д-р Н. А. Донсков[1]. Они дают о ней такие сведения: «Главное больничное здание (очевидно, постройки 1895 г.) — громадный двухэтажный корпус с длинным центральным коридором; палаты мрачные, мало освещенные, давно уже не ремонтированы; отопление печное, освещение керосиновое. Чувствуется крайнее переполнение; за недостатком мест больные укладываются на полу. Вся обстановка ветхая, непривлекательная. Имеются и отдельные павильоны сравнительно новой постройки. Так, павильон для слабых женщин, открытый в октябре 1906 г., —это довольно большой светлый корпус... Земли мало, об организации полевых работ говорить не приходится, но больные занимаются садоводством: цветник перед больницей очень красив».

В 1913 г. был выстроен еще корпус на 60 человек. В этом же году собранием был заслушан доклад заведующего психиатрической больницей И. А. Скворцова (заведывал с 1906 г. после Муратова) о постройке районной больницы на севере Тамбовской губернии на 200 кроватей. Земство ассигновало 25 000 рублей на покупку 100 десятин земли около станции Сасово. В 1915 г.[2], вследствие потребностей Военного ведомства в военных лазаретах, земство на выданную от Военного ведомства субсидию построило в Сасове 4 барака со службами и квартирами врачей. Все эти здания по окончании войны должны были быть приспособлены для психиатрической больницы на 200 больных, но построенная больница под психиатрическое учреждение не была отведена.

На 1 января 1914 г. в больнице был 891 больной (504 мужчины и 387 женщин) и 27 больных получали пособие на дому.

Черниговское губернское земство получило в 1866 г. от Приказа флигель на 50 больных, в котором в 1867 г. находилось 80 больных. За 1854—1865 гг. средняя годовая смертность равнялась 18,72%. В 1870 г. архитектором Тацки и д-ром Д. И. Лавриненко (по консультации со старшим ассистентом проф. Балинского П. А. Дюковым) был разработан проект постройки за городом семи отдельных деревянных двухэтажных павильонов — шести для больных (для спокойных, беспокойных и буйных мужчин и женщин), всего на 70 человек, и одного административного корпуса. Таким образом, Черниговское земство могло сделаться пионером земской загородной колонии. Но так как стало известно предположение правительства построить в Киеве окружную психиатрическую лечебницу, Земское собрание 1871 г. решило лишь надстроить второй этаж над старым зданием и построить еще

[1] Н. А. Донсков, Отчет о деятельности убежища душевнобольных Казанского губернского земства с 7 сентября 1909 по 1 сентября 1910 г., Казань, 1910, стр. 41—43.

[2] Отчет о лечебнице душевнобольных Тамбовского губернского земства за 1915 г., Тамбов, 1916, стр. 1—4.

одно здание в городе по проекту архитектора Савицкого, что давало 120 мест.

В 1875 г. новая управа так докладывала Земскому собранию об этих постройках: «Итак, Черниговское земство затратило солидную сумму, чтобы приобрести здание, не соответствующее цели». II губернский съезд врачей высказал такое же мнение, записав: «...капитал затрачен на достижение монументальности зданий в ущерб разобщению больных и применению аграрных занятий при лечении»[1]. Эта крупная ошибка произошла от недостатка специальных знаний у руководящих и нежелания воспользоваться должной в этом случае экспертизой. Смертность в земские годы (1865—1879) оказалась даже большей, чем в приказное время, — 22,2%.

В дальнейшем число больных стало возрастать, и жалобы на тесноту помещения[2] усилились. В 1886 г. построено два барака на 20 психически больных женщин и 50 — мужчин. В 1887 г. проф. Сикорский, осмотрев психиатрическое отделение, предложил построить еще два барака на 65—75 неизлечимых больных, а в 1889 г. была приобретена соседняя усадьба, в которой можно было организовать огородные работы. При этом в усадьбе (6 десятин) имелся деревянный дом, в котором разместилось 70 больных. Больные после этого распределились более равномерно, был приглашен второй ординатор-психиатр, но все же оставалось переполнение на 40 больных (в 1889 г. было 225 больных: 162 мужчины и 63 женщины).

В том же 1890 г., по предложению ординатора, заведующего психиатрическим отделением, д-ра Малиновского, были выработаны правила приема и перевозки больных в психиатрическое отделение: больные должны были доставляться через земские участковые больницы с фельдшерами и с собранными участковым врачом анамнестическими сведениями. В дальнейшем были использованы для психически больных два имевшихся летних барака (для 20 женщин и 50 мужчин) и нанят частный дом на Шоссейной улице. В 1899 г. было перевезено в давно существовавшую богадельню в г. Нежине 35 спокойных женщин. Кроме того, в Бобровице был приспособлен бывший арестный дом Приказа на 100 спокойных хроников. В 1910 г. Нежинская богадельня была вся превращена в приют для психически больных-хроников (до 400 больных), а богадельня переведена в селение Слободку Черниговского уезда. При Нежинском приюте имелось 20 десятин земли; больные помещались в трех каменных корпусах и нескольких небольших домиках. К 1 января 1909 г. здесь уже было 285 психически больных (169 мужчин и 116 женщин), 31 богаделец и 37 богаделок при 73 служащих[3]. Содержание койки обходилось в год 157 рублей 43 копейки (без ремонта — 139 рублей), т. е. не дороже, чем в патронаже других земств. А. Н. Сокальский утверждал, что в Нежинской богадельне больные живут гораздо лучше, чем в патронаже. Таким образом, подобный способ призрения спокойных больных, по мнению Черниговского и Полтавского земства, был предпочтительнее патронажа. Подобные Нежинскому приюты были устроены Черниговским земством на Бобровице на 100 больных и на Шоссейной улице в Чернигове.

С 1906 по 1910 г. заведующим психиатрическими учреждениями, которые в хозяйственном отношении все же не были отделены от соматической больницы, был А. Н. Сокальский.

VII съезд губернских врачей в 1910 г. по докладу д-ра Дьяконенко, который перед этим объехал ряд русских психиатрических больниц, при-

[1] Земский сборник Черниговской губернии, Чернигов, 1876, № 5—8.

[2] Отчет заведующего психиатрическим отделением д-ра Малиновского за 1885 г.

[3] И. А. Бухштедт, Доклад на III съезде психиатров, Труды III съезда отечественных психиатров, 1911, стр. 148—157.

знал необходимой децентрализацию психиатрической помощи, но Губернское собрание постановило до окончательного решения произвести перепись психически больных губернии. Перепись была произведена к январю 1914 г.; по предварительному подсчету оказалось психически больных 3 784 мужчины и 2 380 женщин, что при населении в 2 827 000 составляет 5 психически больных на 1 000 мужчин и 2 психически больных на 1 000 женщин. Было решено построить в Чернигове приемно-наблюдательное отделение на 25 мужчин и 20 женщин и, приобретя участок в 150—300 десятин земли на севере губернии, построить на нем два таких же приемных отделения. Вследствие наступления войны это постановление выполнено не было.

Ярославское губернское земство приняло в 1865 г. от Приказа дом умалишенных с 50 психически больными[1]. Уже в 1867 г. собрание постановило лечить психически больных бесплатно. Число больных росло: в 1869 г. их было уже 61, в 1870 г.—73, в 1872 г.—75, в 1873 г.—79. Кроме того, «здание пришло в совершенную негодность... всякая перестройка являлась бесполезной». В 1875 г. земство заняло психически больными один соматический корпус. После закона 1879 г. о 50% субсидии решено было построить здание на 60 мужских и 40 женских коек, но планы земства не были утверждены, а официальные планы Штрома земская комиссия признала очень дорогими. В 1881 г. заведывать отделением был приглашен специалист-психиатр Я. А. Боткин, который тогда же послал на утверждение новый проект двух павильонов на 40 человек, полагая, что острых больных будет не больше 40, а хроники могут оставаться в старых зданиях. Дальше началась обычная, неоднократно нами описанная волокита, и лишь в 1884 г. планы были утверждены все же с условием строить по Штрому. Число больных продолжало расти, и Земское собрание 1884 г. решило строить уже не два, а три павильона, будучи готово третий павильон строить даже без субсидии.

Лишь в 1887 г. больные были переведены в новые здания, но, судя по докладу управы: «все здания были рассчитаны на 76 кроватей, а больных в них помещалось уже 80... Больные размещены тесно; за неимением особого помещения для неопрятных больных воздух тяжелый, спертый...». Кроме того, были построены три флигеля для хроников.

---

[1] Проф. О. В. Кербиковым по просьбе Т. И. Юдина установлено, что впервые «дом сумасшедших» в Ярославской губернии был открыт в 1779 г. Об этом упоминает ярославский губернатор И. И. Голохвастов в докладной записке о деятельности Приказа общественного призрения с 1777 (времени учреждения Приказа общественного призрения в Ярославской губернии) по 1784 г., направленной 22 января 1785 г. ярославскому и вологодскому генерал-губернатору А. П. Мельгунову: «В 779-м году декабря 23-го дня дом для сумасшедших, в котором из таковых каждый особо содержится и приличное своему состоянию содержание получает, в 780-м году ноября 24-го дня больницу, в которую разного звания люди приемлются и не имеющие без всякого платежа пользуются» (Государственный архив Ярославской области, ф. 83, д. 1, л. 3).

В 1805 г. появляется первое официальное сообщение о количестве призреваемых психически больных: «При оной же (больнице) состоит дом сумасшедших, где больных разного звания 9 человек, где также чистота как в покоях, так ровно и в белье наблюдается, и пища по болезням производится». Домом умалишенных, равно как и всей больницей и рабочим домом, заведывал «г. акушер Иван Мартинович Буркарт с возможным старанием» (журнал осмотра больницы инспектором врачебной управы 8 июля 1805 г.).

«Это был длинный одноэтажный деревянный флигель... помещение состояло из семи маленьких комнат в одно окно, расположенных в ряд и выходивших в один общий коридор; маленькие окна с железными решетками плохо освещали внутренность помещения. Так описывают это здание, просуществовавшее до 50-х годов, ярославские старожилы» (А. Н. Толоконников, Призрение душевнобольных Ярославским земством, Вестник Ярославского земства, 1890, № 7—8, 9—10). Ред.

В 1887 г. ярославское психиатрическое отделение осматривали вологодские земцы. Вот как они характеризовали его: «Ярославская лечебница для психически больных состоит из шести зданий. Каждое из трех капитальных зданий составляет больницу с отделениями для разных больных, почему... стоит значительно дороже обыкновенных зданий; в здании на 20 кроватей 26 печей... При таком устройстве требуется большой штат прислуги... Если бы в Ярославской лечебнице каждое здание было приспособлено не для отдельной маленькой больнички, а для отдельного рода больных, то бóльшая часть этих зданий могла бы быть выстроена гораздо дешевле...» А все дело было в планах архитектора Штрома.

Ярославская губернская больница находилась на самом краю города, в лесу. В 1899 г. приобретен был еще соседний участок земли в 41 десятину, на котором и начали строить впоследствии новое психиатрическое отделение. К 1902 г. (описание А. Д. Коцовского) психиатрическое отделение состояло из пяти зданий: два павильона по системе Штрома (старый третий сгорел), два примитивных двухэтажных здания и, наконец, двухэтажный павильон для спокойных работающих больных с рядом комнат без определенного плана. Для нечистоплотных хроников при соматической больнице было выделено темное, мрачное старинное здание с каменным полом и маленькими окнами, производящее удручающее впечатление.

В 1905 г. с помощью 50% правительственной субсидии был открыт павильон на 80 больных. С октября 1908 г. на окраине Ярославля (Гагаринская и Ямская слободы) и в селе Смоленском в 3 верстах от Ярославля был организован патронаж, причем надзор был поручен фельдшеру, а врач посещал патронаж лишь раз в неделю. В газетах 1912 г. были жалобы, что, благодаря патронажным больным, в слободе Гагаринской вспыхивают часто пожары. Одновременно с открытием патронажа стали выдаваться и пособия семьям, которые оставляли у себя психически больных, но в 1911 г. пособие выдавалось только семи семьям. На 1 января 1910 г. в больнице состоял 451 больной (275 мужчин и 176 женщин), в патронаже — 80 больных (59 мужчин и 21 женщина), в Московской окружной лечебнице 46 больных (23 мужчины и 23 женщины); с платой в своих семьях оставалось 11 больных (7 мужчин и 4 женщины), а всего 588 человек (364 мужчины и 224 женщины).

В 1906 г., кроме заведующего А. А. Малинина и его помощника А. А. Голосова, был еще только один врач Ю. К. Мишке, одновременно заведывавший и инфекционным отделением соматической больницы.

Режим в больнице, очевидно, вследствие переполнения, не был свободным. Трудотерапия носила случайный характер: обрабатывался только огород в 4 десятины. Еще в отчете за 1909 г. заведующий А. А. Малинин рекомендовал применение горячечных рубашек. Нельзя не отметить также колоссального поступления алкоголиков в психиатрическом отделении: в течение 1914 г. на 624 всех поступивших было 205 алкоголиков, т. е. 33% всех поступивших.

До революции Ярославское психиатрическое отделение в административном отношении не было отделено от соматической больницы.

Олонецкое губернское земство получило в 1867 г. в петрозаводских богоугодных заведениях 6 психически больных, но и здесь комиссия земства отметила, что «помещение было тесное (это для шести-то больных!) и неудобное». Олонецкое земство не издавало своих отчетов, и нам мало известно, как там развивалось попечение о психически больных. В. И. Яковенко[1] в своем обзоре деятельности земств по призрению психически больных с 1865 по 1897 г., перечисляя постановления Олонецкого

[1] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1897.

земства по психиатрии, пишет, что в 1892 г. «земством окончена постройка нового здания на 30 человек» и затем в 1896 г.: «Губернское собрание постановило выработать проект колонии для психически больных, а пока прибавить 14 кроватей в существующем психиатрическом отделении...», и только В. И. Яковенко и в 1897 г. не был уверен, имеется ли в Петрозаводске специальный ординатор-психиатр. Больных в 1892 г. в Петрозаводске было всего 39 человек. В 1902 г. земство испрашивало субсидию на постройки, но и к 1910 г. было всего 106 психически больных. Лечение для крестьян уже в 1897 г. было бесплатное.

На 1 января 1911 г. был 121 больной (77 мужчин и 44 женщины). Поступило за год 143 больных (87 мужчин и 56 женщин, в этом числе только 7 алкоголиков). Выписано 111 человек (74 мужчины и 37 женщин). Умерло 35 человек (20 мужчин и 15 женщин) (13,2%).

На 1 января 1912 г. оставалось 118 человек (70 мужчин и 48 женщин). Пособием в своих семьях пользовался 21 человек.

В официальных сведениях Медицинского департамента о психиатрических больницах в Олонецкой губернии значится еще психиатрическая больница в Каргополе, где было 2—5 коек и где за 1912 г. поступило 25 психически больных и выбыло 18 человек, 7 человек умерли (судя по смертности, в Каргополь поступали острые больные). Не надо забывать, что Олонецкая губерния была самой маленькой из всех земских губерний, имела всего 444 000 жителей и обладала очень редким населением.

В Казанском губернском земстве лечение и призрение психически больных шло иначе, чем во всех других земствах. Казанское земство в 1865 г. получило от Приказа учрежденный в 1853 г. дом умалишенных с 35 больными, получило его переполненным, так как построен он был на окраине города в Плетенях на 15—20 человек. «От тесноты и и порчи воздуха, — сообщали Земскому собранию приглашенный земством в 1869 г. специальный заведующий отделением д-р Соколов[1] и управа, — треть больных больна скорбутом, от которого уже умерло 8 человек». В 1870 г. земством были построены летние бараки, так как больных было уже 57 человек и на очередном Земском собрании (в том же году) был поднят вопрос о постройке за городом, но недалеко от него, учреждения на 45 мужчин и 30 женщин, состоящего из двух деревянных зданий. Однако до 1885 г. была сделана лишь пристройка к старому зданию на 35 больных, хотя еще в 1880 г. ревизионная земская комиссия писала: «Земство дает умалишенным помещение, смело могущее конкурировать с самой дурной тюрьмой, и не дает им даже минимальной медицинской помощи».

Такое медленное расширение учреждения зависело от того, что введение земства совпало с открытием в Казани окружной психиатрической лечебницы и уже на первом Земском собрании поднимался вопрос, не будет ли вследствие этого земский дом умалишенных упразднен. Хотя министерство и разъяснило, что Казанская окружная лечебница «предназначена для одержимых преимущественно излечимыми формами болезней и для испытания по требованию администрации...» и что «по выяснении, что тот или иной больной страдает неизлечимой формой, больные, принадлежащие к Казанской губернии, должны препровождаться в земский дом умалишенных», все же земство продолжало ходатайствовать о приеме в окружную лечебницу всех больных.

[1] Еще во времена приказа А. У. Фрезе, приехав в Казань для строительства Окружной лечебницы, взял на себя обязанности по управлению домом умалишенных, но в 1866 г. у него вышло недоразумение с Земской управой по поводу правил приема больных (земство настаивало принимать только освидетельствованных губернским правлением), и он ушел.

Лишь к 1885 г., когда директором Окружной лечебницы вместо проф. Фрезе стал Л. Ф. Рагозин и лечебница была расширена, состоялось, наконец, соглашение о содержании всех психически больных Казанской губернии в Окружной лечебнице и к 1 января 1886 г. в Окружную лечебницу были переведены все женщины, а в 1887 г. и все мужчины, а земский приют был упразднен. За каждого больного земство платило Окружной лечебнице 15 рублей в месяц, а за первый год за излечимых больных по 8 рублей 64 копейки в месяц.

Так продолжалось до 1906 г., когда губернатор сообщил, что «плата за содержание больных в Окружной лечебнице повышается до 280 рублей в год и дальнейший неограниченный прием иметь места не будет, так как в лечебницу необходимо помещать арестованных, и земству поэтому необходимо позаботиться об устройстве своей колонии». В ноябре 1908 г. было получено предписание немедленно освободить 80 мест для арестантов и сообщено, что Казанская окружная лечебница будет обслуживать 7 губерний: Казанскую, Вятскую, Нижегородскую, Пензенскую, Самарскую, Саратовскую и Симбирскую, причем на долю Казанской губернии придется только 130 коек. Поэтому было решено: 1) немедленно организовать в пригородных селах патронаж, 2) составить смету на устройство колонии на 400 человек для требующих специального содержания хроников и 3) немедленно учредить должность врача-психиатра. Но так как Окружная лечебница требовала скорейшего вывода больных, то в 1909 г. было решено организовать временное «Убежище душевнобольных для спокойных хроников», приспособив для этого двухэтажное здание богадельни на 100 человек и помещение для больных с временными обострениями на 50 человек в нижнем этаже здания фельдшерской школы (длительно беспокойных больных переводили в Окружную лечебницу на имевшиеся там 130 мест).

7 ноября 1909 г. убежище открылось, и в него из Окружной лечебницы было переведено 150 больных. Заведующим убежищем и психиатром Казанского губернского земства был приглашен ассистент клиники университета (зав. — проф. В. П. Осипов) Н. А. Донсков.

В 1908—1910 гг. комиссия разработала доклад об устройстве колонии и представила его Земскому собранию. Было решено, что для требующих постоянного медицинского надзора хроников необходимо устроить колонию на 250—300 человек, но осмотренные в целях покупки имения не удовлетворили комиссию, и дело в 1911 г. было отложено, хотя на более подходящем участке«Царицына дача» в 6 верстах от города по Сибирскому шоссе производились технические изыскания.

В общем и в 1912 г. Казанское земство расходовало на попечение о душевнобольных только 95 000 рублей в год.

На чрезвычайной сессии в феврале 1915 г. был окончательно принят проект колонии (консультант — проф. В. П. Осипов) — лечебно-административный корпус на 350 человек, корпус для слабых, неопрятных и беспокойных больных на 300 человек, заразный барак, дом для служащих, машинное отделение, кухня, баня и пр. с общей сметой в 1 548 000 рублей и приступлено к постройке колонии на «Царицыной даче». Но до конца войны постройка мало подвинулась вперед, и больных туда еще не переводили. Медлительность губернского земства заставляла уездные земства принимать свои меры, и, например, Ядринское уездное земство в 1911 г. само ассигновало 2 250 рублей для содержания своих свежих психически больных в Казанской окружной лечебнице, войдя с ней в особое соглашение.

* * *

В этой главе описаны психиатрические учреждения тех земств, которые до самой революции не пошли по пути устройства больших колоний-лечебниц. Если отсутствие больших колоний в бедных, часто сельскохозяйственных губерниях (Пензенской, Калужской, Псковской, Олонецкой, частью Черниговской и Тамбовской) объяснялось недостатком средств, то едва ли этим можно объяснить отсутствие колоний в промышленных губерниях (Владимирской, Ярославской, Пермской[1], Харьковской). Если к этому прибавить, что и в других промышленных губерниях — Московской, Петербургской, Костромской — колонии хотя и были построены, но далеко не в первую очередь, а в Петербургской и Костромской губерниях даже в самую последнюю, то можно предполагать существование каких-то общих причин. Жалоба Харьковского земства на неравномерность земских обложений земли и промышленных предприятий[2], длительные споры Московского земства с Москвой о том, кто из них должен тратить больше средств на психиатрическую организацию, упорные обращения Владимирского земства к правительству, указывавшего, что если оно покровительствует промышленности, то оно должно брать на себя и расходы по призрению психически больных, — довольно определенно объясняют настойчивое уклонение промышленных губерний от трат на психиатрию. В этом сказывался экономический антагонизм между дворянами-землевладельцами и фабрикантами-капиталистами[3].

Представляет также интерес, что психиатрам-разночинцам удалось создать наиболее сложную и более правильную и потому более дорогую (ступенчатую) организацию психиатрической помощи лишь в наиболее богатых сельскохозяйственных районах Украины, где и денег было достаточно, и в земстве не было резкого антагонизма с капиталистами, так как в основном это были губернии сельскохозяйственные, а не промышленные.

Последние три главы с теоретической точки зрения представляют меньший интерес. Ясно, что без всяких дискуссий строились богатые и хорошие колонии в Бессарабском, Курском, Смоленском, Костромском, Тульском и Петербургском земствах потому, что для этого имелись средства, полученные не от земского обложения. Это были или особые монастырские средства (Бессарабия), или частные пожертвования (Смоленск), или большие субсидии со стороны правительства (Петербург, Тула, Кострома, Курск). Ко времени построения этих колоний уже имелось достаточно образцов в самой России, поэтому, имея средства, было уже незачем поднимать дискуссии. И тем не менее при образцовых постройках колоний, вследствие использования уже значительного опыта других земств, и в этих губерниях образцовой организации психиатрической помощи не получилось, как говорил П. П. Кащенко, строитель лучшей из всех колоний — Петербургской. Это ясно свидетельствовало о неправильности самого принципа оказывать психиатрическую помощь при посредстве одной на всю губернию громадной психиатрической больницы-колонии.

---

[1] Пермское земство уже во время первой мировой войны построило вторую больницу в Екатеринбурге (Свердловске).

[2] Промышленные предприятия облагались в пользу земства только со стоимости построек, а не по доходам производства.

[3] Нельзя забывать, что первым ограничением прав земств по налоговому обложению был закон 21 ноября 1866 г., запрещавший облагать сборами торговые и промышленные предприятия. Этот закон вызвал протест всех земств и ссылку в Оренбург председателя Петербургской губернской земской управы Краузе (В. И. Ленин, Сочинения, 4-е изд., т. 5, стр. 33).

XIII. ВАЖНЕЙШИЕ ИТОГИ ПОПЕЧЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ЗЕМСКИХ ГУБЕРНИЯХ

Описав деятельность отдельных губернских земств, подведем теперь итоги. В высокой степени важно установить, что же, в конце концов, дала борьба земских психиатров за правильную постановку психиатрической помощи, установить, какое же наследство получила советская власть в области психиатрии.

Мировая война 1914—1917 гг. временно изменила и состав, и число больных в психиатрических больницах, да и отчеты земских больниц в 1915—1917 гг. перестали выходить. Поэтому мы даем сведения за один из последних предвоенных годов (1911), представленные в четырех таблицах.

При рассмотрении таблиц надо иметь в виду, что данные земских отчетов психиатрических учреждений не всегда отличались точностью: иногда даже в одном и том же отчете цифры разных таблиц не вполне совпадали, иногда нельзя было точно расчленить, сколько больных находилось в лечебницах, сколько в приютах, сколько в патронаже и т. д. Все же отчетные данные всегда давали достаточные, хотя, быть может, и не абсолютно точные представления о состоянии психиатрической помощи.

Собрать цифровые данные по всем больницам за один определенный год было делом нелегким, так как отчеты некоторых больниц не печатались и приходилось делать специальные запросы о движении больных. Нами еще в 1913 г.[1]. были опубликованы данные за 1911 г., поэтому мы и позволяем себе привести их.

Все имеющиеся у нас данные мы свели в приведенные ниже четыре таблицы. Табл. 1 показывает движение больных за 1911 г. по всем земским больницам, табл. 2 показывает в процентах, какая часть всех психически больных (исходя из положения, что всего имеется 3 психически больных на тысячу населения) пользовалась земской помощью в каждой губернии, а также цифры, характеризующие в процентах формы этой помощи (процент больных в патронаже, процент выписанных, процент алкоголиков, процент смертности и увеличения числа больных в больницах за год); в табл. 3 приведено число персонала, обслуживающего психиатрические учреждения каждой губернии, и, наконец, в табл. 4 вычислены расходы земства в течение 1911 г. в каждой губернии на психиатрическую помощь и отношение этих расходов ко всему земскому годовому расходу по губернии и к затратам на все медицинские мероприятия данной губернии.

[1] Современная психиатрия, 1913, август.

Губерния	Состояло на 1 января 1911 г.			Прибыло в 1911 г.			Всего пользовано в больничных учреждениях данного земства в 1911 г.			В том числе алкоголиков без психоза		
	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего
Бессарабская	420	373	793	740	510	1 250	1 160	883	2 043	75	21	96
Владимирская	537	249	786	655	256	911	1 192	505	1 697	200	7	207
Вологодская	313	172	485	377	151	528	690	323	1 013	82	4	86
Воронежская	449	297	746	633	286	919	1 082	583	1 665	36	5	41
Вятская	723	457	1 180[1]	1 013	386	1 399	1 736	843	2 579	?	?	254
Екатеринославская	667	574	1 241	770	360	1 130	1 437	934	2 341	148	21	169
Казанская	95	51	146	232	60	292	327	111	438	133	9	142
Калужская	330	170	500	443	206	649	773	376	1 149	129	23	152
Костромская	323	210	533	402	164	566	725	374	1 099	113	4	117
Курская	577	390	967	225	148	373	802	538	1 340	1	—	1
Московская	469	304	773	340	182	522	809	486	1 295	—	—	—
Нижегородская	449	289	738	1023	350	1 373	1 472	639	2 111	615	88	703
Новгородская	383	209	592[2]	340	139	479	723	348	1 071	60	3	63
Олонецкая	77	44	121	87	56	143	164	100	264	7	—	7
Орловская	405	247	652	307	141	448	712	388	1 100	1	—	1
Пензенская	291	229	520	300	165	465	591	394	985	60	14	74
Пермская	650	432	1 082	1 034	438	1 472	1 684	871	2 555	109	86	195
Петербургская	126	75	201	102	65	167	228	140	368	—	—	—
Полтавская	607	411	1 018[1]	522	399	921	1 129	810	1 939	36	11	47
Псковская	228	144	372	160	88	248	388	232	620	?	?	?
Рязанская	454	201	655	560	229	789	1 014	430	1 444	195	15	210
Самарская	360	240	600	534	232	766	894	472	1 366	75	5	80
Саратовская	286	210	496	?	?	528	?	?	1 028	?	?	?
Симбирская	253	128	381	253	127	380	506	255	761	25	23	48
Смоленская	314	285	599	384	221	605	698	506	1 204	34	3	37
Таврическая	497	321	818	484	264	748	981	585	1 566	?	?	?
Тамбовская	459	327	786	787	388	1 175	1 246	715	1 961	130	11	141
Тверская	622	391	1 013	525	247	770	1 147	636	1 783	96	1	97
Тульская	389	260	649	372	188	560	761	448	1 209	?	?	?
Уфимская	411	282	693	301	186	487	712	468	1 180	50	5	55
Харьковская	855	601	1 456	998	549	1 547	1 852	1 150	3 003	96	26	122
Херсонская	747	567	1 314	568	304	872	1 315	871	2 186	53	—	53
Черниговская	659	407	1 066[1]	552	351	903	1 211	757	1 968	35	4	39
Ярославская	301	152	453	701	276	977	1 002	428	1 430	356	40	396
Всего	14 726	9 699	24 425	16 724	8 112	25 364	31 164	17 701	49 789	—	—	3 633
	—	—	—	+?	+?	—	+?	+?	—	—	—	+?

[1] В это число вошли и находящиеся в патронаже.

[2] По Новгородской губернии все движения больных даны вместе с движением

Таблица 1

психиатрических больницах в 1911 г.

Выписано в 1911 г.			Умерло в 1911 г.			Состояло на 1 января 1912 г. в больничных учреждениях			Состояло на 1 января 1912 г. в патронаже			Состояло на 1 января 1912 г. в окружных лечебницах с платой от земств	Состояло на 1 января 1912 г. с пособием в собственных семьях
мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего		
476	325	801	182	140	322	502	418	920	97	85	182	—	—
522	187	709	116	59	175	554	259	813	66	38	104	90	—
313	101	414	58	26	84	319	196	515	11	8	19	—	102
520	188	708	87	40	127	475	355	830	60	84	144	—	—
812	288	1 100	199	112	311	725	443	1 168	—	—	—	44	28
624	251	875	115	83	198	698	600	1 298	76	73	149	—	—
212	48	262	12	10	22	103	56	159	—	—	—	?	—
350	154	504	76	28	104	347	194	541	—	—	—	90	—
309	110	419	67	38	105	349	226	575	10	10	20	—	—
181	127	308	67	27	94	554	384	938	—	—	—	—	—
234	105	339	78	46	124	497	335	832	52	17	69	111	530
944	301	1 245	80	40	120	448	298	746	75	52	127	—	30
229	81	310	97	65	162	397	202	599[1]	7	11	18	—	—
74	37	111	20	15	35	70	48	118	—	—	—	—	21
216	102	318	71	46	117	425	240	665	79	61	140	—	—
267	156	423	37	33	70	304	189	493	—	—	—	44	8
845	345	1 190	158	106	264	681	420	1 101	—	—	—	40	100
65	39	104	20	11	31	143	90	233	—	—	—	—	—
386	297	683	148	84	232	593	436	1 029	—	—	—	—	—
106	64	170	27	15	42	255	153	408	—	—	—	—	—
515	198	713	92	48	140	407	184	591	151	51	202	90	64
421	181	602	99	45	144	374	246	620	—	—	—	—	—
?	?	373	?	?	134	?	?	517	26	14	40	—	32
213	107	320	40	33	73	253	115	368	—	—	—	50	—
305	195	500	58	37	95	335	274	609	—	—	—	90	82
324	178	502	116	66	182	541	341	882	?	?	110	—	—
621	298	918	153	79	232	437	338	811	—	—	—	—	39
389	170	559	102	57	159	656	409	1 065	36	37	73	110	—
259	128	387	59	42	101	443	278	721	—	—	—	—	16
292	201	493	42	28	70	420	267	687	18	33	51	—	12
824	446	1 270	125	69	194	904	635	1 539	127	43	170	—	—
424	198	622	100	78	178	791	595	1 386	90	60	150	—	2
461	262	723	93	56	149	657	440	1 097	—	—	—	—	—
647	235	882	65	44	109	290	149	439	49	20	69	49	10
—	—	29 781	2 859	1 706	4 699	14 947	9 839	25 309	1 020	687	1 837	808	
—	—	—	+?	+?	—	+?	+?	—	+?	+?	—	+?	(1 067)

[1] в патронаже.

Губерния	Население губернии (в тысячах)	Предполагаемое число больных, считая 3 больных на 1 000 жителей	Число психически больных, находящихся в больницах на 1 января 1911 г.	% призреваемых в больнице из всех психически больных в населении	Число всех пользованных в 1911 г., за исключением алкоголиков без психоза	На 10 000 жителей пользовано
Бессарабская . .	2 441	7 323	793	10,8	1 947	8,0
Владимирская . .	1 896	5 688	876	15,4	1 580	8,3
Вологодская . . .	1 625	4 875	485	9,9	927	5,7
Воронежская . .	3 356	10 068	746	7,4	1 624	4,8
Вятская	3 747	11 231	1 180	10,5	2 369	6,3
Екатеринославская	3 061	9 183	1 241	13,5	2 172	7,1
Казанская	2 711	8 133	?	?	?	—
Калужская . . .	1 387	4 161	590	14,2	1 087	7,8
Костромская . . .	1 701	5 103	533	10,4	982	5,8
Курская	3 017	9 051	967	10,7	1 340	4,4
Московская . . .	1 734	5 202	884	17,0	1 406	8,1
Нижегородская .	1 999	5 997	738	12,3	1 408	7,0
Новгородская . .	1 634	4 314	592	12,3	1 008	6,3
Олонецкая . . .	444	1 332	121	9,1	257	5,8
Орловская	2 580	7 740	652	8,4	1 100	4,3
Пензенская . . .	1 804	5 412	564	10,4	955	5,3
Пермская	3 731	11 193	1 122	10,0	2 400	6,4
Петербургская . .	916	2 748	201	7,3	368	4,0
Полтавская . . .	3 580	10 740	1 018	9,5	1 892	5,3
Псковская	1 355	4 065	372	9,1	620?	4,7?
Рязанская	2 408	7 224	745	10,3	1 324	5,5
Самарская	3 544	10 632	600	5,6	1 286	3,6
Саратовская . . .	3 095	9 285	496	5,3	1 028 ?	3,3
Симбирская . . .	1 932	5 796	431	7,4	763	4,0
Смоленская . . .	1 950	5 750	689	12,0	1 257	6,4
Таврическая . .	1 876	5 628	818	14,5	1 566 ?	8,3
Тамбовская . . .	3 413	10 289	786	7,6	1 820	5,3
Тверская	2 177	6 531	1 123	17,2	1 796	8,2
Тульская	1 774	5 322	649	12,2	1 209 ?	6,8
Уфимская	3 037	9 111	693	7,6	1 125	3,7
Харьковская . .	3 246	9 738	1 456	15,0	2 881	8,9
Херсонская . . .	2 935	8 805	1 314	14,9	2 133	7,3
Черниговская . .	2 976	8 928	1 066	12,0	1 929	6,5
Ярославская . . .	1 218	3 654	499	13,6	1 083	8,9

[1] Без Нежина.

Таблица 2

пользовалась земской помощью

Общее число дней, проведенных всеми психически больными в 1911 г.	В том числе проведено дней больными в патронаже	Среднее ежедневное число больных в 1911 г.	Среднее число дней, проведенных психически больными в больнице	% выписки (ко всем пользованным)	% смертности (ко всем пользованным)	% алкоголиков без психоза (ко всем пользованным)	% больных в патронаже на 1 января 1912 г.	Прирост числа больных в больнице с 1 января 1911 г. по 1 января 1912 г.
342 004	65 760	937?	164,0	39,2	15,0	4,7	19,8	—127
292 459	?	801	149,3	41,8	10,3	12,2	12,8	+ 27
184 124	?	504	181,7	40,9	8,3	8,4	3,7	+ 30
287 104	46 322	786,5	172,4	42,5	7,6	2,5	17,3	+ 84
424 060	—	1 163	164,7	42,7	12,0	10,0	—	— 12
454 811	55 715	1 246	—	37,4	8,3	7,2	11,5	+ 57
—	—	—	—	60,0	5,0	32,4	—	+ 13
—	—	530	—	43,9	9,0	13,2	—	+ 41
196 469	—	538	178,7	38,1	9,5	11,7	—	+ 42
344 358	—	943	256,9	23,0	7,0	—	—	— 29
292 760	19 908	802	226,1	26,2	9,6	—	8,3	+ 59
270 320	45 469	—	—	59,0	5,7	33,3	17,0	+ 8
217 395	?	593	202,9	28,9	15,1	6,8	3,0	+ 7
42 978	—	—	—	42,0	13,3	2,6	—	— 3
238 724	49 492	—	—	28,9	10,6	—	21,0	+ 13
183 831	—	504	186,6	43,0	7,7	7,5	—	— 27
406 827	—	1 111	—	46,6	10,3	7,6	—	+ 19
79 383	—	218	215,7	28,2	8,4	—	—	+ 22
372 861	—	1 022	170,2	47,4	8,4	2,4	—	+ 11
—	—	389	—	27,4	6,8	?	—	+ 36
232 853	74 209	—	—	48,3	9,7	14,5	34,2	— 64
218 125	—	598	160,0	44,1	10,5	6,0	—	+ 20
187 687	—	514	—	36,2	13,0	?	7,7	+ 21
132 080	—	395	189,0	41,9	9,6	6,3	—	— 13
221 715	—	607,4	—	41,0	8,4	3,1	—	+ 13
—	?	735	—	35,9	11,6	—	13,6	+ 64
—	—	—	—	47,0	9,9	7,2	—	+ 25
376 913	—	1 033	210,8	31,3	8,9	5,5	6,9	+ 52
—	—	688	—	32,0	8,4	?	—	+ 72
258 805	19 173	709	—	41,8	5,9	4,7	7,4	— 6
550 005	53 057	1 506	183,0	42,2	6,4	4,1	11,0	+ 83
504 622	64 921	1 383	230,8	28,5	8,1	2,0	10,0	+ 72
251 703[1]	—	690[1]	165,2	36,7	8,1	2,0	—	+ 31
177 848	21 195	429	155,4	61,7	10,3	27,7	15,7	— 14

Таблица 3

Число медицинского персонала в земских больницах на 1 января 1912 г.

Губерния	Название психиатрических учреждений, имеющихся в губернии	Число врачей	Средний персонал			Младший персонал (санитары)		
			фельдшера	надзиратели	помощники надзирателей	мужчины	женщины	всего
Бессарабская	Костюженская больница. Скиносский патронаж	7	12	—	11	—	—	300
Владимирская	Психиатрическое отделение губернской больницы. Патронаж	5	—	8	—	74	32	106
Вологодская	Психиатрическая колония в селе Кувшинове. Патронаж	4	5	28	15	55	37	92
Воронежская	Городское приемное отделение. Колония Орловка. Патронаж в селе Девице	5	—	12	—	67	61	128
Вятская	Психиатрическое отделение Вятской губернской больницы. Психиатрическое отделение в Сарапуле, Елабуге, Котельничах и Орлове	8	9	29	—	137	108	245
Екатеринославская	Отделение губернской больницы в Екатеринославе. Колония на станции Игрень. Патронаж в Лоцманской Каменке, Краснополье, Диевке	9	22	5	—	—	—	?
Казанская	Убежище психически больных	2	—	4	1	—	—	?
Калужская	Психиатрическое отделение губернской больницы, Бушмановский приют для хроников	3	3	9	3	54	32	86
Костромская	Психиатрическая колония «Никольское». Патронаж	5	—	11	—	61	51	112
Курская	Психиатрическая колония в Сапогове	9	—	16	41	73	66	139
Московская	Покровская психиатрическая больница-колония. Патронаж в селе Любучанах и Ивине	12	—	19	46	85	102	187
Нижегородская	Городское приемное отделение. Колония Ляхово. Патронаж колонии Ляхово. Патронаж в Балахне	7	—	13	21	67	69	136
Новгородская	Колмовская больница-колония. Патронаж	5	17	—	4	52	39	91
Олонецкая	Психиатрическое отделение губернской земской больницы	1	—	8	—	19	10	29
Орловская	Психиатрическая колония «Св. духа» в Кишкинке, психиатрический приют в Орле. Патронаж	5	—	17	11	15	81	96

Пензенская	Психиатрическое отделение губернской больницы	6	—	17	13	79	64	143
Пермская	12 городских отделений психиатрической больницы. Липогорская колония	9	—	39	—	98	103	201
Петербургская	Психиатрическая больница-колония в селе Сиворицах, Патронаж в деревне Тихковицах	5	—	3	8	52	42	94
Полтавская	Городское приемное отделение. Колония. Роменский приют	8	19	3	13	91	74	165
Псковская	Больница в Черняковичах	3	—	15	—	—	—	75
Рязанская	Голенчинская колония. Патронаж	6	—	17	—	—	—	?
Самарская	Больница-колония в Томашевом Колке	7	14	10	7	101	59	160
Саратовская	Психиатрическая больница-колония в деревне Есиповке. Патронаж	7	—	11	23	—	—	108[1]
Симбирская	Карамзинская колония	3	—	5	—	48	31	79
Смоленская	Колонии Верхняя и Нижняя Гедеоновка	6	—	6	20	55	65	120
Таврическая	Психиатрическое отделение губернской больницы. Патронаж	5	—	22	—	65	48	113
Тамбовская	Психиатрическое отделение губернской земской больницы	8	12	11	—	88	87	175
Тверская	Бурашевская больница-колония. Патронаж в 8 окружных деревнях	9	—	24	6	96	100	196
Тульская	Лечебница в городе. Мясновский приют, Петелинская колония	8	?	?	?	96	75	171
Уфимская	Городское психиатрическое отделение. Новая больница за городом. Патронаж. Тюремное отделение	6	—	12	17	105	65	170
Харьковская	Отделение губернской больницы, 23-е отделение по Сумскому шоссе. Патронаж в Даниловке. Городской патронаж	11	53	9	—	187	145	332
Херсонская	Приемное отделение в Графском саду. Колония в Графском саду. Хроническое отделение в городе. Открытый и закрытый патронаж в Арнаутке	10	—	15	14+46	103	92	195
Черниговская	Психиатрическое отделение губернской больницы. Приют на Бобровице. Нежинское психиатрическое отделение	6	9	26	8	93	70	163
Ярославская	Психиатрическое отделение губернской земской больницы. Патронаж в Тверицах и Гагаринской слободе	4	2	7	9	48	22	70
	Всего	214	177	431	309	—	—	4 477
				917				

Губернии	Истрачено на психиатрическую помощь населению в 1911 г.	Общий расход земств (уездных и губернских) губернии в 1911 г.	% расходов на психиатрическую помощь по отношению ко всем расходам земств	Общие расходы на все медицинские мероприятия в 1911 г.	% расходов на психиатрическую помощь по отношению к расходам на все медицинские мероприятия	Расходы губернского земства данной губернии в 1911 г.
Бессарабская	347 802	4 692 500	7,4	1 379 300	25,2	1 427 503
Вологодская	121 846	4 636 300	2,6	1 402 000	9,0	—
Воронежская	193 102	6 383 800	3,0	1 552 900	12,4	—
Вятская	253 828	7 764 800	3,3	1 984 900	12,8	—
Костромская	130 672	5 067 400	2,6	1 514 500	8,6	1 357 587
Курская	251 658	7 445 000	3,3	1 972 600	12,7	—
Московская	339 911 353 721[1]	8 005 500	4,2	2 191 100	10,9	—
Нижегородская . . .	210 251	4 435 300	4,7	1 282 900	16,4	1 226 323
Новгородская . . .	149 905	4 003 500	3,7	956 400	15,7	—
Олонецкая . . .	42 897[2]	2 219 600	1,9	589 700	7,3	681 635
Пензенская	172 662	2 823 400	6,1	1 000 500	—	1 080 241
Пермская	276 678	10 422 100	2,7	2 765 600	10,0	2 482 118
Полтавская	265 793	9 975 100	2,7	2 037 900	13,0	—
Самарская	258 289	7 747 200	3,3	2 225 300	11,6	2 704 518
Саратовская	155 000	5 811 800	2,7	1 787 600	8,7	—
Симбирская	126 799	3 891 600	3,5	1 210 300	10,5	—
Смоленская	153 242	4 055 900	3,8	1 010 400	15,2	1 063 828
Таврическая	189 939	5 209 900	3,6	1 624 500	11,7	1 513 472
Тамбовская	242 290	6 569 000	3,7	2 153 100	11,2	—
Тверская	275 291	6 136 000	4,5	2 035 400	—	—
Уфимская	247 563	5 109 633	5,0	1 352 900	18,3	1 619 901
Харьковская	523 798[3]	10 407 100	5,0	2 610 600	24,2	3 479 250
Херсонская . . .	335 742	8 734 700	3,8	2 426 900	13,8	—
Ярославская	105 107	3 266 300	3,2	1 056 600	10,0	1 077 958

[1] По данным доклада А. М. Балашова, XVIII съезд врачей, стр. 79.
[2] Среднее за последние 3 года (Вестник Олонецкого земства, 1912, март).
[3] Из них 25 000 рублей в фонд на постройку районной больницы в Сватове.
[4] По данным Главного управления по делам местного хозяйства за 1911 г.
[5] В Вятке.

Таблица 4

трическую помощь в 1911 г.

% на психиатрическую помощь по отношению к расходам губернского земства	Затраты губернского земства на медицину	% на психиатрическую помощь	Стоимость содержания по отчетам одной койки в психиатрических учреждениях в 1911 г.			
			в больнице		в патронаже	
			руб.	коп.	руб.	коп.
23,0	532 813	65,2	391	11	151	57
—	—	—	245	—	—	—
—	—	—	244	74	103	—
—	—	—	205[5]	—	—	—
9,6	374 647	34,8	242	76	—	—
—	—	—	264	—	—	—
11,6[1]	—	42,2[1]	407	81	142	—
17,1	452 133	46,5	255 (в Ляхове)	68	198	78
—	—	—	245	75	132	—
6,3	175 205	24,5	380	—	—	—
16,0	373 509	46,2	243	—	—	—
11,1	678 670	40,8	229	—	—	—
—	—	—	376 (в городе)	—	227 (в колонии)	—
9,2	853 466	30,3	432	20	—	—
—	—	—	317	—	129	—
—	—	—	278	10	—	—
14,4	325 787	46,7	221	54	—	—
12,5	588 670	32,2	258	42	—	—
—	—	—	295	—	—	—
—	—	—	242[4]	—	—	—
17,4	426 441	38,0	281	63	157	46
15,0	982 464	56,4	360	24	145	88
—	—	—	287[4] (лечебница) 247[4] (колонии)	—	151[1]	—
9,8	327 515	32,1	239	46	127	46

Интересно сравнить число состоявших на излечении в 1911 г. на 10 000 жителей с данными прежних лет (табл. 5).

Таблица 5

Губерния	1898 г.[1]	1907 г.[2]	1910 г.[3]	1911 г.
Бессарабская	7	7,5	8,1	8,0
Владимирская	2,3	—	8,6	8,3
Вологодская	1,9	—	6,5	5,7
Воронежская	1,2	—	4,4	4,8
Вятская	1,4	—	6,3	6,3
Екатеринославская	2,9	6,7	7,3	7,1
Курская	3,7	5,3	5,4	4,4
Калужская	2,4	—	7,9	7,8
Костромская	1,6	4,3	5,6	5,8
Нижегородская	2,5	—	7,0	7,0
Новгородская	2,9	5,8	6,7	6,3
Орловская	1,9	—	4,2	4,3
Пензенская	2,5	4,7	4,8	5,3
Пермская	1,8	—	?	6,4
Полтавская	1,7	4,7	5,4	5,4
Рязанская	?	5,9	6,3	5,5
Саратовская	1,3	—	—	3,3
Самарская	1,3	—	3,7	3,6
Тамбовская	2,1	4,8	5,1	5,3
Тульская	2,3	4,4	6,8	6,8
Тверская	4,1	7,5	8,2	8,2
Херсонская	1,8	—	7,1	7,3
Харьковская	?	6,9	8,5	8,9
Ярославская	2,4	6,9	8,8	8,9

Из приведенных табл. 1 и 2 видно следующее:

1. Во всех земских психиатрических учреждениях на 1 января 1911 г. состояло 24 425 психически больных, из них 14 726 мужчин и 9 699 женщин; к 1 января 1912 г. число это увеличилось на 884 человека (прирост числа больных на 3,6%), т. е. до 25 309 больных, из них в патронаже состояло 1 837 человек; патронаж имелся при 18 из 34 земских больниц[4].

Всего в земских больницах в 1911 г. пользовано 49 789 психически больных, из них около 4 000 алкоголиков б е з п с и х о з а.

Кроме того, 12 земств оплачивали содержание 938 психически больных в окружных лечебницах, а 1 067 больным, находившимся в своих семьях, выдавалось пособие.

2. Процент находившихся в больницах на 1 января 1911 г. по отношению ко всему числу психически больных, если считать 3 психически больных на 1 000 жителей[5], был очень невелик. Этот процент нигде не достигал двадцати. Выше 15% было только в Тверской (17,2), Московской (17)[6] и Владимирской (15,4) губерниях; в Харьковской губернии было 15%;

[1] Врачебно-санитарные известия по Тверской губернии, 1898, № 5, Цитируется по докладу Н. А. Вырубова Воронежской управе за 1901 г.

[2] См. нашу таблицу в «Современной психиатрии», 1908, стр. 376.

[3] Наша работа по отчетам за 1910 г., «Современная психиатрия», 1912, стр. 686.

[4] В 1912 г. открыт еще патронаж при больнице Петербургского земства.

[5] Число жителей принималось по «Календарю земского деятеля» на 1913 г., стр. 34.

[6] Не считая 530 больных, получавших пособие в своих семьях. Если считать и их, то процент призреваемых в Московской губернии будет равняться 27,6.

в губерниях Самарской и Саратовской относительное число призреваемых было наименьшим — 5,6 и 5,3%.

3. По числу пользованных на 10 000 жителей на первом месте стоят губернии: Ярославская, Харьковская (по 8,9), Таврическая (8,3), Владимирская (8,3), Тверская (8,2), Московская (8,1) и Бессарабская (8).

Данные (табл. 5) показывают, что за 1911 г. ухудшилось обслуживание населения больничной помощью лишь в Курской и Рязанской губерниях и резко улучшилось в Пензенской; в большинстве остальных губерний оно развивалось медленно. Если сравнить данные 1911 г. с цифрами 1898 г., то видно, что к 1907 г. (т. е. через 9 лет) объем психиатрической помощи населению в большинстве земских губерний увеличился более чем вдвое, а к 1911 г. (через 13 лет) — более чем в три раза.

4. Процент выписанных по отношению к числу состоявших на излечении в среднем, как и в 1910 г., был равен 35—40. Наименьший процент наблюдался в больницах Курской (23) и Московской земской (Покровское-Мещерское) (26,2), очевидно, в связи с малым числом поступающих вследствие затруднений в приеме. Наибольший процент в больницах Казанской (60), Нижегородской (59) и Ярославской (61,7) губерниях связан с громадным поступлением алкоголиков.

5. Процент смертности наиболее высок в больницах Бессарабского земства (15% в связи с громадным числом пеллагриков) и Новгородской (15,1%); причина не установлена. Смертность выше 10% имела место, кроме того, в больницах Владимирской, Олонецкой, Орловской, Пермской, Самарской, Саратовской, Таврической и Ярославской.

6. Алкоголиков, не страдавших психозом, принимали во многих больницах в очень большом числе: в Нижегородской губернии они составляли 33,3% всех состоявших на излечении (около половины поступивших), а в Ярославской — 27,7%. Больше половины поступивших составляли алкоголики и в новой Казанской земской больнице (убежище).

7. В патронаж из земских больниц переводилось относительно больше всего больных в Рязани (34,2%), Орле (21%), Воронеже (17,3%), что свидетельствовало о переполнении этих больниц.

Табл. 3 показывает число медицинского персонала, обслуживавшего земские психиатрические больницы. Как видно из этой таблицы, во всех земских больницах на 1 января 1912 г. числилось 214 врачей, 900 лиц среднего медицинского персонала и свыше 4 500 лиц младшего медицинского персонала (санитаров и санитарок).

Таким образом, на единицу медицинского персонала приходилось в среднем во всех земских психиатрических больницах вместе на одного врача около 120 больных, на одно лицо среднего медицинского персонала приблизительно 28 больных и на одно лицо младшего медицинского персонала[1] приблизительно 5,2 больных.

Табл. 4 показывает, какой процент земского бюджета всей губернии (т. е. бюджета[2] губернского земства и всех уездных земств) затрачивался на психиатрию. Из табл. 4 выясняется, что траты на психиатрические больницы были очень скромны: из 23 губерний, о которых у нас имеются сведения, в половине губерний они не составляли даже 3% всего земского бюджета губернии; лишь в шести губерниях они были выше 4%. По отношению к затратам земств на медицинскую помощь во всей губернии траты на психиатрическую помощь были равны приблизительно 10%.

---

[1] Больницы, где число младшего медицинского персонала неизвестно, исключены.

[2] Цифры бюджетов взяты из статьи В. Юрьева «Бюджеты земств по сметам 1911 г. и обложение земли», изд. журнала «Земское дело». Траты на психиатрическую помощь взяты из печатных отчетов психиатрических больниц за 1911 г.

По всем земским губерниям, по Юрьеву, затраты земств на психиатрические учреждения в 1911 г. были равны 6 313 800 рублей, что при общем бюджете земств в 191 707 700 рублей составляло около 3,3% всего земского бюджета. На все медицинские мероприятия земствами истрачено в 1911 г. 53 684 500 рублей; стало быть, затраты на психиатрическую помощь составляли около 11,8% трат на медицинские мероприятия.

Таким образом, мы видим, что хотя и медленно, особенно вначале, в 70-х годах, но неуклонно психиатрическая помощь развивалась в 34 земских губерниях. С самых первых лет своего существования земство не могло не обратить внимания на тяжелое состояние переданных ему от Приказа домов умалишенных. Начинается вначале, правда, бесплановое, упорядочивание дела; число больных в домах умалишенных к 1875 г. в семи губерниях (Вятской, Симбирской, Таврической, Тамбовской, Харьковской, Херсонской и Калужской) перешло за 100, а к 1885 г. в трех губерниях (Вятской, Екатеринославской и Харьковской) даже за 200 человек (в Харькове даже 302). С 80-х годов в отдельных земствах, а затем и в большей части земств начинается строительство психиатрических колоний, и к 1912 г. в земских психиатрических стационарных учреждениях, не считая внебольничной помощи (патронаж, богадельня, пособия семьям психически больных), находилось на лечении и призрении 25 309 психически больных, тогда как от Приказа земство приняло лишь 1 256 психически больных, т. е. за 45 лет больничная помощь психически больным возросла в 20 раз, причем уже к 1890 г. число больных увеличилось в 6 раз, а с 1890 г. оно увеличивалось еще быстрее.

Много трудов и усилий затратили рядовые земские психиатры на то, чтобы поставить психиатрическую помощь по возможности удовлетворительно. О бескорыстной преданности делу многих психиатров, которые отдали ему всю свою жизнь, мы уже говорили. Основы психиатрической помощи, хотя и далеко не достаточные, хотя и не всегда правильные, в земских губерниях не только были заложены, но и с каждым годом, насколько это было возможно, прогрессировали. Организованные почти одновременно с началом земской психиатрии университетские кафедры психиатрии постепенно стали давать все большее число квалифицированных психиатров. Внутренняя жизнь психиатрических больниц и организация лечебного дела в них постепенно становились во всяком случае не хуже, как это нам пытаются нарисовать буржуазные космополиты, а во многих отношениях (отсутствие мер стеснения) лучше, чем в западноевропейских странах.

Благодаря всему этому, советское здравоохранение в виде земских психиатрических учреждений получило хотя и небогатое и не вполне достроенное, но все же ценное наследство. Но психиатрическая организация была не только зданием недостроенным, ждущим своего хозяина, каким было, по выражению З. П. Соловьева, и здание общей земской медицины, но и основы самого плана этого здания требовали, как это признавали в последние годы перед революцией и сами земские строители врачи-психиатры, коренной переработки.

XIV. ПОПЕЧЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПЕТЕРБУРГЕ, МОСКВЕ И ОДЕССЕ

Из городских самоуправлений самостоятельную (от земств) психиатрическую организацию имели только Петербург, Москва и Одесса.

Петербургское городское управление при передаче ему в 1884 г. учреждений Приказа получило для лечения и призрения психически больных больницу «Николая чудотворца» с 320 койками, 50 коек, содержавшихся на средства Приказа в больнице Всех скорбящих, и 150 коек для хроников в загородной богадельне Приказа, открытой в 1867 г. за городом в зданиях упраздненного земледельческого училища. На средства города еще в приказное время содержался так называемый приют для первоначального призрения, в котором к 1884 г. было 70 психически больных и, кроме того, 150 психически больных в городской богадельне. Как только город принял приказные учреждения, Филантропическое человеколюбивое общество, содержавшее на свои средства 380 психически больных в Охтинских богадельнях, отказалось от этого расхода, и городу пришлось взять в свое ведение и Охтинские богадельни. Приняв приказные учреждения, город счел невыгодным для себя платить больнице «Всех скорбящих» 15 000 рублей в год за 50 больных и решил всех хроников сосредоточить в загородной богадельне Приказа, выведя оттуда имевшиеся там другие учреждения. Все это повело к организации в 1885 г. в этой богадельне загородной больницы «Св. Пантелеймона» (главным врачом до 1895 г. состоял С. А. Беляков) на 520 коек.

Таким образом, город в 1885 г. имел следующие психиатрические учреждения: больницу «Николая чудотворца» на 410 коек (в ней город решил сосредоточить всех вновь поступавших больных, доведя число коек до 410, приспособив для 90 добавляемых мест имевшийся там летний барак), больницу «Св. Пантелеймона» на 520 коек (в ней решено было сосредоточить всех беспокойных хроников), городскую богадельню на 150 коек и Охтинские богадельни на 220 коек, всего 1 300 коек.

Устраивая больницу «Св. Пантелеймона» и желая иметь все койки в бывшей загородной богадельне Приказа в своем управлении, город должен был войти в соглашение с Тюремным управлением, которое, готовясь к передаче городу прежде всего больницы «Николая чудотворца», перевело в 1883 г. в загородную богадельню имевшееся в больнице особое отделение для судебно-испытуемых психически больных и арестантов на 50 коек. Это отделение, как уже говорилось, было организовано в 1852 г., при этом по особому указу правительства от 14 июля 1864 г. намечалось организовать такие же особые «судебные» отделения при каждом исправительном заведении, т. е. в каждой губернии. Тюремное ведомство охотно пошло навстречу пожеланию города взять на себя заведывание и содержание этого отделения, соглашаясь и на обратный перевод его в больницу «Николая чудотворца», что и состоя-

лось 30 декабря 1887 г. О. А. Чечотт, состоявший после П. А. Дюкова с 1881 г. главным врачом больницы «Николая чудотворца» и разрабатывавший для Городской управы «общий план призрения помешанных» в Петербурге[1], считал это соглашение с тюремным ведомством «счастливым случаем», помогшим создать стройную систему призрения психически больных в Петербурге. На самом деле это соглашение дало повод тюремному управлению и во всех других городах уклониться от возложенной на него указом 1864 г. обязанности устраивать больницы для умалишенных преступников при каждом исправительном заведении и тем возложить на общественные психиатрические больницы новую тяжелую обязанность, доставившую им много неприятностей и вызвавшую ряд ходатайств об освобождении от нее.

Когда городское управление лучше ознакомилось с переданными ему учреждениями, то оказалось, что ни одно из них не могло быть названо удовлетворяющим своему назначению. Больница «Николая чудотворца» состояла из многоэтажного тюремного здания и летнего барака, а больница «Св. Пантелеймона» — из старого барского дома и старых бараков. Поэтому думская комиссия общественного здравия уже в 1888 г. нашла, что было бы правильнее построить новые больницы. Для подробной разработки вопроса была образована особая подкомиссия, по поручению которой д-р О. А. Чечотт составил проек реорганизации психиатрической помощи в Петербурге[2].

О. А. Чечотт считал, что при населении Петербурга, равнявшемся в 1889 г. 1 646 000 человек, городу нужно иметь в круглых цифрах в психиатрических больницах 2 500 мест, считая по 3 койки на каждые 2 000 жителей. Имея в виду ежегодное возрастание населения — на 2,5%, т. е. на 40 000, нужно иметь в виду ежегодное увеличение на 60 коек. Из этого числа 2 500 коек О. А. Чечотт считал $^1/_{10}$ часть (250 коек) лечебными, 75%—для «хроников второй группы (спокойные рабочие)», т. е. 1 650 коек, 550 коек — для «хроников первой группы, особо трудных по их болезненному состоянию» и 50 коек — судебных; всего «трудных коек» 600.

Лечебница, считал О. А. Чечотт, должна быть построена и оборудована согласно всем требованиям науки, и при устройстве зданий каждая койка обойдется до 3 000 рублей, не считая стоимости земли.

Первая категория хроников должна быть размещена поблизости от лечебницы; здесь необходимо разделение различных групп, но устроено это учреждение может быть много проще лечебницы и стоимость устройства койки можно считать равной 1 000 рублей.

Вторая категория хроников должна составлять «в некоторой мере особое целое... это отделение должно быть устроено вдали от столицы, где-либо в деревне»; устройство койки обойдется в 500 рублей.

По этому расчету Чечотта расход на устройство проектируемых учреждений достигал 2 175 000 рублей, а годовое содержание — 372 500 рублей.

После длительного обсуждения в комиссии план О. А. Чечотта был рассмотрен в 1890 г. Городской думой, одобрен ею и предложен «по мере могущих быть изысканными денежных средств к осуществлению».

Реально для свежезаболевших, как мы сказали, оставалась больница «Николая чудотворца» (ее пришлось в 1886 г. спешно капитально отремонтировать); для хроников первой группы должна была служить больница «св. Пантелеймона», а под учреждение для хроников второй группы за 90 000 рублей в 1892 г. была приобретена дача Мятлевых с 180 десятинами

[1] Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, 1896, т. VII, в. 1, стр. 58—72.

[2] Общий план призрения, Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологи, 1889, т. VII, в. 1.

земли в 18 верстах от Петербурга по Петергофскому шоссе, где имелся дворец екатерининских времен. Здесь была построена Новознаменская больница. К 1899 г. здесь имелись уже помещения для 750 больных (490 мужчин и 260 женщин): 1) переделанный дворец на 140 коек, 2) два павильона на 50—60 беспокойных больных каждый, 3) три павильона, построенных с самого начала на 160 рабочих больных каждый, и 4) павильон для изоляции на 10 человек. На все это было затрачено 754 000 рублей.

В 1895 г. с критикой всего проекта психиатрического дела в Петербурге выступил Н. Н. Баженов, занявший должность главного врача больницы «Св. Пантелеймона»[1]. Он находил, что «психиатрическое учреждение может быть жизнеспособным только тогда, когда оно представляет собой органическое целое и содержит в себе все категории больных». Он доказывал, что нельзя разделять больницы так, что одна предназначена для беспокойных больных, а другая — для работающих. Он доказывал, что лечебница не отделима от колонии. Одним словом, в Петербурге Баженов возобновлял ту дискуссию, которую в 1891 г. москвичи вели с Якобием, однако Баженов допускал только выделение сортировочного бюро для вновь поступивших.

Баженов писал про больницу «Св. Пантелеймона», что это «лишь временное помещение, которое отжило свой век и отслужило свою службу», и поэтому строившуюся в то время Новознаменскую больницу надо было, по его мнению, строить «не как колонию для рабочих больных, а как настоящую больницу, которая необходима для Петербурга».

Последнее положение Баженова было принципиально правильным, так как при всех условиях прежде всего необходима хорошая лечебница, а ее-то и не было в Петербурге. И в Петербурге, собственно, происходило то же, что и в земстве: прежде всего строилось учреждение для хроников, так как помещения для последних стоили дешевле.

Баженов находил еще, что само расположение Новознаменской больницы не позволяет ей быть земледельческой колонией, так как это «узкая и длинная полоска земли, занятая частью приморскими болотами, находящаяся в бойкой аристократической дачной местности и в ближайшем соседстве с очень посещаемым монастырем, да и земли 150 десятин для 1 500 больных было мало; наконец, больницы-гиганты вообще нежелательны; лучший размер больницы — 500 человек».

Н. Н. Баженов пробыл главным врачом больницы «Св. Пантелеймона» недолго: уже в 1897 г. он перешел в Москву. Заведующим этой больницей стал Н. Я. Смелов, и Новознаменская больница продолжала строиться как дешевая колония. Впрочем, дорогих специальных зданий для психически больных в Петербурге вообще не устраивалось. Число больных быстро росло. «Город, — как писал О. А. Чечотт, — сражался с полицией, приемные покои которой были забиты душевнобольными. Больницы переполнялись до нетерпимых размеров. Для их разгрузки выводили из здания больниц квартиры врачей, приспособляли имевшиеся случайно незанятыми у города подходящие и неподходящие здания, причем какого-либо плана не составлялось; не было создано и единого управления образовавшимися во всех концах города психиатрическими отделениями».

В 1899 г. при проектировании Думой крупного займа в 30 млн. рублей было предположено включить в него 3 млн. на больничное дело и из них $1^1/_2$ млн. отчислить на реорганизацию призрения психически больных. Для приведения в исполнение плана О. А. Чечотта 1889 г. этой суммы было далеко не достаточно. Тогда возникла мысль использовать некоторую часть

[1] Н. Н. Баженов, Об организации призрения душевнобольных в Петербурге, Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, 1896, т. XI, в. 2.

площади, занимаемой больницей «Николая чудотворца», и обойтись, таким образом, без постройки новой больницы; на такую пристройку к больнице «Николая чудотворца» предполагалось ассигновать 500 000 рублей, на капитальное переустройство больницы «Св. Пантелеймона» — 250 000 рублей и 750 000 рублей на Новознаменскую больницу.

Против этого проекта резко возражала Думская комиссия общественного здравия, доказывая полную непригодность старой, переделанной из тюрьмы больницы «Николая чудотворца». Дума в 1904 г. предложила разработать план новой больницы-лечебницы на 300 коек, причем она полагала, что эта лечебница могла бы быть сооружена на городской земле, известной под названием Рублевик (пространством около 17 десятин), отведенной под постройку городской больницы имени Петра Великого. Больница предполагалась на 180 мужчин и 120 женщин, причем имелось в виду 90% коек отвести для больных с острой формой заболевания и 10% для кратковременного пребывания вновь поступавших хроников. По категориям больных в лечебнице предполагалось 30% спокойных, 20% слабых, 40% беспокойных и 10% буйных; система постройки — павильонная. Выработка основных зданий для постройки была закончена Комиссией общественного здравия 15 января 1905 г., но затем дело оставалось без движения до конца 1907 г., когда Дума поручила особой комиссии разработать детальный проект этой больницы.

Комиссия была создана из гласных, психиатров и архитектора И. С. Китнера и работала под председательством О. А. Чечотта $1^1/_2$ года[1].

Большие споры в комиссии вызвал вопрос, нужно ли особое сортировочное бюро, надо ли по примеру Москвы учредить для отбора больных должность районных психиатров, каковы должны быть ранги врачей, надо ли иметь старших врачей, и масса других мелких вопросов.

В конце концов, были приняты планы, разработанные архитекторами Китнером и Красовским. Решено строить административное здание с сортировочным отделением на 60 мужчин и 40 женщин в его крыльях, с конторой, залом для собрания больных, библиотекой, аптекой и т. д. в центре и отдельные павильоны на 200 больных. Но и проект комиссии 1909 г. не был осуществлен. Для лишних больных попрежнему приспосабливались различного рода дома, называвшиеся филиалами больницы «Николая чудотворца». В 1909 г. с открытием земской больницы в Сиворицах туда было переведено из городских больниц 70 земских больных.

С 1903 по 1909 г. после выхода в отставку О. А. Чечотта главным врачом больницы «Николая чудотворца» был Н. Н. Реформатский и по 3 июля 1916 г. К. В. Охочинский[2] (по год своей смерти; родился в 1854 г.).

К 1911 г., кроме больниц «Николая чудотворца», «Св. Пантелеймона» и Новознаменской, в Петербурге имелись следующие филиалы больницы «Николая чудотворца»: Василеостровское для слабых мужчин (на 125 больных), Полюстровское для слабых женщин (на 150 больных), Порховское для спокойных женщин (на 80 больных), Екатерингофское для туберкулезных психически больных (на 150 больных). Во всех этих филиалах нигде не было не только дежурного врача, но даже и дежурного старшего надзирателя.

Кроме того, часть больных помещали с платой от города в частные пансионаты на Черной Речке и в Новой Деревне; за каждого больного платилось по 240 рублей в год; имелось три пансионата: Соколовой, Томсон и Май-

---

[1] Протоколы заседания комиссии, СПБ, 1909.

[2] К. В. Охочинский служил в больнице «Николая чудотворца» с 1879 г. ординатором.

нес на 60 человек. Наконец, у Ладожского озера в 180 верстах от Петербурга, куда вела очень плохая дорога, находился приют д-ра Маляревского, в котором по договору с городом содержалось 50 городских больных.

В мае 1907 г. был открыт деревенский патронаж в деревне Шуговицы Ямбургского уезда в 100 верстах от Петербурга по Северо-Западной железной дороге; из больницы «Николая чудотворца» туда было переведено 25 женщин. Первые три года приемного покоя в патронаже не было и число больных было невелико: в 1907 г. — в среднем 19 человек, в 1908 г. — 25 и в 1909 г. — 34 человека. В январе 1909 г. на мызе Смердовицы был приспособлен барский дом для приемного покоя на 30—40 человек, где стал постоянно жить и врач. Одновременно больные мужчины были размещены в деревнях Б. Руде и Молосковицы.

К 1 ноября 1912 г. в патронаже состояло 156 мужчин и 92 женщины, которые были размещены на 79 квартирах (больше трех больных у одного хозяина не помещали); женщин, кроме деревни Шуговицы, помещали с 1911 г. еще в деревне Ястребино и Коложцы. Всех больных вначале помещали в приемный покой, так как оказалось, что городские больницы очень неохотно расстаются с работающими больными и присылали в патронаж беспокойных; пришлось даже, помимо приемного покоя, где больные помещались лишь временно в случае обострения болезни и для первоначального наблюдения, в Большой Руде в имении Кенки приспособить дом, чтобы присланным больницами не совсем пригодным для жизни у хозяев больным создать нечто вроде богадельни с закрытым режимом на 30 человек.

Заведующим патронажем числился Н. Н. Реформатский, живущим в патронаже врачом была В. П. Моравская-Егунова[1].

Несмотря на все эти филиалы и патронаж, все петербургские психиатрические больницы оставались переполненными, а больные в них были распределены по роду болезни крайне беспорядочно. Согласно однодневной переписи больных, произведенной О. А. Чечоттом 20 декабря 1912 г., например, в больнице «Николая чудотворца» оказалось 1 226 больных, из них 892 (72,6%) хроника, в том числе 512 спокойных (41,8%), хотя по плану эта больница предназначалась для свежезаболевших и острых больных. В то же время в Новознаменской больнице, предназначенной для спокойных больных, было 33% беспокойных больных, и даже в Екатерингофском филиале было 70% беспокойных больных. Гласный М. Н. Нижегородцев, ревизовавший в 1910 г. больницу «Николая чудотворца», писал: «При штате 650—700 больных сегодня в больнице 1 281 больной, из них не имеют кровати и спят на полу 189 человек, спят таким образом, что на двух сдвинутых матрацах ложится 3 человека; на трех дается одно одеяло».

«Стушевалась схема рационального распределения больных, утерялся характер и значение каждого отдельного учреждения», писал О. А. Чечотт.

Ревизионная комиссия Городской думы больнице «Николая чудотворца» в 1911 г. писала так: «Больница эта ни в административном, ни во врачебном, ни в санитарном отношении не может быть признана удовлетворительной. Вместо 1 500 человек она должна помещать около 2 000 и переполнена так, что кровати сдвинуты почти вплотную, больные размещаются на скамьях, диванах, в коридорах на полу; в палатах грязь, клопы, крысы. Пожары, убийства, самоубийства, побеги—все это находило себе место и без прямого виновного. Врачебный режим совершенно не соответствует современным тре-

[1] Моравская-Егунова, Отчет о деятельности Петербургского патронажа в Ямбургском уезде за 1910—1911 гг., приложение к журналу «Современная психиатрия», июль 1913 г.

бованиям науки: в ходу горячечные рубашки, длительная изоляция (с мая по август 1909 г., например, в мужском отделении записано 103 камзолирования больных, причем на каждого приходилось по 12,7 в среднем дней камзолирования; один больной был непрерывно в камзоле 123 дня, другой — 118, третий — 35, изолировано было 74 больных, причем один больной был непрерывно изолирован 9 месяцев, другой 10 месяцев и т. д.)... Врачи единодушно высказывают мнение, что связывание больных при существующих условиях неизбежно и гуманно».

Относительно Новознаменской больницы, где было 1 090 больных, ревизионная комиссия в 1912 г. писала так: «Больница состоит из старого барского дома и бараков; бараки с прогнившими полами, со щелями в дверях и окнах... Освещение керосиновое... Больные одеты в лохмотья»[1].

Интересно, что при крайнем переполнении больниц и большом числе в них спокойных больных все же не находилось больных для патронажа и из 300 штатных мест в патронаже больше 50 оставались свободными. Ввиду этого городская больничная комиссия в феврале 1911 г. образовала особое Психиатрическое бюро, состоявшее из трех главных врачей больниц и трех врачей по выбору конференции больниц[2]. Комиссия констатировала: «Дело психиатрического призрения в Петербурге ведется неправильно. Не видно руководящей идеи, даже простой согласованности и достаточной обоснованности разных правил в отдельных больницах. Все носит случайный, отрывочный характер». Но и бюро мало что удалось сделать.

В 1912 г. думская больничная комиссия под председательством гласного Фальборка[3], имея в виду 60-миллионный кредит на строительство, составила доклад о новых планах расширения всех вообще петербургских больниц, который предполагалось осуществить в течение 1913—1919 гг. По проекту этой комиссии больницу «Николая чудотворца» предполагалось уничтожить, а вместо нее на земле Новознаменской больницы построить новую психиатрическую больницу на 1 600 коек, сама Новознаменская больница также расширялась до 1 500 коек, больница «Св. Пантелеймона» — до 650 коек. Кроме того, должен был быть построен распределитель на 100 коек и лечебница для свежезаболевших на 600 коек с физиотерапевтическим отделением и амбулаторией для приходящих; это последнее отделение должно было иметь отделение для функциональных заболеваний нервной системы и пограничных состояний и даже отделение для алкоголиков. На все это требовалось 6 736 000 рублей; число коек к 1919 г. для психически больных достигло бы 5 478.

По переписи Чечотта (1912 г.), в Петербурге в это время во всех городских и других больницах было 5 955 психически больных (в городских — 4 195); из них спокойных 26%, спокойных нетрудоспособных 28%, беспокойных 23%, буйных 7,5%, слабых 15,5%; больных с острой формой заболевания среди всех категорий было 10,5%.

На 1 января 1912 г. в городских больницах Петербурга психически больные распределялись следующим образом:

Больница «Николая чудотворца»	1 148	больных
Василеостровское отделение . .	165	»
Екатерингофское » . .	150	»
Полюстровское » . .	150	»
Порховское » . .	75	»
Новознаменская больница . . .	1 034	»

[1] Директором Новознаменской больницы с 1895 по 1903 г. был Н. Н. Реформатский, а с 1903 по 1909 г. (по день смерти) — С. Н. Успенский.

[2] Н. Я. Смелов, О задачах и составе Психиатрического бюро, Современная психиатрия, 1913, стр. 488—498.

[3] В. А. Громбах, Современная психиатрия, 1913, стр. 249—254.

Больница «Св. Пантелеймона» .	648	больных
Городские богадельни	218	»
Городской патронаж (в своих семьях)	66	»
Деревенский патронаж	247	»
В больнице «Всех скорбящих» (городских коек)	70	»
Всего . . .	3 971	больной

По смете Петербурга на психиатрическую помощь на 1913 г. было ассигновано:

	Ассигнование (в рублях)	Число коек
Больница «Николая чудотворца»	671 303	1 790
Больница «Св. Пантелеймона»	271 876	700
Новознаменская больница	456 977	1 130
Аренда 70 коек в больнице «Всех скорбящих» . . .	33 600	70
Патронажи	39 221	300
Ремонт	330 399	—
Итого . . .	1 803 376	3 990

Приюты, очевидно, в эту смету не входили, хотя там имелись и беспокойные больные.

Население Петербурга в 1912 г. составляло 1 686 000, а с пригородами — 2 018 000.

Кроме городских больниц, в Петербурге имелись еще следующие психиатрические учреждения:

Клиника Военно-медицинской академии	144	койки
Больница «Всех скорбящих» . .	322	» (кроме 70 городских коек)
Дом призрения Александра III .	340	коек
Психиатрическое отделение Николаевского военного госпиталя	147	»
Психиатрическое отделение Морского военного госпиталя . . .	86	»
Приют для детей эпилептиков и идиотов	152	»
5 частных лечебниц	219	»
Всего . . .	1 410	коек

Таким образом, на 1 000 жителей имелось 2,7 койки.

История петербургских больниц, не состоящих в ведении города, вкратце была такова.

Больница «Всех скорбящих», вследствие недостатка отпускаемых сумм и бесхозяйственности, пришла в упадок и была настолько запущена, что полы провалились, белья нехватало и т. п. В 1883 г. директором больницы был назначен А. Е. Черемшанский, и дело стало улучшаться. С 1900 г. были утверждены новые штаты, и больница опять приняла хороший вид.

К 1900 г. больница состояла из центрального административного здания с пристроенными двумя флигелями (женские отделения), трехэтажного

дома, построенного в 1855 г. (мужское отделение), с одноэтажной пристройкой (беспокойное отделение), павильона для женщин (открыт в 1897 г.) и двух трехэтажных домов для служащих. С 1903 г. больница управлялась хозяйственным комитетом под председательством директора.

Больница имела неприкосновенный капитал в 1 332 000 рублей (что давало в год 53 300 рублей процентов), различного рода пожертвованных капиталов 56 170 рублей и получала за 70 больных от города 33 600 рублей; на эти средства она и содержалась.

На 1 января 1913 г. в больнице было 323 больных (135 мужчин и 188 женщин); поступило 296 больных (183 мужчины и 113 женщин); умерло 29 больных (14 мужчин и 15 женщин), т. е. 4,8%; выбыло 249 больных (164 мужчины и 85 женщин).

С 1909 г. главным врачом был С. Я. Любимов.

Приют Александра III, как мы уже говорили, был построен на 110 коек в 1870 г. на средства Императорского кабинета, предназначался для больных чиновников, состоял из павильонов для больных и соответствующих административных построек. В 1887 г. было построено еще два павильона на 108 человек, а в 1885 г. два павильона на 70 мест каждый для малолетних; всего на 248 больных. Все павильоны деревянные, с центральным коридором, расширяющимся в помещения для дневного пребывания. В больнице имелось 100 бесплатных коек, остальные платили 50—60 рублей в месяц, за детей — 20—50 рублей в месяц (детское отделение просуществовало недолго). В 1871 г. было 109 больных, в 1875 г. — 155, в 1880 г. — 183, в 1885 г. — 199 + 30 детей, к 1912 г. — 340 больных. Директором приюта с 1870 по 1891 г. состоял П. Н. Никифоров, с 1891 по 1916 г. — А. В. Тимофеев, а с 1916 г. — М. К. Воскресенский.

Московская городская дума выразила «готовность принять в ведение города заведения Приказа на тех же основаниях, на которых подобные заведения переданы земству» еще в 1885 г. Но Преображенская психиатрическая больница была передана с 376 больными только в 1887 г., так как относительно нее была сделана городом оговорка, чтобы с передачей городу она «перестала служить учреждением для помещения по судебным и административным распоряжениям умалишенных со всего округа, а составляла бы лечебное заведение для нужд городского населения». Дискуссии по этому вопросу задержали передачу больницы, но все же она была передана в 1887 г. с сохранением всех ее административно-судебных обязанностей, от которых город хотел избавиться. Больница была настолько переполнена, что почти все время на самом видном месте в ее приемной висело объявление: «За неимением места прием больных прекращен»; больные поступали только по распоряжению судебных и полицейских властей.

Передача переполненной больницы поставила город в тяжелое положение, и городской голова Н. А. Алексеев [1] начал собирать пожертвования для постройки новой хорошей психиатрической лечебницы и повел борьбу с Губернским земством, настаивая, что земство обязано для своих губернских больных построить свою психиатрическую больницу и взять больных из городской Преображенской больницы. В то же время как временная экстренная мера в 1890 г. в старинном дворце графа Мамонова на берегу Москвы-реки около Воробьевых гор, где перед этим была частная лечебница Левенштейна, был открыт приют на 50 хроников, эвакуированных из Преображенской больницы. Заведывать этим приютом был приглашен

[1] В. А. Громбах, Московская городская психиатрическая организация, Общественный врач, 1912.

Н. Н. Баженов. У ворот этого приюта в селе Семеновском он организовал в 1892 г. деревенский патронаж, просуществовавший до 1900 г., когда он был закрыт по постановлению схода села Семеновского. Это закрытие состоялось при таких обстоятельствах. В первые годы больных в селе Семеновском было немного, и даже в 1899 г., когда была уже открыта новая Алексеевская больница, патронажные больные составляли лишь 6,5% числа больных Алексеевской больницы. В 1900 г., вследствие переполнения новой больницы, сделана была попытка увеличить число патронажных больных до 15% всех имевшихся в больнице больных. Тогда крестьяне-кулаки, которые давно уже были недовольны тем, что бедняки имеют постоянный заработок и ускользают от их эксплоатации, добились закрытия патронажа, но через $2^1/_2$ месяца патронаж был снова открыт в селе Беляеве в 3 верстах от Семеновского. На этот раз предварительно было заключено со сходом соглашение, причем 2 рубля в месяц за каждого больного уплачивалось обществу, а 7 р. 50 к. — домохозяину.

К 1890 г. Н. А. Алексеевым была собрана достаточная для постройки больницы сумма (свыше миллиона рублей), и на краю города за Серпуховской заставой по Тульскому шоссе на Канатчиковой даче с 56 десятинами земли решено было строить городскую психиатрическую больницу «для лечения и призрения 300 психически больных, страдающих острыми формами душевных заболеваний, главным образом для постоянных жителей города Москвы с платой 15 рублей в месяц с получающих обычную пищу и 25 рублей — улучшенную» (постановления Городской думы от 27 июня 1889 г. и 20 октября 1890 г.). Для выработки планов больницы была создана комиссия в составе проф. А. Я. Кожевникова, С. С. Корсакова и В. Р. Буцке (1845—1904), состоявшего в то время главным врачом Преображенской больницы (с 1887 г.). Выработанные комиссией планы были обсуждены на первом заседании только что открывшегося Московского общества невропатологов и психиатров 21 октября 1890 г.

Больница строилась в виде ряда небольших павильонов на 30 человек каждый, что давало возможность провести дробную индивидуализацию больных. Павильоны, как цепочкой, были соединены крытыми переходами. 12 мая 1894 г. были открыты женские отделения на 150 коек, а 26 апреля 1896 г. и мужские отделения. Все свежезаболевшие больные и вообще нуждавшиеся в лечебном уходе были переведены из Преображенской больницы в новую больницу, названную в честь городского головы Н. А. Алексеева Алексеевской. С этого момента больные поступали только в Алексеевскую больницу. Преображенская больница была лишена совсем права приема и служила только эвакуационным пунктом для открывшегося в 1899 г. Центрального полицейского приемного покоя.

Прием больных в больницу, по плану В. Р. Буцке, производился лишь после осмотра больного на дому специальным врачом, который и определял, подлежит ли больной приему в больницу, в патронаж или оставлению на дому в собственной семье с денежным пособием от города или без такового. В городскую больницу по соглашению с земством принимали только лиц городских сословий Москвы, а из остальных лишь проживших не менее года в Москве и занимавшихся ремеслами или работой на фабриках. Всех осмотренных больных регистрировали, и они поступали под надзор врача-приемщика, если оставались дома. На дому у врача-приемщика для них был устроен амбулаторный прием. Первыми врачами-приемщиками были П. П. Бруханский, Н. А. Зандер, позже В. В. Беккер, П. Б. Никитин, С. С. Ступин, Л. А. Прозоров.

При открытии больницы на Канатчиковой даче директором ее был назначен В. Р. Буцке (был директором с 1894 г. по год смерти — 1904 г.; после

него с1904 по 1907 г. директором был П. П. Кащенко и с 1907 по 1917 г.— А. И. Мальшин), а в Преображенскую больницу на место В. Р. Буцке был назначен И. В. Константиновский (1894—1903).

В. Р. Буцке ввел в Алексеевской больнице Больничный совет из всех врачей и вообще «приравнивал свою деятельность к работе маятника-регулятора, который вмешивается в налаженный ход учреждения только тогда, когда его жизнь, по его мнению, отклоняется от правильного хода» [1].

В. Р. Буцке считал, что «чистая лечебница для душевнобольных — одна мечта, осуществимая только при самых благоприятных условиях. Очень скоро явится время, когда лечебница окажется переполненной хрониками, которых некуда девать». Поэтому он считал, что вокруг лечебницы должны быть построены и приюты для хроников. На пожертвованные деньги уже в 1894 г. недалеко от лечебного корпуса было выстроено двухэтажное здание — Ермаковский приют для мужчин на 100 коек, а в 1897 г. такой же приют на 72 койки для женщин. (Копцовский корпус). Позже на территории Канатчиковой дачи был построен на пожертвованные средства приют для детей отсталых и эпилептиков (1912—1914).

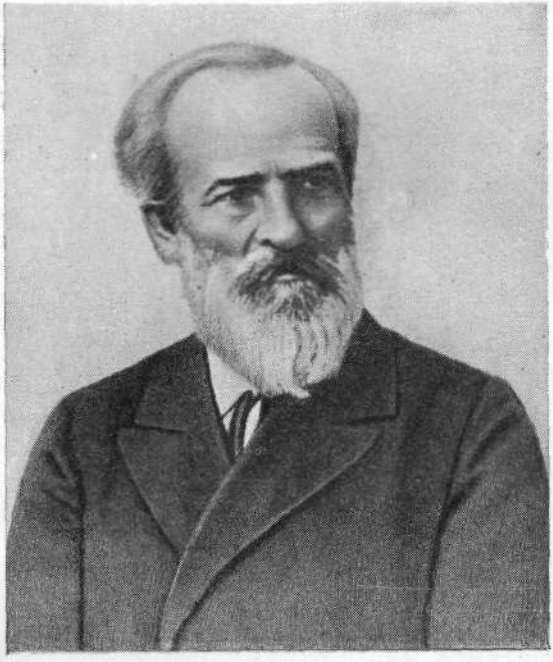
П. П. Кащенко.

Поступление психически больных арестантов и испытуемых как в Петербурге, так и в Москве, ввиду требования проведения за ними особого наблюдения, причиняло немало неудобств Преображенской больнице в смысле налаживания в ней свободного психиатрического режима. Одной из причин выхода в отставку в 1903 г. главного врача Преображенской больницы И. В. Константиновского был, например, побег одного из испытуемых. Поэтому Московская городская управа с самого начала стремилась, имея в виду проведение режима нестеснения, не иметь в своих больницах судебных и административных больных и всячески содействовала тому, чтобы в Москве был открыт специальный полицейский приемный покой, соглашаясь все расходы по содержанию в нем больных принять на свой счет.

Мысль о необходимости Центрального полицейского приемного покоя в 1896 г. возникла также и у московского оберполицеймейстера, так как полицейские приемные покои, предназначенные для опьяневших и для подачи первой помощи при несчастьях на улице, часто бывали заполнены найденными на улице психически больными. Поэтому инженеру Эппингеру было поручено составить проект Центрального полицейского приемного покоя, для которого был намечен участок земли во дворе Пречистенского полицейского дома. Проект Эппингера был обсужден в Обществе невропа-

[1] Н. П. Постовский, Некролог Буцке, Журнал невропатологии и психиатрии имени Корсакова, 1905, кн. I.

тологов и психиатров, и в 1899 г. постройка Центрального полицейского приемного покоя была закончена. Он содержался на средства, отпускаемые городом на содержание больных в полицейских приемных покоях (50 копеек в день), и на пособия от Дамского благотворительного общества. Для заведывания им был приглашен приват-доцент А. Н. Бернштейн, а помощником ему В. А. Гиляровский; имелось 3 фельдшера и 12 служителей. Центральный полицейский приемный покой начал функционировать 4 августа 1899 г. С 1 января 1902 г. был утвержден расширенный штат учреждения — заведующий, старший ординатор и три врача; число коек было с 40 доведено до 60 (35 мужчин и 25 женщин). В приемный покой принимали прежде всего психически больных, замеченных полицией на улице в беспомощном состоянии, больных из гостиниц, меблированных комнат и больных из квартир, но лишенных, согласно правилам приема, возможности поступить в городские больницы. Хронических больных переводили в городские больницы после освидетельствования их во Врачебном управлении, если при этом было установлено, что они опасны; спокойных отправляли по месту жительства, но не этапным порядком, а с врачом; дорога оплачивалась Дамским комитетом (таких больных в общем было немного).



В. Р. Буцке.

За 1900 г., когда работа Центрального полицейского приемного покоя была уже вполне налажена, движение больных в этой лечебнице было таково: состояло на 1 января 1900 г. 50 больных (28 мужчин и 22 женщины), поступило 292 больных (183 мужчины и 109 женщин), выписано 272 больных (168 мужчин и 104 женщины); умерло 16 больных (11 мужчин и 5 женщин).

На 1 января 1901 г. оставалось 54 больных (32 мужчины и 22 женщины).

Организация психиатрического дела, созданная В.Р. Буцке, была очень стройной; нет сомнения, что дискуссия с Якобием немало содействовала этой стройности: принята была во внимание необходимость не переписи, а организации постоянного учета обращающихся за врачебной помощью психически больных в населении, создана была лечебница для острых форм заболевания; город всячески — и не без успеха — отказывался от полицейских функций.

Несмотря на все это, Алексеевская больница переполнялась. После 1905 г. число поступлений в Алексеевскую больницу стало резко увеличиваться (в 1905 г. было 394 поступления, в 1906 г. — уже 536, в 1907 г.— 635, в 1908 г. — 757, в 1909 г. — 889). «Возрастающая дороговизна и теснота жизни в Москве все больше и больше обращали душевно-

больных в непосильную обузу семьи и вынуждали обращаться к общественной помощи», писал В. А. Громбах [1]. Вначале предполагалось избежать переполнения больницы путем увеличения патронажных мест. После закрытия патронажа в селе Семеновском в том же 1900 г. был открыт патронаж для мужчин в селе Беляеве, а с 1903 г. — в селе Деревлеве; с 1906 г. открыт деревенский патронаж для женщин и в селе Тропареве и несколько позже в селе Никуличах. Так как в патронаж стали приводить и больных, могущих временами возбудиться, в каждой из деревень был устроен небольшой приемный покой [2]. С 1903 г. открылся патронаж в Москве: психически больных не только стали оставлять в своих семьях, но и помещать за плату (18—20 рублей в месяц) в чужие семьи; число таких больных было доведено до 400.

А. И. Бернштейн.

Но и это не помогло. Встал вопрос о постройке второй больницы-лечебницы. У города имелся пожертвованный А. А. Алексеевой еще в 1895 г. капитал в 407 000 рублей, увеличившийся за 10 лет за счет процентов до 600 000 рублей, кроме того, рядом с Преображенской больницей имелся принадлежащий городу участок в 11 десятин земли, где раньше была фабрика Котовых с оставшимися от фабрики двухэтажными корпусами.

В 1904 г. директором Преображенской больницы был приглашен Н. Н. Баженов, который к этому времени был уже профессором психиатрии Высших женских курсов. Преображенская больница стала базой преподавания, и Н. Н. Баженов всеми мерами начал стремиться изменить состав психически больных в больнице: по схеме Буцке она была больницей для хронически больных и новых больных не принимала, что для преподавания и научно-исследовательских задач кафедры было неудобно. Так как рядом с Преображенской больницей имелся котовский участок, то старая Преображенская больница начала расширяться за счет приспособления для психически больных фабричных корпусов. Прежде всего в один из приспособленных корпусов бывшей Котовской фабрики было переведено так называемое «третье отделение» Преображенской больницы, которое с 1845 г. находилось в соседнем здании Екатерининской богадельни [3]. Затем один трехэтажный корпус был приспособлен под общежитие служа-

[1] Современная психиатрия, 1911, стр. 679.

[2] П. Брухански й, Семейное призрение душевнобольных. Вопросы нервно-психической медицины, 1900, т. V, в. 4; С. С. Ступин, Итоги 12 лет московского деревенского патронажа, Современная психиатрия, 1912, стр. 361 и 563; 1911, стр. 277 и 329; 1910, стр. 325, 413.

[3] Теперь общежитие студентов Московского университета.

щих больницы. Вторая половина фабричных зданий в 1906 г. была капитально перестроена и в них организовано два отделения на 120 больных, открытых в 1910 г. Еще один корпус был приспособлен для 100 слабых больных. В 1906 г. при Преображенской больнице открывается патронаж в г. Воскресенске. В 1908 г. все помещенные по суду больные были переведены в открывшуюся Московскую окружную лечебницу.

После этого (с 1910 г.) вся Москва была разделена на два района для приема психически больных, и в Преображенскую больницу на равных основаниях с Алексеевской больницей стали принимать психически больных из одной половины города, а с 1913 г. был разделен между больницами и городской патронаж.

Для клиники к 1912 г. был отстроен корпус на 90 больных с аудиторией, а затем в 1913 г. был построен еще так называемый Алексеевский корпус на 70 человек. На все это было затрачено средств не меньше, чем на новую хорошо устроенную больницу, но больница оказалась размещенной в старых фабричных корпусах, лишь несколько приспособленных для больных. Москва вступила на путь якобы дешевых перестроек старых зданий вместо постройки хорошей лечебницы.

Своеобразны в Москве были условия обслуживания городского патронажа. Здесь находились преимущественно крепкие спокойные хроники, а также выздоравливающие, для которых патронаж служил как бы переходной ступенью к самостоятельной жизни. В своих семьях имелось и небольшое число слабых больных. Больные были рассеяны по всему городу, главным образом на окраинах. Приемного покоя у городского патронажа не было: при ухудшении состояния больных направляли в соответствующую больницу. В городском патронаже работало 4 врача (максимум больных в последнее время по смете было 400): два из них обслуживали патронажный участок в 150—160 больных, обходя больных на дому и имея каждый амбулаторию для приходящих больных, у двух других были небольшие участки в 40—50 больных, но, кроме того, они еще были обязаны принимать больных в половине города, т. е. осматривали каждого нового больного, собирали о нем все нужные сведения и докладывали конференции соответствующей больницы все данные; конференция же решала, куда нужно поместить больного (за 1911 г. врачами-приемщиками было осмотрено 992 больных). Все обращавшиеся за помощью больные оставались на учете у врачей своего района. Одной из положительных сторон городского патронажа Л. А. Прозоров [1] считал следующее: «Когда в городской рабочей семье заболевает главный работник, в семье происходит немедленный крах: семья заболевшего быстро опускается до самых низов возможного неблагополучия. Если же больной остается в семье и она еще получит чужих больных (проживало в патронаже до 5 больных в семье), то это становится главным заработком в семейном бюджете». Имея своего больного, дорожа заработком, семья хорошо ухаживала и за чужими больными.

Нельзя умолчать, что концентрацией психически больных в патронажных деревнях и в Московской губернии были обеспокоены санитарные врачи. Так, на XVII санитарном съезде врачей Московской губернии раздавались голоса, что «в губернии без ведома санитарных учреждений устраиваются по городам и селам психиатрические патронажи». «Не наше дело касаться достоинств или недостатков патронажной системы как психиатрического учреждения, — говорил санитарный врач И. В. Попов, — но если в губернии образуются концентрированные поселки психически больных, патронажи, которыми население занимается как промыслом, — надлежит это

[1] Л. А Прозоров, Московский столичный патронаж (1903—1910), Известия Московской городской думы, 1910.

явление серьезно обследовать с санитарной точки зрения, как всякое промысловое предприятие, не является ли оно по той или иной причине вредным для населения».

Так шло в Москве развитие помощи психически больным, но, несмотря на все эти меры — патронаж, расширение Преображенской больницы, — все психиатрические учреждения Москвы к 1912 г. были переполнены, хотя в этом году было открыто еще временное отделение на 70—80 человек слабых больных на Шаболовке (как филиал Алексеевской больницы). На 1 января 1912 г. числилось в Москве больных:

	Число больных	Стоимость койки в год (в рублях)
Алексеевская больница	743 (штат 500)	465
Деревенский патронаж	280 (обслуживались 2 врачами)	288
Городской патронаж	396 (штат 400)	239
Преображенская больница	586 (?)	586
Воскресенский патронаж	98 (?)	251
Всего	2 103 больных	

Кроме городских, в Москве были еще следующие психиатрические учреждения:

	Число больных
Центральный полицейский приемный покой	73
Больница Александра III (существовала с 1887 г. на благотворительные средства)	96
Приют для эпилептиков и идиотов[1]	98
Приют для эпилептиков и слабоумных[2]	31
Психиатрическая клиника Московского университета . .	22
Психиатрическое отделение Военного госпиталя	68
15 частных лечебниц	399
Всего . . .	787 больных

Таким образом, при населении в 1 399 000 Москва призревала 2 890 больных, т. е. 2 больных на 1 000 населения, причем на бюджете города находилось 1,5 на 1 000 населения. В 1910 г. Московское городское управление израсходовало на психиатрическую помощь 819 179 рублей, что составляло 16% всех расходов на врачебно-санитарную часть и 2,1% всего городского бюджета.

При однодневной всеобщей переписи населения Москвы 6 марта 1912 г. было зарегистрировано, помимо состоявших в больницах, 1 178 психически

[1] Содержались на средства благотворительности.
[2] То же.

больных, что вместе с больничными составляло 3 474 больных, т. е. 2,5 на 1 000 населения. Психиатрическая комиссия Москвы в 1912 г. по докладу В. А. Громбаха подняла вопрос о необходимости расширить психиатрическую помощь ввиду переполнения городских больниц, тем более, что у города капитал, пожертвованный для строительства психиатрической больницы, возрос до 572 000 рублей. Возник вопрос, нужно ли в каждом районе Москвы строить лечебницу или строить одну большую третью больницу, нужна ли Москве психиатрическая колония. Любушин, старший врач Преображенской больницы, предлагал расширить Преображенскую больницу на 130 мест и строить третью больницу на 900 мест; колонию он считал ненужной, «так как в населении Москвы едва ли имеется значительное количество истинных земледельцев»; поэтому больницу предлагалось строить в городе.

Психиатрическая комиссия сочла, что доклад Любушина не исчерпывает вопроса, и избрала для подробного разбора и дополнений к докладу особую подкомиссию, доклад которой и обсуждался в марте 1913 г. Подкомиссия также находила, что больница должна строиться в самой Москве, так как прежде всего существует нужда в помещении свежезаболевших, причем должна строиться на 1 000 коек. Однако врачебный совет находил возможным строить больницу и вне Москвы (не дальше 25 верст). Дальнейшего движения дело постройки третьей больницы, вследствие наступившей войны, не получило.

Постепенное возрастание числа психически больных в городских психиатрических учреждениях Москвы видно из следующей таблицы (состояло на 1 января соответствующего года):

Год	В Алексеевской больнице			В деревенском патронаже			В Преображенской больнице	В Воскресенском патронаже	В городском патронаже			Во всех психиатрических городских учреждениях
	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего			мужчины	женщины	всего	
1895	91	53	144	16	—	16	420	—	—	—	—	580
1896	101	133	234	23	—	23	430	—	—	—	—	686
1897	201	156	357	20	—	20	450	—	—	—	—	827
1898	235	165	400	18	1	19	460	—	—	—	—	879
1899	291	304	595	18	1	19	465	—	—	—	—	1 079
1900	324	211	535	26	2	28	472	—	—	—	—	1 035
1901	329	264	593	30	5	35	460	—	—	—	—	1 088
1902	343	273	616	56	37	93	470	—	—	—	—	1 179
1903	342	275	617	79	57	136	490	—	32	14	46	1 289
1904	347	294	641	125	74	199	520	—	86	34	120	1 480
1905	351	309	660	130	68	198	530	—	109	84	193	1 581
1906	309	260	569	144	77	221	460	42	148	90	238	1 530
1907	348	298	646	131	77	208	385	65	172	126	298	1 602
1908	373	334	707	128	67	195	410	80	219	166	385	1 777
1909	376	343	719	154	80	234	?	?	240	188	428	?
1910	373	354	727	152	88	240	428	91	202	175	377	1 863
1911	357	344	701	155	90	245	542	96	204	186	390	1 974
1912	?	?	743	—	—	280	586	98	—	—	396	2 103
1913	—	—	715	—	—	225[2]	633	132	—	—	545	2 250
1914	410	306	716	197	150	347	668	?	—	—	?	?
1915	408	308	716	—	—	?	775	?	—	—	?	?

[1] В. А. Громбах, О переписи душевнобольных в Москве, Современная психиатрия, 1912, стр. 917.

[2] С Шаболовским отделением, где было 75 больных.

На 1 января 1917 г. в обеих больницах состояло 1 635 больных, в деревенском патронаже — 327, в Воскресенском патронаже — 227, в городском патронаже — 493, а всего 2 682 больных.

ОДЕССКАЯ ГОРОДСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА[1]

Мысль об организации психиатрического отделения при городской больнице возникла в Одессе в 1840 г. Есть сведения, что к 1852 г. в городской больнице имелось уже значительное число психически больных, а в 1885 г. их было до 250 человек. С 1854 по 1863 г. на излечении состояло 967 человек, с 1864 по 1873 г. — 2 801 человек, с 1874 по 1884 г. — 3 440, а с 1885 по 1891 г. — 3 208 человек. Больница помещалась до 1891 г. в «мрачных камерах при городской соматической больнице». Режим больницы оставался еще в 1888 г. таким, что новый старший врач больницы П. И. Грязнов показывал клетку, куда запирали буйных больных.

Самый дом П. И. Грязнов описывал так[2]: «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 перекладинами, на которых крайне удобно повеситься. Никаких ванн не имелось».

Для реорганизации был приглашен Э. И. Андрузский, ученик проф. Ковалевского. В этой больнице работал, начиная с 1864 г., доктор А. С. Розенблюм, который в 1876 г. первым установил влияние возвратного тифа на течение психических болезней [3], а с 1869 по 1890 г. — невропатолог О. О. Мочутковский, известный потом профессор Еленинского института.

В 1876 г. Одесская городская управа, получив в свое ведение от Приказа больницу [4], поручила старшему врачу больницы Генрихсену ознакомиться с положением лечения и призрения психически больных в России. В 1880 г. управа вошла в Городскую думу с предложением построить психиатрическую больницу на 200 человек со сметой в 600 000 рублей. Дума возбудила ходатайство о 50% субсидии. Однако в 1882 г. в субсидии было отказано, и Дума решила строить больницу целиком на городские средства. В 1888 г. заведывать психиатрическим отделением был приглашен из Колмова Б. А. Шпаковский.

В 1892 г. психически больные были переведены «с казенного военного двора», и стала функционировать новая больница. Больница была построена на окраине города в Красной Слободке и имела вначале 45 десятин земли (23 десятины пахотной, 7 десятин сенокоса, 10 десятины занимал сад и виноградники, 5 десятин — огород).

Больница была рассчитана на 250 коек и состояла: 1) из двухэтажного здания для спокойных больных, 2) из одноэтажных зданий для больных с острой формой психозов, двух зданий для буйных и двух зданий для слабых больных, административного дома и кухни, которые составляли лечебницу, и 3) из колонии — шесть одноэтажных домиков, четыре на 25 человек

[1] Юбилейный сборник по случаю 35-летия больницы, Одесса, 1927.

[2] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1883, т. II, № 1, стр. 236.

[3] Об отношении лихорадочных болезней к психозам, Труды Одесской городской больницы, 1876, т. II.

[4] Историю больницы см. в отчете больницы за 1901 г. д-ра Б. И. Воротынского.

каждый и один на 40 человек; один домик занимали мастерские. В 1900 г. на пожертвованные деньги был построен небольшой домик для 10—12 пансионеров. В 1903 г. Министерством был утвержден устав психиатрической больницы. Главными врачами больницы после увольнения Шпаковского с 1897 по 1901 г. был проф. И. Г. Оршанский, а с 1903 по 1915 г.— Б. И. Воротынский.

Больница с самого начала была переполнена: в 1892 г. было 338 больных, в 1895 г. — 283, в 1900 г. — 388, в 1902 г. — 503 больных [1]. Большинство больных (59,4%) доставляла в больницу полиция, а из 325 выписанных 14 были отправлены в психиатрические больницы других городов и 58 — на родину; лишь 199 больных были выписаны родственниками и 54 — самостоятельно. Больница была заполнена главным образом иногородними (среди состоявших на излечении жители Одессы составляли всего 35,6%).

Врачи-психиатры Одессы имели известную связь с соматическими больницами города: в течение 1903 г., например, их 85 раз вызывали на консультации в соматические больницы.

В 1909 г. на пожертвованные 100 000 рублей был построен при больнице корпус на 50 нервных больных с амбулаторией.

В 1910 г. в психиатрической больнице больных было уже 641, в 1915 г.— 800 и в 1917 г. — 1 105.

---

[1] Одесская городская больница. Отчет (юбилейный, десятилетие) за 1902 г., составленный Б. И. Воротынским, Л. И. Айхенвальдом, О. Ф. Бирским, Л. О. Бобровским-Королько, Б. С. Кнотте, Ю. В. Португаловым и В. И. Рудневым, Одесса, 1903.

XV. ПОПЕЧЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В НЕЗЕМСКИХ ГУБЕРНИЯХ. ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОКРУЖНЫЕ ЛЕЧЕБНИЦЫ

В предыдущих главах мы описали историю развития психиатрической помощи в 34 земских губерниях.

Что же в это время делалось в губерниях неземских, в Сибири, в Средней Азии, на Кавказе?

Автор Конфиденциальной записки Министерства внутренних дел — представитель правительства — откровенно говорил, что «до 90-х годов все участие министерства в деле призрения душевнобольных ограничивалось пересмотром проектов новых земских построек и выдачей им пособий»[1].

Дело несколько изменилось с 1889 г. с приходом к управлению Медицинским департаментом д-ра Л. Ф. Рагозина.

Л. Ф. Рагозин по окончании медицинского факультета в Москве короткое время, с 1873 до 1875 г., работал в Преображенской больнице, а затем был прикомандирован к Военно-медицинской академии и был ассистентом проф. И. П. Мержеевского.

В 1884 г. после смерти проф. А. У. Фрезе он занял должность директора Казанской окружной лечебницы. Сразу же он выступил с резкой критикой всего устройства окружной лечебницы: и планы лечебницы, и все ее техническое оборудование, по его мнению, было «нечто совсем несообразное»[2]. «Громадная стоимость содержания Казанской окружной лечебницы дискредитировала в глазах многих самую идею устройства больших центральных домов для душевнобольных», писал он.

Резко раскритиковал Рагозин не только хозяйственную, но и лечебную деятельность проф. Фрезе. И эта сторона, по словам Рагозина, была упорядочена только им, он завел и занятия больных различными работами. Так писал Л. Ф. Рагозин, хотя известно[3], что проф. Фрезе первый в России ввел в Казанской окружной лечебнице принцип нестеснения, что он был сторонником трудовой терапии. Несомненно, Рагозин значительно увеличил число работающих психически больных по сравнению с временами Фрезе, но это произошло главным образом потому, что при Фрезе в лечебницу по ее уставу принимались только больные с острой формой заболевания, а Рагозин, войдя в соглашение с Казанским земством, изменил это и заполнил лечебницу хрониками; работы действительно развились, но уже не как лечебное мероприятие: Рагозин смотрел на них только с хозяйственно-экономической точки зрения.

---

[1] Конфиденциальная записка, стр. 16.

[2] Л. Ф. Рагозин, Обзор деятельности Казанской окружной лечебницы за 1884/85 г., СПБ, 1887.

[3] См. доклад Корсакова о нестеснении, сделанный им на I съезде психиатров, Труды I съезда отечественных психиатров и невропатологов, 1887, стр. 419.

В 1887/88 г. Рагозин вошел в соглашение с Казанским губернским земством, давно добивавшимся этого, сделал к зданиям лечебницы пристройку на 200 коек «для призрения больных Казанского земства» и таким образом покончил не только с принципом лечебных функций окружной лечебницы, но и в значительной степени с принципом ее окружной деятельности. В дальнейшем число больных в лечебнице росло за счет хроников из Казанской губернии и иногубернских арестантов, что и было узаконено в 1910 г., когда при Казанской окружной лечебнице был возведен специальный корпус с большим каменным забором вокруг для криминальных больных по типу крепкого судебного отделения в Берлине, в тюрьме Бух.

Относительно своей пристройки Рагозин указывал, что она обошлась меньше 800 рублей на кровать, «тогда как некоторые земства гораздо позже и при более благоприятных условиях расходовали более 2 000 рублей на кровать», «содержание больного вместо 510 рублей в год обходилось в 1887 г., когда были приняты казанские хроники, в 312 рублей в год», писал Рагозин. Но он не упоминал, что на 700 рублей за койку он построил только простейшие здания для хронических больных в учреждении, где имелись, кроме того, уже все хозяйственные подсобные постройки.

Неосновательна была также и критика Рагозиным фрезевского лечебного направления Казанской окружной лечебницы. В Конфиденциальной записке по этому поводу говорится: «Считаем необходимым указать на неправильность постановки вопроса в комиссии (1842—1844 гг.), на которую в то время по недостатку психиатров, очевидно, некому было указать: излечимые психически больные всегда составляли сравнительно небольшой процент психически больных вообще; на этот-то небольшой процент и было обращено внимание, между тем как остальная масса, в сущности наиболее заслуживающая попечения, ...была оставлена в стороне...»

В этой тираде все неверно: 1) в комиссии участвовали очень сведущие психиатры — И. Ф. Рюль, Ф. И. Герцог, В. Ф. Саблер, а позже, в 1862 г., Балинский, Фрезе; 2) хроники не были оставлены в стороне, так как приказные учреждения в каждой губернии для них оставались, а перед окружной лечебницей ставились лечебные задачи как наиболее трудные для Приказа. Правда, комиссия сделала ошибку, рассчитывая хорошо проводить лечение в учреждениях, обслуживающих громадные пространства нескольких губерний: для правильного проведения лечебных мероприятий прежде всего необходима близость к населению, но эту ставшую ясной для всех психиатров лишь позже точку зрения не изменил и Рагозин[1].

Очень метко сказано в отчете Казанской окружной лечебницы об этом периоде деятельности Рагозина: «Лечебная работа была заслонена хозяйственными заботами в связи с „ростом" больницы... Рагозин постепенно изживал дух той научно-академической атмосферы, которую культивировал Фрезе». Бехтерев, будучи профессором в Казани, в административную работу по Окружной лечебнице вовсе не входил.

Изложим вкратце дальнейшее развитие первой из окружных лечеб-

[1] На IX Пироговском съезде (1904), когда разработанная Рагозиным система окружных лечебниц была уже в полном ходу, ординатор Виленской окружной лечебницы Флеров заявил: «Виленская окружная лечебница обслуживает 5 губерний, но в первый же год из Виленской губернии было помещено 300 больных, а для остальных четырех губерний оставалось только по 50 мест. Таким образом, очевидно, окружная лечебница обслуживает только одну губернию, где она находится, вся же громадная масса больных остальных приписанных к ней губерний, участвующих в ее содержании, остается вне сферы ее влияния» (Обозрение психиатрии, 1904, № 3). В прениях в Государственной думе выяснилось, что Ковенская губерния, платя Виленской лечебнице за содержание 150 больных, имеет там лишь 23 больных (Баженов, Законодательство о психически больных, стр. 160).

ниц — Казанской окружной психиатрической лечебницы, так как ее история показала всю неправильность объединения правительственной лечебницы и земской больницы.

После уже упомянутых нами пристроек, оконченных в 1889 г. Рагозиным, лечебница вместо 150 штатных коек имела уже 350. Но со второй половины 90-х годов лечебница отмечала переполнение ее «оседающими хрониками Казанского земства, превратившими значительную часть лечебницы в приют для душевнобольных Казанского земства»[1]. Но с каждым годом переполнение прогрессировало, и к 1900 г. число больных дошло до 1 180. В 1900 г. пришлось произвести второе расширение лечебницы. Здания были расширены, с одной стороны, путем надстроек и пристроек к главному корпусу, а с другой — постройкой отдельного каменного павильона на 100 спокойных больных, который был назван «фермой»; при этом было прикуплено еще 10 десятин земли и штат коек увеличен до 700. Отпускаемые из казны суммы на содержание больных также с 1900 г. увеличились до 117 940 рублей в год (ввиду увеличения штата), и все это требовалось главным образом для больных Казанского земства.

Таким образом, идея Рагозина о выгодности соглашения с Казанским земством потерпела неудачу и с финансовой точки зрения.

Наконец, в 1908 г. штат больных был увеличен до 1 000 человек. Одновременно, по предложению правительства, здание «фермы было переделано под судебно-психиатрическое отделение на 80 мест. Казанскому земству было предложено взять своих излишних больных, оставив лишь 130; земству пришлось открыть свое «Убежище» и думать об устройстве своей лечебницы-колонии.

После Рагозина с 1889 по 1892 г. директором лечебницы был Я. А. Боткин, с 1892 по 1896 г. — В. П. Кузнецов, в 1897—1916 гг. — В. И. Левчаткин и с 1916 до 1917 г. — Фрикен.

На основании казанской деятельности Рагозин как «замечательный администратор» был назначен директором Медицинского департамента и много лет в министерстве являлся представителем антиземского направления. Рагозин как директор Медицинского департамента резко критиковал всю земскую организационно-психиатрическую деятельность. «Им не под силу самостоятельно надлежащим образом устроить призрение своих душевнобольных», писал о земствах автор Конфиденциальной записки Министерства внутренних дел в 1891 г. (во время директорства Рагозина, а стало быть, и не без его согласия). «Поразительный факт, что почти все сделанное одним земством, как бы бесследно пропадало для другого... и каждое земство начинало, и притом неоднократно, решать вопрос ab ovo». Л. Ф. Рагозин был доволен, что имел возможность передать заведывание Бурашевской колонией вместо М. П. Литвинова заведомо послушному ему чиновнику Советову, которого он и рекомендовал реакционной управе. Сказывалась школа Рагозина и на его казанских учениках: хороший психиатр, но воспитанный в духе рагозинского бюрократического формализма, Н. Н. Реформатский взял на себя бюрократическую реформу больницы «Николая чудотворца» после О. А. Чечотта; Паевский в Курске вместе с черносотенной управой принял участие в удалении из Курска П. Д. Максимова.

Л. Ф. Рагозин проводил антиземскую политику не только в области психиатрии, но и в области всей земской медицины: по его инициативе была сделана попытка ввести Лечебный устав 1893 г., отнимавший у земства право

[1] Отчет Казанской окружной больницы (издание для Дрезденской гигиенической выставки), Казань, 1911, стр. 23.

руководить лечебной стороной всех вообще больниц и оставлявший за ним лишь их финансирование; настоять на неприменении этого устава к земским учреждениям, как уже указывалось, удалось только с большими усилиями. При нем в 1901 г. отменена публичность занятий Губернских съездов земских врачей, а программа этих съездов должна была утверждаться губернаторами.

Конечно, не один Рагозин в этом виновен, — в эту реакционную эпоху все земское самоуправление в 1890 г. было урезано, но Л. Ф. Рагозин с особым усердием проводил правительственную реакционную политику в своей области.

Л. Ф. Рагозин принялся за устройство громадных окружных психиатрических лечебниц. Уже в 1887 г. началась постройка Варшавской окружной лечебницы при деревне Творки (с 60 десятинами земли) в $1^1/_2$ верстах от станции Пружков. Лечебница была открыта в 1891 г. на 420 кроватей, а в 1897 г. расширена до 720 кроватей, причем бесплатных кроватей было только 320, а остальные с платой (три класса) от 50 копеек до 3 рублей в день; бесплатные больные (за исключением фермы на 30 человек) помещались в казарменном двухэтажном здании, а платные — в павильонах. Лечебница предназначалась для польских губерний. При лечении в последней еще в 1912 г. применялась длительная изоляция, влажные обертывания и помещение в кровать-клетку с железными сетками[1].

Уже в 1890 г. составлялся проект, а затем в 1893 г. начала строиться и в 1896 г. открылась в $1^1/_2$ верстах от Винницы Винницкая окружная лечебница на 750 кроватей, с 66 десятинами земли, для губерний Подольской, Киевской и Волынской. В комиссии по постройке, кроме Л. Ф. Рагозина, все время принимали участие В. П. Кузнецов и Н. Н. Баженов. Тип постройки опять был казарменный, что мотивировалось дешевизной. Каждая губерния в Винницкой лечебнице имела 200 мест, в их числе 50 мест для испытуемых и арестантов, 50 мест для лиц, помещаемых по распоряжению Министерства внутренних дел. К 1912 г. лечебница была расширена до 1 000 мест, из которых 300 были платные — 200 мест 1 класса и 100 мест II класса. В этой лечебнице были устроены очень хорошая водолечебница, электролечебница, которыми амбулаторно пользовалось окружающее состоятельное население, что приносило значительный доход. Так, при устройстве окружных лечебниц полицейские цели и стремление получать доходы от больниц (платные пансионаты) превалировали над попечением о психически больных из малосостоятельных слоев населения соответствующих губерний, для которых устраивались лечебницы; если одной лечебницы на губернию в земстве было недостаточно, то наличие одной лечебницы на три губернии делало психиатрическую помощь вообще недоступной для большинства населения.

В 1898 г. при Медицинском департаменте было созвано совещание о постройке ряда окружных лечебниц. Предполагалось построить их в Москве, Петербурге, Астрахани, Оренбурге, Одессе, Харькове, Луганске, Томске, Хабаровске и Риге. Предполагалось, что при лишении земства права заниматься лечебно-санитарной деятельностью такая постройка окружных лечебниц явится «способом коренного разрешения назревшего вопроса о порядке призрения душевнобольных». Однако проект этот вызвал при предварительном его обсуждении ряд серьезных замечаний, и поэтому в марте 1901 г. было организовано большое совещание об упорядочении дела лечения и призрения психически больных под председательством товарища министра внутренних дел князя А. Д. Оболенского при участии Л. Ф. Рагозина,

[1] А. В. Никольский, Психиатрические параллели, М., 1913, стр. 2.

некоторых губернаторов, председателей некоторых губернских управ, строителя окружных лечебниц архитектора Кривского и психиатров проф. И. П. Мержеевского, В. М. Бехтерева, а также директоров окружных лечебниц: Виленской — Н. В. Краинского, Казанской — В. И. Левчаткина и Н. Я. Смелова. Ни один из видных земских психиатров не был приглашен на совещание, причем ходили слухи, что дело идет не только о постройке 10 окружных лечебниц, но и о передаче всей психиатрической организации в распоряжение правительства.

Естественно, что все эти слухи вызвали большое беспокойство среди земских психиатров, и это беспокойство, конечно, было вполне обосновано, так как Рагозин еще в 1887 г. писал: «Правительство, как известно, передало попечение о психически больных в руки земства... Подобное уклонение правительства от одной из своих функций, в конце концов, ни к чему путному привести не могло... Призрение психически больных в силу самого положения вещей должно быть делом общегосударственным, в котором земство может участвовать не больше, чем в остальных мероприятиях, обусловленных общегосударственными нуждами». В казанском журнале «Неврологический вестник» в 1896—1897 гг. состоявший у Рагозина ординатором Н. Я. Смелов писал обзоры отчетов земских больниц[1], которые заканчивались каждый раз упреками земским психиатрам в больших затратах земских сумм, в неумелом ведении дела и предложением строить межгубернские казенные больницы.

Все содержание Конфиденциальной записки, которую мы так часто цитировали, составленной как раз к этому совещанию, также показывало, что беспокоиться земским психиатрам действительно было о чем. Записка составлена была, несомненно, в антиземском духе, хотя одновременно подчеркивала и неправильности распоряжений правительства, делавшихся до 1888 г., но именно потому, что эти распоряжения, по мнению автора, недостаточно направляли земскую деятельность.

В конце концов, совещание наметило лишь пути разграничения правительственных и земских функций в призрении психически больных.

Совещанием было решено:

1. За счет правительства отнести содержание психически больных, помещаемых по суду в порядке 95,96 и 353—358 статьи Уголовного кодекса; эти больные обязательно помещаются в окружные лечебницы; также за счет правительства относится и содержание больных, помещаемых по требованию воинских учреждений, и больных, признанных в установленном порядке явно угрожающими общественной безопасности (при проекте постановлений совещания были приложены правила о признании психически больных явно опасными).

2. За 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.

Однако проект комиссии Оболенского не получил высшей санкции, так как выяснилось, что он, как это вычислили специалисты, помимо капитальных затрат, требовал ежегодного правительственного расхода около 4,5 млн. рублей. Но, очевидно, его было решено проводить постепенно, так

---

[1] Неврологический вестник, 1896, т. IV, в. II; 1900, т. VIII, в. 1.

как Московская и Томская окружные лечебницы все же были построены, 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 1902 г. открылась Виленская окружная лечебница в $1^1/_2$ верстах от станции Нововилейск с 380 десятинами земли (100 десятин пахотной земли, остальное — лес) для губерний Виленской, Витебской, Минской, Ковенской и Гродненской. И эта лечебница была построена по корпусному типу. Всего к 1912 г. в лечебнице имелось 1 080 штатных мест, из них 180 для пенсионеров, 100 для испытуемых и арестантов, 300 для Виленской губернии и 500 для остальных четырех губерний. Лечебница, как мы указывали выше, многократно ремонтировалась, и, несмотря на это, как писал А. В. Никольский в 1912 г., «внешний вид лечебницы производит впечатление незаконченности: пестрые стены с небрежно сделанными швами имеют такой вид, как будто их приготовили для штукатурки, плохое водоснабжение и очень примитивные, гигиенически вредные поля орошения».

24 октября 1907 г. в 90 верстах от Москвы, рядом с Мещерской психиатрической больницей Московского губернского земства, открылась Московская окружная лечебница в имении с 400 десятинами земли при селе Троицком, приобретенной в обмен на 71 десятину земли на Воробьевых горах, в которой нуждалась Москва для своих водопроводных сооружений.

В сентябре 1908 г. открылась Томская окружная лечебница. Обе лечебницы имели «крепкие» отделения по 100 мест. Перед началом первой мировой войны серьезно обсуждались проекты окружных лечебниц в Луганске и Астрахани.

Можно бы думать, что устройство около 5 000 новых штатных коек для обслуживания психически больных, несмотря на все недостатки принципа призрения в окружных лечебницах, все же было положительным фактом, но несомненно и то, что если бы эти 5 000 коек были децентрализованы по обслуживаемым им губерниям, они оказали бы гораздо бо́льшую пользу населению.

При стремлении получать доход от платных коек в окружных лечебницах недостаточно выдержан был Л. Ф. Рагозиным и тот принцип, что окружные лечебницы как правительственные должны нести прежде всего функции полицейско-охранительные. Правда, при всех окружных лечебницах были устроены «крепкие» арестантские отделения, но эти отделения были по количеству коек так незначительны, что когда в 1908 г. был издан закон о том, что призрение арестантов принимается на правительственный счет и испытуемые арестанты могут направляться в окружные лечебницы, то земства, невзирая на желание бо́льшую часть испытуемых и арестантов направить в окружные лечебницы, не могли этого сделать из-за переполнения в них соответствующих мест.

Глубоко реакционная деятельность Л. Ф. Рагозина, которую высоко ценило бюрократическое полицейское царское правительство, особенно ярко показывает, какую борьбу выдержали земские психиатры, чтобы в условиях реакции 80—90-х годов добиться все же значительных успехов, которые имелись в области психиатрической помощи в земских губерниях.

Мы видели уже, как в ряде земских губерний психиатрическая помощь создавалась упорством преданных интересам своего народа рядовых врачей-психиатров, умевших в самых тяжелых условиях помочь народу в изыскании нужных ему средств лечения и попечения. Но главным препятствием

было, конечно, «военно-феодальное империалистическое царское правительство». Тяжелое положение дела попечения о психически больных в губерниях неземских, где всем медицинским делом распоряжалось само правительство, состояние которого мы подробно описываем в главе XVII, лучше всего об этом свидетельствовало.

Направив все свои усилия на устройство окружных лечебниц, Л. Ф. Рагозин почти ничего не сделал для улучшения помощи в остальных неземских губерниях. Проф. Сикорский на II съезде психиатров даже жаловался, что со времени строительства окружных лечебниц заботы о такой большой краевой больнице, как Кирилловская больница в Киеве, совсем прекратились.

С 1865 по 1885 г. во всех приказных домах умалишенных (за исключением киевской Кирилловской больницы) не было ничего сделано, хотя число больных почти во всех больницах значительно увеличилось. Приказные больницы не печатали никогда своих отчетов, и поэтому сведения об их жизни очень скудны, и мы можем привести только отдельные отрывочные данные о них, которые нам удалось собрать в литературе.

К 1885 г. в приказных домах умалишенных, согласно собранным проф. Пастернацким[1] для I съезда психиатров сведениям, создалось такое положение.

По Европейской России. Архангельская губерния имела отделение на 10 коек.

Астраханская губерния имела 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: 1) Больницу «Св. духа» для женщин на 30 коек, 2) дом умалишенных для мужчин и 3) Еврейскую больницу для душевнобольных на 10 коек. Во всех этих учреждениях помещалось 137 больных. Врачей-специалистов в этих учреждениях не было.

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

Волынская губерния — отделение на 20 человек, между тем помещалось в ней 40 человек. Врача-специалиста не было.

Гродненская губерния — отделение на 30 кроватей.

Киевская губерния — Кирилловскую больницу, описанную нами выше.

Ковенская губерния — «отделение на 20 человек, тесное, темное, с отсутствием всякой вентиляции, спертым воздухом, принуждено помещать 30 больных; врача-специалиста нет».

Минская губерния — отделение на 60 человек (40 мужчин и 20 женщин), существовавшее с 1834 г., которое помещалось в одном из зданий бывшего униатского монастыря, построенного еще в XVII веке. «Вместо цепей к полу прикреплены ремни с кожаными браслетами и на них держатся прикрепленными к кровати или прямо к полу больные, склонные к буйству... Нет ни одной ванны, и у многих больных тело покрыто грязной коркой, а у некоторых на руках и на ногах язвы и рубцы, оставшиеся после кожаных браслетов с приделанными к ним замками». Цепи и привязывание к полу в Минске еще в 1890 г. видел и посетивший Минск Л. Ф. Рагозин. Как мы увидим, дело и к 1907 г. не изменилось.

Могилевская губерния — открытое в 1846 г. отделение на 20 человек, в котором помещается 40. «Кроме железных решеток, на окнах имеются и сетки».

---

[1] Некоторые сведения добавлены из других источников.

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

Подольская губерния — «весьма жалкое» отделение в Каменец-Подольске. Врача-специалиста не было. В 1885 г. среднесуточное количество больных было 75 человек (51 мужчина и 24 женщины). Роте[1], психиатр, работавший в польских и западных губерниях, так описывает Каменец-Подольский дом умалишенных: «Беспокойные и буйные больные отделялись от спокойных таким образом, что они занимали одну половину комнаты, где вблизи их кровати находился длинный ремень, один конец которого охватывал, как браслет, ногу, а другой был прикреплен к длинному гвоздю, плотно забитому в пол. За спинкой кровати такой больной мог сделать только один шаг... В случае сильного беспокойства употреблялись еще кожаные горячечные рубашки, которые часто причиняли больному раны на плечах, груди, спине».

Ставропольское психиатрическое отделение еще в 1895 г. старший врач губернской больницы описывает так: «Самые здания этого отделения, переделанные частью из сараев, существовали с начала текущего столетия, и по ветхости поддерживать их было уже невозможно... Больных (35 человек) приходится размещать в помещениях, похожих скорее на клетки, чем на комнаты».

В 90-х годах было расширено только Астраханское психиатрическое отделение. П. И. Дагаев в 1909 г. на III съезде психиатров[2] историю и состояние астраханских психиатрических учреждений описывал следующим образом: «Перестройка и расширение лечебницы произошли по планам Штрома. Здание, рассчитанное на 73 больных (48 мужчин и 25 женщин), с первого же дня было переполнено, так как к 1 января 1894 г. было уже 115 больных (76 мужчин и 39 женщин)». Став заведующим домом душевнобольных в том же 1894 г., П. И. Дагаев в ежегодной смете дома застал еще «значительный кредит на комплект смирительных рубашек на 40 человек (при штате 73 больных)»; он вычеркнул их все и заказал вместо них рабочие блузы, брюки, пальто, которые вовсе не значились в инвентарных списках, и, «когда психически больные в этих обычных для человека костюмах были выведены им на огородные работы, все были в Астрахани беспредельно удивлены». И это в 1909 году!

С 1894 по 1910 г. было принято 2 695 мужчин и 1 191 женщина и на 1 января 1910 г. имелось 206 больных (144 мужчины и 62 женщины). И это на площади, предназначенной для 70 больных!

Не лучше, конечно, обстояло дело и во всех других приказных больницах. Еще в 1885 г., например, К. Н. Сулима[3] о Волынской, Подольской и Киевской губерниях писал: «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 больными 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...»

О благодетельном значении предоставления даже самого небольшого права обществу управлять своими лечебными учреждениями свидетель-

---

[1] Rothe, Geschichte der Psychiatrie in Russland, 1895.
[2] Труды III съезда отечественных психиатров, 1911, стр. 187—194.
[3] Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, 1885, т. VI, стр. 47.

ствуют результаты введения, согласно закону от 2 апреля 1902 г., в губерниях Витебской, Киевской, Минской, Могилевской, Волынской, Подольской и несколько позже в Оренбургской и Ставропольской вначале губернских комитетов по земским делам, а с 1910 г. так называемого «упрощенного земского самоуправления», в которое к выборам в гласные допускалось весьма малое число лиц.

Во всех новых земских губерниях с первого же года существования земства было обращено внимание и на положение психически больных, были приглашены специалисты-психиатры для составления проекта реформы и определения того направления, в котором следует вести работу. Хотя реальные улучшения до первой мировой войны осуществились далеко не всюду, но все же начало им было положено.

В Витебской губернии еще в 80-х годах при Приказе был приобретен участок земли «Юрьева Горка» для постройки психиатрической колонии, но обычные приказные порядки, затем надежды на открытие Виленской окружной лечебницы привели к тому, что построек никаких не производилось. Когда Виленская лечебница была открыта, в 1906 г., туда было переведено 150 больных, и тем не менее в 1908 г. Витебское психиатрическое отделение опять оказалось переполненным и земским комитетом тотчас 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.

Губернская управа по земским делам еще в 1909 г. обратилась к В. И. Яковенко за советом, как организовать психиатрическое дело, и он рекомендовал прежде всего построить на «Юрьевой Горке» лечебницу на 200 коек (на 120 мужчин и 80 женщин), на которую и были составлены соответствующие планы и сметы. Земское собрание 1912 г. эти планы одобрило и испрашивало на это субсидию, в которой ему было отказано. На этом перед первой мировой войной дело постройки больницы остановилось.

В Киеве уже 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. В 1910 г. собрание постановило осуществить эту постройку, для чего и заключило заем. Кроме того, решено было Кирилловскую больницу расширить до 600 коек, одновременно построив под Киевом колонию на 600 коек, приобретя имение в 200 десятин, и организовать патронаж. На постройку двух корпусов было ассигновано 308 000 рублей. В 1914 г. был разрешен заем в 750 000 рублей на расширение психиатрического дела в Киеве. Постройка зданий в Киеве к этому времени заканчивалась, а остальные деньги предназначались для дальнейшего расширения дела. В апреле 1914 г. управой была создана комиссия, состоявшая из Н. Н. Баженова, А. Д. Коцовского, Г. Г. Бойно-Родзевича, которые, одобрив в основном планы управы, в то же самое время рекомендовали произвести перепись и разработать план децентрализации психиатрической помощи. В Винницкой окружной лечебнице Киевской губернии на 1 января 1912 г. имелось 250 коек.

В Минске еще в 1907 г. врачебный инспектор С. П. Урванцев[1] 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...»

В 1910 г. отделение было переведено в здание богадельни и штат был расширен до 200 кроватей (кроме того, Минская губерния имела 160 коек

[1] Русский врач, 1907, № 18.

в Виленской окружной лечебнице). На первое земское собрание был представлен проект колонии вблизи Минска, причем предлагалась децентрализация психиатрической помощи: устройство в дальнейшем психиатрической больницы вблизи Мозыря для южных районов губернии (уезды Мозырский, Пинский и Речицкий), а санитарный врач Литвинов предлагал учредить лечебницы для каждого уезда. Предлагалось и устройство патронажей. В 1912 г. из земских сумм было ассигновано 5000 рублей на расширение Минской еврейской больницы, где было закончено к этому времени новое здание 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, которая была переведена в Сеньково. П. И. Якобий разработал проект устройства четырех лечебниц, на 25—30 коек каждая, в Могилеве, Орше, близ Гомеля и близ Кричева, при одной центральной колонии. Предполагалось учреждение должности губернского психиатра. С 1910 по 1912 г. психиатрическим делом заведывал П. П. Викторов. К 1916 г. Могилевское земство имело так называемую Георгиевскую лечебницу (в Печерске), где содержалось 222 психически больных, с территорией в 8 десятин земли, и Сеньковское отделение для спокойных хроников богадельного типа на 100 человек; здесь также имелось около 9 десятин земли. Георгиевская лечебница[1] 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 пробела. Беспокойное и приемное женское 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».

В Волынской (Житомир) и Подольской губерниях до войны 1914 г. оставались переполненные приказные больницы: в Житомире на 30 штатных койках на 1 января 1912 г. было 55 мужчин и 35 женщин, а в Каменец-Подольске на 60 штатных койках 1 января 1912 г. было 156 больных; здесь до 1912 г. не было врача-психиатра. Однако в обеих губерниях разрабатывались проекты децентрализации психиатрической помощи и устройства сети психиатрических больниц.

В Волынской губернии еще в 1906 г. Губернским комитетом по земским делам было решено построить психиатрическую лечебницу в центре губернии на 200 коек, но необходимый для этого заем в 200 000 рублей не был разрешен. Первому же выборному губернскому собранию инженером Парамоновым был представлен план центральной лечебницы-колонии на 500 коек со сметой 785 000 рублей: для нее подыскивалось имение в 50—75 десятин. Кроме того, в районе станции Олыка предполагалась постройка лечебницы на 300 коек и было возбуждено ходатайство о передаче земству для этого казенного имения. В будущем предполагалось построить еще третью, меньшую, больницу. Средства на все это строительство земство ходатайствовало отпустить ему из сумм бывшего Приказа, но министерство рекомендовало занять деньги из кассы городского и земского кредита.

Подольское земское собрание 1912 г. ассигновало 75 000 рублей на организацию больницы и просило передать земству здания военного лазарета Ладыжине Гайсинского уезда, но эти здания, как оказалось, раньше

[1] «Очередные задачи Могилевского губернского земства». Статья Е. А. Копыстынского в Вестнике Могилевского губернского земства, 1916, № 1.

Губернского земства уже получило Уездное земство для своих целей. Губернское земство проектировало децентрализацию психиатрического дела: проектировалось 200 коек оставить в Каменце, построить небольшую больницу в Балте и колонию с лечебницей в местечке Крыжополь. Пока разрабатывались эти проекты, 200 психически больных были помещены в бывшей губернской соматической больнице и на ее приспособление истрачено 10 166 рублей.

В Винницкой лечебнице находилось 70 психически больных Волынской губернии и 280 больных Подольской губернии.

В Ставропольской губернии, не имевшей вовсе психиатрической больницы, лишь 27 декабря 1907 г. было открыто новое здание психиатрической больницы на 100 человек (истрачено 248 288 рублей), которое начало строиться в 1906 г. на собиравшиеся с 1894 г. пожертвования от всего населения губернии (сельские общества, церковные сборы). Больница построена в 3 верстах (на участке в 25 десятин) за городом. Для заведывания ею был приглашен врач-психиатр И. С. Зубов, бывший ординатор Пензенской больницы; до этого психиатров здесь не было. С 1912 г. больницей заведывал В. П. Доброхотов [1]. В 1913 г. Ставропольское губернское собрание постановило произвести перепись психически больных в губернии, а к 1914 г было построено два павильона на 75 беспокойных больных и небольшой павильон на 6 человек для инфекционных больных.

На I Оренбургском губернском земском собрании были оглашены результаты осмотра только что переданной от Приказа в ведение земства губернской психиатрической больницы. «Рассчитанная по штату на 25 коек больница 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.

Архангельская больница лишь в 1904 г. была расширена постройкой двух зданий до 50 коек [2], но в этом помещении к 1913 г. было уже 70 больных и теснота была невообразимая, потому что в действительности помещение могло вместить только 40 больных. Решено было немедленно нанять для излишних больных частный дом и ходатайствовать о расширении больницы до 360 коек.

Очень тяжелое положение создалось с психически больными и в Области Войска Донского. В Новочеркасске имелась больница, в которой было 75 штатных мест (28 мужских и 47 женских) и богадельня на 80 человек, но в 1911 г. среднее ежесуточное число имевшихся в этих учреждениях психически больных равнялось 325; в течение года находилось на излечении 447 мужчин и 216 женщин. На 1 января 1912 г. состояло 364 человека. Правда, в 1909 г. Военный совет разрешил войсковому начальству приобрести за 38 595 рублей дачу с 20 десятинами земли для психиатрической колонии, но у нас нет сведений, чтобы что-нибудь делалось на этой даче для облегчения положения больницы. В 1916 г. член Государственной думы А. Назаров посетил Новочеркасскую больницу. Приводим его впечатления: «В конце Платовского проспекта, на конце города, в буераке доской и частоколом огорожена небольшая площадка, десятин пять. На этой т

---

[1] В. П. Доброхотов, Краткий очерк истории постройки и настоящего состояния ставропольской психиатрической больницы, М., 1913.

[2] Неврологический вестник, 1904, т. XII, в. III; Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психопатологии, 1904, № 8.

ритории без плана разбросаны деревянные и каменные строения. У весьма немногих когда-то кем-то посажены деревья. 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».

В большом городе Ростове-на-Дону имелась 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 1911 г. на излечении состояло 228 человек (157 мужчин и 71 женщина). Вполне естественно, что в Ростове появились две частные психиатрические больницы. Всего на 1 января 1912 г. в Области Войска Донского на 200 штатных местах было 426 больных.

Приведем данные о числе больных и больницах неземских губерний Европейской России за 1885, 1893, 1908 и 1912 гг.

Чтобы подсчитать число всех коек, содержимых в Европейской России на правительственные ассигнования, приведем и цифры правительственных больниц в земских губерниях.

Число больных на 1 января соответствующего года

Губерния	1885	1893	1908	1912
Архангельская . . .	10	15	61	62
Астраханская . . .	40	115	197	222
Виленская	137	384	1 085	1 072[1]
Витебская	60	62	85	163
Волынская	20	40	73	57
Гродненская	30	—	Нет	130
Киевская	100	274	660	648
Ковенская	20	30	Нет	Нет
Минская	60	60	162	256
Могилевская	40	40	146	169
Оренбургская . . .	30	35	60	64
Подольская	75	80	1 068	1 170[2]
Ставропольская . .	35	35	33	92
	657	1 170	3 630	4 105
Казанская окружная лечебница	150	350	1 000	1 103
Московская окружная лечебница . .	—	—	—	1 014
Больница Всех скорбящих (СПБ) . . .	350	350	350	322
Дом Александра III (СПБ)	200	200	300	340
Преображенская больница в Москве	378	—	—	—
	1 735	2 070	5 280	6 884

[1] В окружной лечебнице — 989, в Еврейской больнице — 27 и в Госпитале св. Иакова — 69.

[2] Неврологический вестник, 1904; Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психопатологии, № 8, т. XII, в. III.

На Кавказе[1] в 1859 г. была сделана попытка произвести перепис психически больных. Перепись тянулась до 1862 г., а в Мингрелии - до 1867 г. и обнаружила в пяти губерниях края (Тифлисской, Елизаве польской, Эриванской, Бакинской и Кутаисской) 745 психически больны и 322 глухонемых, причем женщин перепись не касалась.

Первое психиатрическое учреждение на Кавказе — психиатрическ отделение при Михайловской больнице в Тифлисе — было открыто в 1869 на 16 мужчин и 8 женщин; заведующим был А. А. Павловский[2]. При откр тии было 11 психически больных. В 1881 г. для отделения было приобрете отдельное здание и штат больных увеличен до 60 человек; в 1891 г. был п строен барак на 30 человек, и уже в 1896 г. число больных дошло до 11 а на 1 января 1911 г. — до 122 (95 штатных мест). По 1911 г. (за 42 года) пр было 2 309 больных (1 590 мужчин и 719 женщин) и выписалось 1 534 бол ных (1 042 мужчины и 492 женщины), умерло 653 (469 мужчин и 184 же щины).

Кроме того, в 1898 г. в Тифлисе устроен городской приют на 50 ко и отделение железнодорожной больницы для психически больных на 10 кое С 1893 г. при тюремной больнице в Кутаисе было учреждено психиатр ческое отделение на 20 коек (в 1910 г. расширено до 50 коек) и д призрения в Эриване на 16 мужчин и 4 женщины.

В Баку с 1892 г. существовал Бакинский дом призрения психичес больных на 20 коек.

В 1908 г. Бакинская городская дума постановила построить городск психиатрическую больницу на 70 коек, ассигновав на ее содержание еж годно 10 000 рублей при условии, что 20 000 рублей примет на себя земст и 15 коек будут уделены уездам. Однако больница не была построена.

Согласно данным В. И. Яковенко, по переписи 1897 г. на Кавказе зн чилось 9 188 000 жителей, причем число психически больных равняло 6 892 (4 129 мужчин и 2 763 женщины).

Особенно плохо обстояло дело на Северном Кавказе: здесь имело 24 койки в Екатеринодаре, приют на 40 коек на станции Лабинской, гор ской приют на 10 коек во Владикавказе (с 1895 г.) и на 4 койки в Ейс убежище на 27—30 коек в станице Горячеводской. Все эти койки были му ские; женских коек не было.

В 1910 г. Областное правление проектировало устроить во Владикав зе психиатрическую войсковую больницу на 120 коек.

Мищенко на съезде врачей Кубанской области в апреле 1911 г., гов о призрении психически больных в области, указывал, что в области имее до 4 000 психически больных. «Жизнь этих несчастных ужасна: мно содержатся на цепи или в карцере при станичных управлениях. Некото общества, желая избавиться от душевнобольного, отвозят его ночью в седнюю станицу и оставляют одного. Из 798 душевнобольных 200 оказал семейными».

Всего на 1 января 1911 г. на всем Кавказе с его к тому времени 12-м лионным населением имелось 358 коек для психически больных.

Вполне естественно при таких условиях, что в 1913 г.[3] в селе Ду Юрт Терской области была обнаружена принадлежащая чеченцу Хаджа подпольная частная больница, в которой психически больных «лечи

[1] I съезд гражданских врачей на Кавказе (декабрь 1911 г.), Современная пси трия, 1912, стр. 245; Э. В. Эриксон. О призрении душевнобольных на Кавк Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психопатологии, 1 № 10, стр. 761—778.

[2] А. А. Павловский заведывал до 1895 г. После него в заведывание вст Д. И. Орбели, ученик проф. Ковалевского.

[3] Современная психиатрия, 1914, № 1.

молитвой и нашептыванием: в этой своеобразной лечебнице были обнаружены две длинные железные цепи, двое железных нарукавников и железные кандалы.

С и б и р ь. Впервые о нуждах Сибири в отношении призрения психически больных мы узнаем из Сенатского указа (т. XVIII, 13143) от 1 июля 1768 г. Губернатор Сибирской губернии Чичерин представил доклад «о явившихся там в сумасбродстве разных чинов людях, которые прежде отсылаемы были для содержания и на пропитание в разные монастыри; а как ныне при тех монастырях штаты уже есть... и как монахи, так и служители состоят на жалованьи, ...то они принимать таковых сумасбродцев отказываются...» Сенат указал, что «в Сибирской губернии во многих монастырях монахов состоит неполное число», и предложил Синоду принимать «сумасшедших» в те монастыри.

В 1810 г. в Тобольске был открыт первый дом умалишенных при учреждении там Приказа общественного призрения. В 1852 г. были открыты такие же учреждения в Красноярске, Томске и Иркутске.

Среди данных о психиатрических больницах, собранных к 1885 г. для доклада I съезду психиатров проф. Пастернацким, говорится только о двух психиатрических больницах в Сибири: Тобольской, по его данным помещавшейся в здании на 33 мужчины и 17 женщин (больных в 1875 г. состояло там 59, а в 1884 г.—40), и Иркутской, о которой у Пастернацкого сказано: «Отделение находится в нижнем этаже больницы, в нем нет чистого воздуха и господствует 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 общей литературе [1] давно указывалось, что немало психически больных попадало в Сибирь в качестве «преступников и бродяг». «Тобольский приказ, — пишет С. Максимов, — в партиях, приходящих из России на поселение, находит много дураков и идиотов». И действительно, среди состоявших на излечении в Иркутской психиатрической больнице в 1880—1885 гг., по данным Пастернацкого, 27% составляли поселенцы.

О том, что представляли собой психиатрические больницы Сибири даже в 1888 г., пишет психиатр В. А. Брянцев [2], ученик проф. Фрезе, приглашенный заведывать только что отстроенной Иркутской психиатрической больницей на 60 коек. Брянцев подробно описывает Красноярский дом умалишенных: «Покосившиеся здания уже издали не внушали ни малейшей симпатии... Привратник, увидя мое любопытство к дому, спросил, не пришел ли я подать подаяние, и если я пришел с этой целью, то могу итти к больным хоть сейчас... Я вошел 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».

Новое иркутское здание было построено на 40 мужчин и 20 женщин и построено плохо. Оно оставалось тем же и в 1908 г., когда в нем содержалось уже 130 человек и когда из него 60 человек подлежали переводу в открывшуюся Томскую окружную лечебницу, причем нужные для этого перевода 1 000 рублей никак не могли найти, почему больные и были задержаны несколько лишних месяцев.

---

[1] С. М а к с и м о в, Несчастные, Вестник Европы, 1868.

[2] В. А. Б р я н ц е в в дальнейшем всю свою жизнь работал в Иркутске и в 1914 г. был убит психически больным.

В Томске отделение на 20 человек было открыто в 1852 г. Проф. Н. М. Попов в 1899 г. так описывал это отделение [1]: «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».

Проф. Н. М. Попов не имел возможности вести преподавание в такой больнице и был вынужден для нужд преподавания устроить частную лечебницу на 8 коек с платой по 50 рублей в месяц.

В 1904 г. организована была Акмолинская областная психиатрическая больница на 20 коек. До этого в 1899 г. М. О. Шайкевич насчитал в Акмолинской области за 5 лет всего 19 психически больных, пользовавшихся больничным лечением, на всю область с 705 347 жителями [2].

В том же году старший врач губернской больницы в Омске В. М. Сосунков на собранные им среди своих пациентов средства открыл здесь психиатрическую больницу на 20 коек.

В 1903 г. Государственный совет ассигновал 30 000 рублей (по 10 000 рублей в 1903, 1904 и 1905 гг.) на постройку психиатрической больницы в Чите.

На 1 января 1905 г., по данным В. И. Яковенко, в Сибири было 9 психиатрических больниц с 263 штатными койками, при наличии 454 больных, причем годовой оборот койки равнялся 5,2 (в то время как в земских больницах он равнялся 2,2).

Во время русско-японской войны 1904—1905 гг. в Никольске-Уссурийском Красный крест организовал психиатрический госпиталь для воинов. По окончании войны в Никольске организовалось Общество помощи психически больным. Получая субсидию от Уссурийского казачьего войска по 3 000 рублей в год, оно превратило этот госпиталь в постоянный для гражданского населения.

Лишь в 1909 г. содержание этого госпиталя, согласно закону, принятому Государственной думой, было взято на казенный счет, но со штатом всего в 15 коек, несмотря на то, что больных на 1 января 1908 г. было 27 мужчин и 13 женщин.

23 октября 1908 г. около Томска была открыта Томская окружная психиатрическая лечебница на 850 коек, из них для Томской губернии предназначалось 265 коек, для Тобольской — 180, для Енисейской — 75, для Иркутской—60, для Забайкальской—85, для Семипалатинской — 85 и для Китайской Восточной железной дороги — 15.

В 1906 г. при Благовещенской городской больнице было организовано психиатрическое отделение, но своего отдельного врача-специалиста оно не имело.

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 страдало цынгой; ванны и водопровод хронически были неисправны, отделение было переполнено, температура временами была ниже нуля, на 40—48 больных было всего 3 служителя и 2 служанки. Для развлечения больных и их работ ни помещений, ни приспособлений не было. По предложению д-ра Кальнина, управа начала приводить больницу в порядок, но в мае 1911 г. Э. И. Кальнин ушел со службы, и лишь с сентября 1911 г.

---

[1] Новое время, 14 ноября 1899 г.

[2] Положение душевнобольных в Степном крае, Неврологический вестник, 1889, № 4.

его место занял Н. Старокотлицкий, также из Саратова, который закончил приведение больницы в порядок и завел истории болезни[1]. На 1 января 1911 г. в больнице состояло 50 человек (34 мужчины и 16 женщин); поступило 177 человек (123 мужчины и 54 женщины, из них 64 мужчины и 8 женщин алкоголиков); выбыло 158 человек (108 мужчин и 50 женщин); умерло 25 человек (18 мужчин и 7 женщин); осталось на 1 января 1912 г. 44 человека (31 мужчина и 13 женщин).

Во Владивостоке также предполагалось построить больницу на 50 коек.

В июле 1910 г. в Чите открылась на земские средства Казачьего войска Гражданская психиатрическая больница на 44 койки.

В 1911 г. в Сибири значилось 12 психиатрических больниц: в Тобольске, Красноярске, Томске, Иркутске, Омске, две в Чите (казачья и гражданская), Никольске-Уссурийском, Благовещенске, Хабаровске, Якутске [2] (10 приказных коек) и Владивостоке. В 1914 г. решено было построить психиатрическую больницу на 150 коек в Тобольске, для чего была приобретена земля на Панином Бугре.

Имелась психиатрическая больница на острове Сахалине, подчиненная Главному тюремному управлению. Отделение на 200 коек имелось в посаде Александровском и на 100 коек в Ново-Михайловском. Заведывал отделениями с 1902 г. И. К. Серединский [3]. В его распоряжении имелось 60 служителей каторжан, 10 надзирателей, а из медицинского персонала всего два фельдшера; у больницы имелось 7 десятин земли и мастерские.

В. И. Яковенко [4] приводит такие данные о состоянии психиатрической помощи в Сибири на 1 января 1908 г., причем он сообщает число жителей по переписи 1897 г. и число психически больных, зарегистрированных этой переписью (см. следующую страницу).

Итак, в районе, где по переписи населения, произведенной 10 лет назад (в 1897 г.), числилось почти 6 млн. жителей (а по официальным сведениям на 1908 г. — 8 187 000) и по той же переписи зарегистрировано, очевидно, наиболее ярко выраженных психически больных 5 112, имелось к 1 января всего 363 койки и на них 566 больных, а к 1912 г., когда открылась Томская окружная лечебница, — 1 347.

Еще хуже обстояло дело в среднеазиатских областях и губерниях. Здесь в областях Акмолинской, Закаспийской, Самаркандской, Семиреченской, Сыр-Дарьинской, Тургайской, Уральской и Ферганской с населением по переписи 1897 г. в 7 754 000 жителей, при наличии 3 505 (2 556 мужчин и 949 женщин) зарегистрированных психически больных[5], имелось на 1 января 1908 г. лишь 102 койки: 20 коек в Омске, 20 коек в Акмолинске, 13 коек в Верном (с 1906 г.) [6] и 49 коек в открывшемся с 1907 г. в Перовске для Сыр-Дарьинской, Самаркандской и Ферганской областей психиатрическом учреждении (заведующий Н. В. Игнатьев). В Ашхабаде в 1914 г. должна была открыться для приема больных с острой формой заболевания с после-

---

[1] Журнал невропатологии и психиатрии имени Корсакова, 1909, № 1 и 2.

[2] Психиатрическое отделение в Якутске открылось, повидимому, в 1853 г., так как, как сообщает М. М. Зак (1932), в архивах больницы сохранились сведения, что уже с 1853 г. туда поступали «умалишенные» и с 1853 по 1863 г. их прошло 91 человек. С 70-х годов существовал уже «психиатрический барак».

[3] И. К. Серединский, Призрение душевнобольных на Сахалине, Военно-медицинский журнал, октябрь 1907 г.

[4] Н. Старокотлицкий, Отчет по психиатрическому отделению Городской благовещенской больницы, Благовещенск, 1911.

[5] Журнал невропатологии и психиатрии имени Корсакова, 1907, кн. 3.

[6] В 1913 г. в Государственную думу был внесен законопроект о расширении до 30 коек.

Губернии и области	По переписи 1897 г.			Больницы на 1 января 1908 г.	Число коек	Количество больных на 1912 г.
	число жителей (в тысячах)	число душевнобольных				
		мужчин	женщин			
Амурская область . . .	120	59	36	В Благовещенске больницы Приказа	30	22
Енисейская » . . .	570	348	235	В Красноярске больницы Приказа	20	26
Забайкальская область	672	414	285	Читинская городская больница	30	30
				Читинская войсковая больница	50	53
Иркутская губерния . .	514	343	194			
Приморская область . .	223	53	26	В Никольске-Уссурийском обществе попечения	32	43
				В селе Успенском частная больница	3	5
Тобольская губерния	1 443	777	528	В Хабаровске больницы Приказа	4	4
Томская губерния . . .	1 898	921	710	В Тобольске больницы Приказа	50	39
				В Томске больницы Приказа (с конца 1908 г. окружная психиатрическая лечебница на 1 000 коек)		1 023
Якутская » . . .	270	103	80	В Якутске больницы Приказа	6	11
Всего . . .	5 710	3 018	2 094	Всего на 1 января 1908 г. 363 штатных койки (больных 566)		1 346
		5 112				

дующей отправкой в другие психиатрические больницы также небольшая психиатрическая больница. Состояние психиатрической помощи в Средней Азии в 1911 г.:

Больница	Состояло на излечении в течение 1911 г.	Состояло на излечении на 1/I 1912 г.
Акмолинская Казачьего войска	159	22
Семипалатинская земская	46	16
Верненская (теперь Алма-Атинская) . . .	51	32
Перовская (теперь Кзыл-Ординская)	100	59
Омская	60	20
Уральская	10	9
Всего . . .	426	158

По данным Управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел, в отчете о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1908 г. мы находим сведения о том, сколько призревалось 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. [1].

Губернии и области	Население в 1909 г.	Число больных на 1/I 1909 г.	Больных на 10 000 населения	По Красовскому, на 1/I 1911 г.
Губернии неземские	27 289 713	3 643	1,3	4 004
Привислянские	12 356 205	1 681	3,6	2 653
Остзейские	2 613 591	1 698	6,5	3 816
Область Войска Донского	3 111 221	284	0,9	284
Губернии земские	82 726 333	30 520[2]	3,7	39 422[3]
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	1 276[4]
Средняя Азия	9 347 462	118	0,1	135
По Азиатской России	29 087 949	1 085	0,4	1 896
Всего по империи	157 185 556	38 921	2,5	47 975

[1] Красовский и Кайзер, О призрении душевнобольных, 1911.

[2] В приводимое число входят не только больные, находившиеся в земских психиатрических стационарах, но и в окружных лечебницах, военных госпиталях, частных лечебницах, патронажах, приютах и т. п., почему эта цифра больше цифры, показанной на стр. 276 и в соответствующих таблицах.

[3] С новыми земскими губерниями.

[4] По Гольдблату (Советская психоневрология, 1933, № 3, стр. 100), в 1914 г. было 526 коек.

XVI. РУССКАЯ ПСИХИАТРИЯ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА (ДО ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ)

На рубеже XX века начался новый период истории России, определяемый как эпоха российского «военно-феодального» империализма. «Ленин называл империализм „умирающим капитализмом". Почему? Потому, что империализм доводит противоречия капитализма до последней черты, до крайних пределов, за которыми начинается революция»[1]. Существенной особенностью капитализма в России было то, что он был связан с полукрепостническим государством. «Потому, что Россия была узловым пунктом всех этих противоречий империализма. Потому, что Россия была беременна революцией более, чем какая-либо другая страна... Начать с того, что царская Россия была очагом всякого рода гнета—и капиталистического, и колониального, и военного,—взятого в его наиболее бесчеловечной и варварской форме... в России всесилие капитала сливалось с деспотизмом царизма, агрессивность русского национализма — с палачеством царизма в отношении нерусских народов... Ленин был прав, говоря, что царизм есть «военно-феодальный империализм". Царизм был средоточием наиболее отрицательных сторон империализма, возведенных в квадрат» [1].

«В конце XIX столетия в Европе разразился промышленный кризис. Кризис этот вскоре захватил и Россию... На улицу было выброшено свыше 100 тысяч рабочих. Заработная плата оставшимся на предприятиях рабочим резко сокращалась... борьба рабочих все более стала принимать революционный характер» [2]. Начались массовые забастовки, демонстрации. Пролетариат выступил как руководящая сила в борьбе трудящихся против царизма. Либерально-буржуазная оппозиция, не желая подрывать основы царского строя, стремилась только к реформам, которые способствовали бы развитию капиталистических отношений, но смертельно боялась крестьянского движения. Деятельность либеральной буржуазии Ленин расценивал так: «...ибо своим кокетничанием с самодержавием, своим превознесением мирной культурной работы, своей войной против «тенденциозных» революционеров и т. д., либералы расшатывают не столько самодержавие, сколько борьбу с самодержавием» [3]. Обосновывавший позиции либералов сборник «Вехи» Ленин назвал «энциклопедией либерального ренегатства».

В обстановке экономического кризиса началась русско-японская война, империалистическая война за господство на Тихом океане, за раздел Китая.

[1] И. Сталин, Вопросы ленинизма, 11-е изд., стр. 3—4—5.

[2] История ВКП(б), изд. 1950 г., гл. II, стр. 27.

[3] В. И. Ленин, Сочинения, 4-е изд., т. 6, стр. 191. Предисловие к брошюре «Задачи русских социал-демократов».

Русско-японская война обнаружила всю бессмыслицу и непригодность режима русского империализма. Революция 1905 г. «глубоко взрыла почву, выкорчевала вековые предрассудки, пробудила к политической жизни и к политической борьбе миллионы рабочих и десятки миллионов крестьян, показала друг другу и всему миру *все* классы (и все главные партии) русского общества в их действительной природе, в действительном соотношении их интересов, их сил, их способов действия, их ближайших и дальнейших целей. Первая революция и следующая за ней контрреволюционная эпоха (1907—1914) обнаружила всю суть царской монархии, довела ее до „последней черты", раскрыла всю ее гнилость, гнусность...» [1]. После поражения революции 1905 г. началось наступление контрреволюции: военное положение в 39 губерниях, карательные экспедиции, военно-полевые суды, разгром рабочих организаций, погромы, бесчинства «черной сотни», создание монархических организаций, разжигание национальной розни. Реакция душила всякую живую мысль. Буржуазная интеллигенция, пытаясь отвлечь массы от революционного движения, и в литературе, и в философии, и в науке старалась внедрить мистицизм, анархизм, индивидуализм, беспринципность. Недаром Горький годы реакции назвал «самым бездарным десятилетием» в русской литературе: это было время «успеха» Арцыбашева с его Саниным, время «Навьих чар» Соллогуба, время символистов-декадентов, которые, как сказал Горький, «устроили в храме русской литературы хоровод пошлости и мерзости».

В философии происходила ревизия философских основ марксизма (Базаров, Богданов), пропаганда идеалистической философии Маха и Авенариуса. В науке идеализм, витализм, поповщина преподносятся под видом «новых» идей, опровергающих материализм.

Ленин в своем гениальном произведении «Материализм и эмпириокритицизм» сокрушающе разоблачил русских ревизионистов марксизма и дал материалистическое обобщение всего того, что дала наука за весь период после смерти Энгельса.

И в области психиатрии (и теоретической, и практической) отразились общественные политические течения того периода. Происходила ожесточенная идеологическая борьба между нарождающимся прогрессивным и существующим реакционным.

Реакция обрушилась как на всю медицину, так и на психиатрические учреждения, и на отдельных психиатров, стремясь к разгрому всей оппозиционной части «третьего элемента» [2]. Уже на X Пироговском съезде (1907) было оглашено, что число врачей, подвергшихся административной каре с 1905 по 1907 г., превышало 1 300 человек [3]. «Нет уезда, — говорилось в докладе, — где бы не пострадал кто-либо из медицинского персонала... А есть такие места, где нет ни врачей, ни фельдшеров, — все они унесены потоком реакции: одни высланы, другие арестованы; оставшихся стали вычищать земские зубры». В психиатрических учреждениях производятся обыски, налеты полиции. Здесь не место приводить полный список полицейских «подвигов», сообщим лишь некоторые из них в качестве иллюстрации.

В декабре 1905 г. приставом Ермоловым убит в Москве приват-доцент В. В. Воробьев за оказание медицинской помощи во время пресненских

---

[1] В. И. Ленин, Письма из далека. Письмо первое, Сочинения, 4-е изд., т. 23 стр. 291—292.

[2] Выражение «третий элемент» пущено самарским вице-губернатором Кондоиди в 1900 г. для обозначения лиц, «не принадлежащих ни к администрации, ни к числу представителей сословий», но оказывающих влияние на земские дела (врачи, учителя, техники и т. п.). См. Ленин, Сочинения, 4-е изд., т. 5, стр. 258.

[3] Из 2 639 земских врачей, т. е. 50%.

боев 20 декабря 1905 г. В Виленской окружной лечебнице целую неделю стояли казаки и арестовали врачей Аптекмана, Клевзаля и ряд служащих. В январе 1907 г. была арестована значительная группа служащих Казанской окружной лечебницы под предлогом их участия в террористической организации; администрации предложено ввести усиленный надзор за всеми служащими лечебницы. В феврале 1907 г. в Мещерскую больницу являются 40 стражников во главе с тремя приставами и жандармским полковником и обыскивают всю больницу, после чего по требованию губернатора увольняются врачи И. Д. Певзнер, А. М. Терешкович, И. И. Сухов и Лебедев (последний, заразившись сыпным тифом, вскоре умер в Бутырской тюрьме). 21 апреля 1907 г. целая рота солдат производит обыск в Нижегородской колонии Ляхово, после чего доктор Фальк был выслан в Тобольскую губернию. Запрещаются спектакли для больных без присутствия полиции. 18 сентября 1907 г. происходит целую ночь обыск в Бурашеве. 1 марта 1908 г. производится обыск в Психоневрологическом институте в Петербурге, причем тщательно обыскиваются аудитории, студенческая библиотека, квартиры служащих. Увольняется губернатором и высылается из Воронежской губернии директор Воронежской психиатрической больницы Н. А. Вырубов; вынужден был уйти директор Мещерской больницы В. И. Яковенко, губернатором увольняется директор Колмовской больницы М. С. Морозов, директор Вологодской больницы В. В. Радкевич, в 1912 г. — заведующий Балахнанским патронажем И. И. Захаров, увольняется врач Н. И. Скляр в Бурашеве, высылается из Екатеринослава А. А. Говсеев. В 1909 г. военно-окружным судом д-р Я. П. Горошков был присужден к восьмимесячному заключению на гауптвахте по обвинению в служебных беспорядках и упущениях по заведываемому им психиатрическому отделению Ташкентского военного госпиталя, причем это осуждение совершается по непроверенному доносу д-ра Ставского.

В то же самое время на жизни психиатрических учреждений резко сказывались выросшие на почве реакции анархические эксцессы. В феврале 1907 г. ограблен в дороге директор Воронежской больницы В. Н. Ергольский; 29 мая 1907 г. произошел вооруженный налет на Казанскую окружную лечебницу; в октябре 1907 г. совершен вооруженный налет на частную лечебницу Штейнфинкеля в Одессе; 15 октября в больнице «Николая чудотворца» в Петербурге при побеге испытуемого Чеснокова убит служитель Дударенко, ранен надзиратель Гаер; в октябре 1907 г. ранен испытуемым старший врач Харьковской больницы П. Р. Ферхмин; 17 августа 1907 г. убит испытуемым директор Уфимской психиатрической больницы Я. Ф. Каплан; 26 февраля 1908 г. больной Мяснов в Московской окружной лечебнице убил надзирательницу Григорьеву; 30 марта 1908 г. в Воронеже происходит вооруженное нападение на женское наблюдательное отделение, за что дежурная надзирательница попадает в тюрьму; 20 марта 1908 г. ночью совершается вооруженное нападение на частную лечебницу Багрова в Одессе, причем один из нападавших был убит, другой ранен; летом 1909 г. из больницы «Св. Пантелеймона» бежали два судебных испытуемых, оглушив ударом по голове служителя и отобрав у него ключи от дверей; 30 июля 1909 г. замаскированные лица экспроприировали из кассы Симбирской больницы 2 500 рублей; летом 1909 г. грабители, напав на ехавшего в больницу кассира Харьковской больницы, экспроприировали у него 9 000 рублей; в 1911 г. на амбулаторном приеме Путиловского завода в Петербурге убит ординатор больницы «Николая чудотворца» Д. А. Родзаевский; 27 декабря в больнице «Николая чудотворца» убит находившимся по приговору уголовного суда больным Сизовым д-р Р. А. Грекер; 9 июля 1912 г. в Риге убит бывшим больным заведующий частной лечебницей д-р М. Л. Шенфельд и т. д.

Это, конечно, только небольшое количество примеров того, что происходило.

Побеги арестантов и испытуемых из психиатрических больниц вызывают со стороны губернаторов требования усиленного надзора, ввода вооруженной стражи внутрь психиатрических отделений. Такие требования предъявляются в Нижнем-Новгороде, Симферополе, Курске, Кишиневе (в Кишиневе в палаты вводят переодетых стражников для надзора). В Вятке испытуемых помещают в больницу в кандалах под охраной внутри отделения стражи с оружием. Большой конфликт происходит в Петербурге, когда арестованный испытуемый Кумлин в июне 1909 г. был помещен по требованию Тюремного управления в больницу «Николая чудотворца» в кандалах. Больного, в конце концов, перевели обратно в тюрьму, но начальник Тюремного управления Боровитин вошел в Медицинский совет с предложением считать кандалы допустимыми в психиатрических учреждениях. Этот же вопрос Боровитин перенес даже на обсуждение III съезда психиатров в 1910 г.; само собой понятно, что съезд не мог согласиться с Боровитиным. Вследствие побега Пилсудского из больницы «Николая чудотворца», должен был уйти в отставку О. А. Чечотт; в Москве, вследствие побега убийцы своих родных А. Кара, должен был уйти главный врач Преображенской больницы И. В. Константиновский.

В ответ на стремление земств избавиться от содержания арестованных и испытуемых в земских психиатрических больницах Сенат 23 октября 1906 г. постановляет, что «земские учреждения обязаны принимать на лечение и испытание арестованных, требуя за это платы от казны»... И лишь в 1908 г. при окружных психиатрических лечебницах начинают создаваться «крепкие» отделения для арестованных: в Казани на 80 коек, в Виннице на 50, в Вильно на 100, в Москве на 180, в Томске на 100 и в Варшаве на 80 коек. Но этих мест оказалось недостаточно, и во многие земские больницы арестантов помещали вплоть до революции.

Там, где в земских и городских самоуправлениях (в Курске, в Одессе) во главе стояли черносотенцы, они яро обрушиваются на «третий элемент» и на медицинские учреждения вообще. В Одессе, например, в ноябре 1908 г. черносотенная Городская дума постановила сократить число коек психиатрической больницы до 150 и сделала распоряжение об увольнении 90 служителей; у смотрителя Сваричевского, который предупредил служителей об увольнении, был произведен обыск, а сам он арестован. Даже врачебный инспектор вынужден был протестовать против такой «деятельности» черносотенцев. В Курске заведывание хозяйством совершенно изымается из ведения директора психиатрической лечебницы и передается члену управы—черносотенцу; постепенно все врачи были разогнаны: уходят врачи Растегаев, Панафидина, Талаловский, вынужден был уйти директор и устроитель колонии П. Д. Максимов.

Наконец, в 1912 г. правительство и черносотенцы организовали процесс Бейлиса, обвиняя его в совершении ритуального убийства. Психиатр проф. И. А. Сикорский и профессор судебной медицины Военно-медицинской академии Косоротов, приглашенные в качестве экспертов, на предварительном следствии позорно «доказывают» ритуальный характер убийства, но суд присяжных оправдывает Бейлиса.

Политическая борьба находит свое выражение среди персонала психиатрических больниц в ряде конфликтов: еще в 1905 г. был вывезен на тачке младшими служащими главный врач Харьковской больницы П. И. Якобий, не понявший глубокого смысла событий 1905 г. и видевший в них лишь нарушение дисциплины, мешавшее правильному лечению больных; должен был уйти в отставку главный врач Саратовской больницы С. И. Штейнберг,

пригласивший во время волнений в больницу полицию. Главный врач больницы «Николая чудотворца» в Петербурге Н. Н. Реформатский, отличавшийся бюрократическими строгостями, также был вывезен на тачке, после чего 39 человек персонала были арестованы, а в больницу была надолго введена полиция. В 1908 г. происходит забастовка младшего персонала в Вологде, и главный врач П. П. Стрельцов должен был выйти в отставку. Происходят конфликты младших врачей с директорами в Московской психиатрической клинике (проф. Сербский), в Саратове (В. А. Муратов), в Смоленске (В. М. Бяшков), в Кишиневе (А. Д. Коцовский). Поводом к конфликту являлось требование ввести, согласно постановлению II съезда психиатров, коллегиальное управление.

Весьма интересна и история возникновения Русского союза психиатров и невропатологов, характеризующая всю эту эпоху (обсуждение и утверждение устава союза длилось с 1894 по 1908 г.). Стремление врачей к участию в общественной жизни страны могло реализоваться лишь в форме созыва губернских съездов врачей и учреждения в 1883 г. Пироговского общества. Даже эта форма объединения была достигнута с большим трудом, и почти каждый съезд преодолевал немало полицейских препон. I съезд отечественных психиатров, происходивший в начале 1887 г., также не вызвал большого одобрения начальства; созыв II съезда встретил большие препятствия.

На одном из заседаний секции нервных и душевных болезней V Пироговского съезда в 1894 г. по предложению проф. С. С. Корсакова было решено ходатайствовать о созыве II съезда психиатров в 1896 г. Однако пленум съезда отклонил это постановление, так как не сочувствовал созыву съездов по отдельным врачебным специальностям, считая, что они «могут подорвать единую деятельность Пироговского общества...» «К чему дробиться, когда, напротив, мы так сильно нуждаемся в единении? Что мешает любым специалистам удовлетворить всем своим потребностям на Всероссийском съезде врачей?» — писал во «Враче» «безупречный рыцарь общественной медицины», как его называли, проф. В. А. Манассеин [1]. В московском «Медицинском обозрении» другой общественный деятель медицины В. Ф. Спримон также писал как о «неожиданном и печальном явлении» о желании психиатров и венерологов устроить отдельные съезды и об их «попытке расшатать Пироговские съезды». Таково было стремление к общему врачебному единению наиболее радикальных земских врачей.

«Выраженное столь определенно мнение, — писал Корсаков [2], — заставило меня подождать с распространением идеи об организации особых съездов». Но затем, ссылаясь на то, что хирурги, гинекологи и венерологи начали собирать свои съезды, Корсаков на VI Пироговском съезде вновь поднял вопрос о созыве съезда и о создании Всероссийского общества психиатров, которое созывало бы регулярно такие съезды. Была избрана комиссия в составе профессоров Бехтерева, Корсакова, Сикорского и директоров земских психиатрических больниц Грейденберга и Яковенко для выработки проекта устава общества, причем Грейденберг предложил назвать это общество «союзом».

Проект устава был рассмотрен на VII Пироговском съезде в Казани, где решено было подвергнуть его дальнейшей разработке, и лишь на VIII съезде в 1902 г. устав был принят и направлен на утверждение правительства. Однако правительством устав с большими поправками был утвержден лишь в 1908 г. Задачей союза было «объединять научную и научно-практи-

[1] Врач, 1894, № 14, стр. 369.

[2] С. С. Корсаков, Об учреждении врачебных съездов по отдельным специальностям и учреждении Русского союза психиатров, Журнал Общества русских врачей в память Пирогова, 1897, № 1.

I съезд Русского союза психиатров и невропатологов в 1911 г.

ческую деятельность врачей, занимающихся психиатрией, невропатологией и другими сопредельными областями знаний, а также содействовать нравственной связи и взаимной поддержке между членами союза» (параграф 1а).

Такова история создания Русского союза психиатров и невропатологов.

Объединения младшего больничного персонала в царской России совершенно запрещались. В революцию 1905 г. младший персонал предъявил эти требования, но в условиях реакции они не были удовлетворены. Однако «ввиду непрерывного и оглушительного стука современных социалистических воззрений, который раздается и у дверей больниц, — писалось в докладе Харьковской губернской земской управы собранию 1906 г., — пришлось обратить внимание на обстановку жизни служащих». А обстановка эта была, например, в Харькове, по словам того же доклада, такова: «Рабочий день был неограниченным, санитары все время должны были находиться в отделении, не уходя без разрешения даже и ночью. Можно было видеть каждую ночь, как обслуживающий персонал располагался на ночлег в коридорах психиатрических отделений, не имея отдельных помещений для жилья... Если у некоторых и имелись квартиры, то только в подвальных этажах, в помещениях без света, с „неугасимой лампадой", нередко в заливаемых водой помещениях». Для иллюстрации тяжелых квартирных условий в докладе приводится такой факт: «В котельной работает два кочегара. Для ночлега они имеют один ящик, в котором положено некоторое количество соломы; в нем они и спят по очереди».

После революции 1905 г. условия службы младшего персонала в некоторых промышленных городах несколько улучшились: в Харькове, например, стали выдавать квартирные деньги, зарплата была повышена до 10 рублей в месяц, был установлен десятичасовой рабочий день; до 1909 г. младший персонал имел своего представителя в правлении больницы. В московской Алексеевской больнице стараниями П. П. Кащенко было учреждено артельное продовольственное хозяйство служащих, причем избранная служащими артель приобретала продукты и изготовляла пищу. В ряде больниц было заведено нечто вроде клубов санитарного персонала — «собрания служащих». Все это повело к уменьшению текучести персонала в лучших больницах. Однако в большинстве больниц положение санитаров улучшилось мало. Дирекция больницы пыталась улучшить уход за психически больными не путем улучшения быта санитаров, а путем замены мужского персонала низко оплачиваемым женским (Орел, Московская окружная лечебница), организацией медицинского ухода немногими медицинскими сестрами и небольшим числом уборщиков помещений (Преображенская больница в Москве), созданием должностей помощников надзирателей, на которые поступали сельские учителя и ротные фельдшера (Мещерская больница Московского губернского земства).

После событий 1905 г., как уже говорилось, были пересмотрены принципы организации всего психиатрического дела в Москве. Помимо академического «Журнала невропатологии и психиатрии имени Корсакова», возник в 1907 г. под редакцией П. Б. Ганнушкина журнал «Современная психиатрия», вскоре ставший органом левых земских психиатров (издавался на паевые взносы этих психиатров). В 1910 г. Н. А. Вырубов в сотрудничестве с А. Н. Бернштейном, Ю. В. Каннабихом и Н. Е. Осиповым начал издавать журнал «Психотерапия». В 1911 г. в Москве возник третий журнал по неврологии и психиатрии: «Вопросы неврологии и психиатрии». В Москве создается даже второе общество невропатологов и психиатров, помимо общества, состоящего при университете, и работа его до 1914 г. идет успешно, причем ряд заседаний устраивается в городских больницах. Точно так же и в Петербурге деятельность старого академического общества,

существовавшего с 1879 г., стала сокращаться, так как начались научные заседания в больницах, а возникшая в Академическом обществе партийная борьба повела к тому, что президиум общества в 1913 г. не был избран[1]. В Петербурге, помимо бехтеревского «Обозрения психиатрии» и издававшегося им же 1903 г. «Вестника психологии, криминальной антропологии и гипнотизма», с 1912 г. начинает издаваться петербургскими больничными психиатрами еженедельная «Психиатрическая газета». Казанский журнал «Неврологический вестник» продолжал издаваться все время, но журнал Сикорского «Вопросы нервно-психической медицины» с 1906 г. прекратил свое существование. В 1912 г. начал издаваться «Справочный листок союза психиатров», освещавший разрабатывавшиеся правлением союза психиатров организационные вопросы, хотя надо сказать, что правление союза, составленное из лиц разных направлений, не особенно дружно работало, статьи в различных журналах были намного интереснее обсуждения тех же вопросов в правлении союза[2].

Таким образом, в 1912 г. в России издавалось по неврологии и психиатрии 10 специальных периодических изданий и каждое из них имело свои особенности, что свидетельствовало о диференциации различных направлений и об общем оживлении и научной, и организационной деятельности. «Журнал невропатологии и психиатрии имени Корсакова» начал превращаться в академический архив московской школы, «Обозрение психиатрии» отражало бехтеревскую научную школу, «Современная психиатрия» стремилась осветить все новые направления в русской и европейской психиатрии: здесь, например, помимо рефератов новых журнальных работ и книг, ежегодно помещались обзоры патологоанатомических работ, составленные В. А. Гиляровским, обзоры всех новых лечебных средств, применяемых в психиатрии, Н. П. Данаева, обзоры работ по биохимии и т. п. Журнал стремился разработать по-новому принципы организации психиатрических учреждений и подробно освещал всю жизнь психиатрических учреждений. Очень живо, особенно в 1914—1916 гг., велась в Петербурге «Психиатрическая газета». «Вестник неврологии и психиатрии» представлял интерес, так как стремился реферировать всю русскую неврологическую и психиатрическую научную литературу: в 1914 г. этот журнал даже издал особой книгой реферативный обзор всех русских работ, вышедших в течение 1913 г. Оказалось, что в 1913 г. в различных русских медицинских журналах было напечатано и издано отдельными книгами 774 работы. Многие из этих работ принадлежали больничным работникам.

Журналы в эту эпоху становятся центрами научного общения больничных психиатров, — они становятся их собственным делом, а не обязанностью только кафедр.

Увеличилось и число специалистов невропатологов и психиатров: если на I съезд психиатров в 1887 г. собралось всего 93 специалиста, а на II съезд в Киеве в 1905 г. — 276 невропатологов и психиатров, то в 1912 г. число членов союза психиатров и, невропатологов-специалистов, имевших стаж не менее 3 лет, было уже 538.

Научная работа кафедр изложена нами в главе IX, причем захвачен и период работы кафедр за 1905—1917 гг. Но в 900-х годах значительно выросла научная работа молодых больничных психиатров. В боль-

---

[1] См. приложение к «Обозрению психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», 1914, № 2.

[2] К. Р. Евграфов в отчете пензенской больницы за 1912 г. (стр. 90) не напрасно жаловался: «Союзу психиатров надлежало бы проявить в этом большую энергию, но до сих пор мы не видим, чтобы органы союза особенно спешили с выполнением поручений, данными им съездом».

шинстве земских больниц были введены научные командировки, и многие земские психиатры постоянно ездили для усовершенствования в научные центры (например, на курсы усовершенствования врачей проф. Бернштейна в Москве). Новые течения психиатрической мысли находили свое отображение в работах молодых русских земских психиатров; росла их самостоятельная работа.

В Харькове еще в 1902 г. при директоре Б. С. Грейденберге с большим успехом были организованы научные конференции больницы. Прозектором больницы был приглашен проф. Н. Ф. Мельников-Разведенков. Из лаборатории больницы вышел ряд диссертаций.

С 1911 г. в Харькове организуется бактериологическая лаборатория. В 1904 г. в Тамбове В. А. Муратов организует хорошо оборудованный патологоанатомический кабинет, а позже здесь производит исследования по химическому составу мозга С. А. Воскресенский. В 1910 г. Н. П. Каменев говорит, что «прозекторское дело в заведуемой им больнице (Тула) поставлено вполне основательно». В 1903 г. А. Д. Коцовский говорит о хорошей организации патологоанатомической лаборатории в Кишиневе (прозектор Н. А. Алфеевский). В больнице «Всех скорбящих» в Петербурге, а в дальнейшем в Костроме П. Е. Снесарев ведет многочисленные патологоанатомические научные работы; то же имело место в Твери (М. О. Гуревич), Нижнем-Новгороде (А. В. Агапов). Не приходится говорить о московских больницах, где патологической анатомией занимались Н. И. Орлов, В. А. Гиляровский и В. В. Вейденгаммер. Правда, по анкете Н. А. Алфеевского (1912), из 41 больницы только в 21 больнице прозекторское дело оказалось организованным, но и это было большое достижение.

Расширяются исследования по биохимии, исследования обмена при психических болезнях. Особенно следует отметить книгу А. И. Ющенко «Сущность душевных болезней и биохимические исследования их» (1911), которая была одной из первых по этому вопросу в Европе и немедленно была переведена на немецкий язык. Следует отметить его же работу о ферментативных процессах при психических болезнях[1]. Он нашел, что антитрипсиновая реакция в сыворотке крови шизофреников несколько повышена, у прогрессивных паралитиков повышена значительно, а при маниакально-депрессивном психозе дает нормальные цифры. Следует также отметить биохимические исследования Д. И. Пескер, А. А. Бутенко, С. А. Воскресенского. Нейрохирургические операции производятся не только в клиниках (Л. М. Пуссеп в Петербурге, А. В. Вишневский в Казани), но и в земских больницах: З. И. Гейманович, Е. К. Истомин в Харькове, Л. А. Поленов в Симбирске, Д. П. Кузнецкий на Урале и др. Появляется ряд ценных клинических работ, например, «Пеллагра» А. Д. Коцовского[2]. С. И. Мицкевич в далекой сибирской ссылке описывает особую форму истерии — «меряченье».

Увлечение научной работой в больницах было настолько велико, что старый общественный психиатр К. Р. Евграфов высказал опасение, что эта работа может помешать заботам о благоустройстве больниц. «Нельзя не выразить пожелания, — писал он, — чтобы молодые силы русской психиатрии отдали бо́льшую часть своей работы общественной психиатрии, а не коснели в самодовлеющем объективизме лабораторных исследований... Теперь врачи стремятся уйти в плохонькие лаборатории при земских больницах и «обогатить науку» казуистическими и лабораторными исследованиями в ущерб своим прямым задачам общественного земского характера».

---

[1] Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1911.
[2] Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1904; Современная психиатрия, 1912—1913.

К. Р. Евграфов отчасти был прав. Несомненно, глубокая реакция отстранила многих врачей от общественно-политической работы, некоторая часть интеллигенции, изверившись в возможности перемен к лучшему, частью испугавшись революции, ушла в узко академические дела. Естественно, что скромный, но всегда активный в своей области, несмотря на всю тяжесть работы в переполненной и бедной больнице, К. Р. Евграфов всякий отход от активной повседневной работы, в особенности видя вокруг себя увлекавшихся арцыбашевыми и соллогубами, расценивал отрицательно. Но он понимал, что интеллигенция уже резко расслоилась, что для другой, широкой части интеллигенции затишье революции было лишь временным отступлением, что буря революции не прошла бесследно, чаяния новой жизни остались; даже научная работа развивалась с бурными дискуссиями. Шли бурные искания и в области принципов организации всего психиатрического дела. В отчете Уфимской больницы за 1909 г., например, мы читаем полные надежды и энтузиазма слова: «В больнице в основу управления положен принцип коллегиальности... Надвигается много нового, предвидится необыкновенное оживление, обновление всего дела практической психиатрии... Русская психиатрия готовится итти вперед... Здесь было бы излишне повторять, что неоднократно говорилось о необходимости принятия и проведения в жизнь больниц принципа лечения по преимуществу».

Некоторые больницы в это время стали на деле центрами серьезной разработки научных вопросов, вокруг которых объединялась русская научная психиатрия, возникали новые школы. В эти именно годы в Москве на Канатчиковой даче и вокруг журнала «Современная психиатрия» под руководством П. Б. Ганнушкина образовалась целая школа, работавшая главным образом по проблеме пограничных состояний, конституции, типов характера, на ряд лет опередив в этом отношении западную психиатрию.

«Главная цель в изучении и преподавании психиатрии должна состоять в том, чтобы научить молодых врачей быть психиатрами и психопатологами не только в больнице, клинике, но прежде всего в жизни»[1]. «Понимание всех жизненных затруднений и конфликтов дает основу понимания и выраженных психических болезней, правильному подходу к больному, психотерапевтическому подходу к нему, исходя не из сложных построений официальных психотерапевтических школ, а из понимания практики жизни каждого больного», учил уже в то время П. Б. Ганнушкин. Он говорил о психотерапии, «которая вплотную подходит и граничит с воспитанием или, правильнее говоря, перевоспитанием пациентов». Главным методом клинического изучения П. Б. Ганнушкин считал «умение беседовать с душевнобольными», умение получить в разговоре то, что нужно для понимания его жизни, его деятельности в обществе, и умение, направив его на активную работу, уничтожить уныние и страхи.

П. Б. Ганнушкин был мастером психиатрической амбулатории. Психиатрию он считал важным участком в образовании каждого врача, а не только специалиста-психиатра. «Каждый врач, поскольку он ведет работу с больными, должен знать и усвоить и психиатрические взгляды... Психическая реакция на заболевание должна учитываться каждым врачом, независимо от его специальности... Учет этой реакции требует от каждого врача определенных знаний по индивидуальной психологии, а эти знания даются только психиатрической клиникой», говорил он.

Это направление школы П. Б. Ганнушкина было ярким выражением тех требований связи психиатрии с общей медициной, которые особенно громко раздавались в это время, всей той разрастающейся в населении по-

[1] П. Б. Ганнушкин, Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание, М., 1927.

требности забот не только о выраженных психически больных, но и о так называемых невротиках.

П. Б. Ганнушкин стал профессором в 1918 г., но первый круг его учеников-сотрудников организовался еще в годы его больничной работы на Канатчиковой даче в Москве (1907—1918).

Харьковская больница в 1906—1914 гг. при тесной совместной работе в больнице соматиков и психиатров была первым продуктивно работавшим сомато-психиатрическим учреждением. Здесь развилось самостоятельное научное клиническое мышление проф. С. Н. Давиденкова, В. М. Гаккебуша; она содействовала дальнейшему развитию научной работы Т. А. Гейера, Т. И. Юдина, способствовала внедрению сомато-психиатрического направления.

В московских городских больницах выросло научное направление В. А. Гиляровского, Ю. В. Каннабиха.

В 1906—1914 гг. укрепилось биохимическое направление А. И. Ющенко, начавшего эти исследования еще при работе у П. И. Ковалевского, а затем работавшего у проф. Ненцкого и у Зибер-Шумовой в Клиническом институте, самостоятельно синтезировавшего биохимию с психиатрией и связывавшего возникновение психозов с изменением диссимиляционных и ассимиляционных процессов в организме, с обменом.

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

Земская психиатрия стала выдвигать своих психиатров и на заведывание 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 в Одессе, Н. В. Краинский в 1915 г. был назначен профессором в Варшаву.

В крайне тяжелых условиях переполнения большинства больниц почти нигде не проводилась с такой полнотой, как в большинстве русских психиатрических больниц, система нестеснения: горячечные рубашки давно были изгнаны из всех земских больниц, во многих психиатрических больницах совсем не было изоляции, а там, где ее по необходимости применяли, она не была длительной, а носила характер временной сепарации по назначению врача. Во многих больницах производился учет всех употребленных снотворных; количество их по возможности сокращали. В ряде больниц с большим успехом применяли длительные теплые успокаивающие ванны (Харьков, Кострома, Уфа, Херсон, Петербург). Для вновь поступивших больных во многих больницах были устроены наблюдательные палаты с постельным содержанием. Во многих больницах увлекались вливаниями физиологического раствора (доклад Сокальского на IX Пироговском съезде).

В большинстве земских больниц находили применение новейшие лечебные средства, например, лечение прогрессивного паралича препаратами Эрлиха, бактерийными токсинами, нуклеином[1]. Помимо медикаментозного лечения, в некоторых больницах (Харьков) применялось хирургическое лечение.

Трудотерапия все больше начинала носить лечебный характер; изучали ее дозировку, влияние на различные формы психических болезней. Трудотерапия во многих больницах вводилась и в беспокойных отделениях.

В 900-е годы особенно ярко осознали все недостатки в организации психиатрической помощи, имевшиеся до того времени.

---

[1] Юрман, О влиянии нагноения на течение прогрессивного паралича, Обозрение психиатрии, 1909 май; Данаев, Лечение прогрессивного паралича, Современная психиатрия, 1912 февраль; Глушков, Вагнеровская терапия прогрессивного паралича, Современная психиатрия, 1912 ноябрь.

Н. Н. Баженов среди врачей Преображенской больницы.

Сознание, что существующая система психиатрической помощи требует исправления и дополнения, что не выработаны ясно принципы правильной постановки дела, искание этих принципов ярко отразились в докладах и прениях на II съезде психиатров в 1905 г., на III съезде в 1909 г. и на I съезде союза психиатров в 1911 г.

Происходивший в 1905 г. в Киеве II съезд невропатологов и психиатров отразил и общеполитическое состояние страны, вынеся такую резолюцию: «...Съезд полагает своим научным и общественным долгом заявить, что в этиологии нервно-психической заболеваемости значительное место занимают социальные и политические факторы, действующие угнетающим образом на условия личного и общественного существования. Попрание прав человеческой личности... тягостным образом отражается на нервно-психическом состоянии человека...».

На том же съезде по докладу Б. С. Грейденберга «О нормальном уставе заведений для душевнобольных» было постановлено, что «психиатрические учреждения должны быть автономны в пределах смет и постановлений подлежащих ведомств во всей своей деятельности. В основание управления должен быть положен принцип коллегиальности, сосредоточенный в совете учреждения... При приеме в психиатрическое учреждение врачи должны руководиться исключительно состоянием больного».

По вопросам законодательства о психически больных на II съезде были заслушаны доклады проф. В. П. Сербского, И. И. Иванова, Н. Н. Баженова, П. П. Тутышкина. Съезд поручил после организации союза его правлению приготовить проект законодательства. Было признано также необходимым устройство особых учреждений для лечения алкоголиков. По докладу Н. А. Вырубова о патронаже съезд выразил пожелание дальнейшего изучения применения патронажа в жизни.

На I съезде русского союза психиатров и невропатологов в 1911 г. был заслушан большой доклад Н. Н. Баженова «Проект законодательства о душевнобольных». Согласно постановлению съезда, правление союза должно было подготовить материалы по этому докладу к следующему съезду и во всяком случае осветить положение вопроса, собрав мнения юридических обществ, общественных учреждений, конференций психиатрических больниц и всех желающих высказаться членов союза. Ряд других докладов (Н. А. Вырубова, В. М. Гаккебуша, Б. С. Грейденберга) тоже был посвящен законодательству о психически больных и порядку судебномедицинской экспертизы[1].

Был поднят вопрос о необходимости организации при больницах общественных попечительских комитетов.

В дальнейшем в литературе, в заседаниях правления союза, на конференциях больниц усиленно обсуждались следующие вопросы:

1. Как достигнуть попечения о всех нуждающихся в этом психически больных. Каково должно быть отношение психиатрической организации к общесоматической. Должно ли лежать в основе всех мероприятий санитарно-профилактическое направление или филантропическое.

2. Какие виды учреждений нужны для попечения о психически больных и где и как они должны строиться (вопрос о приближении психиатрической помощи к населению, о децентрализации).

3. Откуда должны браться средства для попечения о психически больных; в ведении каких общественных и медико-санитарных организаций должны находиться различные психиатрические учреждения.

4. Вопрос об окончательной формулировке законодательства о психически больных.

[1] Содержание мнений по этому вопросу мы разберем в главе о судебной психиатрии.

Важнейшим был вопрос о постоянном учете наличия психически больных в населении, а не только об установлении однократно числа психически больных в данный момент и числа различных категорий больных, нуждающихся в больнице, так как в 900-х годах уже все понимали, что «устройством психиатрической больницы не исчерпывается круг обязанностей по отношению к психически больным, находящимся в населении; здесь должен быть проведен целый ряд мероприятий, среди которых больница только одно из звеньев» (П. П. Кащенко, III съезд отечественных психиатров в 1909 г.).

С того момента, как с психически больных были сняты оковы, они были «возведены в ранг человека» и к их состоянию общество и врачи стали относиться со вниманием, число обращающихся к медицинской помощи и в психиатрические больницы стало во всех странах быстро возрастать. Больницы быстро переполнялись, и возник вопрос, сколько же больниц требуется построить для обеспечения всех обращающихся. Еще в 1830 г. Эскироль писал: «Пока не будет точно констатировано действительное число психически больных, имеющихся в каждой местности; пока не будет обстоятельно изучено настоящее положение и способ существования каждого больного; пока не будут точно определены частные и общие потребности в этом отношении,— до тех пор не будут найдены средства для ограничения этого бедствия... Самые ценные практические указания в этом отношении даст точная и постоянная статистика психических больных каждой страны»[1].

В первое время статистика состояла в производстве однократной переписи психически больных среди населения. Переписи были произведены впервые во Франции в 1749 (в Марселе), 1800 и 1812 гг., в Англии в 1806—1807, 1812 и 1829 гг., причем сведения собирались через районные полицейские и общественные организации. Результаты английской переписи 1829 г. опубликованы Холлидей, причем оказалось 1,27 психически больных на 1 000 жителей. В 1825 г. норвежский стортинг постановил произвести перепись психически больных; перепись была произведена под руководством д-ра Гольца и дала 1,8 больных на 1 000 населения.

Врачи вскоре установили, что такие переписи дают очень неточные результаты. Необходима была проверка на месте каждого больного врачами-специалистами по предварительно составленным общественными учреждениями спискам. Впервые такая перепись была произведена в Вестфалии в 1834 г. Рауэром и также дала 1,2 больных на 1 000 населения, но уже в Швейцарии в 1871 г. в Бернском кантоне такая перепись с проверкой врачей дала 5,5 больных на 1 000 жителей, а в кантоне Ааргау—6,5 на 1 000 жителей, причем отношение мужчин к женщинам было равно 48 : 52. Международные статистические конгрессы в Брюсселе (1853) и Париже (1857) постановили, чтобы во всех государствах при производимых повременных переписях всего населения производилась и перепись слепых, глухонемых и психически больных.

В России переписи были сделаны, как мы указывали, 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 больных на 1 000 жителей. В дальнейшем в России производились следующие переписи (табл. 6).

В первых переписях, определяя число больных в населении, забывали ответить на весьма важные вопросы: 1) положение и способ существования каждого отдельного больного и 2) его потребность в той или иной форме по-

[1] Annales d' hygiène publique, 1830, IV, 333 (цит. по книге Яковенко «Душевнобольные Московской губернии»).

Таблица 6

Год переписи	Место переписи	Число обнаруженных психически больных	На сколько жителей приходится один больной	Сколько больных приходится на 1 000 жителей	Примечание
1859—1867	Кавказ	745			
1866	Линковский уезд Полоцкой губернии (Красковский)	?	1 : 1 492	0,66	
1877	Тверская губерния	1 413	?	1	
1878	Московская »	785	?	0,57	
1879	Вятская »	?	?	0,89	
1880	Пермская »	2 241	1 : 1 085	0,92	
1880	Уфимская »	?	1 : 788	1,3	
1881	Костромская »	1 600	?	?	
1884	Киевская »	2 223	1 : 1 259	0,8	0,98 мужчин + 1,61 женщин на 1 000 жителей . . . . .
1885	Московская губерния (вторая перепись)	1 662	1 : 840	1,2	955 мужчин + 667 женщин, из них 19,5% беспокойных
1888	Полтавская губерния	1 917	?	0,71	В городах — 0,9, в деревнях — 0,7 на 1 000 жителей
1889	Нижегородская »	1 865	1 : 558	1,77	Через объезд земских статистиков
1890	Пензенская »	568 (349 м. + 219 ж.)	1 : 2 263	0,4	0,46 мужчин + 0,29 женщин на 1 000 жителей. Через волостные правления и участковых врачей
1891	Воронежская »	?	1 : 942	1,06	
1891	Тамбовская »	3 834	1 : 634	1,6	Из них опасных 164 больных
1892	Смоленская »	1 456	1 : 1 234	1,03	

1893	Московская губерния (В. Яковенко—третья перепись)	3 072	1: 470	2,13	58,2% мужчин + 41,8% женщин. Через врачей-психиатров
1893	Орловская губерния (П. И. Якобий)	5 000	(собраны только персональные анкеты)		
1895	Петербургская губерния (Бяшков; первая перепись)	1 443	1: 413	2,39	53% мужчин+47% женщин
1897	Всеобщая перепись населения . . .	117 709	?	0,93	В городах 1,66, в деревнях — 0,82 на 1 000 жителей
1898	Харьковская губерния	?	1:1 880	0,5	
1904	Харьковская губерния (предварительная перепись)	7 639	?	2,7	
1908	Петербургская губерния (вторая перепись)	2 225	?	2,93	53,9% мужчин + 46,1% женщин. Через врачей-психиатров
1911	Московская губерния (четвертая перепись)	6 078	?	3,46	59,4% мужчин + 40,6% женщин. Через врачей-психиатров
1912	Нижегородская губерния	7 089	?	3,46	4,3% мужчин + 2,7% женщин на 1 000 жителей
1913	Уфимская губерния	6 761	1 : 470	2,15	Через врачей-психиатров
1913	Черниговская губерния (предварительная перепись)	6 164	?	2,2	2,7 больных мужчин + 2,1 больных женщин на 1000 жителей; всего 61,4% мужчин + 38,6% женщин
1920	Петроград	?	?	2,3	
1921	Одесса	972	?	2,27	2,41 больных мужчин + 2,15 больных женщин на 1 000 жителей

Таблица 7

Губерния	Год переписи	Общее число психически больных на 1 000 жителей	В процентах ко всему числу психически больных								Свежезаболевших (меньше 6 месяцев) среди всех больных	Отношение мужчин к женщинам	% работающих	Общее число психически больных по данным переписи	% получивших помощь
			с врожденным слабоумием	с эпилепсией с психотическими явлениями	с эпилепсией без психозов	с психозами	спокойных	беспокойных	буйных	слабых и неопрятных					
Московская	1893[1]	2,13	31,0	23,9		45,1	76,6	13,6	3,2	6,6	10,4	58,2:41,8	34,0	3 072	7,7
	1911[2]	3,21	27,2	19,9		52,9	84,1	8,9	3,7	3,3	5,0	59,4:40,6		6 078	21,8
Петербургская	1895[3]	2,39	40,5	9,4	12,2	37,9		20,3	1,9		7,0	53,1:46,9	46,5	1 443	
	1908[4]	2,93	29,0	12,2	8,4	50,4	65,4	18,3	6,1	10,2	14,5	53,9:46,1		2 224	14,0
Нижегородская (8 уездов)	1889[5]	1,9	36,5	13,5	18,0	32,0						60,2:39,8			
	1912[6]	3,16	25,9	19,5		54,6	86,0	4,5	4,2	5,3	4,1	60:40		7 089	21,9
Уфимская	1913[7]	2,15	25,9	16,3	26,4	31,4	77,1	13,6	5,3	4,0	7,2	61,5:38,5	50,0	6 761	

[1] В. Яковенко, Душевнобольные Московской губернии, изд. Московского губернского земства, М., 1900.
[2] А. М. Балашов, Психиатрическая организация губернского земства. Перепись 1911 г. (стр. 10—24). Труды XVIII съезда врачей, М., 1913, в. 1.
[3] В. М. Бяшков, О переписи душевнобольных в Петербургской губернии. Вестник психиатрии, 1897, т. XII, в 1.
[4] П. П. Кащенко, Краткий отчет по переписи. Отдельный оттиск из докладов земских собраний, 1910.
[5] П. П. Кащенко, Статистическая оценка положения душевнобольных Нижегородской губернии, Нижний-Новгород, 1895.
[6] Предварительные сведения о переписи. (Доклад Губернскому собранию), 1913 (цит. по «Современной психиатрии», 1913, стр. 164—165).
[7] Л. И. Айхенвальд, Итоги переписи душевнобольных Уфимской губернии (1913), Уфа, 1915, стр. 512.

печения. При позднейших переписях через врачей этот дефект до известной степени был исправлен: врачи 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 о психически больных. В России к 1900 г. было достаточно точно произведено врачами уже несколько переписей, которые дважды повторялись в одной и той же губернии (табл. 7). Во всех случаях число больных росло и, несмотря на постройки больниц, число беспокойных больных в населении изменялось мало. Стало ясно, что однократная 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, от жилищно-бытовых условий, наличия свободных рабочих рук в семье, от осведомленности населения о больнице, степени убеждения в ее пользе, легкости доставки в больницу и т. п.

Это ярко доказывалось впечатлениями ряда врачей-переписчиков, опубликованными в печати. Например, в городах родственники состоятельных больных отказывались от занесения их в переписные листы. Да и в деревнях бедные родные не всегда хотели поместить больного в больницу. С. М. Родионов, участвовавший в двух переписях (московской 1911 г. и уфимской 1913 г.), следовавших почти одна за другой, писал[2], что в Уфимской губернии «отношение местного населения к переписи было мало доверчивое... значительный процент больных остался для нас неизвестным... Содержанием больных крестьяне не тяготятся, тогда как в Московской губернии население, особенно пригородное, уже серьезно считалось с тяжестью держать больных дома».

Какие же 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 падает 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 на 10 000 населения. Для Воронежской губернии соответствующие цифры равняются 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.

К. Р. Евграфов указывает, что отдаленность изменяет не только количество поступлений больных, но и отражается на скорости выписки, среднем числе проведенных в больнице дней выбывшими больными 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 равнялся

---

[1] Современная психиатрия, 1913, стр. 779—809.

[2] П. П. Кащенко, Краткий отчет о переписи в Петербургской губернии 1908 г., СПБ, 1910.

8,2—9,7. Длительность пребывания в больнице выписавшихся больных для жителей Пензы была в среднем равна 148,3 дня, а для Керенского уезда — 234,6 дня; на 100 человек выписавшихся в больнице оставалось больных Пензы 190 человек, а из Керенского уезда — 280. То же наблюдалось и во всех других больницах.

По мере удаления от больницы возрастает не только трудность перевозки больных, но и трудность свидания с ними, трудность получения сведений о состоянии больного, об уходе за ним, все больше затрудняется осведомленность населения о больнице и правильном подходе к психически больному.

В результате, как показали переписи, в населении оставалось большое число больных, которые нуждались в больничном уходе. Переписи же показали, что положение этих больных было очень тяжелое. Так, Московская перепись 1893 г. обнаружила, что из 2 834 больных, остававшихся в населении, 104 подвергались побоям, 210 человек связывали, 72 человека подвергались и связыванию, и побоям, 75 человек содержались на цепи, 392 нищенствовали. Согласно Петербургской переписи 1908 г., из 1 923 больных, остававшихся в населении, 279 больных подвергались связыванию и побоям, 127 нищенствовали; по данным Уфимской переписи 1913 г., из 5 385 больных, остававшихся в населении, 382 подвергались побоям, 180—связыванию, 29 содержались на цепи, 321 нищенствовали, 371 бродяжничали.

Таким образом, получалось то, что и должно было получиться при отрыве психиатрии от общей медицинской организации и при отсутствии помощи психически больным на местах, при стремлении строить дешевые рабочие колонии, которые сами бы себя окупали, т. е. которые стремились задерживать хроников для работ: больницы переполнялись спокойными хрониками, а первично заболевшие и беспокойные больные в дальних уездах оставались в населении. В 90-х годах стали производить однодневные переписи психически больных, находящихся в психиатрической больнице, стремясь выяснить состав больных по их состоянию. О переписи, произведенной в 1912 г. в Петербурге, мы уже сообщали. При переписи, произведенной во всех больницах Москвы 11 декабря 1910 г., оказалось, что треть больных пробыла в больнице больше 5 лет; среди больных было 50% спокойных, 33% беспокойных, 9,6% резко беспокойных и 7,4% слабых[1]. В мае 1913 г. правлением союза психиатров была произведена такая же анкетная перепись в земских психиатрических больницах.

Ответы получены от 22 больниц, в которых в день переписи находилось 15 676 психически больных, при этом оказалось в среднем во всех больницах (округляя цифры) первично заболевших больных 15%, беспокойных хроников 25%, спокойных хроников 45% и слабых 15%, причем слабых беспокойных было около 5%.

В отчетах Медицинского департамента Министерства внутренних дел имелись сведения о составе больных во всех русских психиатрических больницах вместе. При этом давались интересные сведения о том, как количество выздоровевших больных из числа выбывших повышалось в зависимости от того, насколько рано поступали больные в больницу.

Из всего этого мы видим, что и в 900-х годах население еще мало доверяло психиатрическим больницам, большое число нуждающихся психически больных оставалось в населении без всякой помощи, беспокойные больные сплошь и рядом оставались в населении, а спокойные рабочие хроники переполняли больницы; больные поздно поступали в больницу.

---

[1] В. П. Успенский, Перепись больных и призреваемых в лечебницах и благотворительных учреждениях Московской городской управы, М., 1911.

Год отчета	Состояние больных					Выбывшие по выздоровлении пробыли в больнице				
	спокойные	беспокойные	неопрятные	слабые	буйные	менее 3 месяцев	3—6 месяцев	6—12 месяцев	1—2 года	свыше 2 лет
1909	35	24	12	10	19	69	15	10	4	2
1910	42	21	13	10	14	70	16	9	3	2
1911	39	23	12	9	17	75	13	8	3	1

Прав был Н. Н. Баженов, который в своем докладе о законодательстве писал: «В России призреваются не те, которые по состоянию своего психического здоровья в этом преимущественно нуждаются, а те, кто ближе к больнице живет, кто просто попался на глаза представителям местной власти или влиятельному деятелю». Само же население, не имея постоянного общения с врачом в амбулатории, 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 совершенно безвыходная нужда заставляла их помещать своих родных в эти далекие и «страшные» учреждения. Н. А. Вырубов вычислил, что безземельные крестьяне чаще других обращаются за психиатрической помощью, а именно — 3,18 : 1 000 населения, имеющие 5—10 десятин земли — 1,3 : 1 000, а имеющие свыше 25 десятин — лишь 0,9 на 1 000[1].

Невозможность для одной больницы обслужить больных всей губернии, отсутствие постоянной связи психиатра с населением, с общемедицинской организацией особенно ярко обрисовались на XVIII съезде врачей Московской губернии (1913). В докладах уездов были даны сведения о психически больных почти каждого уезда. Уездные делегаты считали необходимым участие вместе с психиатрами и участковых земских врачей в оказании психиатрической помощи. Делегаты указывали на тяжелое положение психически больных в деревне, на необходимость помощи эпилептикам и идиотам, являвшимся «элементом, особо тяжелым для крестьянской семьи». Вопросы воспитания и лечения дефективных детей все более выдвигались жизнью так же, как и вопрос о помощи невротикам[2].

Участковые врачи считали необходимым, чтобы не сам больной стучался в двери больницы; чтобы не он, неведомый до того врачам, привозился связанным в далекую губернскую больницу, а чтобы местная врачебная организация немедленно приходила к нему в момент его заболевания и оказывала ему ту помощь, в которой он нуждался.

Стало ясно, что мечта о «фаланстерах» для хроников — это утопия, так как не каждому нужны и приятны эти «фаланстеры», что для многих психически больных изъятие из семьи вовсе не является желательным, а с другой стороны, население не везет с острой формой заболевания излечимых больных, не зная, что в больнице их могут вылечить.

В конце концов, вполне обоснованным оказалось положение Н. Н. Баженова в его докладе «Проект законодательства о душевнобольных»: «Попечение о психически больных должно касаться всех психически больных

[1] Н. А. Вырубов, Земельный фактор и психические болезни, Современная психиатрия, 1914, стр. 688.

[2] XVIII губернский съезд членов врачебно-санитарных организаций Московского земства. Делегатские доклады, М., 1913, вып. I и II.

и должно быть прежде всего своевременным...» и, добавим мы, должно соответствовать потребностям самого больного; кроме того, все население должно быть хорошо осведомлено о характере и задачах больницы.

На основании единовременных переписей через врачей при ознакомлении не только с количеством, но и с составом психически больных, находящихся в населении, большинство психиатров пришло к заключению, что число заявляемых самим населением больных в тогдашней России равнялось в среднем 3 : 1 000 жителей; из них нуждалось в стационарном помещении от 35% (Яковенко[1], Баженов[2]) до 45% (Кащенко[3]), причем $^2/_3$ из них нуждались в богадельнях, патронажах, пособиях в семьях и лишь 15% — в помещении в больницу. Дальнейшие (уже последних лет) данные, основанные на статистике всех больных в разных странах, показали, между прочим, очень небольшое число больных, обязательно нуждающихся в стационарной помощи, а именно: свежезаболевших 0,17 на 1 000 населения, хроников, требующих надзора и попечения, 0,48 на 1 000; остальные являются спокойными хрониками и нуждаются в социальной помощи[4].

О непонимании населением задач однодневной переписи очень хорошо писал С. С. Ступин, участник Московской переписи 1911 г.[5]: «Население смотрело на перепись как на начало долгожданной помощи. Для чего же больные, в самом деле, так подробно и обстоятельно исследовались? Чтобы потом оставить их в том же положении? С этим не мирилась народная мысль. Опрос больного врачом-специалистом производил большое впечатление, и народ ждал, что же будет дальше. У обеих сторон — и у населения, и у врача-психиатра — по окончании переписи оставалось чувство неудовлетворения, чего-то недоконченного; видимо, начиналось какое-то нужное для всех дело, которое вдруг почему то должно оборваться... У врача-психиатра завязывалось знакомство с населением, которое логически должно было завершиться более тесными отношениями...».

Из этого вытекало, что эти тесные взаимоотношения не могли быть удовлетворены психиатром-консультантом, амбулатория не должна была быть лишь эпизодом в оказании помощи больному; система психиатрической помощи должна представлять постоянный круг забот о больном на месте его жительства. Больной, попав в амбулаторию, должен стать постоянным объектом ее забот, однако без излишней надоедливости, мешающей ему жить. Весьма важно своевременное и быстрое помещение больного в больницу, но также важна и быстрая выписка из больницы, чтобы больной без крайней надобности не лишался самого важного для всякого человека — свободного участия в трудовой жизни, но при этом он должен быть уверен, что если у него вновь обнаружится расстройство, он будет быстро вновь помещен в больницу. Идеалом должно являться не пребывание всю жизнь в благоустроенных «фаланстерах», а участие в активной жизни, пусть даже с несколько ослабленной работоспособностью.

Таким образом, в 900-х годах четко выяснилась необходимость постоянно ведущегося учета всех психически больных в населении, учета, производимого на месте жительства больного. При этом стало также ясно, что для населения необходимо не только больничное психиатрическое лечение, но и лечение амбулаторное. Население уже и в это время очень нужда-

---

[1] Современное положение дела попечения о душевнобольных в России, М., 1909.
[2] Проект законодательства о душевнобольных, М., 1911.
[3] Ближайшие задачи в деле попечения о душевнобольных, Современная психиатрия, 1911.
[4] Т. И. Юдин, Труды Украинского психоневрологического института, Харьков, 1935, т. VI, стр. 112.
[5] Современная психиатрия, 1912, стр. 834—848.

лось, кроме того, в следующих учреждениях: а) в санаториях для невротиков, б) в учреждениях для вытрезвления и лечения алкоголиков и, наконец, в) в государственной экспертизе потери степени трудоспособности рабочими, пострадавшими на фабриках и заводах. Все эти вопросы и поднимались в то время психиатрами.

Так, уже в 1902 г. в «Журнале невропатологии и психиатрии имени 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, — по словам Дрознеса, — 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 и ,,легких" психически больных».

М. Я. Дрознес, один из старейших русских психиатров, организовавший в 80-х годах Херсонскую земскую психиатрическую больницу, был с самого начала своей деятельности сторонником отделения лечебниц для свежезаболевших от колоний для хроников; он особенно ярко 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 проф. В. К. Рот в своей заключительной речи на съезде «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 организовывать добровольные общества попечения о психически больных, которые стремились на собиравшиеся пожертвования создать недостающие звенья в психиатрической помощи. Так, в Петербурге в 1911 г. такое общество на членские взносы и пожертвования в 25 000 рублей устроило в Шувалове санаторий для выздоравливающих душевнобольных на 50 человек. Благотворительные общества в неземских губерниях (в Екатеринодаре в 1909 г., в Могилеве в 1910 г., в Никольске-Уссурийском, во Владикавказе) организуют маленькие лечебницы. Как уже говорилось, А. Ф. Мальцев в 1910 г. поднял вопрос об организации при психиатрической городской лечебнице открытого санаторного отделения для начальных мягких форм психозов и психоневрозов, а в 1915 г. состоялось постановление Земского собрания об открытии такого отделения. В Харькове в 1913 г. С. Н. Давиденков поднял вопрос о том же на губернском съезде врачей Харьковской губернии.

Переполненные земские больницы и колонии не удовлетворяли более или менее состоятельных больных, и в 900-х годах во всех больших городах

быстро возрастает число частных лечебниц. В 1912 г. имелось 34 частных лечебницы на 1066 коек.

Москва	Лечебница	Савей-Могилевича	40 коек
	»	Цетлина-Баженова	35 »
	»	Териана	50 »
	»	Белугина	25 »
	»	Глики	20 »
	»	Любушина	6 »
	»	Бруханского-Постовского	45 »
	»	Усольцева	30 »
	»	Левенштейна	40 »
	»	Протопопова	15 »
	»	Карпова-Ратнер	15 »
	»	Хрущова (санаторий «Крюково»)	30 »
Петербург	Лечебница	Бари	100 »
	»	Коносевича	45 »
	»	Штейна	42 »
	»	Маляревского	60 »
Харьков	Лечебница	Платонова	60 »
	»	Трутовского	45 »
	»	Грейденберга	20 »
	»	Раснянского	15 »
Киев	Лечебница	Леплинского	70 »
	»	Говсеева	7 »
	»	Горбунова	20 »
	»	Рихтермана	20 »
	»	Маслова	5 »
Одесса	Лечебница	Дрознеса	40 »
	»	Богрова	20 »
	»	Штейнфинкеля	30 »
Екатеринослав	Лечебница	Альтшулера	10 »
Чернигов	Лечебница	Розенеля	8 »
Саратов	Лечебница	Марковича	8 »
Ростов-на-Дону	Лечебница	Артемова	25 »
Рига		2 лечебницы	65 »

Имелись в царской России и приюты для психически больных, принадлежавшие отдельным сословиям и национальным обществам, например, приют курляндского дворянства «Гютерсдорф» на 45 коек, немецкого общества «Зеевальд» на 140 коек, еврейская больница в Вильно на 10 коек, в Минске на 30 коек, основанная в 900-х годах лечебница немецких колонистов «Бетания» в Екатеринославской губернии около ст. Кичкас, приют «Остров» Духовного ведомства под Москвой.

В 1904 г. была организована психиатрическая помощь для железнодорожников Министерства путей сообщения. На станции Виндава построена психиатрическая лечебница на 250 коек (зав. М. В. Игнатьев) на базе существовавшего с 1882 г. Инвалидного дома железнодорожников. Однако, вследствие бюрократических порядков, дело налаживалось плохо, и в 1905 г. М. В. Игнатьев вынужден был уйти[1].

Широкое внимание общества в 900-х годах в России стал привлекать и вопрос лечения алкоголиков.

Чувствовалась уже потребность в специальных учреждениях для алкоголиков. Первое Общество трезвости возникло в России в 1858 г. как протест против системы винных откупов. Откупа в 1863 г. были отменены и за-

[1] Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1906, № 12, стр. 843.

менены акцизным обложением, однако общества трезвости с 1875 по 1893 г., хотя и слабо, продолжали развиваться; Министерство внутренних дел зарегистрировало 60 таких обществ. Но все эти общества имели мало общего с медициной[1], большинство их клало в основу воздержания религиозно-нравственный принцип; широко распространено было лечение алкоголизма «зароками, клятвами». С 1889 г. общества трезвости даже были переданы в ведение Синода. Что касается общественной борьбы с пьянством, то впервые этот вопрос обсуждался в 70-х годах в Вольно-экономическом обществе.

Одним из первых врачей в России, ратовавших за медицинское лечение алкоголиков, был Л. С. Минор, уже на I съезде психиатров сделавший доклад «О пьянстве и его лечении в специальных заведениях». Л. С. Минор в своем докладе пропагандировал учреждение правительственных лечебниц для алкоголиков с обязательной работой и принудительным лечением. В результате прений съезд признал в принципе, что «часть пьяниц должна считаться людьми больными и что лечебницы для пьяниц в принципе желательны и полезны».

Но на практике делали мало. Предполагавшееся В. В. Ольдерогге в 1898 г. учреждение лечебницы Попечительства о народной трезвости в Петербурге не осуществилось, как и предложение (в том же 1898 г.) воронежского гласного Алисова устроить лечебницу для алкоголиков в Воронеже. Основанная д-ром Коровиным в селе Всехсвятском под Москвой частная лечебница на 10 кроватей для алкоголиков (1897) не имела большого успеха и не вызвала подражания. В январе 1898 г. при Обществе охранения народного здравия была организована комиссия по борьбе с алкоголизмом и для выработки устава медицинских учреждений для алкоголиков. В комиссии принимали деятельное участие М. Н. Нижегородцев, В. М. Бехтерев, А. Я. Данилевский, Г. И. Дембо[2], С. Н. Данилло, В. В. Ольдерогге, Д. А. Дриль, И. В. Сажин и др.

С введением винной монополии с 1894 г. в каждой губернии были созданы правительственные общества попечения о народной трезвости под председательством в губернском городе губернатора, а в уездных — уездного предводителя дворянства. Эти общества организовывали чайные, дешевые закусочные, народные дома, в которых читались лекции и устраивались развлечения (особенно хорошо был поставлен Народный дом в Харькове и Народный дом Паниной в Петербурге). В руководящих наставлениях Министерства финансов обществам в 1897 г. говорилось, что их задачей является также «организация амбулаторного приема лиц, ищущих врачебной помощи от алкоголизма, и направление их на платные кровати в земские и городские больницы».

На средства этих обществ в Петербурге с 1903 по 1909 г. было создано (А. Л. Мендельсон) шесть амбулаторий для лечения алкоголиков гипнозом, причем уже в первые годы лечилось 3 660 человек, а позже еще больше[3]; в Москве на Новинском бульваре была открыта амбулатория по лечению алкоголизма, в которой принимали Л. С. Минор, И. Н. Введенский[4], А. М. Коровин, С. С. Ступин, Т. И. Вяземский. С успехом работало с 1902 г. убежище для алкоголиков (вытрезвитель) с амбулаторией при нем в Ярослав-

---

[1] В Одессе было даже Общество трезвости последователей Л. Н. Толстого.

[2] Г. И. Дембо, Алкоголизм и борьба с ним, Вестник нервно-психической медицины, 1900, т. V.

[3] А. Л. Мендельсон, Деятельность амбулаторий для лечения алкоголиков. С.-Петербургского попечительства народной трезвости за 1910—1912 гг., СПБ, 1913.

[4] И. Н. Введенский в своем докладе на III съезде отечественных психиатров говорил, что 28% леченных в амбулатории не пили в течение года, но через 3 года после лечения непьющих оставалось лишь 8%.

ле (А. А. Голосов); в 1910 г. в последнем состояло на излечении 2 054 алкоголика (1 913 мужчин и 141 женщина) при средней продолжительности пребывания в убежище 3,2 дня; с 1907 г. при этом убежище создана была небольшая лечебница для алкоголиков. С 1904 г. приют для опьяневших с амбулаторией при нем был организован в Туле (в среднем пребывание в приюте равнялось 1,8 дня), с 1904 г. такие же учреждения были организованы в Саратове (С. О. Ярошевский), в Одессе (Б. И. Воротынский), а с 1910 г. в Уфе (И. И. Рождественский), в Вильно (А. М. Виршубский). Всего в России было 15 таких амбулаторий, и общества трезвости на содержание всех их тратили 28 000 рублей в год [1].

Что касается принудительного лечения алкоголиков, то IX Пироговский съезд 1904 г. постановил: «а) принудительное лечение алкоголиков, как и принудительное лечение вообще, не соответствует принципам общественной медицины; б) казенная винная монополия, являясь источником пополнения государственного бюджета, не только не препятствует, а наоборот, содействует развитию алкоголизма в России; в) рекомендуется лечение внушением в амбулаториях алкоголиков».

Казенные попечительства о народной трезвости[2], являясь органом правительства, которое было заинтересовано в возможно большей продаже водки, конечно, не могли содействовать сокращению ее потребления. И действительно, например, постановления сходов о закрытии в селе винных лавок, которых по 1 января 1906 г. было сделано 1 675, были удовлетворены лишь в 545 случаях; даже из 163 ходатайств о закрытии винных лавок, сделанных официальными попечительствами о народной трезвости, которые, конечно, такие постановления делали лишь в исключительно необходимых случаях, было удовлетворено только 49.

Лечебниц для длительного содержания алкоголиков в царское время не было учреждено ни в Москве, ни в Петербурге. Московская городская дума имела даже на это особый пожертвованный капитал, но, вследствие разногласия между городскими врачами и А. Н. Бернштейном, который предлагал устроить эту лечебницу при Центральном полицейском приемном покое, против чего возражали городские врачи, лечебница так и не была организована; не было устроено ни в Петербурге, ни в Москве и вытрезвителя, хотя в Петербурге, например, при полицейских участках в 1913 г. вытрезвлялось 64 119 человек.

Мы не считаем своей задачей подробно останавливаться на всей истории противоалкогольного движения в России[3], на подробностях работы противоалкогольных учреждений и на тех дискуссиях, которые вызывали предлагаемые организационные мероприятия[4], однако мы считали необходимым упомянуть о возникшем в 900-х годах движении за открытие особых медицинских учреждений для лечения алкоголиков, так как прием алкоголиков в психиатрические земские больницы, составлявших в некоторых больницах половину всех поступивших, конечно, затруднял и так нелегкое положение попечения о психически больных, и вопрос о лечении алкоголиков, естественно, заботил всех психиатров. Одновременно с III съездом психиатров в 1909 г. был созван и I съезд по борьбе с алкоголизмом.

---

[1] А. Ф. Кони, На жизненном пути, т. 2. (Речи в Государственном Совете по поводу деятельности попечительства,

[2] А. Ф. Кони, На жизненном пути, т. 2. (Речи в Государственном Совете по поводу деятельности попечительств.)

[3] Для подробного ознакомления с этим вопросом см. «Материалы по истории современного противоалкогольного движения в России» под редакцией М. Н. Нижегородцева, в. I и II. Труды Постоянной комиссии по алкоголизму, СПБ, 1913.

[4] См. прения на IX Пироговском съезде 1904 г. по докладам о лечении алкоголиков З. А. Блюма, С. О. Ярошевского, Ф. Е. Рыбакова, Б. И. Воротынского.

Наконец, по докладу А. И. Карпинского «Об условиях освидетельствования и судебной экспертизы лиц, пострадавших от несчастных случаев», I съезд Русского союза психиатров и невропатологов считал необходимым «устройство особых районных специальных лечебных учреждений для лечения и наблюдения пострадавших от несчастных случаев...». Либеральная интеллигенция считала необходимым подчеркнуть, что «в вышеуказанных лечебницах, на чьи бы средства они ни содержались, безусловно необходима полная независимость врачей-специалистов от обеих заинтересованных сторон — предпринимателей и рабочих. Затем необходимо упорядочение регистрации несчастных случаев на предприятиях и их последствий, особенно со стороны нервной системы; необходимо упорядочение работы экспертов в заседаниях суда, полное соответствие экспертов их специальности, упорядочение вопроса о помещении испытуемых в лечебницы».

В начале 1913 г. под председательством акад. Г. Е. Рейна была учреждена междуведомственная правительственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. В подкомиссии под председательством проф. Вельяминова разрабатывался и проект положений для лечебниц и колоний психически больных. К обсуждению этих положений были привлечены психиатры Н. Н. Баженов, Н. Н. Реформатский, Н. Я. Смелов и др. Положения, выработанные подкомиссией, однако, были настолько неопределенны[1], что психиатры (Баженов, Кащенко, Нижегородцев, Реформатский, Любимов и Смелов) подали заявление о необходимости прежде разработать общее законодательство попечения о душевнобольных, к разработке которого должны быть привлечены общественные самоуправления, юридические и психиатрические общества, союз психиатров. На этом работа подкомиссии по психиатрии и закончилась.

Полицейский режим царской России, конечно, не был способен действительно переустроить русскую жизнь, и никаких практических результатов комиссия Рейна не дала. Она лишь пришла к выводу, что «громадная часть России совершенно не обеспечена врачебной помощью, последствием чего является ужасающая заболеваемость и смертность от заразных болезней и понижение общего уровня здоровья».

Финансовые средства земств совершенно не соответствовали тем обязанностям по удовлетворению многочисленных культурно-хозяйственных потребностей населения, которые на них были возложены законом, особенно при фиксации по закону 1890 г. земского обложения. 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 земства просили о переводе в окружные лечебницы всех душевнобольных судебно-испытуемых 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 иногубернских больных ходатайствовало 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 предла-

[1] Подробно положения опубликованы в Журнале невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1913, № 1 и в журнале «Современная психиатрия», 1913, стр. 436.

галось 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 было сказано:

«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 этот закон так и не был осуществлен.

XVII. ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ ДО РЕВОЛЮЦИИ

Детская психиатрия как в России, так и на Западе является детищем лишь последних десятилетий XIX века.

В России первое заведение для психически больных детей было основано в 1854 г. в Риге д-ром Пляцем на 30 детей [1].

Большое впечатление в свое время произвела на русскую общественность статья великого критика-публициста Н. А. Добролюбова «Ученики с медленным пониманием»[2]. В 1863 г. в России по инициативе Главного управления военно-учебными заведениями был разработан план создания обширной сети заведений для отсталых — попытка, значительно опередившая создание вспомогательных школ в Западной Европе[3]. 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[4]. В 1865 г. при всех военных гимназиях были устроены особые «повторительные классы» для неуспевающих, где пополнялись пробелы не только предшествующего класса, но и по всему пройденному курсу. В 1867 г. неуспевающие всех военных учебных заведений были распределены по особым прогимназиям. Военные прогимназии для отсталых были созданы в Петербурге, Москве, Пскове, Ярославле, Перми, Елизаветграде, Оренбурге, Омске[5]. Вследствие усиления реакции в 80-х годах прогимназии были закрыты, а военные гимназии превращены в кадетские корпуса.

В 1882 г. И. В. Маляревский основал под Петербургом частное (с платой 400 рублей в год) «Врачебно-воспитательное заведение», в котором имело место не только педагогическое, но и врачебно-лечебное наблюдение. В 1885—1886 гг. Маляревский издавал «Медико-педагогический вестник», в котором принимали участие И. М. Сеченов, В. М. Бехтерев, Р. Ф. Лесгафт, И. П. Мержеевский, Н. П. Вагнер и др.; в журнале было обращено особое внимание на детскую патологию. За период своего существования «заведение» Маляревского выпустило на работу около 400 воспитанников.

---

[1] Как частная лечебница для слабоумных и эпилептиков учреждение д-ра Пляца существовало до самой революции (уже на 80 коек).

[2] Журнал для воспитания, 1857, № 5.

[3] Впервые о вспомогательных школах в Германии заговорил Штецнер в 1869 г., а первая вспомогательная школа была открыта в Брауншвейге и Лейпциге в 1881 г.

[4] Эти сведения заимствованы мной из работы Д. И. Азбукина «Роль русской общественности в организации учреждений для умственно отсталых» (рукопись), любезно предоставленной им мне для ознакомления.

[5] В 1873 г. под редакцией Н. Х. Весселя было издано руководство Г. П. Степанова «Обучение глухонемых, слепых и слабоумных».

В 1885 г. было открыто детское психиатрическое отделение при больнице «Александра III» в Петербурге, но вскоре оно закрылось.

Несомненно, что в России к 90-м годам потребность в обучении и призрении малолетних психически больных и слабоумных уже назревала. 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 1 000 жителей каждого возраста. При этом оказалось, что в то время, как во всем населении на 1 000 жителей приходилось 2,1 психически больных, на 1 000 детей в возрасте от 0 до 10 лет приходилось 3,53 психически больных, главным образом олигофренов и эпилептиков.

Положение детей-эпилептиков без выраженного еще психоза, которых изгоняли и из ремесленных учреждений, и даже из народных школ, было очень тяжелым. А. А. Сухов [1] в своей диссертации приводит 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 ссылается как на причину увольнений 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 вследствие эпилептических припадков, хотя бы и частых, возможно только с разрешения врача-специалиста при строгой индивидуализации этих случаев, но, как видно, это заключение общества не имело практического значения. Земство вовсе не имело желания тратиться на крестьянских больных детей, которые уже никак не были опасны. В годы реакции 80—90-х годов 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 духе религии; 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), и началась постройка четырехэтажного приюта в Петербурге, где было уже 56 воспитанников (41 мальчик и 15 девочек). Постановка воспитания в приюте была в основном религиозно-нравственной, однако под управлением попечительницы Е. К. Грачевой не вполне забывались и научные требования[2]: уже в 1890 г. при приюте была учреждена школа для приходящих отсталых, приглашен консультант-психиатр А. С. Грибоедов[3] 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

---

[1] А. А. Сухов, Эпилепсия в России. Диссертация, М., 1906.

[2] Е. К. Грачева, Первая школа для отсталых и припадочных детей, СПБ, 1903.

[3] А. С. Грибоедов, Доклад IX Пироговскому съезду.

140 детей. В 1903 г. при приюте была открыта амбулатория для приходящих нервнобольных детей.

В 1903 г. было открыто Курское отделение братства с приютом на 25 детей. В 1905 г. открыто отделение в Москве; к 1911 г. в Московском приюте было уже до 100 детей. При Московском приюте открыта была амбулатория. Врачом-психиатром приюта был В. А. Гиляровский. Приют постепенно расширялся; значительное число мест в нем (к 1914 г. — до 350) оплачивало Московское городское управление.

В 1889 г. был построен отдельный флигель на 20—25 эпилептиков при основанной еще в 1869 г. Стрекаловской больнице для хронически больных женщин в Москве. Эта больница была первой, начавшей еще в 1872 г. принимать эпилептиков [1]. Вначале была лишь одна палата на 4 эпилептика, в 1884 г. имелось уже 4 палаты; после устройства специального флигеля здесь работало уже 2 врача (невропатолог А. А. Сухов и терапевт), 4 сестры и 8 нянь; была открыта и амбулатория.

Кроме того, в Москве с 90-х годов существовал Приют св. Марии, много потрудившимся педагогом в котором была М. П. Щенкова, а консультантом — проф. Г. И. Россолимо.

В Петербурге на Удельной существовал приют для слабоумных и эпилептиков на 40 человек со школой и учебными мастерскими, основанный Петербургским евангелическим обществом (Emmanuel stifft).

С 1902 г. в Смоленской губернии в завещанном земству для этой цели имении Никольское-Погорелое (367 десятин земли) при станции Издешково (теперь Белорусской железной дороги) был основан приют-земледельческая колония для олигофренов и эпилептиков на 200 человек. В 1912 г. в этой колонии было 115 мужчин и 115 женщин, среди них 30 детей.

В Воронеже существовал приют Марии Магдалины.

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

Более или менее широкое обсуждение вопроса о лечебном воспитании отсталых детей впервые было поднято, помимо доклада Маляревского о своей школе на I съезде психиатров, на II съезде деятелей по техническому и профессиональному образованию, состоявшемся в Москве в 1896 г., причем в обсуждении этого вопроса участвовали психиатры С. С. Корсаков, В. П. Сербский, В. И. Яковенко и педагог В. П. Вахтеров. Здесь на заседании под председательством проф. А. Я. Кожевникова Г. И. Россолимо сделал доклад на тему «Современные задачи призрения и обучения отсталых детей»; доклады на ту же тему сделали И. В. Маляревский, М. П. Лебедева и др. Г. И. Россолимо уже в 80-х годах интересовался психотерапией, гипнозом и вопросами воспитания. Еще в 1887 г. в журнале «Вопросы нервно-психической медицины» им была опубликована статья «Страх и воспитание», а в 1893 г. он говорил об «экспериментальном методе при изучении нервных и душевных болезней».

Особенно деятельное участие в обследовании детской психики психиатры и психологи стали принимать в начале XX века. Мы уже говорили об учреждении В. М. Бехтеревым при Психоневрологическом институте Института по изучению развития ребенка, о работах А. Ф. Лазурского, Н. И. Поварнина, Н. М. Щелованова и др. Кроме того, А. В. Владимирский, А. С. Грибоедов в Петербурге занялись исследованием причин детского школьного отставания. А. В. Владимирский в «Училищном доме Александ-

[1] А. А. Сухов, Медицинское обозрение, 1903, № 22.

ра II», где имелось 24 класса с 1 000 школьниками, 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; в 1914 г. эта школа впервые получила от правительства субсидию в 5 000 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 проф. 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 уже 22 таких класса, где обучалось 340 детей [1], а в 1914 г. уже 38 классов с 602 детьми. Психиатры Н. П. Постовский, О. Б. Фельцман, педагоги Н. В. Чехов, Е. С. Петухова, М. П. Постовская, Е. Н. Баженова, А. А. Бурмакина, Е. В. Герье, С. В. Ментова 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 Киеве в 1906 г. проф. Сикорский открыл учреждение для дефективных детей. В 1910 г. на Воробьевых Горах на пожертвованные средства была открыта колония для олигофренов и эпилептиков. 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 Андреевой учреждено заведение для олигофренов и эпилептиков. Наконец, в 1900 г. было пожертвовано 600 000 рублей Москве для постройки городского учреждения для призрения и обучения 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 еще не открывалось, а во время войны было превращено в госпиталь для воинов.

III съезд психиатров в 1909 г. по докладам П. П. Кащенко и А. В. Владимирского 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». На I съезде Русского союза невропатологов и психиатров в Москве в 1911 г. о воспитании дефективных детей был сделан ряд докладов (О. Б. Фельцман, П. П. Тутышкин и др.). На III съезде психиатров был поставлен доклад А. А. Сухова «О Лиге борьбы с эпилепсией» и поднимался вопрос об особых учреждениях для эпилептиков. На съезде был избран русский комитет Международной лиги, в который вошли проф. В. М. Бехтерев, А. А. Сухов, В. Я. Анфимов, А. С. Грибоедов и Ю. К. Белицкий. Проф. Бехтереву в 1907 г. удалось организовать клинику при

[1] Отчет о деятельности вспомогательных классов при московских городских училищах за 1911/12 учебный год, М., 1913.

Психоневропатологическом институте на 30—40 коек для изучения эпилепсии. На устройство этой клиники было пожертвовано 50 000 рублей, и, кроме того, Министерство внутренних дел ассигновало единовременно 70 000 рублей на постройку и ежегодно 9 000 рублей на содержание клиники.

В Москве много потрудился над исследованием психических особенностей детей проф. Г. И. Россолимо (1860—1928) после своего вынужденного ухода из университета в 1911 г. (в знак протеста против увольнения нескольких профессоров министром Кассо). Он на свои собственные средства учредил при Педагогических курсах Институт детской неврологии и психологии как вспомогательное учреждение при кафедре педагогической психологии, которую он вел на курсах. В этом институте вокруг Г. И. Россолимо образовалась целая школа молодых психопатологов, занимавшихся изучением детской психопатологии (С. Я. Рабинович, И. М. Присман, Ф. Д. Забугин и др.). Еще 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: 1) количественное выражение степени их развития и 2) их взаимоотношение. Исследовался: 1) психический тонус — внимание, воля; 2) точность и прочность восприятия: а) точность восприятия, б) запоминание — зрительное, речевое, чисел; 3) ассоциативные процессы: а) осмышление, 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» [1]. Проф. Россолимо находил свой профиль полезным и для более точного анализа психических особенностей при психозах. «Профиль» Россолимо пользовался значительным успехом, хотя такие психологи, как Г. И. Челпанов, с самого начала критиковали его и указывали, что возможно только целостное исследование всей психики.

Основными недостатками профиля Россолимо являлись следующие: 1) отсутствие учета влияния социальных моментов окружавшей среды на развитие ребенка, 2) случайный выбор «способностей», не соответствующий психолого-психиатрическим знаниям даже того времени, и 3) недостаточная, даже чисто эмпирическая обоснованность степени трудности задач.

Психологическими исследованиями в применении вообще к педагогике в начале 900-х годов много занимались и психологи А. П. Нечаев [2], П. Ф. Каптерев, Г. И. Челпанов, А. Л. Щеглов, В. М. Экземплярский, П. Е. Смирнов и др. И в Петербурге и в Москве были организованы общества педагогической психологии.

В конце 1913 г. в Москве состоялся I съезд по народному образованию, при котором была организована 4-я врачебно-педагогическая секция. По вопросу о детской дефективности здесь было сделано 34 доклада (А. С. Грибоедов, М. П. Постовская и др.). Секция в своих постановлениях указывала, что число отсталых детей равнялось 2% всех учащихся в начальных школах, рекомендовала в каждом городе, где число учащихся достигает 1 000 человек, учредить вспомогательную школу, а при ней отделение для

[1] Подробное изложение метода см. в журнале «Русская школа», 1910, № 5—7, его применение — в журнале «Современная психиатрия», 1910, сентябрь, октябрь.

[2] А. П. Нечаев, Современная экспериментальная психология в отношении к вопросам школьного обучения, 2-е изд., СПБ, 1912.

исправления речи; число учащихся во вспомогательном классе не должно превышать 20, программа вспомогательной школы должна быть упрощенной, а срок обучения удлиненным; ручной труд обязателен, притом в увеличенных размерах; при школе обязательно должен быть врач, знакомый с проявлениями детской ненормальности. При таких школах должно быть учреждено попечительство, целью которого является защита и помощь в дальнейшем бывшим воспитанникам школы.

В 1908, 1909, 1910 и 1913 гг. состоялись съезды по экспериментальной педагогике, где принимали участие главным образом психологи, из москвичей — Г. И. Россолимо. Эти съезды имели целью пропагандировать важность экспериментальной психологии для педагогики. В 1916 г. при Министерстве народного просвещения была устроена лаборатория для исследования умственных способностей (зав. А. П. Нечаев); в Екатеринославе город отпустил 12 000 рублей для устройства Городской лаборатории по экспериментальной педагогике [1]; Московское педагогическое общество создало особую лечебно-педагогическую секцию; в Петербурге с 1905 г. читались лекции по лечебной педагогике и дефективности (А. С. Грибоедов) при Фребелевских курсах и в Психоневрологическом институте (А. В. Владимирский).

Из книг по детской дефективности и обследованию дефективных детей, кроме уже упомянутых, надо отметить два сборника: «Вопросы педагогической патологии в семье и школе» под редакцией А. В. Владимирского, И. Г. Оршанского и Г. Фальборка (СПБ, 1912) и «Ненормальные дети в семье и школе» под редакцией А. П. Нечаева и А. С. Грибоедова (СПБ, 1914). Кроме того, имелся ряд журнальных статей в психиатрических и педагогических журналах («Русская школа», «Вестник воспитания», «Образование» и др.).

Помимо детей-олигофренов, уже давно педагогами, а затем и врачами было обращено внимание и на детей «испорченных, преступных». С ростом городов, обеднением крестьянства и ростом пролетариата число беспризорных детей в Европе и Америке росло, и к 30-м годам XIX столетия педагогов и юристов стал беспокоить вопрос о детской беспризорности. Для такого рода детей во Франции стали устраивать так называемые maisons paternelles, а в Германии — Rauhäuser (суровые дома). В России учреждение приютов для малолетних преступников было провозглашено законом 5 декабря 1866 г., причем эти учреждения были отнесены не к категории карательных, а к категории «богоугодных» и общественных учреждений. В 1871 г. при участии главным образом сенатора М. Е. Ковалевского в Петербурге на Охте была учреждена земледельческая колония для малолетних преступников. Позже в Москве была учреждена колония для малолетних преступников (так называемый Рукавишниковский приют), в 1896 г.— такая же колония в Бурашеве и т. п.

Довольно рано был издан в России и закон о сроках содержания в приютах малолетних преступников, причем в законе эти учреждения называются уже воспитательно-исправительными и продолжительность содержания в них было предоставлено устанавливать администрации учреждения, в зависимости от исправления (законы от 20 мая 1892 г. и 2 и 8 февраля 1893 г.). Много говорилось о воспитательном значении обучения воспитанников ремеслам. Однако еще в 1908 г. на VII съезде представителей исправительных заведений директор Рукавишниковского приюта Неандер докладывал об «успешном» применении телесных наказаний; многие главную сторону воспитания видели в строгости и непрерывном труде. Бюро VII съезда на-

[1] *Психологический вестник*, 1917, № 1, стр. 206—208.

ходило даже, что медико-педагогический надзор в таких учреждениях вреден, хотя съезд, вследствие протеста Д. А. Дриля и П. П. Кащенко, с этим не согласился.

В 1894 г. Петербургское юридическое общество учредило особую комиссию (юристы В. К. Случевский, И. Я. Фойницкий, С. С. Хрущев и психиатры А. Е. Черемшанский, Б. В. Томашевский, О. А. Чечотт) по вопросам о малолетних преступниках.

В 1904 г. В Обществе психиатров сделал доклад заведующий Вятским исправительным заведением Беклемишев, ратовавший за необходимость психиатрического обследования малолетних преступников и говоривший о необходимости отмены наказаний и развития в приютах элементов самоуправления. Обществом была избрана комиссия для выработки методов психологического обследования. В этом году в России уже было 44 колонии малолетних преступников на 1 900 мест [1]. Первый съезд представителей русских исправительных заведений состоялся еще в 1881 г. В 1916 г. в марте по инициативе Земского и Городского союзов был созван съезд общественных деятелей, в программу которого входила выработка проекта попечения о защите детей, пострадавших от войны, и образования особой секции призрения детей. Этому проекту противополагался другой, еще более широкий: проектировался Главный совет государственного попечения над детьми — жертвами войны, в состав которого должны были войти представители всех фракций и национальных групп Государственной думы, представители некоторых министерств, рабочих профессиональных организаций, представители педагогов [2].

В 1910 г. был учрежден первый детский суд в Петербурге, а затем детские суды были учреждены еще в пяти городах, причем при них имелись и детские воспитательные учреждения, но врачебное наблюдение здесь ограничивалось выделением явно психически невменяемых, медицинское участие в воспитании оставалось незначительным: врач бывал в учреждении лишь раз в месяц.

Первым, как это было признано и съездом, вопрос о необходимости психопатологического обследования трудно воспитуемых детей поднял в 1882 г. на IV Международном съезде по гигиене проф. И. А. Сикорский. В 1868 г. Управлением военно-учебных заведений, кроме прогимназий для отстающих, была учреждена в г. 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 своего режима [3]. Проф. Сикорский обследовал ее учеников и на IV Международном съезде по гигиене указывал на необходимость не только строгости при воспитании, но и учета психопатологических особенностей детей [4] на материале именно этого учреждения.

Однако на практике психиатры в России в царское время мало принимали участия в учреждениях для трудновоспитуемых интеллектуально недефективных детей.

Начало научно-медицинским исследованиям причин олигофрении и детских психозов в России, как мы уже говорили, положил проф. Мержеевский еще в 1872 г., когда он изучал мозг идиота-микроцефала Мотея,

---

[1] М. В. Духовской, Распределение исправительных заведений по территории России, Труды V съезда исправительных заведений, 1900, стр. 493.

[2] М. Н. Гернет, Социально-правовая охрана детства, М., 1924, стр. 28—29.

[3] По данным Д. И. Азбукина, подобная военная прогимназия для не подчиняющихся дисциплине детей была учреждена еще и в Иркутске.

[4] На русском языке доклад Сикорского напечатан в «Педагогическом сборнике», СПБ, 1884.

а также работы Сикорского о заикании (1881). Позже и Мержеевский и его ученики немало работали в области исследования особенностей мозга идиотов. Надо сказать, что за рубежом первая книга о патологоанатомических особенностях врожденного слабоумия английского психиатра Айрлэнда вышла лишь в 1880 г.

О рано возникшем интересе к детским психозам в России свидетельствует и то, что журнал Мержеевского «Вестник клинической психиатрии» открылся в 1883 г. статьей М. Я. Дрознеса «Материалы для психопатологии юношеского возраста» [1].

Первое описание психозов в раннем детстве, в том числе кататонии у мальчика 10 лет, в России принадлежит С. Н. Данилло [2], тоже из клиники Мержеевского. Юношеский прогрессивный паралич описал в 1893 г. А. И. Ющенко.

В земских психиатрических больницах особые отделения для детей начали появляться только перед самой революцией: попытка создать такое отделение была сделана в Херсоне (детское отделение на 25 коек с 1899 г.); в Харькове в 1912 г. для занятий с детьми был приглашен педагог. Однако и здесь дело шло главным образом об олигофренах, случайно попавших в больницу, а не об организации приема и лечения детей с острыми психозами. Специальная детская психиатрическая помощь развилась только после Октябрьской социалистической революции.

Все же мы видим, что и в области детской психиатрии в России до революции научная работа и практическая устремленность стояли на высоком уровне.

---

[1] Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, 1883, т. I, в. 1, стр 1.

[2] Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, 1891, т. IX.

XVIII. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ В ЦАРСКОЙ РОССИИ

Правовые отношения психически больных и их ответственность перед судом за совершенные ими преступления и проступки предусматривались, как мы указывали в главе I, еще в законах Киевской Руси.

Психически больных до конца XVIII века помещали в монастыри, «чтобы смирить», «чтобы от святые соборные церкви не отлучиться», потому что «поберечь его некому», помещались и по постановлению администрации, и по челобитью, подававшемуся коллективно «всякого чинов людьми» [1], и по просьбе родственников. Приказ как, например, видно из указа 1648 г. о помещении в Кириллов монастырь Никиты Уварова, формулировался так: «... и у церковного пения велеть ему быти во вся дни, чтобы его в истину привести... А буде Микита в монастыре начнет дуровать....велеть содержать его в хлебне в работе скованным, чтобы его от его безумия на истину привести».

«Исправившиеся в разуме» большей частью сами подавали челобитные об их освобождении из-под монастырского начала. Установление факта выздоровления лежало на монахах. Например, на челобитье страдавшего падучей Автомеева имелась резолюция: «Взять сказку за рукой игумена Тихоновой пустыни (где находился больной), подлинно ли он пришел в совершенный ум». Или, например, в 1686 г. был освобожден из-под монастырского надзора боярский сын Косьма Кохнев на основании извещения игумена Паисия, что «названный сын боярский в разуме своем исправился». В указе об его освобождении из монастыря, однако, сказано: «а как прочитав Пронька Демин того Кузьму Кохнева на Ливны (на родину) привезет... быть ему в Ливнах в прежней службе, а с Ливен его никуда не отпускать и дать на поруки с записью, что ему с Ливен никуда не съезжать».

В монастыри в XVII веке посылали не только для «исправления», но и для судебной экспертизы. Так, в 1685 г. некую Авдотицу, обвиняемую в краже собольего меха, ввиду того что она «будто бесновалась», послали в Троицкий девичий монастырь, и «попу, и старицам монастыря» было велено наблюдать и выяснить, «подлинно ли она бесновалась или умыслила на себя сумасбродство затеять». Но Авдотица из монастыря самовольно убежала и бросилась с ножом на подъячего Лихарева, «по вине которого раньше бита кнутом». Тогда все же запросили монастырь, «как она в монастыре под началом в исступлении или целости ума была и как из-под начала освободилась». Монастырь отвечал, что обвиняемая «в монастыре бранных слов и непристойных не говаривала и юродства, как бывает у бесную-

[1] М. Ю. Лахтин, Из прошлого русской психиатрии, Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1911, кн. 4.

щихся, у нее не водилось, была в полном разуме, а из-под начала ушла потому, что в то число цепи и вериги на ней не были». На основании этого заключения государь по всей строгости закона «указал отсечь ей руку».

Однако далеко не всех обвиняемых, относительно которых возникало сомнение, «в целом уме или не целом» они действовали, отправляли для экспертизы в монастырь. Нередко велся «розыск» (следствие), а испытуемый содержался «в разряде или в приказной избе» или даже в тюрьме. Но и при этом всегда допрашивали прежде всего монахов, старцев, духовенство, хотя далеко не всегда суд соглашался с их экспертизой. М. Ю. Лахтин в своих 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».

Имеются сведения, что в 1690 г. судебную психиатрическую экспертизу производили уже и ученые врачи. В Вязьме был задержан бродяга, который при других заявлял, что он сын царя, который «был де на Москве лет со ста... А живет он на небесах и ходит на небеса в дыру, а принимают его ангелы». К делу этого бродяги приложены акты освидетельствования его тремя врачами: 1) по-латыни — врача Карбонариуса, 2) по-гречески — врача Ивана Алексеева и 3) по-гречески — Якова Пиларина. «Вышеупомянутый человек от природы своей меланхоличен есть, того человека дело причастно быть болезни ипохондрии... от злых кислых мокрот в селезенке рождающейся», как значились в приложенных к делу переводах. На основании этих свидетельств бродяга не был подвергнут казни, а был сослан в Арамьев монастырь.

В 1767 г. даже 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, Синод диференциальный диагноз между одержанием злыми духами и безумием предоставлял уже ученым врачам, а на свою долю оставлял лишь лечение одержимых бесами.

Если мы вспомним, что в Германии еще в 1740 г. знаменитому судебному медику Плятеру, требовавшему, чтобы врачи являлись экспертами для определения психической болезни, пришлось вступить в спор с философом Кантом и что Кант в своей «Антропологии» в 1798 г. требовал, чтобы обсуждение вопроса о вменяемости было передано философским факультетам, что спор этот велся и в Австрии, и во Франции [1] примерно вплоть до 1830 г., то раннее привлечение врачей к психиатрической экспертизе в России заслуживает особого внимания.

Однако все дела и об опеке, и о судебной экспертизе, и о посылке в монастырь психически больных разрешались каждый раз особым указом высших правительственных инстанций, решались далеко не однообразно, и определенного закона о порядке освидетельствования и следующих из него выводах не имелось до 1723 г., когда Петр I предписал свидетельствовать дворян-дураков в Сенате, без чего никто не мог быть признан «поврежденным в уме» и освободиться от обязательной для дворянина службы. Лишь Александр I указом от 23 апреля 1801 г. заявил, что «на помешанных

---

[1] R a g n a u l t, Du degré de compétence des medicines dans les questions judicaires relatives aux maladies mentales, P., 1828.

нет ни суда, ни закона», и так как дело, по поводу которого возник этот общий рескрипт, касалось крестьянина, то было указано, что для признания крестьянина поврежденным в уме достаточно освидетельствование его земской полицией и Врачебной управой.

Дело 1801 г. касалось несомненно больного крестьянина, совершившего убийство. Местная власть полагала, что во время совершения преступления он, быть может, понимал, что делал, и потому мог бы воздержаться от преступления. О возникших сомнениях было представлено в Петербург, и оттуда вышел указ: «В сем случае надлежало бы только удостовериться, действительно ли он сделал сие в сумасшествии, и по удостоверении сему отдать его в дом безумных, суду же придавать не было никакого основания, ибо на таковых нет ни суда, ни закона».

Лишь в 1815 г. (указ от 8 июня) 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. Сенат основывался не на описании врачами поведения больного, а лишь на правильности письменных ответов самого больного на крайне элементарные вопросы, требовавшиеся по закону. Благодаря этому бывали случаи, что больной, например, с тяжелой депрессией и со стремлением к самоубийству признавался Сенатом здоровым [1]. В 1813 г. в Государственную думу был внесен законопроект, передававший дело о наложении опеки суду.

Также в 1815 г. впервые появился указ, где упоминается об освидетельствовании умственного состояния купцов и разночинцев; при их освидетельствовании предлагалось приглашать городского голову и двух членов магистрата.

В 1841 г. разрешено допускать в присутствие для нужных объяснений также врача, наблюдавшего больного.

О крестьянах в гражданских законах (опека) впервые упоминалось только в 1830 г., да и то только по поводу надзора за теми из них, которые могут причинить зло себе или другим, или о призрении их, что, впрочем, было вполне естественно, так как никакими имущественными и гражданскими правами крепостные крестьяне не пользовались.

С 1835 г. устанавливается, наконец, определенный порядок освидетельствования и сроки содержания в доме для умалишенных лиц, совершивших преступление. До этого, согласно мнению Государственного совета, всех лиц, совершивших тяжкое преступление в состоянии помешательства, отсылали 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 5 лет не замечено будет припадков помешательства, они могут быть отпущены на свободу с разрешения Министерства внутренних дел. В 1835 г. пятилетний срок был сокращен до 2 лет; при этом впервые упоминалось об особой форме сумасшествия «умоиступлении», при котором срок содержания в доме умалишенных сокращался до 6 недель.

В 1845 г. издан был, наконец, Свод законов, а затем, с введением гласного судопроизводства, и новый Устав уголовного судопроизводства и Уло-

[1] См., например, протоколы Петербургского общества психиатров 1912 г., стр. 17.

жение о наказаниях. Эти законы в основном действовали до Великой Октябрьской социалистической революции, хотя неоднократно создавались комиссии для их пересмотра.

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, согласно Своду законов, т. X, ч. 1, ст. ст. 5 и 37, «запрещалось вступать в брак с безумными и сумасшедшими»... Болезнь одного из супругов могла быть поводом к расторжению брака (однако для православных болезнь, развившаяся после венчания, не могла служить поводом к расторжению), но сторона, требующая развода, обязана была обеспечить содержание другой стороны. Больным «запрещалось писать и совершать акты об имении и займе» (т. X, ч. 1, стр. 770), хотя от права наследования психически больные не устранялись (т. X, стр. 1106). «Если от действия безумных и сумасшедших происходит кому-нибудь вред,— значилось в законе (т. X, ст. 654), — 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 (т. III, ст. 571), а через год пенсия прослужившему 5—10 лет назначалась в $^1/_3$ оклада, 10—20 лет — $^2/_3$ оклада и более 20 лет — полный оклад» (т. III, ст. 103).

Таким образом, более или менее определенная законом процедура судебнопсихиатрической экспертизы начала устанавливаться в России в 30—40-х годах XIX века. С этого же времени (по Университетскому уставу 1835 г.) на юридических факультетах 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, хотя, как мы уже указывали, врачи еще с XVI века призывались для освидетельствования здоровья подсудимых в том числе и психически больных, но установленных законом правил назначения и порядка экспертизы не было. Надо при этом сказать, что по отсутствию законов об экспертизе Россия не составляла в то время исключения: отдельное и целостное законодательство об экспертизе помешанных во Франции и Италии относится к 1838 г., в Англии — к 1845 г. (исправленному в 1853 г.), а в Бельгии, Австрии, Германии — лишь к 70-м годам XIX века.

Мы упоминали, что еще в 1832 г. в Петербурге появилось первое руководство по судебной медицине С. Громова, а в 1848 г. — работа А. Н. Пушкарева. Но не только в Петербурге, а и в Казани, избранный в 1839 г. по конкурсу на кафедру судебной медицины уроженец Курляндии Георгий Иоакимович Блосфельд (1798—1884), в 1847 г. представил «Начертание судебной медицины для правоведов, приспособленное к академическому преподаванию в российских университетах» (Казань, 1847; переиздано в 1857 г.), еще раньше (в 1846 г.) — сочинение «О пьянстве в судебномедицинском и медико-полицейском отношении», а в 1859 г. «Начертание правил, соблюдаемых при составлении и обсуждении, сообразно с законными постановлениями психологико-врачебных свидетельств» (Ученые записки Казанского университета, 1859). О курсе судебной психологии, выпущенном проф. А. У. Фрезе в 1871 г. в Казани, мы уже говорили.

Отметим, что проф. Блосфельд кафедру судебной медицины в Казани занимал до 1865 г. При этом надо сказать, что по Университетскому уставу 1835 г. и даже 1863 г. кафедра судебной медицины включала также «медицинскую полицию (гигиену и эпидемиологию)», историю медицины, энциклопедию и методику медицины. От-

дельная кафедра гигиены учреждена была лишь по уставу 1884 г. Поэтому среди произведений проф. Блосфельда имелись и такие труды, как Эпидемия инфлюэнцы в Риге в 1833 г., Инфлюэнца в Казани в 1847 г., Холера в Казани в 1847 г., Медицинская топография города Казани в 1842 г. и т. п.

Однако надо сказать, что как на Западе, так и у нас в России, в области судебной психиатрии два вопроса возбуждали дискуссии: 1) понимание критерия вменения и 2) как и где надо содержать признанных невменяемыми психически больных, подлежащих принудительному лечению.

Классическое уголовное право имело в виду наказанием покарать вину, принести «справедливое возмездие», невзирая на лица, соответственно совершенному преступлению. Но как применить эти нормы к помешанным и безумным? Пришлось принять во внимание личные особенности, разделить людей на вменяемых и невменяемых.

Принимая во внимание только биологические особенности и прежде всего определенные внешние морфологические признаки (форма черепа, неправильное строение ушной раковины и т. п.) и опираясь на учение о вырождении Мореля, Ломброзо создал свою криминальную антропологию. Для него преступление есть прежде всего продукт ненормальной физической, а потому и психической организации человека, результат атавизма. Считая, что нарушители правовых норм—всегда люди врожденно ненормальные и преступление вытекает из особенностей их природной организации, Ломброзо признавал преступление для таких лиц неизбежным: наказание не может исправить их, а потому не может быть речи о «вине», а только об опасности такого субъекта для общества. В области карательной системы Ломброзо высказывался поэтому за заключение на неопределенные сроки и за широкое применение смертной казни.

По поводу этих воззрений Ломброзо русский юрист А. Ф. Кони очень метко сказал, что Ломброзо «дошел до низведения карательной деятельности государства, до охоты за человеком-зверем».

Признавая, что преступники являются людьми особой физической организации, особой породы, что существует, кроме homo sapiens, еще и homo delinquens, которого надо уничтожать, Ломброзо, таким образом, не только является предтечей фашистских теорий о «недочеловеках» — низших расах, но и предлагает те же звериные меры борьбы с этими низшими расами — уничтожение.

Но теория Ломброзо глубоко реакционна не только в этом отношении. Еще ярче вскрывается социальная сущность его теорий в его заключениях о так называемых политических «преступлениях», которые, по его мнению, также коренятся в биологической природе преступника. Для обоснования этого заключения он выставлял положение, будто природе нормального человека соответствует ненависть к новому — «мизонеизм». «Для большинства людей мизонеизм есть естественный закон»,—писал Ломброзо. Люди с любовью к новому страдают болезнью «филонеизмом», они — «врожденные преступники под влиянием аффекта — аффективные дегенераты».

Из русских психиатров последователем Ломброзо был только проф. В. Ф. Чиж («Преступный человек перед лицом врачебной науки», Казань, 1894).

Ко всему этому надо добавить, что научная критика единогласно установила псевдонаучность объективных признаков дегенераций, приводимых Ломброзо. Московский анатом проф. Д. Н. Зернов, например, доказал, что неправильности черепов, на которые ссылался Ломброзо, не представляют специально атавистических черт, а в диссертации В. П. Воробьева доказана неправильность представлений Ломброзо о дегенеративном ухе. Ряд таких

исследований вполне обнаружил псевдонаучность «криминальной антропологии» Ломброзо.

Но и не признавая учения Ломброзо о врожденном преступнике, все же с возникновением в психиатрии учения о дегенерации многие психиатры утверждали, что как раз «пограничные» субъекты, дегенераты-психопаты, стоящие на грани душевной болезни, чаще, чем нормальные, совершают преступления, не будучи в силах управлять своими влечениями, хотя формально и понимают возлагаемые на них законом обязанности. Протестуя против жестоких карательных мер Ломброзо по отношению к лицам, которые с большой натяжкой могут быть втиснуты в категорию как психически больных, так и психически здоровых, некоторые юристы и психиатры, разделяющие эти воззрения, создали учение об «уменьшенной вменяемости».

С точки зрения марксизма положения обоих этих биологизирующих общественные отношения школ являются одинаково неправильными и реакционными. Осуждая махистские теории Богданова, Ленин в своей книге «Материализм и эмпириокритицизм» писал: «Перенесение биологических понятий вообще в область общественных наук есть фраза», «пустая фраза», повторяет он в другом месте той же книги. «Нет ничего легче, — продолжает Ленин, — как наклеить „энергетический“ или „биолого-социологический“ ярлык на явления вроде кризисов, революций, борьбы классов и т. п., но и нет ничего бесплоднее, схоластичнее, мертвее, чем это занятие» [1].

Общественные науки, в том числе и правовые, изучают не отдельные личности и их биологические или психологические свойства, изучают не особенности отдельных людей, а специфические общественные отношения. Сведение социального к индивидуальному, поиски содержания категорий уголовного права в особенностях биологической конституции или в психике «изолированного» человека — все это тупики кризиса буржуазных общественных наук.

Интересно, что к учению об «опасном состоянии» и о неопределенных приговорах, как и у Ломброзо, пришла в конце XIX века другая криминологическая школа, стоящая до известной степени даже на противоположной Ломброзо точке зрения на природу преступности и учившая, что преступление не является результатом ненормальной организации индивида.

Это учение положено было в основу социологической, или позитивной, школы уголовного права, нашедшей себе выражение в трудах криминалистов: французского — Гарро, немецкого — Листа, бельгийских — ван Гамеля и Пренса и русского — Фойницкого. При этом близкая к позитивной социологической школе, так называемая неосоциальная школа (Дюркгейм, Драгическо, де Роберти), уже вовсе отрицала значение биологических свойств и «уводила человека из животного царства».

«Наказание, — говорил Лист, — социальная функция и имеет целью защиту правовых благ; мера его должна быть выведена только из этой цели. Следовательно, в основе наказания должна лежать идея защиты общества от правонарушителей и его воспитание в надлежащей форме».

На ряде международных съездов криминалистов, начиная со съезда в Брюсселе в 1899 г., обсуждался возбужденный с этой точки зрения вопрос о преступниках-рецидивистах и психопатах, и, наконец, 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, опре-

[1] Отдельное издание, 1945, стр. 291.

деляемых 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.

Русские психиатры и юристы также принимали участие в этой дискуссии. Касающиеся невменения психически больных статьи Уложения о наказаниях (статьи 92, 95, 96, 98 и статья 10 Мирового суда) уже в 70-х годах признавались, как мы говорили, неудовлетворительными, и в начале 1883 г. разработанный комиссией сенатора Фриша (члены комиссии — Неклюдов, Розин, Таганцев, Фойницкий) новый законопроект был передан на обсуждение Петербургского юридического общества. В феврале—марте 1883 г. статья 36 законопроекта, касающаяся психически больных, обсуждалась в трех заседаниях Петербургского общества психиатров [1]. Обсуждаемая статья в новом проекте 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, буде признает необходимым, может или 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».

Всеми было признано, что вместо неясных определений «безумие», «сумасшествие», «припадки болезни, приводящие в беспамятство», употребляемых старым Уложением, новое Уложение вводит 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, так как «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 в разбираемую статью критерий невменяемости не нужно. Защищали необходимость введения критерия невменяемости в закон немногие психиатры, в особенности В. Х. Кандинский и О. А. Чечотт, а из юристов — особенно В. К. Случевский. А. Ф. Кони весь закон предлагал изложить кратко: «Не вменяется в вину деяние, совершенное в душевной болезни или без разумения».

Психиатр Б. В. Томашевский выставил 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 естественно-научной техники фактов чисто медицинского, клинического свойства. Способность к вменению должна быть определяема судом... Существу душевной болезни не противоречит, что данный субъект оказывается в состоянии понимать последствия своих поступков, может различать правое и неправое в своем деянии, может

[1] А. Е. Черемшанский, Неспособность к вменению, Вестник клинической психиатрии, 1883, т. I, в. 1, стр. 161—189.

чувствовать раскаяние в своем поступке». Это мнение Б. В. Томашевского поддерживал и М. П. Литвинов, указывая, что «будем ли мы говорить о „разуме", „свободе воли" или правильности понимания или руководства, мы во всех случаях вводим метафизические понятия и перестаем стоять на естественно научной точке зрения, единственно возможной для врача».

Проф. И. П. Мержеевский указывал, что «душевная болезнь проявляется не в одной лишь психической, но и 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».

Интересно, что такой видный юрист, как А. Ф. Кони, также заявлял, что в законопроекте «вопрос предлагается решать не по общей картине душевного страдания, а по отдельным его проявлениям в ограниченный период времени... Едва ли желательно вопрос о вменении суживать такими пределами односторонних, шатких оценок... Перенос центра тяжести вопроса с заключения представителей науки на оценку односторонних признаков составлял бы шаг назад...».

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».

Следует, однако, сказать, что в 1883 г. Юридическое общество в резолюции, последовавшей по выслушании всех мнений, согласилось с доводами защитников внесения в закон критерия невменяемости. Что же касается положений социологической школы об «опасном состоянии» и бессрочных приговорах, то большинство виднейших русских юристов (Набоков, Исаев, Гернет) было против введения в закон этих понятий. Набоков на съездах в Москве (1910) и в Петербурге указывал, что социологическая школа, упраздняя понятия о деликте, наказании, становится не на правовую, а на полицейскую точку зрения. Таким образом, еще в те времена русские юристы понимали реакционную сущность ломброзианства и неоломброзианства. На Парижском совещании Международного бюро криминалистов в 1912 г. русские представители Набоков и Люблинский тоже выступали против неопределенного срока наказания для опасных преступников.

В дальнейшем 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) [1] и на IIсъезде психиатров в сентябре 1905 г. (доклады проф. В. П. Сербского и присяжного поверенного А. Д. Марголина). Опять был поднят вопрос о проектируемой новой редакции статьи 39 (в проекте 1883 г. статья 36). Проф. Сербский различал «способность к вменению» как известное душевное состояние данного лица, определение чего входит в непосредственную задачу эксперта-психиатра, и «акт вменения» — приговор, который целиком принадлежит суду. Далее он находил правильным, что суд всякий

[1] И. И. Иванов разбирал не только вопросы вменения, но и написал еще 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 на IX съезде (Вестник невропсихиатрической медицины, 1903, № 2—3)

раз индивидуально должен определять по своему усмотрению дальнейшую судьбу признанного невменяемым, но при этом «должно быть принято в расчет заключение эксперта...[1].

К предложению на II съезде психиатров (1905) А. Д. Марголина ввести понятие «опасное состояние» проф. Сербский и съезд также отнесились отрицательно... «с промежуточным звеном, со своими defectueux криминалисты садятся между двух стульев, — говорил Сербский. Они говорят, что надо их и наказывать, и лечить одновременно не то в тюрьмах, не то в больницах, не то в „сторожевых домах" (casa di custodia итальянцев). Этого совмещения наказания и лечения я решительно не понимаю и в качестве врача протестую против этого». Однако проф. 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 поднят был вопрос о патологическом аффекте и отличии его от физиологического — вопрос, давно обсуждавшийся в русской литературе [2]. Главным критерием патологического аффекта признавалось затемнение сознания, амнезия и резкое астеническое состояние (сон) после аффекта; без этого нет патологического аффекта. 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».

Довольно много докладов на съездах (на VI Пироговском — доклад С. И. Штейнберга, на заседании Киевского общества — доклад Н. А. Оболонского, на VIII Пироговском съезде и в Медицинском совете в 1906 г.— доклады В. М. Бехтерева)[3] было посвящено также вопросу об облегчении условий развода в случае психической болезни одного из супругов. Вопрос возбуждал интерес потому, что хотя в Своде законов (т. X, ст.ст. 5 и 37 и др.) 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.

---

[1] Мнение эксперта, если суд с ним не согласен, предлагалось, однако, кассировать в высшую психиатрическую же инстанцию.

[2] Д-р Лион еще в 1868 г. поместил в «Архиве судебной медицины» (кн. 1—2) статью «Аффект и страсти»; проф. П. И. Ковалевский говорил об этом в своих «Судебно-психиатрических анализах» (Харьков, 1880); Я. А. Боткин издал брошюру «Преступный аффект как условие невменяемости» (М., 1883); проф. Сербский в своей «Судебной психопатологии» (ч. 2, стр. 64—69) также отводил этому вопросу достаточно места.

[3] Совместно с М. С. Доброгаевым (Обозрение психиатрии, 1906, № 3).

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.

Судебнопсихиатрическая экспертиза, в особенности в первые годы земской психиатрии, значительно содействовала и развитию общих клинических знаний в земских психиатрических больницах. До появления земской психиатрии врачами-экспертами везде, кроме столиц, были уездные врачи; вопрос о психиатрической экспертизе поднимался редко, — только в самых эксквизитных случаях психической болезни. Со времени земской реформы и введения гласных судов, появления вместо приказных домов умалишенных земских психиатрических больниц дело стало резко меняться. Так как в первые земские годы больные поступали в психиатрические учреждения главным образом через полицию, то главный контингент их 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 психиатрии в земский период были «Очерки судебной психологии» проф. Фрезе (1874), «Сборник статей по судебной медицине» П. И. Ковалевского (1872), а не общие учебники. Если просмотреть первые журнальные статьи русских психиатров, то и здесь мы увидим в большинстве случаев хорошие описания случаев экспертизы. Большой интерес в дореволюционное время представляли посмертные заочные экспертизы, возникавшие в связи с судом из-за духовных завещаний [1] (в полном ли уме эти завещания совершены).

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

Там же должны были призреваться и «все те больные (опасные), призрение которых требует особых мер, не совпадающих с мерами лечения и призрения в современных гражданских психиатрических лечебницах (norestraint)», говорилось в циркуляре Министерства внутренних дел.

С 1908 г., как уже говорилось, в окружных лечебницах были организованы особые «крепкие» отделения.

Представляет интерес устройство этих отделений в Московской и Казанской окружных лечебницах. «Прежде чем попасть в эти отделения, — описывает Московскую окружную лечебницу „Вестник общественной гигиены" (1912, стр. 1719), — попадаешь в железную комнату, в которой находится запасной кадр служителей и которая имеет отдельный ключ и отпирается лишь служителями, находящимися в комнате. В двери имеется окошечко, чтобы было видно, кто стучит в дверь. Садики, где гуляют больные, окружены высоким каменным забором. В Казани все здание „крепкого" отделения было обнесено высокой кирпичной стеной с одними только воротами... Для больных имелся дворик только сзади здания... Рамы с решетками, двери солидные. Внутреннее устройство по типу одиночных камер».

Ясно, что устройство было такого типа, что нарушало все принципы лечебных психиатрических больниц и могло быть введено только в специальных учреждениях.

---

[1] См., например, три тетради «Психиатрических экспертиз» проф. С. С. Корсакова (М., 1902, в. I; М., 1904, в. II; М., 1906, в. III).

XIX. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЦАРСКОЙ АРМИИ

Впервые об устройстве специального психиатрического учреждения для военнослужащих в России упоминается в 1846 г., когда при 2-м Петербургском сухопутном госпитале был отведен для психически больных военнослужащих особый барак, построенный еще в 1817 г. Это психиатрическое отделение с 1858 г. было психиатрической клиникой Военно-медицинской академии (до 1869 г.), затем приютом при клинике, который в 1871 г., вследствие ветхости здания, был закрыт. Уже в 1863 г. был поднят вопрос о недостаточности психиатрических коек во 2-м Сухопутном госпитале и часть психически больных стали направлять в 1-й Сухопутный госпиталь (переименованный позже в Николаевский военный госпиталь). В январе 1864 г.[1] при Николаевском госпитале было организовано так называемое 3-е психиатрическое отделение на 30 офицеров и 15 нижних чинов. Заведывал им Ю. Х. Кнох, ассистент Балинского. Время с 1876 по 1882 г., когда заведующим отделением был А. И. Аскоченский, а ординаторами П. Н. Никифоров и С. И. Штейнберг, считается одним из оживленнейших периодов существования этого госпиталя, так как в это время проф. Балинский читал здесь лекции по психиатрии для слушателей Высших женских курсов; при госпитале было организовано и небольшое нервное отделение, которым ведал и где преподавал О. А. Чечотт.

В 1882 г. распоряжением начальства Женские курсы были закрыты. Заведывать психиатрическим отделением с 1882 г. стал П. Н. Никифоров [2], начавший хлопоты об улучшении помещения госпиталя. В 1889 г. было выстроено специальное здание на 100 коек. На строительство было ассигновано 298 000 рублей и на оборудование еще 309 149 рублей. Персонал с 1890 г. состоял из заведующего отделением П. Н. Никифорова, ординаторов В. В. Ольдерогге и И. П. Лебедева (все — ученики проф. Балинского). С 1894 г. к 100 койкам было добавлено еще 20 платных пансионатских коек. С 1870 по 1891 г. в госпитале состояло на излечении 2 381 офицер, причем преобладали больные в состоянии белой горячки (227 человек) и прогрессивного паралича (233 человека); нижних чинов лечилось за то же время 3 768 человек; у них наиболее часто отмечалась меланхолия (564 человека), деменция (396 человек) и белая горячка (579 человек). Смертность среди офицеров составляла 10%, среди нижних чинов — 8%. Во время первой мировой войны (в 1916 г.) число коек было доведено до 450.

[1] И. П. Лебедев, Отчет о состоянии психиатрического отделения Николаевского военного госпиталя, Архив психиатрии, 1894, т. XXIV, в. 1.

[2] Заведывал до 1923 г. — времени закрытия психиатрического отделения. Старшими врачами последовательно при нем были: И. И. Рождественский, Н. И. Якимов, проф. П. Я. Розенбах и проф. П. И. Ковалевский.

Вторым по времени открытия (1868) военным психиатрическим отделением было отделение при Киевском военном госпитале. С 1884 г. оно имело 25 офицерских мест и 45 мест для нижних чинов [1].

С 1868 г. организовано психиатрическое отделение при Тифлисском военном госпитале [2], где в этом же году состояло на излечении 80 психически больных. С 1872 г. этим отделением заведывал П. Солини, а с 1883 г.— З. Блюм. В отделение поступали не только психически больные военнослужащие, но и все судебные испытуемые. З. Блюм очень мрачными чертами рисует отделение [3]: совместное пребывание больных в различном состоянии и здоровых, бедность прислугой и т. п. С 1893 г. отделение стало филиалом Владикавказского психиатрического госпиталя. До открытия Владикавказского госпиталя отделение для психически больных имелось при Ставропольском военном госпитале (28 беспокойных и 32 спокойных больных мужчин и 18 больных женщин). С открытием Владикавказского госпиталя это отделение было закрыто.

При Московском военном госпитале психиатрическое отделение на 10 мест для офицеров и 35 мест для нижних чинов было открыто в 1880 г. В 1910 г. число мест было увеличено до 25 для офицеров и до 50 для нижних чинов.

В том же 1880 г. было открыто психиатрическое отделение в Варшаве на 60 мест (к 1905 г. увеличено до 100 мест), в 1893 г. — во Владикавказе на 50 мест с филиалом в Тифлисе на 20 мест, в 1895 г. в Риге — на 100 мест, в 1895 г. в Ташкенте — на 100 мест, в 1901 г. — в Екатеринодаре — на 60 мест (из них 20 женских для кубанского казачества), в 1903 г. — в Верном—на 13 мест и в 1913 г. в Омске—на 30 мест и в Хабаровске—на 50 мест. Кроме того, в ведении Военного ведомства находилось несколько психиатрических учреждений в казачьих областях, о которых мы уже говорили в главе XIV и которые обслуживали, притом очень недостаточно, вообще население этих областей.

Таким образом, не говоря об испытаниях при призыве на военную службу, которые производились исключительно в гражданских психиатрических учреждениях, военных психиатрических госпиталей было очень недостаточно и для обслуживания острых психических заболеваний в армии. По установлении хронического характера заболевания больных исключали из армии и препровождали в гражданские психиатрические учреждения.

О числе освобождаемых от военной службы при призыве первые сведения имеются за 1876—1878 гг., т. е. за первые годы после введения всеобщей воинской повинности. Мамонов сообщает, что при призыве 754 362 человек за эти годы по § 18 тогдашних правил (слабоумие, эпилепсия и другие психические заболевания) было освобождено 3 072 человека, т. е. 4 человека на 1 000 призываемых. Герцентшейн за 1879—1882 гг. также говорит о 4,03 освобожденных на 1 000 призываемых. Игнатьев за 1884—1888 гг. установил лишь 1,9 освобожденных на 1 000 призываемых [4], но в это число не вошли отправленные на испытание. В 1908 г. было освидетельствовано 679 266 призываемых; из них психически больными оказалось 1 845 человек, т. е. 2,62 : 1 000, но, кроме того, 25,1% всех призываемых были зачислены

[1] Ф. М. Терехов, Краткие сведения о психиатрических заведениях Военного ведомства, Современная психиатрия, 1914, октябрь; Шайкевич, Настоящее и будущее отделения для психически больных при военном госпитале, Труды II съезда отечественных психиатров, 1907, стр. 237.

[2] Н. М. Савицкий, Медицинский сборник Кавказского медицинского общества, 1868, № 8.

[3] З. Блюм, Медицинский сборник Кавказского медицинского общества, 1883, № 39.

[4] Вестник психиатрии, 1891, в. 2, стр. 171.

в ополчение второго разряда вообще по болезням или же получили отсрочку, или были отправлены на испытание; среди последних, вероятно, было немало психически больных.

Что касается заболеваемости в самой армии, то краткий отчет о санитарном состоянии русской армии за 1911 г. [1] говорит о 704 случаях психических заболеваний, что составляет 0,58 случая на 1 000 человек состава.

Те же отчеты о санитарном состоянии армии за ряд лет приводят такой процент заболевших психически на 1 000 человек списочного состава армии:

1904 г. — 0,6; 1905 г. — 0,6; 1906 г. — 0,7; 1907 г. — 0,7; 1908 г. — 0,6; 1909 г. — 0,64; 1910 г. — 0,57; 1911 г. — 0,58; 1912 г. — 0,69.

В 1912 г. из 866 болевших психозами воинов органические болезни мозга имели место у 425 (уволено 137, умерло 120). Помимо психозов, эпилепсия отмечена у 566 (уволено 328, умерло 2), истерия — у 3 148 (уволено 858 человек). Самоубийством в 1912 г. покончило 84 офицера (1,57%) и 415 нижних чинов (0,32%).

В отчете 1911 г. приводятся интересные сравнительные данные с армиями других стран. Оказывается, что в США (1908) на 1 000 человек списочного состава армии психически больных было 1,6, в Германии (1909)— 1,3, в Англии (1910) — 0,7.

В русской армии впервые было обращено внимание на специальную организацию психиатрической помощи на фронте во время русско-японской войны 1904 г. Организовать эту помощь пришлось уже во время военных действий, но почти в самом начале войны; 2 апреля 1904 г. при 1-м Харбинском сводном госпитале пришлось наскоро открыть небольшое психиатрическое отделение. Лишь в декабре 1904 г. Красным крестом был открыт специальный Центральный психиатрический госпиталь на 50 коек в Харбине (15 мест для офицеров и 35 мест для нижних чинов). Уполномоченным Красного Креста был назначен П. М. Автократов, заведующим госпиталем— Е. С. Боришпольский.

Характерно, что инициатива этой организации принадлежала не правительству, а общественным организациям. На фронт были посланы земские санитарные отряды. В мае 1904 г. в Харбине было открыто Временное медицинское общество на Дальнем Востоке, и уже 31 июля 1904 г. на заседании этого общества Шумков сделал доклад «Первые шаги психиатрии в русско-японскую войну», в котором сообщил о создании упомянутого нами временного психиатрического отделения. Среди выдвинутых им положений особенно интересно положение третье: «Психозами войны в тесном смысле слова можно было скорее назвать те душевные заболевания, которые развиваются вследствие травматических повреждений различных частей мозга огнестрельными снарядами» [2]. По мнению Шумкова, «других психозов, имеющих особые клинические картины, свойственные только военному времени, повидимому, не существует».

Интересно, что на том же заседании Боришпольский призывал всех хирургов точно описывать место очага поражения мозговой коры и наблюдающиеся при этом все неврологические и психиатрические клинические симптомы.

В том же Временном медицинском обществе 9 октября 1904 г. П. М. Автократов представил на рассмотрение общества план приспособлений, делаемых для Центрального психиатрического госпиталя Красного креста, причем сообщил, что комиссия в Петербурге под председательством проф.

---

[1] Военно-медицинский журнал, 1912, июнь.

[2] Труды Временного медицинского общества Дальнего Востока, Харбин, 1905.

Анрепа в составе профессоров В. М. Бехтерева, Н. Н. Реформатского, М. Н. Нижегородцева и д-ра Добротворского решила, что душевных заболеваний на театре военных действий будет в полтора раза больше, чем в мирное время, всего около 1 500 случаев, почему Центральный госпиталь и развертывается на 40—50 коек. Общество по этому докладу указало на необходимость организации эвакуации психически больных с передовых линий.

Полевой приемный покой в армейском районе был открыт вначале в Мукдене, а после отступления от Мукдена в Гунчжулине.

III съезд психиатров считал необходимым иметь при каждом дивизионном госпитале специалиста невропатолога-психиатра.

Из Харбинского госпиталя психически больных воинов, уроженцев Европейской России, эвакуировали в Москву, а для уроженцев Сибири были организованы Красным крестом госпитали в Чите, Никольске-Уссурийском, Владивостоке. В Харбинском госпитале персонал состоял из 10 врачей, 10 фельдшеров, 4 сестер, 40 санитаров, 25 рабочих. Большая часть персонала находилась в разъездах, сопровождая эвакуируемых больных. В течение 1905 г. в Москву эвакуировалось 3—4 раза в месяц по 40 человек, а в 1906 г. было произведено шесть эвакуаций. Так как дорога длилась больше месяца, то в Омске при военном госпитале и в Красноярске Красным крестом были организованы этапные пункты по 10 коек на случай необходимости снять с поезда больного вследствие обострения болезни.

Общее число психически больных за время русско-японской войны в действующей армии Автократов определил в 1 900 человек, что, считая состав армии в 1 млн. человек, дает 1,9 : 1 000. Во всяком случае точно известно, что всего эвакуировано было в Москву 275 офицеров и 1 072 нижних чина, в Читу — 63 человека, в Никольск-Уссурийский — 283 человека [1], во Владивосток — 50 человек; 232 алкоголика не были эвакуированы.

Относительно последних войн других стран имеются следующие данные о психической заболеваемости в войсках: в бурскую войну в английской армии она составляла 2,5%, в испано-американскую войну в американской армии — 2,7%.

Что касается клинической картины психозов в действующей армии, то, согласно докладам на X Пироговском съезде (Суханов, Ермаков, Станиловский) и на III съезде психиатров (Автократов, Боришпольский, Владычко) [2] было установлено, что во время войны наслаиваются один на другой все общеизвестные болезнетворные факторы: физическое утомление, климатические влияния, бессонные ночи, эмоциональные переживания; при этом соматические моменты (недоедание, недосыпание, ревматизм, дизентерия) имеют большее патогенетическое значение, чем эмоциональные моменты (Боришпольский). «Чем шире психиатрическая помощь в мирное время, тем меньше она на театре военных действий». Острые психозы составляли лишь $^1/_8$ всех заболеваний. По Автократову, среди больных офицеров 35% страдали алкоголизмом, 11%—прогрессивным параличом, 11% — неврастеническими психозами, 3,1%—органическим слабоумием и 3,1%—травматическими психозами. Среди больных нижних чинов было 28% эпилептиков, 11% алкоголиков, у 8% имела место аменция, у 5% инфекционные психозы, у 2,7% органические, у 2,5% дегенеративные психозы и т. д. «Эпилепсия появлялась иногда после боя у лиц, у которых в детстве были

[1] А. В. Любарский, Психиатрическое отделение в Никольске-Уссурийском во время русско-японской войны, Обозрение психиатрии, 1907, № 2.

[2] По данным Владычко, во время осады Порт-Артура, где находилось 52 000 войска, 7 человек страдали аменцией, 6 человек — инфекционными психозами и 7 депрессией. Всего за время войны в Порт-Артуре было 39 психически больных (Военно-медицинский журнал, 1907, январь—февраль).

намеки на нее». И острые, и хронические психозы принимали нередко на войне депрессивную окраску (Шайкевич [1], Суханов [2]), содержание бреда захватывало военные события. О некоторых особенностях военных психозов, энергично протестуя против выделения специфически военных психозов, писали проф. Н. И. Мухин [3], А. Н. Бернштейн, В. Ф. Чиж[4].

Несмотря на то, что III съезд психиатров, заслушав доклады об организации психиатрической помощи на театре русско-японской войны, признал «недопустимым повторение неподготовленности к призрению и эвакуации душевнобольных, обнаружившейся в начале войны», и считал «необходимым выработать заблаговременно соответствующую организацию дела», когда началась война 1914 г., плана организации психиатрической помощи не оказалось. Правда, к организации ее в ближайшем тылу с самого начала войны был привлечен Красный крест, но ни организация нервно-психиатрической помощи на передовых линиях, ни стационирование пересланных Красным крестом вглубь страны больных, ни дальнейшие заботы об инвалидах не были предусмотрены. Земства с самого начала согласились признанных негодными к военной службе психически больных принимать в земские психиатрические больницы и выделили для этого 2 500 коек; земским уполномоченным по эвакуации психически больных был избран психиатр М. Ю. Лахтин. Но распределение по больницам оказалось беспорядочным и очень поздним. Возник вопрос, кто обязан все это организовать. Образовавшийся союз земств и городов хотел взять это в свои руки, но не мог сговориться с Красным крестом. Возникавшие в связи с развитием войны новые вопросы: о психиатрической помощи беженцам из эвакуированных немцами местностей, о психически больных пленных, мобилизованных рабочих, еще больше запутывали вопрос, тем более, что, кроме того, была организована комиссия при Верховном совете, которая должна была стоять во главе помощи инвалидам, и так называемый Татьянинский комитет, на котором лежала забота о беженцах. В апреле и ноябре 1915 г. созывались совещания Союза земств и городов совместно с другими заинтересованными ведомствами, но договоренность не была достигнута, не смогли даже создать Центральное статистическое бюро для учета числа психически больных в связи с военными действиями, в результате чего более или менее точное число психически больных в первую мировую войну так и осталось неизвестным. Те же вопросы обсуждались на специальном Пироговском съезде в апреле 1916 г., наконец, в ноябре 1916 г. был созван Всероссийский съезд психиатров и представителей Союза земств и городов, и все же полной стройности в организации дела достигнуто не было.

Красный крест имел трех уполномоченных: Северо-Западного фронта — Н. Н. Реформатский, Юго-Западного — А. В. Тимофеев и Кавказского — Н. Н. Баженов (с 1915 г. его заменил Прусенко). Красным крестом в ближайшем тылу были организованы «приемные пункты», куда доставляли психически больных воинов из войсковых частей «силами и средствами Военно-санитарного ведомства»; кроме того, Красный крест имел сборные пункты, куда больных направляли из приемных и откуда производилась эвакуация на приемно-распределительные пункты Военного ведомства, которые окончательно комиссовали больных, причем негодных к военной службе направляли в гражданские психиатрические больницы. Местонахождение этих пунктов менялось сообразно изменению фронта.

---

[1] Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1904, № 6.
[2] Русский врач, 1905, № 46.
[3] Варшавские университетские известия, 1909, т. 7.
[4] Обозрение психиатрии, 1908, № 1 и 3.

Приведем распределение в начале 1916 г. пунктов Северо-Западного фронта: а) приемные пункты — Смоленск, Гомель, Брянск, Молодечно, Полоцк, Хвоево, Кривачи, Двинск, Нарва, Рига, Витебск, Сарны (12 приемных пунктов); б) сборные пункты — Минск, Псков, Нарымов и, наконец, приемно-распределительные пункты — Москва, Петроград. Юго-Западный фронт в это время имел: а) приемные пункты — Новоселицы, Тарнополь, Ровно, Черкасы, Рени; б) сборные пункты — Кишинев и Одесса и в) приемно-распределительные пункты — Киев и Екатеринослав. Особые трудности представляла организация эвакуации на Кавказском фронте, где фронт был не сплошной и где в ближнем тылу не было психиатрических учреждений.

Но главным образом дезорганизацию вносило то, что в земские психиатрические больницы больные воины попадали не только через Краснокрестную организацию, но и непосредственно как из воинских частей, расположенных внутри страны, так и из воинских частей фронта через санитарные поезда и из военных общих госпиталей. Как сообщал П. П. Кащенко на совещании в апреле 1915 г., через организацию Красного креста за девять первых месяцев войны попало в земские больницы лишь 5,3% всех психически больных воинов. Вследствие того, что Союз земств и городов не имел права организовывать распределительные пункты и распределять воинов по лечебным заведениям страны, одни земские больницы переполнялись больными, а в других имелись свободные места.

Чтобы подсчитать общее число психически больных воинов, П. П. Кащенко на совещании в ноябре 1916 г. должен был прибегнуть к очень сложным соображениям. Он считал [1], что к концу 1916 г. в войсках было 46 647 психически больных; из них 14 000 человек, оставаясь хрониками, нуждались в длительном призрении в земских больницах. Земствам нужно было развертывать новые койки для инвалидов войны, между тем число их не было известно.

После образования комиссии Верховного совета земства стали обращаться в эту комиссию с просьбой о пособиях на расширение психиатрической помощи вообще, так как при необходимости призревать воинов переполненные еще до войны психиатрические больницы не могли выполнять эту обязанность.

Уже в русско-японскую войну задумывались над помощью невротикам-инвалидам, инвалидам, нуждающимся в лечении для компенсации своих дефектов, но число их оставалось неучтенным. В первую мировую войну в этом направлении уже намечались кое-какие мероприятия. Так, у Красного креста еще с 1883 г. имелась особая постоянная Лечебная комиссия, заботившаяся о климатическом и санаторном лечении раненых и больных воинов. Деятельность этой комиссии постепенно росла и в мирное время: если в 1883 г., в начале своей деятельности, комиссия обеспечила лечение лишь 37 офицерам и истратила лишь 2 100 рублей, то через 25 лет, в 1907 г., она предоставила лечение уже 540 больным и имела места для курортного лечения в 24 пунктах.

Во время войны деятельность комиссии (председатель — проф. В. Н. Сиротинин, секретарь С. С. Войт) очень расширилась: в 1916 г. комиссия удовлетворила уже 4 409 лиц и имела 33 курортных пункта. На 1917 г. комиссия имела 3 228 мест для офицеров и 5 680 мест для нижних чинов на разных курортах. Наибольшее число мест было на одесских лиманах (1 500 мест), в Старой Руссе (1 040 мест) и в Славянске (1 000 мест). Кроме того, в 1916 г. было основано Общество здравниц, которое собрало 657 000

[1] Психиатрическая газета, 1917, № 8, стр. 189.

рублей пожертвований и приобрело санатории в Массандре, Железноводске, Москве.

Московское городское управление уже тогда предполагало, испросив субсидию у комиссии Верховного Совета на лечение и призрение инвалидов, устроить физико-механо-технический институт для снабжения инвалидов протезами, выработки у них компенсаторных механизмов и т. д. Институт рассчитывался на 300 коек; кроме того, предполагалось устроить убежище с мастерскими на 500 мест и приюты на 300 мест.

В первую мировую войну русские невропатологи и психиатры не только провели ряд указанных организационных мероприятий для лечения раненых воинов, но и подняли по-новому ряд научных вопросов психиатрии, прежде всего вопрос о «воздушных контузиях». В русско-японскую войну все психотические явления, возникавшие без непосредственного повреждения черепа (контузии), признавались психогенными, установочными; их относили к травматическому неврозу; контуженные считались «сконфуженными». В первую мировую войну число таких больных значительно увеличилось. Вследствие изменения самих орудий войны—появления большой силы разрывных снарядов, ярче стали выступать органические симптомы при «воздушной контузии». Большой интерес вызвали работы Т. Е. Сегалова [1], приписывавшего основное значение в происхождении явлений воздушной контузии изменению атмосферного давления: пребывание в области разреженного давления, по его мнению, вызывает освобождение из крови конденсированных в ней газов, которые закупоривают капилляры и могут вызвать мелкие кровоизлияния (кессонная болезнь). Говоря о расстройстве слуха и равновесия при воздушных контузиях, Сегалов также полагал, что эти поражения не могут быть объяснены поражением периферического слухового аппарата, а имеются очаговые поражения и в центральной нервной системе. «Помимо неврозов при контузиях, — писал Сегалов, — надо помнить и о невритах, менингитах, миэлитах и энцефалитах декомпрессионного происхождения». «Кессонная теория» Сегалова вызвала немало возражений, но органическая основа поражения при воздушных контузиях стала широко обсуждаться (работы Гаккебуша [2], Вырубова [3], Гиляровского[4]).

Вырубов говорил об оглушенности, задержке, затруднении восприятия, Захарченко и Давиденков [5] обсуждали вопрос о генезе глухонемоты при контузиях, Гервер [6] говорил о затруднении при открывании глаз как выражении общей мышечной вялости. Появились работы и по патологической анатомии контузий (Красноухова [7]). И. С. Герман[8] писал об увеличении психогенных психозов в населении на почве тревог военного времени. Появились работы и об инфекционных психозах военного времени (например, Аменицкого[9]). Начали обсуждаться (хотя описания в печати появились уже после революции) вопросы о шизофреноподобных реакциях на фронте, о психотических явлениях при голодании. Появился ряд работ (правда, принадлежащих главным образом невропатологам) и о значении локализации травм мозга для появления тех или иных психопатологических симптомов

---

[1] Современная психиатрия, 1915, № 3,6—7, 9—10; 1916, № 1; 1917, № 1.
[2] Современная психиатрия, 1915, № 9—10.
[3] Психиатрическая газета, 1915, № 5, 19; Книга контузионный невроз, М., 1915.
[4] Современная психиатрия, 1915, № 7—8.
[5] Психиатрическая газета, 1916, № 17, 18.
[6] Русский врач, 1915, № 40—41.
[7] Психиатрическая газета, 1916, № 17.
[8] Современная психиатрия, 1916, № 11—12.
[9] Современная психиатрия, 1917, № 1, 3—6.

(лобные доли — Хорошко, Сепп), а в Петербургском обществе психиатров в декабре 1916 г. была проведена на основе опыта войны большая дискуссия о локализации психических функций в мозгу. Отчет о нейрохирургической работе в связи с войной был опубликован проф. Л. М. Пуссепом[1]. В 1916 г. вышли монографии Л. О. Даркшевича и Л. М. Пуссепа о травматическом неврозе, в которых уже предлагалось не смешивать травматический невроз и воздушную контузию.

Наконец, в диссертации С. А. Преображенского «Материалы к вопросу о душевных заболеваниях воинов и лиц, причастных к военным действиям в современной войне», дан довольно хороший обзор всех имевшихся по этому поводу работ, причем было ясно, что русские исследования вносили большой вклад в науку. Отдельно рассмотрены вопросы о психических заболеваниях на войне психиатрического санитарного персонала, о психических болезнях беженцев (истощение, психические травмы, рецидивы). Обстоятельный обзор русской военно-психиатрической литературы дан также в брошюре Л. А. Прозорова «Душевные заболевания военного времени» (М., 1917).

---

[1] Обозрение психиатрии, 1916, № 1, 2 и 3.

XX. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ (С 1917 г. ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ)

Великая Октябрьская социалистическая революция свергла буржуазию и под руководством коммунистической партии и ее вождей Ленина и Сталина положила начало строительству нового социалистического общества.

В области здравоохранения советская власть получила от царской России тяжелое наследие. Первая мировая война привела в полное расстройство и без того недостаточную сеть лечебных учреждений в стране.

Февральская буржуазно-демократическая революция не внесла никаких изменений в дело здравоохранения. Правительство Керенского и не пыталось приступать к удовлетворению народных нужд, — оно оставалось им чуждым. Только после Великой Октябрьской социалистической революции советская власть немедленно приступила к организации здравоохранения в интересах широких масс трудящихся.

Одними из первых декретов советской власти были декреты об охране труда и социальном страховании; в декабре 1917 г. был издан декрет об охране материнства и детства. Медико-санитарные отделы советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов начали строить здравоохранение на местах, создавали новые лечебные учреждения, проводили массовые мероприятия по борьбе с эпидемиями.

Для управления делом здравоохранения, которое в царское время было разбросано по многочисленным ведомствам, советское правительство создало врачебные коллегии, а для согласования их деятельности 16 февраля 1918 г. был учрежден Совет врачебных коллегий. 11 июля 1918 г. декретом Совнаркома за подписью Ленина был организован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР — первое министерство здравоохранения в мире.

В 1919 г. на VIII съезде РКП(б) была принята новая программа партии. Основные задачи советского здравоохранения в программе сформулированы так: «В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья РКП(б) полагает прежде всего проведение широких оздоровительных мер, имеющих целью предупреждение заболеваний... В соответствии с этим РКП(б) ставит своей ближайшей задачей: 1) решительное проведение широких мероприятий в интересах трудящихся; 2) борьбу с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, алкоголизмом); 3) обеспечение общедоступной бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи».

Наркомздрав с самого своего основания все силы направил на осуществление этой программы. Советскому правительству пришлось начинать свою деятельность в стране, которая была экономически разорена четырех-

летней мировой войной и одновременно защищаться от вторжения многочисленных интервентов и внутренних врагов.

Интервенция, блокада довели истощение страны до крайнего предела: «Нехватало топлива. Транспорт был разрушен. Имевшиеся в стране запасы металла и мануфактуры были почти исчерпаны. В стране был острый недостаток самого необходимого: хлеба, жиров, обуви, одежды, спичек, соли, керосина, мыла...» [1]. Санитарная обстановка была исключительно тяжелой: за два года (1918—1919) было зарегистрировано 4 млн. случаев заболевания сыпным тифом. Выступая на VII съезде советов в 1920 г., Ленин сказал: «Все внимание этому вопросу! Или вши победят социализм, или социализм победит вшей» [2]. Главные силы прежде всего пришлось направить на борьбу с эпидемиями.

Тем не менее советское здравоохранение уже в этот тяжелый период, когда страна была превращена в единый военный лагерь в период военного коммунизма (1918—1920), приступило к развертыванию лечебно-профилактических учреждений — женских и детских консультаций, к организации бесплатного снабжения лекарствами, национализации аптек. Началась организованная борьба с наследием прошлого — социальными болезнями. Не забыта была и психиатрия. Совет врачебных коллегий 16 апреля 1918 г. постановил создать при нем психиатрическую комиссию. Образование этой комиссии было поручено С. И. Мицкевичу, Н. А. Косту и Р. Богуцкой. Они обратились в правление Русского союза психиатров (председатель — П. Б. Ганнушкин) с просьбой рекомендовать трех врачей-психиатров, заслуживающих доверие в научном и организационном отношении. Правление союза рекомендовало П. П. Кащенко, И. И. Захарова и Л. А. Прозорова, представив одновременно записку о ближайших нуждах русской психиатрии. Психиатрическая комиссия начала функционировать с мая 1918 г. [3]

После создания Наркомздрава эта комиссия была преобразована в невро-психиатрическую секцию. В задачи секции входила разработка плана строительства и восстановления учреждений для лечения и призрения психически больных, проведение его в жизнь, направление и согласование действий всех психиатрических учреждений, контроль над ними, организация статистики и регистрации больных, составление законопроектов по организации психиатрической помощи. Перед советской психиатрией на первом этапе в годы перехода на мирную работу и восстановления народного хозяйства (1921—1925) стояли следующие задачи: 1) восстановление больниц; 2) установление связи с другими отраслями медицины; 3) раннее распознавание болезни, внимание к начальным формам; 4) усиление профилактической работы, изучение роли внешних факторов, условий труда и быта; 5) улучшение внутреннего уклада психиатрических больниц; 6) организация помощи нервно и психически больным детям (особенно детям, оставшимся после войны без родителей и родственников); 7) организация психиатрической помощи инвалидам войны; 8) упорядочение судебнопсихиатрической экспертизы; 9) подготовка кадров.

Секция в июле 1918 г. в Москве, а в августе в Петрограде созвала совещание местных психиатров и невропатологов; одновременно была проведена анкета о состоянии психиатрических учреждений (получено 30 ответов). Психиатрические учреждения, влачившие полуголодное сущест-

---

[1] История ВКП(б), Краткий курс, стр. 237.

[2] В. И. Ленин, Сочинения, 2-е изд., т. XXIV, стр. 608.

[3] И. И. Захаров, Журнал невропатологии, психиатрии и психологии, 1923, т. II, стр. 281—287.

вование, уже в конце первой мировой войны, в зиму 1917—1918 г., очутились в критическом положении. Число больных резко уменьшилось вследствие усиленной выписки всех, кого только возможно, и повысившейся смертности. Во всех психиатрических больницах РСФСР к 1 января 1922 г. осталось лишь 12 982 больных, а на 1 января 1923 г. — даже 11 350 и 1 600 на Украине, всего 12 950 больных вместо 42 229 в тех же районах в 1912 г. Особенно пострадали психиатрические больницы на Украине: вместо 9 172 больных, состоявших в 1912 г. в 11 украинских психиатрических больницах, на 1 января 1922 г. осталось всего 1 600 больных.

В таких-то условиях, созданных гражданской войной, интервенцией и блокадой, Наркомздраву пришлось восстанавливать и организовывать психиатрическую помощь. Прежде всего был принят ряд мер к предоставлению местным органам здравоохранения дотации от государства на 15 000 психиатрических коек. Совет народных комиссаров 22 мая 1919 г. решил, что при существовавших в то время условиях на государственный бюджет необходимо было принять содержание всех психиатрических больниц. Это постановление явилось поворотным пунктом к их восстановлению. В дальнейшем при первой возможности было издано предписание (в декабре 1920 г.) отпускать психиатрическим больницам продукты из расчета 2955 калорий на больного; медицинскому персоналу психиатрических больниц стали выдавать красноармейский паек, а Главтоп предложил снабжать психиатрические больницы топливом в одну из первых очередей.

1—5 августа 1919 г. было созвано I Всероссийское невропсихиатрическое совещание, на которое собралось 70 делегатов [1]. Совещанием были выработаны утвержденные впоследствии Наркомздравом положения о руководстве жизнью психиатрических учреждений, намечены пути восстановления больниц. Большое внимание было обращено на организацию при губздравотделах психиатрических отделов, на правильное их финансирование, обучение персонала по уходу.

Постепенно психиатрические больницы стали восстанавливаться и принимать больных.

На совещании было уделено место и научным вопросам. На последнем заседании совещания были сделаны научные доклады: В. А. Гиляровского «Душевные заболевания при сыпном тифе», три доклада о нервных и психических явлениях при голодании (А. М. Гринштейна, А. М. Кожевникова и Т. И. Юдина) и доклад В. М. Бехтерева «Учение о личности с точки зрения рефлексологии».

П. П. Кащенко на совещании главное внимание предлагал направить на восстановление больниц-колоний. Это предложение он мотивировал так: «Двумя началами должна быть проникнута организация психиатрического заведения: лечебно-медицинским и общежительно-фаланстерским. При этом основной тон как в устройстве, так и в жизни должен быть задан не острой половиной больничного населения, а хронической».

Но заместитель народного комиссара З. П. Соловьев, открывая совещание, уже тогда, в 1919 г., говорил: «Совещание должно поставить во всей широте вопрос об организации помощи нервным и душевным больным, так как новый строй дает возможность больших достижений в этой области. До сих пор к разрешению этого вопроса подходили почти исключительно с точки зрения лечебной, тогда как особого внимания заслуживает профилактика нервных и душевных болезней».

При «фаланстерских» установках П. П. Кащенко этот призыв З. П. Соловьева был воспринят не в достаточной мере. Многим психиатрам

[1] Совещание по вопросам психиатрии и неврологии, изд. Наркомздрава, М., 1919.

предложение З. П. Соловьева казалось во время неокончившейся гражданской войны невыполнимым.

Вследствие старых установок на «хроников», при заботах лишь о колониях, к сожалению, не было принято и в то время возможных мер к сохранению городских лечебных приемных отделений там, где они имелись (в Туле, Калуге, Полтаве, Днепропетровске).

Однако нельзя сказать, чтобы призыв П. З. Соловьева совсем не нашел отклика: ряд профилактических моментов с самого начала стал проводиться в жизнь.

До революции лишь в Москве имелись районные психиатры, задачи которых ограничивались отбором больных с острой формой заболевания для направления их в больницу и помощью на дому тем больным, которые не были стационированы. В феврале 1919 г. было положено начало районной психиатрической организации. Вместо четырех существовавших до революции районов было создано восемь районов, причем районный врач в каждом из них вел психиатрическую амбулаторию и учет всех психически больных, помогал советами в охране прав психически больных и вел судебную экспертизу. Таким образом, возник первый зачаток будущих диспансеров. В качестве районных психиатров были выдвинуты весьма опытные психиатры: В. А. Громбах, И. И. Захаров, Д. А. Аменицкий, В. Д. Чельцов, И. Д. Певзнер, Ю. Н. Рагозин, Е. Н. Довбня, П. М. Зиновьев, Л. А. Прозоров. Районным психиатрам в помощь были даны сестры, санитары. В марте 1919 г. был подписан декрет о переходе в собственность государства всех курортов и в 1920 г. декрет «Об использовании Крыма для лечения трудящихся», что также должно было отразиться и в области лечения легких форм психических заболеваний.

Помимо забот о восстановлении общей психиатрической организации, особенности того времени и принципы советской власти требовали прежде всего организации помощи больным детям. После войны осталось много осиротевших детей школьного возраста. Уже в январе 1918 г. при Комиссариате социального обеспечения была создана комиссия по охране этих сирот, в июне передана в ведение Наркомпроса, и подписан декрет «Об усилении детского питания» и «О фонде детского питания», а в половине сентября при Наркомздраве был создан Отдел школьной санитарии, обязанностью которого являлась забота о больных детях.

В сентябре 1918 г. Наркомздрав организовал отдел детской психопатологии, во главе которого стояла В. М. Бонч-Бруевич-Величкина, а после ее смерти, последовавшей в 1919 г.,— Е. П. Радин, и организован Институт дефективного ребенка, в состав которого входили: 1) распределительно-наблюдательный пункт (станция и амбулатория) и школа-лечебница (зав. М. О. Гуревич), 2) школа-санаторий (зав. Т. И. Юдин), 3) санаторий для трудновоспитуемых детей (зав. Т. Е. Сегалов) и 4) школа для соматически дефективных детей (зав. Ф. А. Рау). Задачей института была разработка методов правильного воспитания и лечения дефективных детей. Значительная часть умственно отсталых детей, не требовавших медицинского лечения, оставалась в учреждениях Наркомпроса; здесь для наиболее трудно воспитуемых оставалось учреждение для дефективных детей П. П. Кащенко. Московский отдел народного образования (МОНО) имел для отстающих детей школу-общежитие (зав. В. Н. Комов), вспомогательные школы, а для трудновоспитуемых — бывший Рукавишниковский приют (зав. Ф. Д. Забугин). На местах, в крупных городах, были открыты специальные отделения на 15—20 коек для экспертизы несовершеннолетних правонарушителей. Несколько позже, в 1921 г., Наркомпросом было открыто высшее учебное заведение (ректор П. П. Кащенко) для подготовки педагогов по воспитанию

дефективных детей. Московский отдел народного образования в своем Педагогическом техникуме имел дефектологический факультет. В 1923 г. Дефектологический институт для подготовки врачей-педагогов был открыт и Наркомздравом.

В Ленинграде с января 1920 г. работу с дефективными детьми вел подотдел детской дефективности и правовой защиты детей губнаробраза и отделение по детской дефективности и охране здоровья детей губздравотдела. Имелось 50 учреждений (каждое на 40—50 человек). В них были отделы для: а) умственно и нервно дефективных, б) морально дефективных и в) физически дефективных детей; при 3-й Городской психиатрической больнице было устроено отделение для слабоумных и эпилептиков. По вопросам дефективности детей в Ленинграде работали А. С. Грибоедов, Н. А. Грабаров, П. Г. Бельский, И. Г. Оршанский, а по вопросам физической дефективности— Д. В. Фельдберг.

В Ленинграде в Психоневрологической академии, кроме отдела генетической и патологической рефлексологии, имелся Детский обследовательский институт (зав. А. С. Грибоедов). Мосздравотдел тоже начал организовывать учреждения для призрения психически глубоко дефективных детей. В 1920 г. после ликвидации госпиталя для раненых в здании Медведниковского приюта на Канатчиковой даче был открыт приют для умственно отсталых и эпилептиков в возрасте от 3 до 12 лет на 200 коек; при 1-й психиатрической больнице (бывшая Преображенская) была открыта Вознесенская лечебница для подростков (зав. Д. И. Азбукин); такое же отделение было открыто при Больнице имени Яковенко (бывшая Мещерская); в 1920 г. открыто также детское отделение на 40 коек при Донской психиатрической лечебнице (зав. В. А. Гиляровский).

В начале октября 1921 г. состоялась организованная Наркомздравом Всероссийская конференция по борьбе с детской дефективностью, а еще раньше, в июле 1920 г., — съезд по борьбе с детской дефективностью и беспризорностью, созванный Наркомпросом.

Детская психиатрическая помощь на местах, согласно приказу Наркомздрава (1922), должна была быть организована при психиатрических больницах. Там, согласно этому приказу, надлежало устроить особые отделения школы с медицинским, но одновременно и с педагогическим режимом. В результате всех этих забот о больных детях, постепенно развиваясь и видоизменяясь соответственно требованиям эпохи, в Советском Союзе в дальнейшем создалась, с одной стороны, не имеющаяся нигде на Западе система детских психиатрических учреждений, с другой— были подготовлены кадры и началось научное развитие детской психиатрии. В первых детских учреждениях получили подготовку и теперь работающие специалисты по детской психиатрии: в Москве — Г. Е. Сухарева, Т. П. Симсон, Е. А. Осипова, в Ленинграде — Н. И. Озерецкий, С. С. Мнухин и др.

Следующей задачей, поставленной перед Наркомздравом войной, была организация психиатрической помощи инвалидам войны. Постановлением Наркомздрава от 4 октября 1918 г. в ведение психиатрической секции были переданы все психиатрические госпитали Красного креста и образовано Временное управление по эвакуации, реэвакуации и рассеиванию военных психически больных, а также обеспечение помощью возвращаемых из плена психически больных. Для всего этого было организовано 700 специальных коек и 4000 коек приготовлены в психиатрических больницах; в бывшей Московской окружной лечебнице был устроен эвакуационный распределительный госпиталь. С 1921 г. приступлено к организации коек для демобилизованных психоневротиков, для чего от Военно-санитарного ведомства было получено оборудование на 500 коек.

Наконец, важной здачей, поставленной перед психиатрами, было разработать и организовать соответствующий советскому пониманию уголовного права порядок судебнопсихиатрической экспертизы.

В мае 1919 г. Наркомюстом были изданы «Руководящие начала уголовного судопроизводства», а Наркомздравом утверждено Положение о психиатрической экспертизе [1]. Положение об экспертизе явилось результатом происходивших в 1918—1919 гг. совещаний по реформе тюремного дела, в котором принимали участие представители комиссариатов юстиции и здравоохранения, а также психиатры и криминалисты [2]. Искание новых форм борьбы с преступностью без формалистически мертвящего элемента старого закона привело к тому, что на совещании были намечены такие положения: 1) замена системы наложения кары за преступление системой исправления трудовым режимом, превращение тюрем в социально-перевоспитывающие реформатории; 2) введение индивидуальной оценки заключенных до применения к ним той или иной меры исправления; 3) открытие широкого доступа психиатрической экспертизе в места заключения для получения и разработки материалов, связанных с вопросами криминологии; разработаны правила досрочного освобождения и т. д.

17 ноября 1918 г. в Петрограде был открыт Диагностический институт, а на месте Новознаменской психиатрической больницы организован реформаторий на 100 человек; в Москве реформаторий был открыт в здании бывших арестантских рот, рядом с Преображенской больницей, где когда-то был Рабочий смирительный дом Приказа общественного призрения. Согласно статье 14 «Руководящих начал судопроизводства», о невменяемости говорилось так: «Суду и наказанию не подлежат лица, совершившие деяние в состоянии душевной болезни или вообще в таком состоянии, когда совершившие не отдавали себе отчет в своих действиях, а равно и те, кто хотя и действовал в состоянии душевного равновесия, но к моменту приведения приговора в исполнение страдает душевной болезнью. К таковым применяются лишь лечебные меры и меры предосторожности». Таким образом мыслилось применение лечебных мер в медико-административном порядке, и невменяемые лица не только не подлежали наказанию, но и не подлежали ведению судебных органов. При этом критерий невменяемости, согласно «Руководящим началам» 1919 г., был так широк, что любая психическая аномалия (психопаты, травматическое изменения характера, наркоманы) вела к передаче этих лиц в медицинское ведение.

Мосздравотдел в июне 1919 г. назначил в места заключения врачей-психиатров для профилактического надзора и обнаружения там психически больных. Первым из этих психиатров был Е. К. Краснушкин, взявший на себя выработку дальнейшей регламентации и организации дела. Вскоре для производства стационарной экспертизы при Губернской тюремной больнице было выделено 50 коек, которых, однако, оказалось недостаточно, и в 1921 г. для проведения экспертизы и для разрешения возникающих при этом научных вопросов в помещении бывшего Центрального полицейского приемного покоя был организован Институт судебной экспертизы, получивший впоследствии наименование Института имени проф. В. П. Сербского. Во главе института был поставен Е. Н. Довбня; активное участие в организации института принимали Е. К. Краснушкин и В. А. Громбах.

При установленном «Руководящими началами» 1919 г. широком понимании круга лиц, подлежащих медицинскому, а не судебному ведению, в институте за 9 месяцев 1921 г. из 139 человек, прошедших судебнопсихиа-

[1] Сборник по медицинской экспертизе, М., 1919, в. I, стр. 20—23.
[2] «Год работы Наркомздрава (1918—1919)», М., 1919, стр. 83.

трическую экспертизу, 108 человек (77%) были признаны невменяемыми, 31 (22%) — уменьшенно вменяемыми; из наркоманов невменяемыми было признано 100%, из психопатов — 46,5%, а уменьшенно вменяемыми 29,3%; из травматиков 65% были признаны невменяемыми и 17,2% — уменьшенно вменяемыми. Нужно при этом сказать, что понятие «уменьшенной вменяемости» в «Руководящих началах» в 1919 г. отсутствовало.

Само собой разумеется, что эти установки, критику которых мы уже привели в главе XX, были ошибочными, да и сама жизнь показала их непригодность. Но нельзя не упомянуть, что в Одессе, Харькове, Киеве, Ростове, Саратове, Тифлисе были, как и в Москве, открыты институты по изучению преступности, и за 1920—1922 гг. из них вышел ряд работ психиатров, изучавших главным образом типы преступника (неоломброзианские установки). Это явилось следствием того, что в первые годы советской власти в сознании интеллигенции (врачей, ученых) особенно сильно сказывались буржуазные пережитки, преклонение перед зарубежными теориями, недостаточное еще восприятие основных принципов советской власти.

Уже к XI съезду партии было констатировано, что промышленность и транспорт добились первых успехов, начался хозяйственный подъем, начиналось под водительством партии объединение всех народных сил для строительства социализма.

И в области психиатрии, когда 12 ноября 1923 г. было созвано II Всероссийское совещание по вопросам невропатологии и психиатрии [1], программа этого совещания уже имела в виду не только восстановление психиатрических больниц, но и начало широкого проведения профилактических мероприятий в области нервно-психической заболеваемости. В докладе А. Н. Сысина «Социальные болезни и борьба с ними» указывалось, что нервно-психические болезни непосредственно связаны с социальным воздействием окружающей среды, социальные факторы играют важную роль в их развитии и распространении так же, как и в развитии туберкулезных и венерических болезней. Как основной метод борьбы выдвигался диспансер, который помогает улавливать начальные формы болезни и оказывать помощь на дому.

На совещании были поставлены доклады Л. М. Розенштейна и П. М. Зиновьева о формах организации невро-психиатрических диспансеров. Ряд докладов был посвящен борьбе с алкоголизмом и наркоманиями; А. С. Шоломович уже имел опыт организации наркодиспансеров.

Из резолюций совещания необходимо отметить следующие:

«1. Невро-психиатрическое оздоровление населения и работа по профилактике нервности, психопатий, наркоманий, нервно-психических заболеваний требует приближения врача-психиатра и невропатолога к жизни, к участию в организации труда и быта населения.

2. Практическая работа требует организации нервно-психиатрических диспансеров, работающих в контакте с ячейками и органами, заботящимися об охране здоровья трудящихся. Диспансеры являются психотерапевтическими и ортопедическими амбулаториями... способствуют улавливанию нервно-психических больных... распределяют их по различным специальным учреждениям, ведут культурно-просветительную работу.

3. Необходимо организовать открытые невро-психиатрические лечебницы, невро-психиатрические отделения при соматических больницах, а также невро-психиатрические санатории.

---

[1] Тезисы докладов и постановления изданы под редакцией А. Н. Мискинова и Л. А. Прозорова (Санитарно-просветительный отдел Наркомздрава, М., 1924).

4. Профилактика нервности, психопатий и психических болезней требует сохранения и развития сети лечебных учреждений для нервных и душевных больных и всемерных забот об улучшении положения этих учреждений.

5. Необходимо привлечение широкого внимания трудящихся к вопросам о вреде алкоголя и борьбе с ним через профсоюзы и страховые организации».

По вопросу организации психиатрической помощи состоялись следующие постановления совещания: 1) основным учреждением является невропсихиатрический диспансер, который должен быть устроен во всех губернских городах; 2) первым звеном больничной стационарной помощи должна являться психиатрическая лечебница на 100—150 коек для лечения острых свежезаболевших больных; 3) для лечения больных с заболеваниями, носящими характер реакции на различные жизненные переживания, необходимо устроить учреждения или отделения при больших соматических больницах типа открытых отделений (В. А. Гиляровский); 4) желательна организация отделений санаторно-психиатрического характера для лечения пограничных заболеваний и легких форм душевных расстройств.

В декабре 1923 г. состоялась также первая научная конференция по вопросам наркотизма.

Так, в первые же годы восстановительного периода в социалистической республике и в психиатрии начало осуществляться то, что являлось предметом мечтаний и многолетней борьбы передовых отечественных психиатров: основывались диспансеры и провозглашались принципы профилактики.

З. П. Соловьев еще в 1914 г. на праздновании 50-летия земской медицины говорил: «Здание земской медицины, в каждом камне которого чувствовалась затраченная энергия ее строителей — земских врачей, стоит недостроенное и ждет настоящего хозяина, который завершит его достойным образом» [1]. То же можно было сказать и о земской психиатрии. И вот хозяин явился, и профилактические начала в области здравоохранения начали реально проводиться в жизнь советской властью.

Что касается состояния имевшихся стационаров, то, как сообщал Л. А. Прозоров, ставший после смерти П. П. Кащенко (в 1920 г.) во главе психиатрической секции, ко второй половине 1922 г. питание больных почти всюду приблизилось к норме, смертность стала резко снижаться. На 1 января 1923 г. во всех стационарах (47 психиатрических больниц, 24 загородных колонии, 2 патронажа) состояло 11 351 больной.

Наиболее пострадала Петроградская психиатрическая организация: были закрыты Новознаменская больница, больница «Св. Пантелеймона» и Ямбургский патронаж; кроме указанных раньше городских психиатрических больниц, закрылись мелкие больницы в Вятской губернии, в Туркменской республике. Закрылись и все патронажи; последним закрылся в 1922 г. Балахнинский патронаж, сохранился только Московский городской патронаж. Открыты небольшие больницы: в Брянске (позже закрылась), Иванове, Ростове-на-Дону, Сасове (закрыта в 1923 г.), открыта психиатрическая колония Кубано-Черноморской области.

В октябре 1925 г. состоялось III Всесоюзное совещание по психиатрии и неврологии [2]. Совещание состоялось, когда основные планы восстановления народного хозяйства были выполнены. «В 1924/25 хозяйственном году сельское хозяйство приближалось уже к довоенным размерам, достигнув 87% довоенного уровня. Крупная промышленность СССР давала в 1925 г. уже около трех четвертей довоенной промышленной продукции...

---

[1] Вопросы здравоохранения, М., 1940.

[2] «Советская медицина в борьбе за здоровые нервы», Труды III Всероссийского совещания по психиатрии и неврологии, Ульяновск, 1926.

Хозяйственный подъем принес с собой дальнейшее улучшение положения рабочих и крестьян... На основе улучшения положения рабочих и крестьян сильно выросла политическая активность масс. Укрепилась диктатура пролетариата... XIV партконференция (апрель 1925 г.)... утвердила установку партии на победу социализма в СССР... Центральной задачей партии становится борьба за социалистическую индустриализацию страны, борьба за победу социализма. „Превратить нашу страну из аграрной в индустриальную, способную производить собственными силами необходимое оборудование — вот в чем суть, основа нашей генеральной линии", указывал товарищ Сталин» [1].

По всей стране развертывалось строительство социалистического хозяйства.

В психиатрии этот период ознаменовался началом широкого проведения в жизнь профилактического советского направления.

В 1924 г. на основании постановлений II совещания 1923 г. при основанном еще в 1918 г. Московском государственном психоневрологическом институте начал работу Невро-психиатрический диспансер, составляя часть отдела психогигиены (зав. Л. М. Розенштейн). 30 января 1925 г. приказом Наркомздрава Психоневрологический институт был расформирован, а в мае 1925 г. диспансер утвержден Совнаркомом как самостоятельный Московский государственный невро-психиатрический диспансер, которому было поручено методическое руководство всей организацией психиатрической помощи в республике.

Диспансер состоял из трех частей: 1) амбулатории, 2) ряда лабораторий и 3) отделения психогигиены, которое было занято психо-санитарным обследованием на фабриках и заводах. Диспансер был связан со здравячейками фабрик и заводов.

Постановление об организации диспансеров в цепи психиатрических учреждений и организация Государственного диспансера в Москве как первого образца были очень важными моментами в советской психиатрии. Существование диспансера должно было изменить всю практику психиатра, направить его внимание на немедленный отбор тех острых форм, которые нуждались в стационарном лечении, сосредоточить внимание психиатра на пропаганде среди населения правильного отношения к психиатрическим больницам, тесно связать диспансер со стационарными учреждениями.

Не менее важно было и то, что перед диспансером ставилась задача изучения условий труда и устранение факторов, влияющих на заболеваемость. Советское правительство призывало врача к такому изучению и готово было при обнаружении вредных моментов всеми мерами содействовать устранению этих вредностей.

Под руководством Л. М. Розенштейна сотрудники Государственного диспансера дали ряд научных работ по изучению начальных форм психических болезней, разрабатывали методы лечения начальных форм, реактивных пограничных состояний; здесь получили большое развитие психотерапия, физиотерапия, был организован отдел детской психиатрии, отдел по исправлению речи и т. п.

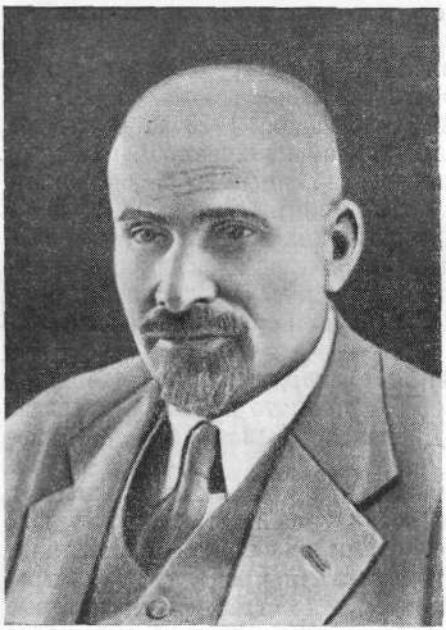
Но, наряду с этим, вместо выявления действительной заболеваемости здесь стали регистрировать так называемую «патологическую пораженность» (Богословский), т. е. все уклонения от «нормы», даже если эти уклонения не влияли на функциональные отправления организма и на трудоспособность больного и, вместо того, чтобы из массы обследуемых выделить действительно больных (а не мнимых), объявили больными всех, у кого

[1] История ВКП(б), Краткий курс, гл. IX, стр. 259—263.

была установлена хотя бы малейшая «патологическая пораженность». Такой подход привел к грубым ошибкам и неправильно ориентировал органы здравоохранения (в практической психиатрии прежде всего было расширено понятие шизофрении).

Л. М. Розенштейн на совещании 1925 г. говорил, что «диспансеризация... является своего рода учраспредом не только лечебной и профилактической врачебной помощи, но и социальной...

Мы будем стремиться на основании научных данных и имеющихся средств выяснить, какому количеству здорового населения мы должны дать дифференцированные виды той или иной формы помощи для предохранения от заболевания... Диспансер должен подметить деформацию характера под влиянием профессии. Большинство производств и бытовых условий не только вредно отзывается на физическом состоянии рабочего, но имеет сильное влияние на нервно-психическую сферу: утомление, напряжение внимания, опасность травмы, шум, стук и т. д.».



Л. М. Розенштейн.

Эти ошибочные установки вели к тому, что «обследование» диспансером рабочих фабрики Электролампа обнаружило, например, «нервно-психические заболевания» у 54% рабочих; на Трехгорной мануфактуре не обнаружило «уклонений от нормы» лишь 53,6% рабочих; среди педагогов было 76% «нервных» (из них 26% нуждались в помощи); среди продавцов гастрономических магазинов было 75,9% с «психо-невротическими показателями»; среди медицинских работников — 71,8% и т. д. [1].

Забывалось замечательное мнение о врачебной опеке над здоровыми К. Маркса [2], о котором всегда следует помнить нашим психогигиенистам: «Человеческое тело от природы смертно. Болезни поэтому неизбежны. Почему, однако, человек обращается к врачу только тогда, когда он заболевает, а не когда он здоров? Потому, что не только болезнь, но и самый врач есть уже зло. Постоянная врачебная опека превратила бы жизнь в зло, а человеческое тело — в объект лечения со стороны медицинских коллегий. Разве не желательней смерть, нежели жизнь, состоящая только из мер предупреждения против смерти?».

Однако неправильным было лишь чрезмерное расширение задач диспансера, самое же учреждение Государственного диспансера было весьма важным положительным явлением потому, что по примеру этого диспансера начали появляться такие же учреждения по всему СССР. В Москве уже с 1924 г. районным психиатрам были предоставлены отдельные ка-

---

[1] Л. М. Розенштейн, Профилактика нервных и психических болезней, стр. 180. Библиотека практического врача, № 13, «Основы профилактики в медицине», ГИЗ, 1927.

[2] К. Маркс и Ф. Энгельс, Собрание сочинений, т. I, стр. 169—170.

бинеты при общих диспансерах, и к концу 1928 г. работало уже 15 таких кабинетов, заменивших амбулаторные приемы на дому у районных психиатров, на которых до того принимали только хроников, состоявших на городском попечении (городской патронаж). Теперь в этих кабинетах имелось уже 15 сестер, помогавших при амбулаторном приеме больных, 15 сестер социальной помощи для посещения больных на дому и 17 санитаров [1]. За 1927 г. больными было сделано в эти амбулатории 24 052 посещения, из них 4 580 первично заболевшими, причем по примеру Государственного диспансера принимали также и больных с пограничными формами; одновременно осуществлялись и районные лечебно-учетные функции.

К 1925 г. были организованы диспансеры в Вятке, Воронеже и Уфе. Большого внимания (как наиболее правильно понимавший свои практические функции) заслуживал Вятский диспансер, организованный Л. К. Громозовой [2]. Здесь работа велась исключительно среди фабрично-заводского населения и так же, как в Москве, изучались условия труда и быта и состояние невро-психической сферы лиц, работающих на предприятиях. Обследования были поставлены широко.

Лозунгом диспансера было: «Здоровый радостный быт, здоровый труд».

Для тяжелых форм эмотивности, которые были установлены лишь у 4—6% всех рабочих, сразу же намечалось устройство ночного санатория [3]. Л. К. Громозова одновременно с заведыванием диспансером работала старшим врачом Вятской больницы с самого начала революции, в 1924 г. она организовала колонию в имении «Раковка» и при ней полупатронаж в деревне Ганино; проектировалось и устройство отделения психиатрической больницы близ Уржума на 50 коек [4]. Таким образом, Л. К. Громозова уделяла большое внимание и стационарным учреждениям; диспансер в Вятке не был оторван от стационаров, что было в первое время язным дефектом Московского диспансера. Громозовскую организацию дела надо было признать образцовой.

Для диспансерной организации, для учета всех больных было также важно, что в 1926 г. при производстве всероссийской переписи населения в переписные листы внесен был вопрос о психическом здоровье и таким образом были получены сведения об общем числе психически больных в республике. Само собой разумеется, что при общей переписи, совершаемой без участия психиатров, как и всегда, среди психически больных отмечались только неработоспособные хроники с вполне выраженным психическим заболеванием, поэтому при переписи 1926 г. оказалось, что число зарегистрированных выраженных дефектных психически больных по сравнению с 1897 г. в городах и сельских местностях возросло. Мы полагаем, что это возрастание зарегистрированного переписью числа больных объяс-

[1] При Донской психиатрической больнице в Москве было к 1929 г. построено особое здание амбулатории с физиотерапевтическим отделением.

[2] Заслуживает внимания биография Л. К. Громозовой. Она родилась в 1880 г. В 1901 г. поступила на Петербургские медицинские женские курсы; в это время примкнула к социал-демократической партии. В марте 1902 г. по делу о типографии РСДРП была по суду сослана в Сибирь, в 1905 г. бежала оттуда за границу. В Женеве она работала секретарем Н. К. Крупской. Вернувшись в 1906 г. в Россию, она вновь поступила на медицинские курсы, в 1912 г. их окончила и в том же году поступила ординатором Вятской психиатрической больницы. С 1917 г. состояла старшим врачом этой больницы. Погибла 8 января 1927 г. при крушении поезда.

[3] Ночной санаторий для психоневротиков, остающихся днем на работе, был открыт в Вятке в 1930 г.

[4] В феврале 1928 г., уже после смерти Громозовой, это отделение было открыто в селе Ашлань Уржумского района.

нялось повышением культурного уровня деревенского населения и выявлением большей потребности в общественной заботе о психически больных в 1926 г.; возросло не число психически больных, а обращаемость за больничной помощью.

Нельзя не упомянуть и о попытке начать на основании общей переписи населения учет всех больных губернии, произведенный Нижегородским губздравотделом в 1928 г. по инициативе проф. А. И. Писнячевского [1], причем, по крайней мере по Нижнему-Новгороду, была сделана попытка учесть и невротиков. Листки общей переписи, в которых имелась пометка о психическом заболевании переписываемого, были скопированы; этот материал был дополнен данными невро-психиатрических стационаров, амбулаторий и диспансеров и анкетами по врачебным участкам. Таким образом, получились данные о всех психически больных в губернии с соответствующими адресами.

К сожалению, нигде, кроме Нижегородской губернии, подобной попытки полного учета всех психически больных не делалось, да и в Нижнем-Новгороде дело не было доведено до конца.

На совещании 1925 г. были сделаны также доклады о состоянии больничной психиатрической помощи на всей территории СССР. Эти доклады показали, что больничная помощь во всех отношениях приходила в порядок.

Отчет о состоянии психиатрической помощи в РСФСР сделал Л. А. Прозоров. По всей РСФСР в 1924 г. имелось 80 психиатрических учреждений с 14 000 штатных коек, причем на госснабжении было 15 больниц с 4 015 койками, остальные содержались на местные средства. К 1 января 1924 г. в больницах состояло 13 908 больных (6 649 мужчин и 6 959 женщин) при поступлении за год 31 380 больных (20 389 мужчин и 10 991 женщина).

Смертность снизилась до 7,1%. На 1 января 1925 г. состояло уже 16 608 больных (8 574 мужчины и 8 034 женщины).

На 1 января 1925 г. в Москве и Московской губернии (доклад В. А. Громбаха) было 2 650 больничных и 270 патронажных коек; смертность упала до 4,6%. В Москве имелось уже 10 районных психиатров. Положено начало невро-психиатрической помощи в уездах, причем из 17 уездов Московской губернии в восьми имелись небольшие приемные больницы. Первые такие невро-психиатрические больницы были устроены А. П. Семеновым в Орехово-Зуеве (открыта 1 мая 1923 г.) и Н. С. Четвериковым в Серпухове.

В Ленинграде и губернии (доклад Н. Я. Смелова) на 1 января 1925 г. имелось 1 825 коек (Центральная больница Фореля с отделением для легких форм, 2-я и 3-я психиатрические больницы, Больница имени Балинского, Кооперативная лечебница, Больница имени Кащенко в Сиворицах, отделение при Паторефлексологическом институте, Диагностический судебный институт). Смертность упала до 6,1%.

В Башкирии (доклад В. А. Беляева) в Уфимской больнице имелось уже 300 коек, смертность снизилась до 6,5%. В двух кантонных городах открыты психоприемники, а в Уфе — отделение для психоневротиков на 30 коек, невро-психиатрический диспансер и при диспансере 10 стационарных коек.

На Урале (доклад Я. Г. Илиона) восстановлена Пермская лечебница на 720 коек (из них 100 коек для детей).

---

[1] «О переписи психически больных Нижегородской губернии», Советская психоневрология, 1931, № 1.

На Северном Кавказе (доклад А. И. Ющенко) было 775 психиатрических коек и 130 коек для невротиков.

В Сибири, за исключением Дальнего Востока (доклад И. И. Напольского), дело обстояло так. Помимо Томской окружной лечебницы, имелись в Омске—больница на 90 коек, в Иркутске — на 100, в Красноярске — на 40 коек; в Тюмени, Новониколаевске, Барнауле открылись небольшие психоприемники. В Якутии впервые за существование там психиатрического отделения появился психиатр (Штесс).

В Грузии в 1917 г. числилось 290 коек. В 1921 г. капитально перестроено Тифлисское психиатрическое учреждение. В 1925 г. в Тифлисе имелось 3 психиатрических учреждения на 300 коек и, кроме того, Тифлисский психоневрологический институт на 130 коек (проф. М. М. Асатиани), в Кутаисе — 60 коек; в 1921 г. устроена Сурамская колония для хроников на 110 коек. Предположено учреждение специального института для психоневротиков и учреждения для дефективных детей (доклад А. Ф. Гоциридзе). Раньше тифлисские учреждения должны были обслуживать почти весь Кавказ, теперь же они обеспечивали только Грузию.

Еще разительнее дело обстояло в Азербайджане (доклад З. И. Израеловича). При царизме в Баку была одна старая, крайне неблагоустроенная больница, теперь в Баку имелось две психиатрические больницы со 100 койками. В 1920 г. в Кировабаде была вновь открыта психиатрическая больница.

В Белоруссии (доклад Г. О. Голдблата) восстановлено психиатрическое отделение Минской городской советской больницы. В Могилевской психиатрической лечебнице, Витебской психиатрической больнице и трудовой колонии «Новинки» около Минска имелось в общем 750 больных. Минское отделение было отремонтировано, отстроен полуразрушенный корпус Могилевской больницы на 120 человек и там же строилось 3 отделения на 150 человек.

На Украине к октябрю 1925 г. во всех больницах имелось уже 3 900 больных (на 1 января 1925 г. — 3 659).

Большое число военных инвалидов с так называемым травматическим неврозом заставляло подумать о специальных для них учреждениях, так как, согласно докладу В. А. Громбаха, существующие типы психиатрических стационаров непригодны для большинства таких травматиков.

На совещании 1925 г. было раскритиковано и то широкое понимание невменяемости в судебной психиатрии, которое было установлено «Руководящими началами» 1919 г., приведшее к изъятию из ведения народного суда в медико-административном порядке целого ряда дел.

Жизненная практика показала, что на основе одних биолого-медицинских мероприятий, исходящих из непроверенных практикой теоретических построений, психиатры не могли справиться с неправильно признанными ими невменяемыми [1]. Жизнь показала, что преступность — прежде всего социальное явление, что решающим в предупреждении преступлений должен быть демократический советский суд, а не биологические теории. «Советский суд, применяя меры уголовного наказания..., имеет своей целью исправление и перевоспитание преступников», — говорится в Уголовном кодексе. Наказания как самоцели для советского суда не существует. Советское законодательство подчеркивает, что меры наказания не могут иметь цели причинения физического страдания или унижения человече-

---

[1] Гораздо успешнее шло дело воспитания в учреждениях административного отдела Наркомвнудела, где в колониях для асоциальных беспризорных появились такие педагоги, как Макаренко, и с самого начала был введен трудовой режим.

ского достоинства. Среди мер наказаний советский уголовный кодекс предусматривает ряд гуманнейших исправительных мероприятий: объявляет предостережения, применяет условное осуждение (т. е. приговор не приводится в исполнение, если в течение определенного судом срока осужденный не совершит нового преступления), назначает исправительные трудовые работы без лишения свободы, налагает обязательства загладить причиненный вред. Поэтому-то всякого рода теории, ограничивающие компетенцию народного общественного суда, несомненно, были ошибочными.

Поэтому-то в «Основных началах» уголовного судопроизводства, изданных в 1924 г., в отличие от «Руководящих начал» 1919 г., статья о признании больных невменяемыми (статья 7) была уже редактирована так: «Меры медицинского характера подлежат применению в отношении лиц, совершивших преступление в состоянии хронической душевной болезни или временного расстройства душевной деятельности, или в таком болезненном состоянии, когда не могли отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими»... Относительно правонарушителей несовершеннолетних статья 19 Уголовного кодекса 1924 г. была сформулирована так: «Наказание не применяется к малолетним до 14 лет, а также ко всем несовершеннолетним от 14 до 16 лет, если в отношении их будет признано возможным ограничиться мерами медицинского надзора» (раньше суду не подлежали лица моложе 18 лет).

Относительно судебно-медицинской экспертизы криминальных, антисоциальных, «опасных» психически больных по докладам В. А. Гиляровского, Е. К. Краснушкина и И. Г. Оршанского было постановлено: «2. Расширить сеть институтов судебной психиатрии... 5. Принять для признанных невменяемыми душевнобольных принцип рассеивания по гражданским больницам, а для социально-опасных, признанных невменяемыми, организовать принудительное лечение».

В дальнейшем в судебнопсихиатрической области произошел еще ряд изменений [1]. До 1935 г. не было установлено четкой разницы в понятиях «принудительное лечение» и «помещение в лечебное заведение», не было указано порядка снятия с принудительного лечения, не было указаний, к каким больным следует применять принудительное лечение. Поэтому 17 июля 1938 г. Наркомздравом и Наркомюстом была издана инструкция, определяющая этот порядок. Больные, подлежащие принудительному лечению, могут выписываться из больницы, согласно этой инструкции, только с разрешения суда.

17 февраля 1942 г. была издана Наркомюстом, Наркомвнуделом, прокуратурой и Наркомздравом подробная инструкция о производстве судебномедицинской экспертизы. Статья 8 инструкции определенно указывала на необходимость давать оценку психического состояния испытуемого в момент совершения преступления и связанное с этим заключение о вменяемости, «так как не всякое душевное заболевание должно вести за собой освобождение от уголовной ответственности, а лишь такие состояния, при которых подсудимый не мог отдавать отчета в своих действиях или руководить ими».

13 мая 1940 г. Наркомздравом утверждено положение о специальных судебнопсихиатрических отделениях при психиатрических больницах, причем во всех главных городах были учреждены такие отделения, в которых вводился строгий надзор за испытуемыми и ответственные врачи и персонал.

---

[1] Сборник организационно-методических материалов по судебнопсихиатрической экспертизе, Юридическое издательство Наркомюста РСФСР, М., 1941.

В конце декабря 1927 г. состоялся I Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров [1]. На этом съезде бо́льшая часть работы была посвящена обсуждению клинических вопросов (экзогенные формы, парасифилис, эпилепсия, вегетативная нервная система). Незадолго до съезда, 28 марта 1927 г., было утверждено положение о работе Наркомздрава, которым устанавливались также виды и распорядок работы в психиатрических учреждениях, а потому в дискуссиях по организационным вопросам не было надобности. Лишь один четвертый из шести дней съезда был посвящен отчетным организационным данным.

Диспансерная работа продолжала развиваться. Психодиспансеры к 1927 г., кроме Москвы, Ленинграда, Вятки, Воронежа и Уфы, появились в Ростове, Брянске, Орле, Пензе, Тамбове, Харькове, Киеве, Твери, Нижнем-Новгороде. В Харькове при Украинском психоневрологическом институте, учрежденном еще в 1921 г. (зав. А. И. Гейманович), велась работа того же типа, как и в Москве, причем и здесь институт ставил своей задачей «изучение личности как здоровой, так и больной» и занимался обследованием отдельных групп всего населения. Институтом было издано 5 томов «Трудов» соответствующего содержания («Труд и нервная система», «Проблемы половой жизни», «Вопросы общей и социальной психоневрологии»).

В Москве к 1928 г., кроме 15 невро-психиатрических диспансеров, было 6 наркодиспансеров и 3 наркопункта. И в наркопунктах главное внимание было обращено не столько на злоупотребляющих алкоголем, сколько на всех, просто его употребляющих. В конце концов, такое расширенное понимание своих задач превратило медицинскую наркологическую организацию в часть организованного в это время Общества борьбы с алкоголизмом, и к 1930 г. наркодиспансеры слились с районной психиатрией [2].

Л. М. Розенштейн в своем докладе съезду к своему пониманию психогигиены добавил еще следующее: «Начиная с самого раннего детства, психогигиена особенностей детей должна учитываться в микропсихиатрических пунктах [3] и детских профилактических амбулаториях... Особенное внимание должно быть обращено на педагогику, которая должна быть пропитана медико-педологическими и психогигиеническими задачами». В этом начинало сказываться влияние на Розенштейна реакционного направления, пропагандируемого психотерапевтом А. Б. Залкиндом.

Залкинд обосновывал биолого-педологическое направление, объединяя рефлексологию Бехтерева с фрейдизмом.

На организационном заседании съезда состоялся доклад Л. А. Прозорова, который сообщил, что к 1927 г. в РСФСР было 72 психиатрических стационара.

Рост числа обращаемости в больницы говорил о том, что условия жизни населения после тяжелой разрухи в годы гражданской войны и интервенции становились нормальными. Больницы восстанавливались, и обращаемость приближалась к норме. Никаких оснований говорить об усилении психической заболеваемости не имелось. Число поступлений не достигало даже еще и тех, несомненно, невысоких цифр, которые были в земских губерниях в довоенное время.

---

[1] Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, Госиздат, М. — Л., 1929.

[2] «Внебольничная психиатрическая помощь в Москве за 20 лет», М., 1940.

[3] В Москве был учрежден такой пункт под руководством Т. П. Симсон при Педиатрическом институте. Постепенно детские психоневрологические кабинеты стали появляться при педиатрических поликлиниках Отдела охраны здоровья детей и подростков (ОЗДП).

I Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров в 1927 г. констатировал начало развертывания внебольничной сети невро-психиатрической помощи населению. Съезд отметил, что существующая стационарная невро-психиатрическая помощь недостаточна, мало приближена к населению и что в большинстве мест в ней отсутствуют необходимые звенья. Тяжело положение эпилептиков и больных с пограничными формами душевных заболеваний из-за отсутствия специально приспособленных для них учреждений. Положение психиатрических больниц продолжает оставаться тяжелым из-за переполнения больниц, недостаточных ассигнований на них и отсутствия врачей-психиатров. Съезд считал необходимым, чтобы в финансировании психиатрических учреждений принимали участие и центральный, и местный бюджет.

Штаты психиатрических больниц должны быть усилены врачами для проведения профилактической работы и выездов в уезды для консультативной и инструкторской работы по организации забот о душевнобольных в деревне и для невро-психиатрической профилактической работы в уезде. В штаты нервных и психиатрических больниц должен быть введен кадр обследователей из среднемедицинского персонала для развертывания диспансерной работы. При психиатрических больницах должны быть организованы невро-психиатрические комиссии по оздоровлению труда и быта и при них образован фонд социальной помощи.

Недостаток невропатологов и психиатров заставляет уделить особое внимание мерам по привлечению врачей на эту работу путем расширения штата интернов и аспирантов при клиниках, институтах и больницах.

Таким образом, I съезд психиатров и невропатологов констатировал, что хотя в области организационной психиатрии еще многое необходимо улучшить, все же к 1927 г. были не только в основном восстановлены старые больничные учреждения, но с организацией диспансеров начало укрепляться в жизни и новое советское профилактическое направление, широко шла и разработка практических клинических вопросов.

Значительный, хотя и временный, ущерб развитию профилактического направления в психиатрии нанесли фрейдистские педологические извращения, которые переносили на советскую почву реакционные американские педологические теории.

«Чудовищно-архаически, — писал Залкинд [1], — звучат теперь «авторитетные» утверждения о незыблемости и единстве физиологических законов и о непреложности основных педагогических правил... Надо положить начало социологической антропофизиологии... революционной педагогике... Социологический динамизм человеческого тела глубочайшим образом подтверждается учением об условных рефлексах и другой областью биологических знаний — „психотерапией“».

Не без влияния теорий Залкинда на заводах Ленинграда, Москвы, Харькова были организованы кабинеты психогигиены умственного и промышленного труда, ставившие себе задачу «помочь заводским организациям в рационализации распределения и подбора (психотехнический отбор) рабочей силы»; в средних школах шло поголовное педологическое обследование школьников. Педологи, стремясь к «развитию социальных эмоций» в комсомольских и пионерских организациях, отбирали неуспевающих под особое воспитательное руководство, надеясь рефлексологическими и фрейдистскими методами быстро переделать организм и сознание советских граждан.

[1] А. Б. Залкинд, Очерки культуры революционного времени; изд. «Работник просвещения», М., 1924, стр. 12 и след.

В конце января 1930 г. под руководством А. Б. Залкинда в Ленинграде был созван съезд по изучению поведения человека, «включавший, как говорилось в материалах съезда [1], 12 научных специальностей и собравший 1 400 человек членов из всех уголков Союза».

Съезд по поведению человека ставил своей задачей «борьбу с идеологическим и практическим разнобоем среди наук, изучающих нервно-психические процессы человека» и переделку педологами-психотерапевтами с самого детства в школе всего биологического организма.

Л. М. Розенштейн, ездивший вместе с Залкиндом на I Международный съезд по психогигиене в Вашингтоне, увлеченный соединением в Америке диспансерного направления с появившимся там после войны движением педолого-психогигиеническим [2], стал мечтать об объединении профилактики с психогигиеной, об объединении медицинской профилактики с залкиндовским фрейдистским «эмоциональным» воспитанием.

Как известно, психогигиеническое движение стало распространяться в Америке и на Западе после войны в качестве мировоззрения умирающего капитализма — империализма. После войны образовались психогигиенические лиги чуть ли не во всех странах мира (например, в 1920 г. была основана «Лига гигиены и профилактики психических болезней» во Франции, в 1923 г. — в Англии). Материально необеспеченные и, стало быть, «неполноценные» массы стремились к власти — по Фрейду, к получению побольше удовольствий; эти массы надо было успокоить, не дав по существу ничего. Американские психогигиенисты учили, что фрейдовский психоанализ в умелых руках может узнать все сокровенные потребности пациентов, которые возникают из влечений к удовольствию. Благодаря выявлению такой потребности, влечения посредством психоанализа будут изжиты (катарзис) и соответствующим внушением превращены (сублимация) в «полезную» деятельность; психиатры-фрейдисты могут, таким образом, сделаться руководителями всей жизни масс и отвлечь их от революционной борьбы.

По Фрейду, единственным двигателем культурного развития признавались животные потребности человека, бессознательные влечения (половые прежде всего), сознание, «цензура», по Фрейду, только дезорганизует работу инстинктов, а вовсе не направляет их. Деятельность человека, по Фрейду, определялась не отображением в его голове реального вне его находящегося мира, а внутри него находящимися неизменными инстинктами, т. е. учение Фрейда было явно идеалистическим.

Работы Фрейда, написанные в 900-х годах, особенно «Я и Оно» и «Табу и Тотем», показали и крайнюю реакционность его учения, направленного только на службу интересам пресыщенных богачей эпохи империализма. Двигателем «культуры» в этих произведениях признается уже не естественные все же для животных инстинкты, а «чувство удовольствия». «Чтобы удовлетворить стремление к наслаждению, психический аппарат создает себе внешний мир», — писал Фрейд [3]. Мир оказывался, по Фрейду, лишь грезами всемогущего «Оно». Перед реальным миром Фрейд полон страха. «Смыслом жизни является смерть», — говорит Фрейд, подчеркивая при этом, что его философским предшественником является Шопенгауэр [4].

Фрейд, как известно, в своих построениях вначале исходил из изучения психики невротиков, но позже он не делил людей на больных и здоровых — все одинаковы: одни находят удовлетворение в неврозе, другие — в творческой сублимации; «в с е о б щ и й невроз навязчивых состояний («принцип повторения») является, по Фрейду, источником всей идеологии человечества, религии и нравственности, всей культуры». Трудно представить что-либо более реакционное, чем все эти утверждения.

---

[1] «Психоневрологические науки в СССР». Материалы I Всесоюзного съезда по изучению поведения человека, под ред. А. Б. Залкинда, Госпедиздат, М. — Л., 1930.

[2] Невропатология и психиатрия, 1930, № 6.

[3] Ф р е й д, Основы психологической теории и психоанализ, Гиз, М., 1923, стр. 84.

[4] Ф р е й д, По ту сторону принципа удовольствия, 1924.

Прекрасную характеристику учения Фрейда дал И. П. Павлов [1] «...Когда я думаю о Фрейде и о себе, — говорил Павлов, — мне представляются две партии горнорабочих, которые начали копать железнодорожный туннель в подошве большой горы — в человеческой психике. Разница состоит, однако, в том, что Фрейд взял вниз и зарылся в дебрях бессознательного, а мы добрались уже до света и выйдем когда-нибудь на воздух, закончим туннель... Изучая явления иррадиации и концентрации торможения в мозгу, мы по часам можем ныне проследить, где начался интересующий нас нервный процесс, куда он перешел, сколько времени там оставался и в какой срок вернулся к исходному пункту. А Фрейд может только с бо́льшим или меньшим блеском гадать о внутренних состояниях человека. Он может, пожалуй, стать лишь основателем новой религии, как Геккель, Вейсман и другие немцы...».

Почему же происходили эти ошибки в психиатрии? В первую фазу, как назвал товарищ Сталин, которую проходило социалистическое государство со времени Октябрьской социалистической революции, в период подготовки условий для полной ликвидации эксплоататорских классов, в период забот о привлечении крестьянина-середняка к союзу с пролетариатом, в период новой экономической политики (НЭП) задача перевоспитания людей в духе социализма «не получила в этот период, — как говорил товарищ Сталин, — серьезного развития»[2]. Специалисты были буржуазными... «наука, техника, искусство — в руках специалистов, в их головах», а «они восприняли всю свою культуру от буржуазной обстановки и через нее. Вот почему они на каждом шагу спотыкаются и делают политические уступки контрреволюционной буржуазии» [3].

Среди расслоившейся интеллигенции, не говоря о тех ее слоях, которые пошли с буржуазией, даже более демократически настроенная ее часть в медицине — земские врачи, идеологически была убеждена в надклассовой своей сущности, не верила в творческие способности масс, хранила традиции «золотой страницы земской медицины», как выражались ведущие пироговцы, когда врачи-просветители, вопреки земцам, «представляли общественность, культуру и несли ее в темные массы».

Крестьянин-середняк колебался, будучи недоволен по необходимости введенной во время гражданской войны продразверсткой. Лишь «счастливая особенность» Октябрьской социалистической революции, выражавшаяся в том, «...что освобождение крестьян от помещичьей кабалы в России, в отличие от Запада, произошло под руководством пролетариата»[4], содействовала сохранению его революционности и расчищала путь для распространения идей социализма в широких крестьянских массах.

Введение вместо продразверстки натурального налога, введение новой экономической политики было временно необходимо, чтобы создать известную свободу торгового оборота крестьянских излишков и заинтересовать крестьянство в увеличении посевов и подъеме производительности сельского хозяйства, чтобы быстро достать необходимые для оборота промышленные товары. Но, с другой стороны, новая экономическая политика способствовала некоторому развитию мелкобуржуазных стремлений, создавала надежды у врагов социализма: «Нет того момента, когда бы наши враги не старались захватить хоть какую-нибудь щелочку, в которую можно было бы пролезть и повредить нам» [5]. Кулачество, народившаяся

---

[1] Эти высказывания Павлова записаны Ю. П. Фроловым и сообщены в книге С. Д. Каминского «Динамические нарушения деятельности коры головного мозга», изд. Академии медицинских наук, М., 1948, стр. 194—196.

[2] И. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. 11-е, стр. 605.

[3] В. И. Ленин, Сочинения, т. XXIV, изд. 2-е, стр. 65, 67.

[4] И. Сталин, Сочинения, т. V, стр. 112.

[5] И. Сталин, Сочинения, т. V, стр. 224.

нэпмановская буржуазия, «сменовеховство» контрреволюционной интеллигенции, враги ленинско-сталинской партии — троцкисты, бухаринцы — употребляли все силы, чтобы сбить массы с пути построения фундамента социализма—создания крупной индустрии.

После Октябрьской революции психиатры искренне желали построить психиатрию соответственно требованиям новой эпохи и установкам партии. Однако будучи идейно ограниченными, некоторые из них оставались в плену преклонения перед западной наукой, в плену мелкобуржуазной стихии, об опасности влияния которой в период разрухи народного хозяйства после окончания войны усиленно предупреждали и Ленин, и Сталин.

Усвоение марксистско-ленинского диалектического метода было самым главным. Мы увидим далее, в главе о развитии науки психиатрии, что и в теории психиатрии делались серьезные ошибки, и только благодаря заботе большевистской партии эти ошибки изживались.

Борьба за новое мировоззрение, преодоление трудностей, стоящих на пути его развития, потребовали больших усилий.

В январе 1931 г. партийная организация Института красной профессуры, на основе указания товарища Сталина о бдительности на теоретическом фронте, о необходимости ликвидации недопустимого отставания теории от практики постановила, что группа меньшевиствующего идеализма в философском руководстве (Деборин, Карев, Франкфурт и др. [1]) в специальных вопросах естествознания заняла неправильную, по существу антимарксистскую позицию: аполитичность, отрыв теории от практики, игнорирование роли Ленина в естествознании, ревизию установок Энгельса, отождествление теоретической биологии с марксизмом, подмена материалистической диалектики как метода естествознания генетикой, переход на позиции автогенеза.

Указания товарища Сталина о бдительности на теоретическом фронте собственно были направлены ко всем областям науки и положили начало критике и исправлению ошибок и в психиатрии, они определили пути дальнейшего развития науки. По отношению к медицине в 1931 г. был предпринят ряд конкретных практических мероприятий в области лечебной профилактической медицины, исправляющих основные ошибки в теории и практике.

Правда, некоторые остатки ошибок были окончательно ликвидированы лишь к 1936 г., когда после ликвидации капиталистических элементов в городе и деревне, ликвидации остатков новой экономической политики началась вторая фаза развития нашего государства — фаза победы социалистической системы, ознаменовавшаяся принятием на VIII съезде советов в ноябре 1936 г. новой Сталинской Конституции. Большинство ошибок при стремлении выполнять указания партии было исправлено еще в результате указаний 1931 г.

Мы считали особенно важным отметить все эти ошибки, так как их причины — преклонение перед западной капиталистической культурой, остатки мелкобуржуазных пережитков в сознании, недостаточное понимание исторического хода экономического и политического развития человеческого общества, недостаточное овладение диалектическим методом — у некоторых представителей интеллигенции не вполне изжиты еще и до сих пор; история же нашей науки ярко показывает, к каким последствиям эти ошибки могут повести, если их не изживать, не исправлять.

---

[1]) К этой группе примыкал и А. Б. Залкинд.

* * *

Годы борьбы за построение фундамента социализма в нашей стране — тяжелой индустрии (1926—1929) — были годами преодоления огромных внутренних и международных трудностей, сопровождавшихся обострением классовой борьбы внутри страны. Под руководством нашей партии было подавлено сопротивление кулачества, разбит троцкистско-зиновьевский контрреволюционный блок, разоблачены правые оппортунисты. XV съезд партии в декабре 1927 г. вынес решение о всемерном развитии коллективного сельского хозяйства, а XVI партконференцией (в апреле 1929 г.) был принят план первой пятилетки. Этот период закончился «годом великого перелома», как назвал товарищ Сталин 1929 г., «который означал крупнейшие успехи социализма в промышленности, первые серьезные успехи в сельском хозяйстве, поворот середняка в сторону колхозов, начало массового колхозного движения»[1]. И в городе, и в деревне начался массовый трудовой подъем строительства социализма, возникло и развивалось социалистическое соревнование. «Труд из подневольной и каторжной повинности, каким он был при капитализме, стал превращаться «в дело чести, дело славы, в дело доблести и геройства» (Сталин)[2]». XVI съезд ВКП(б) (26 июня — 13 июля 1930 г.) был съездом развернутого наступления социализма по всему фронту: «Мы находимся накануне превращения из страны *аграрной* в страну *индустриальную*», — заявил товарищ Сталин при бурном одобрении всего съезда [3].

Следующй за 1929 г. период был периодом перелома и в организации всей медицины, в том числе и психиатрии.

Бурно развивающаяся промышленность, социалистическое переустройство сельского хозяйства обнаружили недостаток кадров. Ноябрьский пленум ЦК ВКП(б) в 1929 г. постановил, что высшая школа, в том числе и медицинская, должна быть решительно повернута лицом к нуждам производства; была введена специализация и вузы переданы в ведение соответствующих наркоматов.

ЦК ВКП(б) в постановлении от 13 декабря 1929 г. о медицинском обслуживании рабочих и крестьян указал, что новые задачи реконструктивного периода требуют коренной перестройки работы Наркомздрава, что темпы развития здравоохранения отстают от хода всего народного хозяйства и потребностей рабочего класса и крестьянства.

Выполняя директиву партии, органы здравоохранения начали перестраивать медицинское обслуживание трудящихся с учетом потребностей промышленных рабочих и колхозных крестьян.

26 октября 1931 г. состоялось постановление коллегии НК РКИ РСФСР по проверке состояния психиатрического дела в республике. НК РКИ считал, что постановка психиатрической больничной помощи в преобладающей части больниц неудовлетворительна: а) имеющаяся сеть психиатрических больниц и учреждений для пограничных больных недостаточна; б) санитарное состояние больниц и их снабжение инвентарем недостаточны; в) недостаточно обслуживающего персонала; г) недостаточно применяется метод трудовой терапии; д) среди больных имеется значительная прослойка лиц, нуждающихся не в больничном лечении, а лишь в призрении.

Наркомздраву было предложено принять меры к решительному улучшению невро-психиатрической лечебной помощи прежде всего рабочим

[1] История ВКП(б), Краткий курс, глава VIII, стр. 286.
[2] Там же, стр. 283.
[3] Там же, глава XI, стр. 297.

ведущих отраслей промышленности и крестьянам-колхозникам, установить систему типовых учреждений в области психиатрической и профилактической помощи (больницы, санатории, трудовые колонии, общежития и пр.), немедленно приступить к организации производственных мастерских при психиатрических больницах и санаториях и т. п.

В Москве в 1931 г. был, кроме Института психогигиены, на Котовской половине бывшей Преображенской больницы открыт Институт клинической психоневрологии.

Ставилась задача: организовать санатории для пограничных состояний внутри больниц, перейти во всей системе невро-психиатрической помощи к улучшению лечебных мероприятий (общемедицинских, трудовых процессов), поднять психиатрические больницы на высоту соматических больниц, разгрузить их от хроников; усилить работу по трудоустройству остающихся в населении психически больных; во всех диспансерных объединениях иметь невро-психиатрические отделения, а на селе — районных психоневрологов; развернуть работу по массовой психопрофилактической пропаганде; обратить особое внимание на развертывание невро-психиатрической помощи детям.

Надо, однако, сказать, что у психогигиенистов-психиатров, как это видно из докладов по психогигиене на I Украинском съезде невропатологов и психиатров, состоявшемся в Харькове в июне 1934 г., все же еще сохранялись отзвуки педологических установок. По вопросам психогигиены на этом съезде, кроме доклада Харьковского института психогигиены, был сделан доклад и от Московского института психопрофилактики и гигиены (так с 1928 г. назывался бывший Государственный диспансер).

Задачи психогигиены и в 1934 г. определялись Харьковским институтом психогигиены так: «Психогигиена стремится вынести психоневрологическую компетенцию за узкий круг неполноценных аномальных больных в массу здорового населения, приложить психоневрологическую компетенцию к организации поведения отдельной личности, к организации конкретной окружающей среды, к организации производства, труда и быта...» [1].

Доклад Московского института психопрофилактики был посвящен психогигиене в высшей школе; в докладе предлагалось провести поголовное обследование нервно-психической системы каждого студента, бороться за развитие правильных навыков работы, организовать отдых в бытовых условиях, добиться организации техники умственного труда. Психиатр должен принимать участие, — говорилось в докладе, — в организации педагогического процесса, расписании занятий, консультации с учебной частью по поводу неуспеваемости, выяснять положительные и отрицательные стороны в организации всего учебного режима, внедрять в него рационализаторские коррективы [2].

Однако на Харьковском съезде эти воззрения встретили уже много возражений. В дискуссии, происходившей на съезде, многие его участники указывали, что психогигиена в таком понимании носит слишком широкий, отвлеченный характер. Снижение заболеваемости путем возможно раннего лечения начинающегося заболевания — это важная и всеми признаваемая область профилактики в психиатрии, — говорилось в дискуссии, — и такую профилактику надо развивать. Были защитники и беспредельного расширения психогигиены, в чем сказывалось стремление создать из психоги-

---

[1] «Итоги работы психогигиены в СССР», Труды I Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1934, стр. 571—596.

[2] Труды I Украинского съезда невропатологов и психиатров 1934, стр. 693—701.

тиены особую универсальную науку — биосоциологию. Выставлялась теория о необходимости отграничить психогигиену от педологии, педагогики, не допускать ее вмешательства во все области, с которыми она соприкасается: школьно-санитарный врач и без психиатра прекрасно справится с санитарно-гигиенической работой, как и педагог — с воспитанием и обучением.

Поддавшись влечению педологов, некоторые русские психогигиенисты совершенно забыли о высказываниях великого русского педагога К. Д. Ушинского[1], который хотя и считал, что педагогика должна опираться на психологию для того, чтобы стать научной, но глубоко отрицательно относился к грубому «приложению» психологии к педагогике, боролся против «психологической рецептуры». Он считал, что цели воспитания должны выводиться не из психологии, порождаться не из особенностей отдельного индивида, а диктоваться исторической жизнью народа, его социальными интересами.

Все эти вмешательства психогигиенистов в постановку школьного дела и поголовные обследования на заводах прекратились лишь после постановления ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г., которым была резко осуждена так называемая «педология».

В постановлении говорилось: «Наркомпрос... допустил извращение в руководстве школой, выразившееся в массовом насаждении в школах так называемых ,,педологов'' и передоверии им важнейших функций по руководству школой и воспитанию учащихся. На педологов были возложены обязанности комплектования классов, организация школьного режима, направление всего учебного процесса ,,с точки зрения педологизации школы и педагогики'', определение причин неуспеваемости школьников, контроль за политическими воззрениями, определение профессии оканчивающих школы и т. п... Над педагогами был учинен контроль со стороны звена педологов... Практика педологов... свелась к ложнонаучным экспериментам и проведению среди школьников... бесчисленного числа обследований... Эти якобы научные обследования... направлялись по преимуществу против неуспевающих... и имели целью доказать... наследственно и социально обусловленную неуспеваемость ученика или дефектность его поведения, найти максимум отрицательных влияний и патологических извращений у самого школьника, его семьи, общественной среды... найти поводы для удаления школьника из нормального школьного коллектива... Вопреки прямому указанию ЦК ВКП(б) было создано большое количество ,,специальных'' школ различных наименований... В этих школах, наряду с дефективными детьми, обучались талантливые и одаренные дети, огульно отнесенные ...к категории ,,трудных''... Педагогика была объявлена ,,эмпирикой'' ...а несложившаяся, вихляющая, не определившая своего предмета и метода, полная вредных антимарксистских тенденций так называемая педология была объявлена универсальной наукой».

Постановление ЦК ВКП(б) оканчивалось решением: «восстановить в правах педагогику и педагогов, ликвидировать педологов..., пересмотреть школы для трудновоспитуемых детей, переведя основную их массу в нормальные школы».

После выполнения постановления ЦК ВКП(б) в ведении Наркомпроса осталось только небольшое число вспомогательных классов (по Москве 17 классов), в некоторых школах во время Великой Отечественной войны, когда была образована Академия педагогических наук Наркомпроса,

[1] К. Д. Ушинский, «Человек как предмет воспитания», т. I.

при ней был создан Институт дефектологии с отделом теории и истории дефектологии (проф. Д. И. Азбукин, проф. Ф. А. Рау), отделением сурдопедагогики (проф. И. А. Соколянский) [1], клиникой расстройства речи (проф. С. М. Блинков) и отделом психопатологии (проф. А. Р. Лурия).

Такое уменьшение дефектологических учреждений объяснялось прежде всего улучшившимися экономическими условиями в стране, благодаря чему к 30-м годам почти уничтожилась детская беспризорность. Детские учреждения Наркомздрава для дефективных детей стали свертываться еще с 1927 г.; в 1929 г. были закрыты вузы для подготовки персонала по работе с дефективными детьми, была закрыта Комонес (Комиссия о несовершеннолетних). Все учреждения для трудновоспитуемых и правонарушителей перешли в ведение Наркомвнудела. В ведении психиатрической организации Наркомздрава остались только олигофрены, эпилептики и дети с выраженными психозами, заботы о призрении которых и о лечении постепенно, как мы видели, росли; число соответствующих детских учреждений увеличивалось.

Осуждение педологии было принято и как осуждение увлечения обследованиями всего здорового населения, всех учащихся. Нужно сказать, что, помимо методологической неправильности установок психогигиенистов, при этом не учитывались и реальные возможности [в Москве, например, Мосздравотдел предполагал (заведующий В. А. Обух) всесторонне, по всем специальностям обследовать всех промышленных рабочих (много сотен тысяч)], в результате чего диспансеризация свелась к заполнению санитарных журналов, обеспечение действительно больных необходимыми лечебно-профилактическими мероприятиями упускалось из виду, диспансеры оторвались от больничных учреждений, развитие которых шло самотеком.

В связи с этими неправильностями Государственный институт психогигиены (бывший Государственный диспансер) в Москве в 1938 г. был вначале переведен на больничную базу Больницы имени Кащенко, а впоследствии преобразован в Центральный институт психиатрии РСФСР на базе Больницы имени Ганнушкина, а Харьковский психогигиенический институт при реорганизации Украинской психоневрологической академии в 1937 г. был совсем закрыт.

Невро-психиатрические диспансеры как лечебно-профилактические учреждения, осуществляющие основные принципы советской медицины, вместе со стационарами были подчинены в Москве главному городскому психиатру, который и должен был руководить и больницами, и диспансерами. Таким образом, основное дело — развитие диспансерной психиатрической помощи — продолжало развиваться в тесной связи с лечебно-больничным делом.

Одним из прогрессивных мероприятий этого периода явилась организация так называемых дневных стационаров для психически больных, или «трудовых профилакториев», — тип амбулаторных мастерских для психически больных, которые могли оставаться дома, но не могли работать на производстве. Это было, таким образом, учреждение «между диспансером и больницей».

Л. М. Розенштейн высказал правильную мысль, что «как бы ни стояло у нас в ближайшее десятилетие увеличение числа коек для психически

---

[1] Большой интерес представляет случай воспитания Соколянским слепо-глухонемой А. И. Скороходовой, достигшей в своем развитии гораздо большего, чем знаменитая Елена Келлер (см. А. И. Скороходова, «Как я воспринимала окружающий мир», изд. Академии педагогических наук, М. — Л., 1947).

больных, как бы ни надеялись на расширение больничной сети, ...все же госпитализацией нельзя разрешить проблемы улучшения положения всех психически больных. При самом бурном подъеме экономического положения страны необходимо считаться с тем, что все же главная масса больных будет оставаться в населении. Да и нет надобности добиваться полной госпитализации, а задача лечения должна сводиться к возбуждению уверенности в возможности дальнейшей совместной со всем обществом работы, возможности самостоятельного трудового существования».

Первый трудовой профилакторий был организован еще в 1927 г. в Харькове при Институте психиатрии Я. Г. Илионом [1]. Он применял трудотерапию к выписавшимся из больницы больным, чтобы постепенно подготовить их к трудовой жизни. Подобного же рода учреждение было организовано Чагадаевой в Горьком. В 1932 г. харьковское учреждение было расширено, и, наконец, в 1933 г. на средства соцстраха в Харькове был устроен трудовой профилакторий [2] с общежитием для иногородних больных, который имел целью переквалификацию тех больных, которые не могли заниматься своей прежней профессией; в задачу этого профилактория входило трудоустройство больных, устройство на работу на соответствующие фабрики, организация специальных трудовых инвалидных артелей психически больных. Под руководством А. М. Вегера (консультант — проф. Т. И. Юдин) Харьковский профилакторий хорошо развивался вплоть до Великой Отечественной войны, давая реально полезную производственную продукцию. Он выпустил два сборника своих трудов.

В 1931 г. по инициативе Л. А. Прозорова были устроены в Москве трудовые мастерские при Ленинском диспансере, в 1932 г. — при Калининском и Краснопресненском, в 1933 г. — при Киевском. В 1933 г. дневной стационар для приходящих больных был построен при 1-й Московской психиатрической больнице, затем были организованы трудпрофилактории при больнице имени Соловьева и при Институте имени Ганнушкина. В Ленинграде дневной стационар был организован в 1932 г. при Институте имени Бехтерева; кроме того, в селе Ломахи (станция Копорье по Балтийской железной дороге) был развернут лечебно-хозяйственный профилакторий с сельскохозяйственными трудовыми процессами.

* * *

После этих данных из истории советской психопрофилактической работы перейдем к изложению развития стационаров, которое началось с 1931 г.

На Всесоюзной конференции по планированию здравоохранения в 1932 г. было еще раз отмечено отставание больничной помощи от потребностей населения во всех областях здравоохранения. По психиатрическим учреждениям РСФСР было установлено на 1932 г. в больницах 31 828 коек (30 318 в 1931 г.), в невро-психиатрических санаториях — 3 230 коек (2 216 в 1931 г.) и в трудовых открытых колониях — 3 550 коек (450 коек в 1931 г.). К 1931 г. психо-неврологические отделения имелись в 31 диспансере и в четырех диспансерах имелись психо-неврологические кабинеты [3].

---

[1] Н. П. Татаренко, Опыт работы трудового профилактория, Труды I Украинского съезда психиатров, стр. 725—730.

[2] Сборник «Лечебно-трудовой профилакторий и вопросы трудовой экспертизы», Харьков, 1938.

[3] «О реконструкции невро-психиатрической помощи», Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1932, т. I, в. 3—4.

Совнарком РСФСР 9 мая 1933 г. предложил облисполкомам обратить внимание на улучшение больничного дела, а XVI съезд советов принял решение об улучшении больничного дела и проведении ремонта в больницах, обновлении больничного инвентаря и развитии лабораторного дела. XVII съезд ВКП(б) по плану второй пятилетки постановил увеличить число больничных коек в СССР на 55% [1].

Все это повело к решительному улучшению и психиатрических больниц. Для свежезаболевших больных были выделены особые отделения, всюду заведены самые необходимые лаборатории; начало улучшаться и внутреннее оборудование больниц, стали добиваться уюта в отделениях, заведена новая уютная мебель, всюду развешаны картины, цветы, гардины. В больницах начали развиваться и трудовые процессы. Производительность труда больных в ряде больниц достигла значительных размеров. Улучшился лечебный уход за больными; резко улучшилось питание больных. Смертность по больницам снизилась до 4%. Во многие больницы стали ездить консультанты-профессора из ближайших вузов. Большое количество консультантов стал направлять и Московский государственный диспансер. Л. М. Розенштейн один из первых сам с 1933 г. ежемесячно ездил для консультаций в Костромскую больницу. В больших больницах (Кострома, Казань, Рязань, Московская загородная, Больница имени проф. Ганнушкина, Ставрополь, Молотов, Томск) были устроены школы для сестер; состав медицинского персонала стал улучшаться.

Но надо сказать, что и в области трудовой терапии в психиатрических больницах не обошлось без излишних увлечений. Особенно большое увлечение трудотерапией имело место в 1-й Московской городской психиатрической больнице в бытность главным врачом ее Я. П. Бугайского [2].

Все свободные комнаты отделения были превращены в мастерские; в некоторых отделениях были поставлены столярные верстаки, штамповочные станки, швейные машины.

Однако эти неправильные установки были своевременно раскритикованы [3], да и их действие распространялось только на часть большой Преображенской больницы, так как еще в 1931 г. эта больница была разделена на два самостоятельных учреждения. На базе так называемой Котовской половины Мосздравотделом был организован Институт клинической и социальной психоневрологии, в 1933 г. переименованный в Невро-психиатрический институт имени проф. Ганнушкина [4], а на старой половине организована 1-я Городская психиатрическая больница.

Дальнейшее состояние больничной помощи к 1934 г. хорошо видно из Трудов I Украинского съезда невропатологов и психиатров. Этот съезд по названию хотя и был украинским, привлек невропатологов и психиатров всего СССР и собрал 803 делегата (только с Украины — 347).

О развитии психиатрической помощи на Украинском съезде был сделан ряд докладов почти из всех республик СССР. Если к тем данным, которые были сообщены на съезде, присоединить еще данные о состоянии

---

[1] В городах соматических коек до революции (в 1913 г.) в России было 93 223, а в 1928 г. — уже 158 514, к 1932 г. — 256 158; на селе вместо 49 037 коек, имевшихся до революции, к 1932 г. насчитывалось уже 116 075 коек.

[2] Я. П. Бугайский, Коллективно-трудовой метод лечения нервно-психически больных, Госмедиздат, 1932.

[3] А. Б. Александровский, Советская невропатология психиатрия и психогигиена, 1933, № 4.

[4] Этот институт в 1938 г. был закрыт как учреждение Мосздравотдела и преобразован в Центральный институт психиатрии Наркомздрава РСФСР на базе Больницы имени Ганнушкина.

психиатрических больниц по РСФСР в 1935 г., имеющиеся в книге Л. А. Прозорова и С. Л. Тапельзона [1], то мы получим почти полную картину состояния психиатрической помощи по всему СССР за 1935 г.

Оборот койки вместо 2,0 в год в дореволюционное время был 3,5 в год, благодаря ранней выписке, сделавшейся возможной вследствие существования диспансерного наблюдения. Медицинский персонал на 1 января 1935 г. состоял из 755 врачей. Многие психиатрические больницы получили совхозы, широко развили прибольничное хозяйство, животноводство и пр., используя труд больных. Почти всюду были оборудованы лаборатории.

По РСФСР, помимо расширения многих больниц, появились следующие новые психиатрические учреждения: Трубчевская психиатрическая больница в Западном крае, Серпуховская, Орехово-Зуевская, Больница имени Соловьева в Москве, Лечебница для наркоманов в Москве, Трудовая колония больницы имени Кащенко, стационар Института профилактики, Кинешемская психиатрическая больница, Ивановская, Котельническая, колония Ашлань Кировского района, Ижевская психиатрическая больница, Сталинградская, Новочеркасская, Краснодарская, Березанская, Шахтинская, Орджоникидзевская, Грозненская, Буйнакская Дагестанской области, Нижнетагильская, Пермская колония, Магнитогорская психиатрическая больница, Троицкая (Челябинская) , Алма-Атинская, Кустанайская, Омская, Новосибирская, Барнаульская, Колония «Пашки» в 35 верстах от Иркутска и Ворошиловская психиатрическая больница Дальневосточной области.

Из вновь построенных специальных психиатрических учреждений отметим психиатрическую клинику в Куйбышеве, корпус в Больнице имени Яковенко (Мещерское), корпус в Свердловске, детское отделение в Саратове, хорошие здания в Березанской колонии, Трубчевске, в ленинградской колонии Ломахи, в Раковке.

В Москве, кроме указанных выше больниц, для города использовалась как лечебница для хроников бывшая Московская окружная лечебница. Еще в 1928 г. при Станции скорой помощи Института неотложной хирургии имени Склифосовского в Москве было учреждено дежурство психиатров для вызова их в случае экстренных психических заболеваний и помощи при перевозке больного в больницу. С 1936 г. был учрежден Центральный психиатрический приемник и для перевозки больных выделен отдельный автотранспорт. В 1932 г. такая же система была учреждена и в Ленинграде [2].

В Ленинграде для приема свежезаболевших была выделена больница имени Балинского, открылись первая и вторая психиатрические колонии и к 1933 г. имелось 8 районных диспансеров.

Очень энергично под руководством А. И. Ющенко, который вместе с Дерптским университетом во время первой мировой войны переехал в Воронеж, а затем в Ростов, развивалась психиатрическая помощь в Северокавказском крае, к которому в 1936 г. относилась обширная территория Ростовской, Кубанской областей и всего предгорного Северного Кавказа. До революции здесь имелось в семи небольших больницах, считая и две частные лечебницы, всего 365 коек, но уже в 1925 г. насчитывалось 960 коек, а после этого был открыт еще ряд больниц; во многих местах открыты наркологические кабинеты и диспансеры; при Ставропольской

---

[1] Л. А. Прозоров и С. Л. Тапельзон, Психиатрические больницы РСФСР в 1935 г., М., 1936.

[2] Б. Е. Макимов, Советская психоневрология, 1935, № 2.

больнице открыто детское отделение, а в одном из совхозов — отделение для эпилептиков [1].

На Урале в 1931 г. достроена и вошла в сеть Свердловская (Екатеринбургская) больница.

Интересные сведения приводит М. М. Зак об Якутской больнице [2]. Здесь в 1929 г. был произведен основательный ремонт; значительные постройки были произведены также в Иркутской больнице.

На Украине к этому времени имелось 13 психиатрических больниц. Кроме того, имелись психиатрические отделения при общих больницах в Житомире и в Кировограде. Особый интерес представлял опыт организации своеобразного трудового поселка для психически больных в Васильковке Днепропетровской области (Т. М. Виленский). На хуторе, имевшем 15 хат и 2000 га запущенной земли, были поселены работоспособные хроники, не находившие надлежащих условий дома. Жизнь колонии, по крайней мере вначале, хорошо налаживалась; из выписанных у 30% отмечено значительное улучшение, 30% выписались вследствие изменения домашних условий, 35,5% — как «непривившиеся к колонии» и лишь 4,5% — вследствие обострения болезни. Колонии обычного типа были организованы в Стрелечье (в 45 верстах от Харькова) и в Феофании под Киевом.

В Ромнах была устроена для детей Центральная психоневрологическая больница Украины на 250 коек. Разрабатывался план децентрализации психиатрической помощи, причем проектировалось постепенно устроить в разных пунктах Украины 24 небольших больницы для свежезаболевших (само собой разумеется, этот план был рассчитан на ряд лет). Имевшиеся старые земские колонии предназначались для затяжных форм хронических болезней.

Психоневрологических диспансеров на Украине в 1934 г. было 32, причем шесть из них самостоятельных; психоневрологических кабинетов при единых диспансерах и поликлиниках было 88, педо-психоневрологических кабинетов при отделениях ОЗДП — 29, наркодиспансеров — 6, вытрезвителей — 2 и кабинетов психогигиенических консультаций — 6.

Врачей-психоневрологов работало во всех этих учреждениях 607 (59% мужчин и 41% женщин), в больницах — 199 [3].

В Белоруссии (доклад С. М. Афонского) к 1935 г. имелись 3 психиатрические больницы: в Минске на 275 коек, в Могилеве на 655 коек, в Витебске на 300 коек (в том числе колония «Новинки» на 100 коек) и диспансер при Минской нервной клинике.

В Грузии имелось 654 койки.

В Средней Азии (доклад Анцыферова) открытая в 1905 г. в Перовске (теперь Кзыл-Орда) психиатрическая больница на 49 коек была расширена на 250 коек, бывший Военный ташкентский психиатрический госпиталь, имевший 150 коек, в 1918 г. превращен в гражданскую больницу и к 1935 г. имел 500 коек; при нем имелся диспансер и в 15 км от Ташкента, на 129-м разъезде, колония; в Коканде имелся невро-психиатрический диспансер с 65 койками, в Самарканде — диспансер также со стационаром; диспансеры имелись в Андижане и Бухаре; в 1935 г. начала организовываться психиатрическая больница в Н. Ургенче.

---

[1] Е. В. Маслов, Успехи организации психиатрии на Северном Кавказе, Советская психоневрология, 1934, № 1.

[2] М. М. Зак, Невропатология и психиатрия, 1942.

[3] Т. И. Юдин и Е. О. Кварт, Труды I Украинского съезда, 1934, стр. 606—611.

В Туркмении имелся психоприемник при соматической больнице в Сталинабаде и диспансер с небольшой психиатрической больницей в Ашхабаде.

Таким образом, за годы первой пятилетки по организации психиатрических учреждений было сделано немало. Важным принципиальным успехом была установка на гармоническое развитие коечной и диспансерной помощи.

Постановления 1931 г., помимо лучшего внутреннего устройства стационаров, помимо связи диспансеров с лечебными стационарными учреждениями, помимо улучшения постановки трудотерапии, требовали и улучшения чисто лечебных мероприятий. В области психиатрии требовался «переход от призрения психически больных к активному (resp. эффективному) лечению»; требовалось «дать терапевтический импульс врачу-психиатру, максимально развернуть все имеющиеся в распоряжении науки терапевтические возможности, перестроить весь уклад психиатрической больницы под этим углом зрения — вот центральная задача реконструкции больницы». Так писалось в вышедшем в 1933 г. сборнике Больницы имени Кащенко в Москве, подводящем первые итоги реконструкции [1]. Такие же сборники были изданы Ленинградской больницей имени Балинского, Пермской больницей, а несколько позже и рядом других больниц. Наконец, на I Украинском съезде невропатологов и психиатров в 1934 г. «лечение психозов» было поставлено программной темой съезда, причем и докладчики, и участники прений были представлены со всего Советского Союза и осветили состояние дела улучшения лечения всесторонне.

Для поднятия лечебного дела с 1931 г. во все больницы были приглашены профессора-консультанты, в провинциальные больницы консультанты, как уже говорилось, ездили из научных институтов и вузов; всюду заводились лаборатории, рентгеновские аппараты, физиотерапевтические кабинеты. «Больница стремилась, — писалось в сборнике Больницы имени Кащенко, — преодолеть тот разрыв, который существовал между больницей и клиникой, между теоретической и практической мыслью».

Уже к 1934 г. появился ряд работ, говорящих об энергичном применении целого ряда новых методов лечения. Так, прогрессивный паралич, помимо лечения малярией, пробовали лечить прививкой содоку (П. Б. Посвянский), возвратного тифа (Краснушкин, Юдин), бактериофагом птичьего тифа (Ленинград). Академик П. П. Лазарев на юбилейной сессии Академии наук СССР в 1932 г. советовал лечить сальварсаном прогрессивный паралич «при одновременном освещении головы рентгеном, полагая, что тогда чувствительность резко повышается и спирохеты погибают». Я. А. Ратнер в Ленинграде рекомендовал при прогрессивном параличе кислый стол и большие дозы хлористого аммония (ацидотерапия) и говорил о рентгенотерапии «для изменения установки вегетативных центров на другую высоту».

В Перми, помимо лечения малярией прогрессивного паралича, энергично проводилось лечение малярией и сульфозином шизофрении. В Москве (Р. С. Повицкая), в Свердловске (Рейер), в Полтаве (Королюк) с успехом производилось лечение шизофрении переливанием крови.

В. К. Хорошко на I Украинском съезде невропатологов и психиатров сделал большой доклад о лечении липоцеребрином, церебротоксином, причем при шизофрении он получил значительное улучшение в 62% при церебротоксинном лечении[2].

---

[1] «Психиатрическая больница на путях реконструкции», Сборник Больницы имени Кащенко, т. I, 1933.

[2] Врачебное дело, 1932, № 17—20, стр. 87—92; Советская невропатология и психиатрия, 1935.

Предлагалось также лечение шизофрении тяжелыми металлами (цезий, рубидий, марганец). Е. К. Краснушкин указывал на благоприятную комбинацию очередного введения сульфозина и марганцовокислого калия. Кататонию лечили гармином, введением через зонд алкоголя, эфирным наркозом.

Еще в 1929 г. начали применять малые дозы инсулина при отказах от пищи, при всевозможных состояниях истощения.

Наконец, стало широко распространяться лечение, главным образом шизофрении, сном: вначале сомнифеном, а затем клоеталем. Широко испробовалась и физиотерапия: токи высокой частоты, ультрафиолетовые лучи и т. п.

Энергия в изыскании и испытании новых средств была так велика, что проф. Е. А. Попов в своем докладе на I Украинском съезде невропатологов и психиатров мог перечислить 72 средства, применявшихся при шизофрении.

Если принять во внимание, что на Западе, особенно в Германии, после первой мировой войны, с одной стороны, заговорили, что психиатрия не принадлежит к естественным наукам, и такой авторитетный на Западе психиатр, как Юнг [1], в 1932 г. на конференции эльзасских пасторов выступил с заявлением, что дело лечения невротиков принадлежит религии, а с другой стороны, предлагалась стерилизация и эвтаназия психически больных, а не лечение, то становится ясным, насколько наша советская медицина опередила зарубежную и как разлагалась зарубежная фашиствующая медицина.

Уже на съезде 1934 г. проф. В. П. Протопопов предостерегал «от увлечения чрезмерным эмпиризмом» в методах лечения и указывал, что «необходимо стремиться поднять нашу терапию на более высокую ступень... стараться рационализировать терапию... патофизиологически осмыслить состояние каждого конкретного больного. Точно так же должно глубже изучить действие каждого терапевтического мероприятия и не довольствоваться общей оценкой, отмечая лишь наступление выздоровления, улучшения или ухудшения, а точно знать, на что и как физиологически действуют применяемые нами меры».

Он же указывал на необходимость в острых стадиях не возбуждающей, а щадящей терапии: сепарация в комнатах тишины, которую он проводил с 1932 г., и вообще рекомендовал прежде всего создавать соответствующую обстановку для лечения. «Возможно, — говорил он, — что в абсцессной терапии имеется нечто и положительное, но если тот же положительный эффект можно получить другими, не столь жестокими и более безопасными мерами, то выгоднее все же обращаться к этим последним».

Нужно сказать, что проф. В. П. Протопопов не только декларировал эти требования, но и сам много работал для того, чтобы выяснить патофизиологические закономерности шизофренического процесса, а также и химические особенности обмена в течении шизофрении. В мае 1936 г. Центральным украинским психоневрологическим институтом уже могла быть созвана сессия на тему «Механизмы и патогенез шизофрении», на которой проф. Протопопов и его сотрудники [2] на большом экспериментально-клиническом материале установили, что работоспособность клеток центральной нервной системы при шизофрении резко ослаблена, их нагружаемость и

---

[1] Цитирую по статье Э. М. Залкинда «Активная терапия психозов» (Труды Уральского психоневрологического института, т. II, 1935).

[2] См. т. X Трудов института под заглавием «Проблемы патофизиологии и терапии шизофрении», Госмедиздат УССР, 1938.

диапазон нормальной деятельности значительно сужены. Проф. Малкин (Свердловск) на этой сессии говорил о лабильности барьерных функций при шизофрении: высокой при токсических острых формах и небольшой у дефектных шизофреников. Проф. М. Я. Серейский указывал на значение редокспотенциала для отграничения органических заболеваний от функциональных. Целый ряд докладов (М. А. Чалисов, Н. М. Вольфсон, Д. Н. Арутюнов, И. А. Полищук) был посвящен биохимии (обмену) шизофрении. Доклад проф. Л. И. Смирнова (УПНИ) «О патологоанатомическом исследовании так называемой шизофрении», вопреки еще весьма распространенному скептицизму, убедительно показал на богатом фактическом материале, что патологическая анатомия является реальным и существенным подспорьем, приближающим нас к разрешению проблемы шизофрении. Исходя из патологоанатомических исследований, проф. Смирнов выделил три основные группы шизофрении. Первая группа характеризуется как первичная инволюция определенных систем нейроэктодермы; клинически — это прогрессирующая, вяло текущая деменция. Во второй группе на первом месте идут изменения мезодермы воспалительного характера; патогенетически эта группа всегда связана с мезогенной интоксикацией. Третья группа характеризуется, в противоположность предыдущим, глиальной активностью.

Это деление шизофрении по патогенезу на три подвида также стремились подтвердить своими клиническими наблюдениями сотрудники клиники В. П. Протопопова, который выделял «фебрильную», резко токсическую форму с сосудистыми изменениями, а в клинике Т. И. Юдина выделялась основная «первично органическая форма», сосудистая («фебрильная» Протопопова) и эндокринно-токсическая.

П. Е. Снесарев был наиболее горячим защитником единства всех форм и типичности патогистологических изменений мозга при шизофрении, которую он считал токсической энцефалопатией. Процесс характеризуется, по Снесареву, гибелью клеток коры отдельными рассеянными участками (пятнами), регрессивными изменениями астроцитарной глии, недостаточностью мезоглии (М. М. Александровская). В. К. Белецкий в согласии со Снесаревым также считал наиболее характерным для шизофрении ареактивность глии.

Постепенно в практической работе начала крепнуть правильная мысль о необходимости изучить патофизиологические особенности каждого процесса для того, чтобы притти к правильному пониманию и рациональному его лечению, к правильной постановке всей психиатрической помощи.

* * *

XVII съезд партии (январь 1934 г.), «съезд победителей», констатировал, что в итоге выполнения плана первой пятилетки заложен фундамент социалистической экономики; основной дальнейшей задачей является уничтожение пережитков капитализма в экономике и сознании людей, усиление идейно-политической работы, постановка со всей остротой вопроса о повышении качества работы во всех отраслях хозяйства.

Относительно здравоохранения товарищ Сталин в своем докладе XVII съезду, говоря об успехах выполнения плана первой пятилетки, сказал: «Наконец следует отметить еще один факт, но уже отрицательного характера. Я имею в виду то недопустимое явление, что педагогические и медицинские «факультеты» все еще находятся у нас в загоне. Это большой недостаток, граничащий с нарушением интересов государства. С этим

недостатком надо обязательно покончить. И чем скорее будет сделано это, тем лучше» [1].

Во второй пятилетке на здравоохранение вместо 5,4 млрд. рублей, ассигнованных в первой пятилетке, было запланировано 19,6 млрд. рублей. Планировался рост числа больничных коек в городах на 44%, в сельских местностях на 98%. Непрерывный рост социалистической промышленности и коллективизированного сельского хозяйства обеспечивал подъем всего дела здравоохранения.

Выполняя указания товарища Сталина, органы здравоохранения реорганизовали подготовку кадров — высшее медицинское образование: к 1938 г. в стране насчитывался уже 71 медицинский вуз и 12 институтов усовершенствования врачей. Число студентов к 1941 г. достигало 123 000, причем ежегодно выпускалось 17 000—18 000 врачей.

Сталинская Конституция, принятая в 1936 г., обеспечила трудящимся право на труд, на отдых, на образование, на бесплатную медицинскую помощь. Сталинские пятилетки создали все условия для того, чтобы «вырастить новое поколение рабочих, здоровых и жизнерадостных, способных поднять могущество Советской страны на должную высоту и защитить грудью от покушений со стороны врагов» (Сталин).

Уже ко второму году второй пятилетки (1935) число психиатрических коек превысило дореволюционное: в 1912 г. по всем областям, которые к 1935 г. входили в состав СССР, согласно подсчетам Главного управления по делам местного хозяйства Министерства внутренних дел [2], как мы видели, было 42 229 коек. Число психиатрических стационаров и коек к 1935 г. представлено в следующей таблице

Республика	Число учреждений	Число коек
РСФСР	100	34 779
УССР	22	9 872
БССР	4	1 815
Узбекская	5	745
Туркменская	1	135
Таджикская	1	15
Другие республики	17	1 181
Всего . . .	143	48 042

Одновременно с ростом психиатрических учреждений улучшалось в них и врачебное обслуживание. Число врачей-психиатров резко увеличивалось, что стало возможным ввиду быстрого роста числа высших медицинских школ. В 1913 г. в России было 19 789 врачей [3]. К 1928 г. их было 62 200, в 1937 г. — 105 600. Открытие большого числа медицинских инсти-

[1] И. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. 11-е, стр. 460.

[2] Для Всероссийской гигиенической выставки, состоявшейся в 1913 г., Главное управление по делам местного хозяйства произвело сводку цифровых сведений о положении психиатрического дела в России и выпустило официальное издание «Призрение душевнобольных в России. Цифровые сведения». Как наиболее достоверные мы и берем эти цифры, тщательно проверявшиеся специально для выставки (в эти сведения входят и койки частных психиатрических лечебниц). Делаем эту оговорку потому, что в отчетах Наркомздрава иногда приводятся несколько отличающиеся от этого числа данные.

[3] Советская психоневрология, 1934, № 3, стр. 72.

тутов, причем в каждом из них имелась кафедра психиатрии, конечно, кроме подготовки врачей, содействовало и лучшей постановке всего лечебного психиатрического дела в той области, где был расположен медицинский институт.

Таково было положение психиатрического дела ко II Всесоюзному съезду невропатологов и психиатров, который состоялся в Москве в декабре 1936 г. Съезд главным образом был занят обсуждением конкретных клинических актуальных вопросов: травмы нервной системы, опухоли головного мозга, шизофрения. В области организационной психиатрии съезд констатировал, что бюджет психиатрических заведений по РСФСР, например, возрос с 60 млн. рублей в 1935 г. до 90 млн. рублей в 1936 г. Увеличились и кадры: число психиатров по РСФСР возросло с 356 в 1916 г. до 1 132 в 1936 г.

Однако съезд констатировал, что число психиатрических коек остается недостаточным. Недостаточно еще развита помощь алкоголикам, эпилептикам и детскому населению. Внебольничная помощь осуществляется преимущественно в крупных городах. В учебных планах медицинских институтов преподавание психиатрии занимает недостаточное место.

Для улучшения дела съезд считал необходимым коечный фонд с 48 000 довести до 85 000 коек; из них 24 000 коек отвести для психически больных с острыми и свежими заболеваниями, 46 000 коек — для хроников, нуждающихся в больничном содержании, и 15 000 коек — для трудовых колоний. Съезд требовал немедленно приступить к составлению планов и рабочих проектов лечебниц для свежезаболевших больных на 100, 150 и 350 коек, устроив их как в центре, так и (особенно) на окраинах. Он настаивал на немедленном приспособлении части существующих домов отдыха и санаториев общего типа под размещение в них больных с пограничными формами, мягко текущими формами душевных и нервных заболеваний. Необходимо всюду организовать детские отделения (до 8% общего числа коек), открыть в психиатрических больницах соматические отделения для внутренних, хирургических и инфекционных больных. Расширить применение различных видов терапии и особенно трудовой терапии. Развернуть научно-исследовательскую работу в психиатрических больницах. Развитие внебольничной помощи должно итти путем развертывания в каждом областном центре нервно-психиатрических диспансеров; необходимо организовать систематическое наблюдение за больными, выписанными из психиатрических больниц. При психиатрических больницах, где имеется больше 350 коек, необходимо организовать нормальные двухгодичные школы медицинских сестер.

Следует также упомянуть о решении съезда в отношении учреждения Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, причем съездом было выбрано временное правление этого общества [1].

Съезд проходил в атмосфере деловой обстановки; число присутствующих доходило иногда до 1 800 человек. «В выступлениях чувствовалось живое биение пульса, энтузиазм строительства. По каждому докладу развертывались самые живые прения с критикой и самокритикой» [2].

В 1938 г. Совнарком РСФСР (постановления от 19 мая и 15 ноября 1938 г.) обязал облисполкомы выделить помещения для дальнейшего развертывания психиатрических коек. Сделаны были крупные ассигнования на ремонт. Общее число коек за год значительно увеличилось.

---

[1] Невропатология и психиатрия, 1939, № 5.

[2] Из протоколов съезда. Труды II Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, IV, стр 687.

Были организованы детские больницы: в Новопетровском, в Сарданеке (Удмуртия), под Ворошиловском, в Смоленске. Вообще к 1939 г. по РСФСР имелись три самостоятельные детские больницы и 27 детских отделений при общих психиатрических больницах.

В организации лечения с 1936 г. также произошли значительные перемены. Введены новые методы лечения шизофрении: метод лечения инсулиновыми шоками и вызыванием судорожных припадков вначале камфорой и кардиазолом, а в дальнейшем электрическим током. Относительная простота методики и получаемые прямо на глазах сдвиги в состоянии больных настолько увлекли некоторых врачей, что они успокоились в поисках объяснения физиологического действия активной терапии.

Мы не хотим сказать, что совсем не было работ, изучавших действие шоковой терапии: многое, как мы увидим ниже, говоря о научной разработке вопроса о патогенезе шизофрении, делалось в этом направлении. Надо упомянуть работы московских клиник [1], работы проф. Серейского в Центральном институте психиатрии РСФСР, работы Украинского психоневрологического института [2], Свердловской клиники [3]. Однако и до настоящего времени, несмотря на то, что лечению подверглись многие тысячи психически больных, мы не имеем длительно прослеженных катамнезов, нет работ, разбирающих, в каких случаях лечение не дает результатов, несмотря на энергичное его проведение, нет объяснения, какие же случаи дают прочное длительное выздоровление и чем отличается выздоровление после шокового лечения от выздоровления без проведения этого лечения. Эти вопросы ждут своего разрешения.

Что касается трудотерапии, то этот вопрос в последний раз разбирался перед Великой Отечественной войной на особом совещании в Москве в марте 1941 г. [4]. На совещании выяснилось, что за последнее время был создан ряд новых организационных форм трудовой терапии: в Харькове занимались трудовой переквалификацией больных и стремились создать специальные цехи для психически больных в кооперации инвалидов [трудовой профилакторий Наркомсобеса (зав. проф. А. М. Вегер)], в диспансере Киевского района Москвы стали обеспечивать больных работой на дому; в Ленинграде трудовой профилакторий ставил перед собой задачу приучения больных к максимальной самостоятельности в быту и на работе, выдавая им сдельную плату за труд.

На совещании был сделан ряд ценных докладов (Д. Е. Мелехов, А. Л. Альтман и др.) о типах работоспособности дефектных шизофреников, а также о механизме и видах трудовой компенсации болезни. Совещание правильно подчеркнуло «исключительно возросшую роль трудовой терапии как могучего психотерапевтического фактора, дополняющего и углубляющего эффект активно-биологической терапии», и указало, что «искусство врача заключается в том, чтобы, следя за трансформацией болезни, все время включались в лечение новые мероприятия, адэкватные структуре данного периода».

Последний раз перед Великой Отечественной войной доклад «Об организационных формах построения основных видов стационарной психиатрической помощи» Г. Г. Карановича был заслушан 31 октября 1940 г. прав-

---

[1] Сборник «Лечение душевнобольных», из клиники проф. Гиляровского, М., 1940.

[2] «Лечение шизофрении», Труды Украинского психоневрологического института, т. XI, Укрмедиздат, 1939.

[3] «Вопросы терапии психических заболеваний», Свердловск, 1941.

[4] Невропатология и психиатрия, 1941, № 6, стр. 87—92.

лением Всесоюзного общества психиатров и невропатологов [1]. В этом докладе указывалось на достигнутые успехи в расширении стационарной помощи в СССР.

Выдвигая в качестве основной установки лечение остро заболевших и организацию психиатрических лечебниц с небольшим радиусом обслуживания [2], Общество правильно указало, что советская психиатрия не снимает при этом вопроса о помощи хроникам путем соответствующего лечения в специальных учреждениях, позволяющих сочетать лечебную помощь с социально-трудовой компенсацией и трудоустройством.

Общество предложило следующую ступенчатость психиатрических учреждений: 1) диспансер; 2) лечебница для первично заболевших на 100 коек, близкая к населению; 3) психиатрическая больница для затяжных форм; 4) трудовая сельскохозяйственная колония для работоспособных хроников и 5) инвалидные дома в системе Наркомсобеса.

Принципы советской психиатрии наиболее полно были осуществлены в Московской области и Москве.

Опыт Московской области показал, что система децентрализации и ступенчатости психиатрической помощи действительно осуществима и полезна.

* * *

Обозревая весь путь реорганизации психиатрической помощи в Советском Союзе, мы видим, какие исключительные сдвиги произошли здесь в самих принципах, положенных в основу организации: то, что достигнуто, является мало сравнимым с имевшимся раньше. Прежде всего вся помощь является государственной, бесплатной, построенной по единому плану. Благодаря широкому развитию диспансеризации, врачебное наблюдение за динамикой болезни и надлежащая своевременная помощь обеспечиваются всем заболевшим; широкое развитие домов отдыха, санаториев служит профилактикой заболеваний, а развитие трудовых профилакториев дает возможность больным с некоторым дефектом не только сохранить, но и развить остаточные трудовые способности и применить их с пользой для общества, причем заботы о трудоустройстве также обеспечиваются диспансерами.

Число больничных коек увеличилось в несколько раз против бывшего в царской России, учреждены больницы на окраинах, в союзных и автономных республиках. Это очень важно, так как коечный фонд царской России был крайне недостаточен, а больниц на окраинах, можно сказать, совсем не было. Но не число коек только определяет удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, а многообразие и дифференциация ее форм, все время меняющихся сообразно характеру обращаемости населения за помощью.

Возможность оказания помощи в самые первые моменты болезни, широко развитая помощь детям, широкие профилактические мероприятия — все это стало основными моментами советской психиатрии, в этом состоит ее главнейшая особенность и этим обусловливается ее успех.

В организации внутренней жизни всех видов лечебных учреждений сделано все возможное для ее улучшения: больницы обставлены всеми

---

[1] Невропатология и психиатрия, 1941, № 1, стр. 57—66.

[2] Необходимость и примерный план лечебницы для свежезаболевших больных на 150 коек (для района с миллионом населения) обоснованы в работе Т. И. Юдина «Об устройстве лечебниц для свежезаболевших», Труды Украинской психоневрологической академии, т. VI, Укрмедиздат, 1935; Невропатология, психиатрия и психогигиена, т. IV, в. 12, 1935.

необходимыми лабораториями, лечебными кабинетами, приняты все меры к активизации соответствующей терапии (все виды физиотерапии, усердное искание новых видов терапии, трудотерапия); приняты радикальные меры к лучшей подготовке кадров врачебного, среднего и младшего персонала и повышению их квалификации; введена постоянная консультация нужных высококвалифицированных специалистов.

Вся история организационной психиатрии до советского периода полна трагизма прежде всего потому, что ее формы диктовались не потребностями больного, а интересами господствующих классов: вся история психиатрии наполнена напряженной борьбой врачей-гуманистов за отношение к психически больному как к больному, за признание необходимости дать ему хоть какую-нибудь возможность улучшения здоровья, за отмену жестокостей по отношению к нему. Дорога к признанию психически больного обычным больным усеяна сначала жертвами инквизиции, изуверства, затем полицейским принудительным помещением всех больных в приюты, чтобы они не мешали спокойной жизни собственников всех рангов, а фашизм показал [1], что и в наши дни психически больные в подпавших под власть фашизма странах стали одной из первых жертв варварского истребления.

Только в установках попечения о психически больных в нашей социалистической стране от начала до конца проявляется признание за этими больными не только всех прав больного человека, но и права на труд, на место в обществе, насколько позволяют остающиеся способности больных к общеполезной работе.

Организация помощи психически больным вступила в нашей стране на новый путь, невозможный в капиталистических странах. В этом главный успех советской психиатрической организации, и это такой успех, о котором другие страны могут разве только мечтать. Истинная профилактика психического здоровья возможна только в том случае, когда «окружающий человека мир устроен так, чтобы человек получал из этого мира достойные его впечатления, чтобы он чувствовал себя человеком,—говорил Маркс [2].—...Если человеческий характер создается обстоятельствами, то надо, сталобыть, сделать эти обстоятельства достойными человека». Все строительство нашей страны, идущей к коммунизму, направлено именно к этой цели, и в этом залог дальнейших успехов всей нашей жизни, всей медицины, всей психиатрии.

Конечно, многое у нас и в настоящее время еще требует дальнейшего развития и улучшения, но весь строй нашей страны, постоянная критика и самокритика, наш советский демократизм обеспечивают непрерывное движение вперед, к полному удовлетворению народных нужд.

---

[1] В период временной оккупации части нашей страны фашисты уничтожили до 20 000 психически больных в больницах (Советская медицина, 1948, № 11, статья А. Н. Шабанова).

[2] К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения, т. V, стр. 498.

XXI. НАУЧНАЯ РАБОТА ПО ПСИХИАТРИИ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ (С 1917 г. ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ)

Великая Октябрьская социалистическая революция поставила перед советскими учеными совершенно новые задачи. «Октябрьская революция... означает коренной перелом в истории человечества ...коренной перелом в способах борьбы и формах организации, в быту и традициях, в культуре и идеологии эксплоатируемых масс всего мира» [1]. Формы организации науки социалистического государства также претерпели коренные изменения. Все предварительно накопленное подлежало критической переработке и объяснению в новом, высшем синтезе всего передового, что достигнуто в истории человечества. Наука должна была стать на службу делу построения социалистического общества. Советская наука — это наука, которая «не отгораживается от народа, не держит себя вдали от народа, а готова служить народу» [2]. Демократизация науки проявилась прежде всего в приобщении широких масс к научному знанию.

Другая особенность советской науки — это связь теории с практикой. Советская наука соединяет теорию с практикой и направляет ее на разрешение задач социалистического строительства. Дело социалистической науки не только объяснять мир и овладевать им, но и уметь изменять его.

Коренная особенность советской науки — ее органическая связь с философским мировоззрением — диалектическим материализмом. Лишь марксистские материалистические взгляды всегда выводили науку на правильный путь. В. И. Ленин, вскрывая в своей гениальной книге «Материализм и эмпириокритицизм» беспочвенность и ошибки разнообразных идеалистических систем, проникших в науку, вместе с тем показал и беспомощность метафизического, механистического материализма в качестве основы для современной науки. Руководством к построению социалистического общества и науки мог быть только диалектический исторический материализм.

В апреле 1929 г. на XVI партийной конференции и V съезде советов (май 1929 г.) был принят первый пятилетний план развития народного хозяйства. И советская наука, направленная на службу выраставшей промышленности, на подъем и воспитание всего народа, также стала планироваться. Плановость и коллективность работы дали возможность увидеть и заполнить те «белые» места, которые существовали во многих разделах науки, и воспитать соответствующих специалистов. Идеалистические течения, время от времени проникавшие в советскую науку глав-

[1] И. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. 11-ое, стр. 175.
[2] И. Сталин, Речь на приеме работников высшей школы 17 мая 1938 г.

ным образом вследствие сохранявшегося низкопоклонства перед западной наукой, неизменно встречали критику. Критика и самокритика должны в социалистической стране стать могучим орудием, подлинной силой, двигающей науку вперед. В лучших своих образцах советская наука стала, говоря словами И. В. Сталина [1], наукой, «люди которой, понимая силу и значение установившихся в науке традиций и умело используя их в интересах науки, все же не хотят быть рабами этих традиций». «Советская наука стала наукой, которая имеет смелость, решимость ломать эти традиции». Не только объем исследований, но и высота, широта, оригинальность научной мысли были задачей советской науки.

Революционно-демократические традиции передовой русской общественной мысли и материалистические традиции русской передовой науки создали благоприятные предпосылки для усвоения и дальнейшего развития науки, основанной на учении Маркса — Энгельса — Ленина, которые «являются не просто родоначальниками какой-либо философской «школы», — они живые вожди живого пролетарского движения, которое растет и крепнет с каждым днем» [2].

Развитие марксистской психиатрии больше, чем других отделов медицины, тормозилось трудностью разработки философской проблемы отношения субъекта к объекту, особенно сильным в науке о психике, о «душе» влиянием идеалистических течений. Советской психиатрии пришлось преодолеть много ошибочных теорий, но критическая мысль наших ученых толкала их на путь самоотверженных исканий правильной теории, достойной социалистической страны.

В основных научных центрах — Ленинграде, Москве, Харькове, Киеве — научная работа не прекращалась даже в самое тяжелое время гражданской войны.

В это время прежде всего изучались, естественно, те проблемы, которые касались наиболее часто встречавшихся в ту тяжелую эпоху заболеваний: психозы при сыпном тифе (работы В. А. Гиляровского — бред двойника, монография Н. И. Гиршберга, А. В. Триумфова и др.), малярийные психозы (монография А. А. Перельмана), психические реакции при истощении (книга Д. Б. Франка, работы Е. К. Краснушкина, Т. И. Юдина). П. Б. Ганнушкин обратил внимание на частоту сосудистых реакций в тяжелых жизненных условиях [3]. Правда, его работа «О нажитой инвалидности» [4] встретила серьезную критику, и, действительно, его слишком пессимистическая прогностика сосудистых изменений, термин «инвалидность», вызвавший представление о необратимости страдания, а также связывание сосудистых изменений главным образом с переутомлением дальнейшими исследованиями (в особенности в Великую Отечественную войну, когда изучением изменения сосудистого тонуса занялись многие специалисты) не подтвердились.

Однако П. Б. Ганнушкину принадлежит несомненная заслуга: он первый обратил серьезное внимание на роль сосудистого фактора в патогенезе психических заболеваний военного времени.

Порожденная войной детская беспризорность и заботы советского правительства о беспризорных детях, большое число детских учреждений, возникших в связи с этим, повели к большому числу работ по изучению психических отклонений у детей. Именно в эти годы в СССР начала разви-

---

[1] И. В. Сталин, Речь на приеме работников высшей школы 17 мая 1938 г.

[2] И. В. Сталин, Сочинения, т. 1, стр. 350.

[3] Первый заговорил о расстройстве кровообращения под влиянием душевных волнений еще в 1898 г. А. Я. Кожевников (Врач, 1898, № 49).

[4] Труды психиатрической клиники I Московского университета, М., 1927, т. II.

ваться детская психиатрия (В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич). Вырос ряд крупных специалистов в этой области (Н. И. Озерецкий, Г. Е. Сухарева, Т. П. Симсон, Е. А. Осипова и др.), благодаря чему изучение детских психозов стоит теперь у нас несравнимо выше, чем в Западной Европе. В первые годы советской власти появился ряд книг по воспитанию отсталых детей (А. С. Грибоедов, П. П. Кащенко), развилось психологическое исследование детской одаренности (тесты Г. И. Россолимо и работы его сотрудников С. Я. Рабинович, И. М. Присмана, Ф. Д. Забугина, А. М. Шуберт и др.), началось изучение расстройств детской речи (Ю. А. Флоренская). Как в Москве, так и в Ленинграде вышли специальные сборники работ по детской психопатологии («Новое в психоневрологии детского возраста» под редакцией А. С. Грибоедова и Н. И. Озерецкого и «Сборник Центрального института санитарии и гигиены подростков» под редакцией М. О. Гуревича, Г. Е. Сухаревой и З. А. Соловьевой) и учебник детской психопатологии М. О. Гуревича.

Государственным диспансером в Москве было издано немало работ по обследованию различных производств (И. Г. Равкин и др.), а также инвалидных домов (Е. Н. Каменева), ценных работ по профессиональным интоксикациям [С. Н. Давиденков из Государственного диспансера, А. М. Гринштейн (Харьков)], работ, посвященных начальным формам психозов и неврозов [1]. Л. Я. Брусиловский, Т. Е. Сегалов описали психику пострадавших при большом землетрясении в Крыму.

В связи с организацией наркодиспансеров-вытрезвителей шло научное изучение алкоголизма: вышли монографии З. А. Гуревича и А. З. Заленского в Харькове, работы Церасского, Богомолова и Хандарьяна в Москве, М. Н. Ксенократова в Казани.

Еще в 1917 г. вышел первый том («Общая психопатология») учебника психиатрии В. П. Осипова и в 1925 г. — второй том («Частное учение о душевных болезнях»), в 1925 г. вышел учебник психиатрии М. О. Гуревича и М. Я. Серейского, в 1929 г. — учебник В. А. Гиляровского, в 1929 г. — «История психиатрии» Ю. В. Каннабиха.

Уже с 1922 г. стали возобновляться и журналы по психиатрии: в 1922 г. в Москве — «Журнал психологии, неврологии и психиатрии» (четыре тома), в 1926 г. в Ленинграде — «Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии» (последнее слово впоследствии было заменено словами «экспериментальной психологии») и «Вопросы изучения и воспитания личности»; с 1924 г. в Киеве под редакцией В. М. Гаккебуша и Б. Н. Маньковского стал выходить журнал «Современная психоневрология»; в 1931 г. издание этого журнала было передано Украинской психоневрологической академии (Харьков) и вплоть до Великой Отечественной войны он издавался под названием «Советская психоневрология»; с 1926 г. в Москве возобновилось издание «Журнала невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова», в 1929 г. переименованного в журнал «Невропатология, психиатрия и психогигиена», а с 1937 г. носящего название «Невропатология и психиатрия»; с 1926 г. в Ленинграде возобновилось издание бехтеревского «Обозрения психиатрии».

Всей этой широкой работе содействовало прежде всего открытие специальных научных институтов и постепенное открытие все большего и большего числа медицинских факультетов и кафедр психиатрии при них.

Советское правительство с первых же лет его существования стало открывать исследовательские научные институты и по мере экономического

[1] Проблемы неврастении и невроза, Биомедгиз, 1935.

развития щедро отпускало на научные работы все бо́льшие и большие средства.

Уже в 1920 г. в Москве при управлении научными учреждениями Главнауки Наркомпроса был открыт под руководством невропатолога В. В. Крамера, психиатров А. Н. Бернштейна и Ф. Е. Рыбакова и психолога А. П. Нечаева Невро-психиатрический институт, который в 1924 г. перешел в ведение Наркомздрава, а в январе 1925 г. был реорганизован в Государственный невро-психиатрический диспансер (Л. М. Розенштейн). Этот институт, помимо отдельных брошюр, издал два выпуска трудов «Психогигиенические и неврологические исследования».

В Ленинграде вначале ряд научно-исследовательских и практических психиатрических учреждений под руководством проф. В. М. Бехтерева входил в состав Психоневрологической академии. После смерти Бехтерева с 1929 г. учреждения академии были разделены на три части: было организовано два психиатрических института: Институт мозга имени Бехтерева, работавший под руководством В. П. Осипова, Невро-психиатрический научно-исследовательский институт имени Бехтерева и высшее учебное учреждение — II Медицинский институт.

На Украине в 1921 г. под руководством А. И. Гейманович возник развивший большую научную работу и выпустивший до 1932 г. 16 сборников и 2 монографии Психоневрологический институт, а в 1923 г. на базе психиатрической больницы под руководством В. П. Протопопова был организован Украинский институт психиатрии и психогигиены. В 1932 г. оба эти института слились в Украинскую психоневрологическую академию, имевшую три нервные (А. И. Гейманович, А. М. Гринштейн, И. Н. Филимонов) клиники, нейрохирургическую клинику (З. И. Гейманович, пять психиатрических клиник (В. П. Протопопов, Т. И. Юдин, Е. А. Попов), В. В. Браиловский, М. А. Гольденберг), клинику неврозов (А. И. Ющенко), судебнопсихиатрическую клинику (А. Л. Лещинский), прозектуру (Л. И. Смирнов). Кроме того, имелось три гистопатологические лаборатории, лаборатория физиологической анатомии нервной системы (А. М. Гринштейн), цитоархитектоники (И. Н. Филимонов, а затем доцент М. Е. Соболь), патологической физиологии нервной системы (Д. Е. Альперн), условных рефлексов (Г. В. Фольборт), высшей нервной деятельности (В. П. Протопопов), биохимии (М. А. Чалисов) и психологии (А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев в первые годы, затем М. С. Лебединский). В 1936 г. Психоневрологическая академия была переименована в Центральный украинский психоневрологический институт [1].

Кроме того, с 1922 г. открыт Киевский психоневрологический институт, а с 1931 г. — Психоневрологический институт в Одессе, известный главным образом работами Г. И. Маркелова и его сотрудников (Л. Л. Пападато, Л. Б. Бирбраир, Н. С. Кондратьев) по вегетативной нервной системе и работами Е. А. Шевалева по общей психопатологии.

В Белоруссии при Белорусской академии наук был создан Белорусский психоневрологический институт.

В Тбилиси открыто два института: Государственный психоневрологический, основанный по инициативе и под руководством М. М. Асатиани, и Институт функциональных нервных заболеваний Тбилисского горздравотдела.

---

[1] «Украинская психоневрологическая академия. Научная деятельность», Харьков, 1934; «Диссертации и отчет о научной работе», Харьков, 1940; «25 лет Украинского психоневрологического института», Труды Украинского психоневрологического института, Харьков, 1945, т. XV.

Кроме того, созданы краевые психоневрологические институты в Горьком и Перми (Молотове).

Помимо институтов, научная работа проводилась и на кафедрах психиатрии в вузах. Так, психиатрическая клиника Московского университета выпустила при П. Б. Ганнушкине три сборника своих трудов, Казанская клиника — также три сборника; по одному сборнику выпустили Одесская (1923) и Смоленская клиники. Выпускали сборники научных работ и большие больницы: сборники Больницы имени Кащенко в Москве, сборник Больницы имени Балинского в Ленинграде, сборник к тридцатилетию Одесской больницы, юбилейный сборник, посвященный А. И. Ющенко (Ростов) и др.

Ведущую роль в клинической и организационной психиатрии после революции, как и раньше, играла московская школа, во главе которой стал П. Б. Ганнушкин (1875—1933) — продолжатель лучших традиций этой школы.

В своей статье, посвященной 25-летию со дня смерти С. С. Корсакова (1925), П. Б. Ганнушкин подчеркнул три особенности Корсакова, которые он назвал «живым символом всего лучшего, что есть в психиатрии». Это, во-первых, организация помощи и систематическая забота о психически больном, активная любовь к нему; во-вторых, постоянное соединение научной работы с практической деятельностью: «наука о душевнобольном и конкретная забота о нем неразъединимы»; в-третьих то, что С. С. Корсаков в своих работах «своеобразно предвосхищал будущее науки». Все эти три особенности Корсакова, раскрываемые на новом историческом этапе, несомненно, принадлежали и Ганнушкину.

Еще до революции (с 1908 г.) вокруг Ганнушкина как редактора журнала «Современная психиатрия», как уже говорилось, объединилась большая группа радикально настроенных земских психиатров. С самого начала Великой Октябрьской социалистической революции, будучи ординатором Московской психиатрической больницы на Канатчиковой даче, П. Б. Ганнушкин повел борьбу против саботажа среди сотрудников своей больницы, а позже—среди всех московских психиатров. В первые же месяцы советской власти союз психиатров, во главе правления которого стоял П. Б. Ганнушкин, вошел в тесный контакт с советом врачебных коллегий, организовавшим советское здравоохранение, и на запрос совета рекомендовал для участия в организации психиатрической части членов союза П. П. Кащенко, Л. А. Прозорова и И. И. Захарова.

Став в мае 1918 г. профессором Московского университета, П. Б. Ганнушкин прежде всего поставил себе задачу помочь советской власти, организуя всех врачей-психиатров для восстановления психиатрической организации страны. В клинике, где вокруг него сгруппировались значительные психиатрические силы, он начал интенсивную преподавательскую и научную работу, причем прежде всего теоретически и клинически прорабатывались те проблемы, которые выдвигались жизнью и сейчас же по необходимости внедрялись в практику. Из первых его сотрудников Т. А. Гейер занимался главным образом изучением клинического течения психозов, М. О. Гуревич — патологической анатомией и детской психиатрией, Т. И. Юдин — вопросами наследственности в психиатрии, Е. К. Краснушкин изучал роль эндокринных факторов в психиатрии и занимался организацией судебной психиатрии, М. Я. Серейский изучал вопросы биохимии, обмена, Л. М. Розенштейн занимался вопросами «малой психиатрии» и диспансеризацией.

Научные интересы П. Б. Ганнушкина, когда он возглавил кафедру, попрежнему сосредоточивались главным образом на изучении пограничных

форм, связи психотических вспышек с переживаниями больного и его соматическими особенностями. Еще Корсаков в своем «Курсе психиатрии» справедливо утверждал, что «психиатрия есть учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах в тесном смысле». Освещая так называемые симптоматические психические расстройства, с которыми «врачу приходится иметь дело довольно часто», Корсаков стремился привлечь к этим формам внимание психиатров, так как «ранее такие формы, как лихорадочный бред или расстройство интеллектуальной деятельности под влиянием острых отравлений,... ускользали от непосредственного анализа психиатров ... Если они будут зачислены в круг форм, входящих специально в психиатрию, то анализ их со стороны людей, умеющих разбираться в симптоматологии психических расстройств, принесет существенную пользу».

П. Б. Ганнушкин не только развил эту идею Корсакова [1], но и создал еще более широкое понимание задачи психиатра в области так называемой малой психиатрии, патологической психологии, если так можно сказать, т. е. в области реакций здорового человека, практически не справившегося с тяжелой ситуацией. Ганнушкин полагал, что психиатр, привыкший наблюдать и анализировать, как перерабатываются события жизни в психозе, может лучше проанализировать и дисгармонии развития характера человека. Не впадая в метафизику, как многие зарубежные психиатры, считаясь с биологическими особенностями («почва») конкретной личности, он стремился изучить, как под влиянием социальной среды развивается, уклоняясь временами в сторону от способности овладеть окружающим, психика человека.

В то же время Ганнушкин указывал всегда и на пластичность психики, на возможность исправления психических дефектов. Мы уже говорили, что одним из первых наблюдений Ганнушкина в бурное время военной борьбы с интервентами и белогвардейцами было его наблюдение о той нагрузке, которая падает на сосудистую систему, о возможности «нажитой» сосудистой психической инвалидности.

В 1930 г. он сам со свойственной его незаурядному уму острой критичностью не задумался отказаться от имевшегося в работе ошибочного утверждения — обязательности инвалидизации, так как из этого положения делались недопустимые выводы. В самокритичной статье Ганнушкин выступил с мыслями, полными оптимизма по отношению к возможности устранения отдельных патологических факторов. «Нажитая инвалидность есть нечто такое, — писал он, — что наживается, но что точно так же может быть целым рядом мероприятий и предупреждено... Не панику или пессимизм, а бодрость и уверенность в возможности справиться с этим заболеванием имеет в виду изучение генеза и развития этой формы...» .[2]

Завершил свою работу П. Б. Ганнушкин монографией «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» [3]. В этой работе кратко, но ярко изложены главные основы психиатрических взглядов Ганнушкина, резко отличавшихся от метафизических идеалистических взглядов западных авторов. Считая, что Крепелин хорошо разработал статические порт-

---

[1] По его инициативе в соматической больнице имени Боткина было в 1932 г. организовано психиатрическое отделение для инфекционных больных.

[2] П. Б. Ганнушкин, Об охране здоровья партактива, Революция и культура, 1930, № 4.

[3] Издательство «Север», М., 1933.

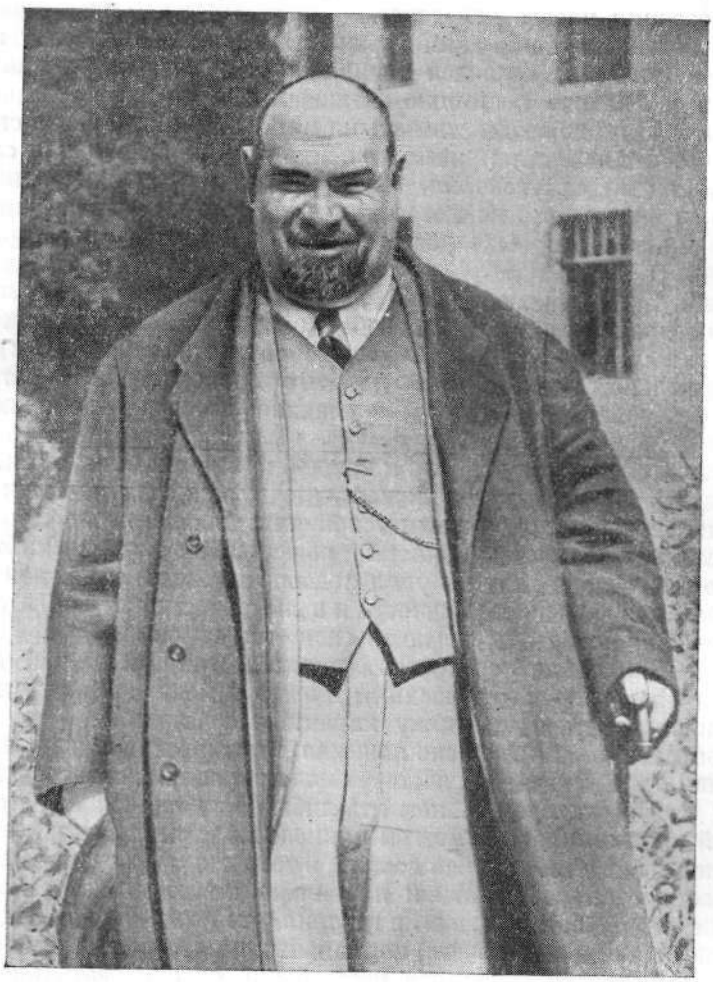
реты выраженных психопатических личностей, Ганнушкин в то же время признавал эти типы «мертвыми схемами», находил, что психиатрия Крепелина недостаточна для понимания психического мира конкретной личности. Он считал, что «при благоприятных условиях неуравновешенность может остаться в скрытом состоянии» и что психопат сохраняет тогда «весь внешний облик нормальных людей». В своей книге он не только причислял к психопатиям «неврозы органов», но и говорил о реакциях конкретной личности на все соматические заболевания и даже на все жизненные затруднения. Хотя Ганнушкин противопоставлял ситуационные реакции органическому процессу—разрушению, который обусловлен не столько почвой, сколько «степенью самой биологически обусловленной болезни», но и при органических болезнях-процессах не придавал решающего значения синдрому, а «сквозь синдром» учил видеть «почву» — живого человека во всей его целостности. Так, однажды, когда его спросили, как диференцировать артериосклероз от сосудистого сифилиса мозга, он ответил: «Сифилитик злее».

В то же время на первой же странице своей книги Ганнушкин писал: «Совершенно необходимо найти для психопатий соматическую базу или хотя бы определенные соматические корреляции... Такие попытки должны делаться, и они рано ли, поздно ли, но увенчаются успехом... Пока у нас нет соматической базы, приходится изучать этот важнейший материал в том аспекте, в каком он доступен»... «Психопат, — писал Ганнушкин, — должен изучаться как целое, как личность, во всей ее полноте, во всем объеме. Мы должны изучать клинику психопатий, но необходимо взять эту большую группу за одно целое, не разрывая отдельных ингредиентов». «Психопата должно изучать во взаимоотношении с окружающей средой, во всех его реакциях. Фактор социальный, ситуационный мы не только не игнорируем, а определенно подчеркиваем и имеем в виду». «Необходимо изучать, как действует на каждый тип психопатии, д а и н а к а ж д о г о з д о р о в о г о ч е л о в е к а, та или иная инфекция, развивающийся склероз, травма, чем отличается у каждого субъекта период созревания, какие у него картины опьянения, чего ждать от данного субъекта, если он потеряет кого-либо из близких, если он содержится под следствием, в тюрьме». Ганнушкин говорил, что «...несомненно, прямое отношение к психопатиям имеют и так называемые тики, заикание, неврозы органов (астма, колиты, неврозы сердца, желудка), которые „нередко являются прекрасным образчиком развития разных психопатий“».

Таким образом, Ганнушкин придавал несколько иной смысл термину «психопатия», чем это общепринято. Быть может, такое применение термина, взятого из патологии, к явлениям развития характера было не совсем удачным, но соображения Ганнушкина о динамике характера в высокой степени практически ценны.

Монография Ганнушкина, несомненно, содержит большой материал для будущих исследований. В его взглядах было еще много незавершенного, так как для окончательного решения многих поднятых им проблем в науке еще не было соответствующих завершенных данных. Но его взгляды базировались на началах динамики, развития личности в окружающих социальных условиях: ни синдром, ни конституция не являлись для него решающими в диагнозе.

По поводу связи характера с телосложением, например, Ганнушкин писал (стр. 126): «Существует мнение, что жизненная судьба психопата в известной мере определена самим типом его телосложения, дана в нем. Это положение, конечно, не выдерживает критики, ибо свидетельствует... об остановившихся формах жизни...»



П. Б. Ганнушкин.

Закончил свою монографию Ганнушкин такими словами: «Жизненная сила конституциональных психопатий зависит от социальной среды в широком смысле этого слова. Можно определенно сказать, что правильно организованная социальная среда будет заглушать выявление и рост психопатий; можно с полным основанием думать, что социалистическое устройство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с новой социальной средой будет препятствовать выявлению психопатий и явится залогом создания нового человека».

Из изложенного понимания развития характера вытекают и особенности терапевтических взглядов Ганнушкина: он был выдающимся психотерапевтом и главное постоянно активным в своей профессии человеком, старающимся активно воздействовать на мир. Он убежден был в силе психотерапевтического лечения, причем его психотерапия была крайне самобытна, исходила, как он сам говорил, «из понимания практики жизни каждого больного», а задачей его психотерапии было сглаживание дисгармоний характера, причем он был убежден в возможности перестройки характера.

Тонкий знаток человеческой души, всегда чуткий, внимательный, необычайно простой, он обладал особым очарованием, неотразимо действовавшим даже на лиц, недоброжелательно к нему настроенных, и благодаря этому он умел, беседуя с больным, понять его положение и его затруднения. «Умение беседовать с больным» — главная задача врача-психиатра по Ганнушкину.

Его психотерапия подходила к каждой конкретной личности, учитывая и индивидуальные особенности личности (почву), и связи личности с конкретными общественно-историческими условиями; для него личность в полном смысле слова была «совокупностью общественных отношений» (Маркс). И именно благодаря этому он умел подобрать «ключ» к каждой личности, убежденный в пластичности личности и в способности ее при благожелательной помощи окружающих сгладить свои дисгармонии.

П. Б. Ганнушкин прекрасно понимал, что «сознание человека — продукт общественных отношений»; именно исходя из этого положения, он стремился понять и динамику характера в клинике.

Одновременно он прекрасно понимал, что «на каждом шагу факты напоминают нам о том, что мы не властвуем над природой, как завоеватель властвует над чужим народом,... как кто-либо находящийся вне природы, что мы нашей плотью, кровью, мозгом принадлежим ей и внутри ее находимся и все наше господство над ней состоит в том, что мы в отличие от всех других существ умеем постигать и правильно применять ее законы»[1]), что «мышление есть функция мозга», и говорил, что когда-нибудь будут найдены и соматические основы («почва») нормальных и патологических психических реакций, и всячески стремился всесторонне организовать биологическое изучение, не отрывая биологического от социального.

Однако сам он считал себя только психопатологом-клиницистом и исследование соматической стороны — исследование обмена, эндокринных желез, соматических изменений в связи со средой и патологоанатомические исследования — он предоставил своим сотрудникам.

Здесь, в связи с развившимся на Западе учением о стойкой, неизмененной конституции, только биологического понимания типов телосложения и характера, мендель-моргановского учения о наследственности, был сделан ряд ошибок. Например, автор настоящего труда Т. И. Юдин в 1926 г. на-

---

[1]) Ф. Энгельс, Диалектика природы, 1948, стр. 143.

писал глубоко ошибочную книгу «Евгеника»[1], в которой начетчески-объективистски изложив все имевшиеся теории наследственности и изменчивости, говорил о необходимости создать «социалистическую евгенику» (?!).

Категорически отрицая допустимость стерилизации и вообще насильственных мер, доказывая их псевдонаучность, автор делал ошибку, считая возможным построить «социалистическую евгенику» — улучшить характер и уменьшить психические болезни, исходя из закономерностей естественного отбора, забывая, что с момента развития человеческой производственной деятельности сам человек становится фактором эволюции, меняется специфика закономерностей эволюции; не отбор, не борьба за существование являются определяющими эволюцию человека, а рост общественного производства и изменение общественных отношений. «Поскольку для социалистического человека вся история есть не что иное, как образование человека человеческим трудом, как становление природы человеком, постольку он обладает последним неопровержимым доказательством своего рождения самим собою, процесса своего возникновения», говорит Маркс [2]. Работа явилась результатом некритического переноса на советскую почву идей английского евгенического движения. В Англии, проповедуемое идеалистами Голтоном и Пирсоном, оно носило лицемерный, реформистский характер, ставило своей целью убедить людей, не прибегая, однако, ни к каким насильственным мерам, не заключать браков с больными, с впавшими в нищету.

Однако в Америке оно повело к изданию законов о стерилизации наследственно больных и преступников, а в Германии, развившись самостоятельно от английского, приняло характер реакционной человеконенавистнической «расовой гигиены».

В 1920 г. и в советской стране было образовано Русское евгеническое общество, в котором принял участие и Т. И. Юдин. В 1930 г. «Евгенический журнал» прекратил свое существование, и Т. И. Юдин, поняв свои ошибки, вопросами евгеники больше не занимался.

Московская клиника при П. Б. Ганнушкине много и усердно работала и по выковыванию новых молодых кадров. За время заведывания Ганнушкиным из клиники вышли следующие научные работники: Н. И. Озерецкий, О. В. Кербиков, А. И. Молохов, С. Г. Жислин, Д. С. Озерецковский, Ф. Ф. Детенгоф, Я. П. Фрумкин, А. О. Эдельштейн, Б. Д. Фридман, А. Г. Галачьян, П. М. Зиновьев, С. В. Крайц, Д. Е. Мелехов, А. М. Дубинин, А. Н. Залманзон, М. З. Каплинский, Р. Е. Люстерник, В. М. Морозов и др.

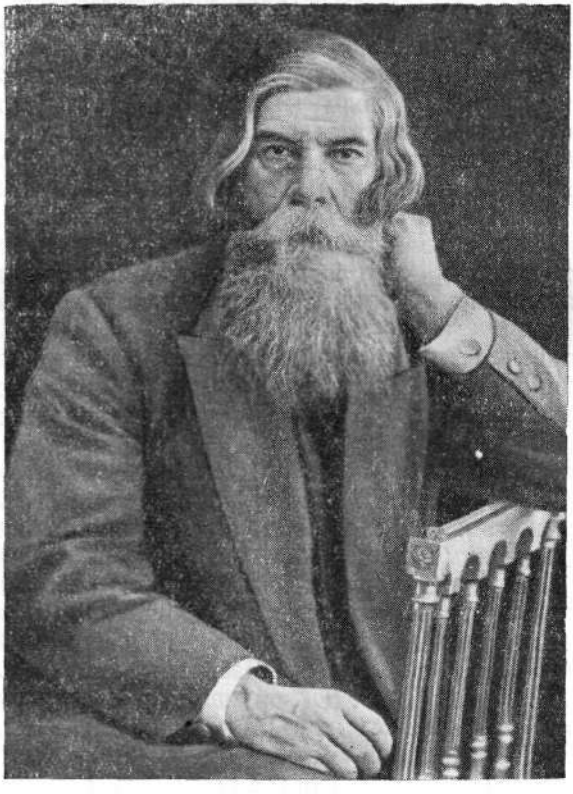
Колоссальную деятельность в первые годы после революции развил и глава петербургской невропсихиатрической школы В. М. Бехтерев. В публичной речи в январе 1919 г. он говорил: «На переломном этапе истории нельзя стоять в стороне и ждать... Нужна воля к действию, к строительной работе». Механистический материалист по всей прежней своей работе, теперь он считал своей задачей широко обосновать на основе этого миросозерцания всю человеческую деятельность, всеми силами и со всей своей обычной энергией стараясь помочь советской власти.

Еще в 1917 г. им было опубликовано первое издание «Общих основ рефлексологии человека». Здесь впервые вместо термина «объективная психология» им был введен термин «рефлексология». Как всегда активный и энергичный, он и на совещаниях по психиатрии, и на конференции по научной организации труда (Москва, 1921), и на съезде по дефективному детству, и на съезде врачей по охране материнства и младенчества выступал с пропаган-

[1] Первое издание Сабашникова, М., 1926; второе издание, Москва, 1928.
[2] К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения, т. III, стр. 632.

дой своей рефлексологии, считая, что «субъективная психология в будущем явится только дополнительным знанием, которое свои задачи будет сообразовывать с данными объективной науки — рефлексологии...»[1]. В 1922 г. вышла в свет книга В. М. Бехтерева «Коллективная рефлексология», в которой он давал «обоснование и применение рефлексологического метода и в общественной жизни человека» [2].

Учение В. М. Бехтерева получило широкое распространение, но постепенно, в особенности после выхода в свет «Коллективной рефлексологии», начало раздаваться все больше и больше критических замечаний против его всеобъемлющего характера в рефлексологии. Бехтерев хотел объединить все биологические и гуманитарные науки.



В. М. Бехтерев.

В «Коллективной рефлексологии» Бехтерев стремился доказать, что во всех физических, биологических процессах, во всех проявлениях личности человека и общества господствует одна и та же закономерность. Везде, например, господствует один и тот же закон тяготения. «Всякое сотрудничество и симбиоз являются особым видом биологического тяготения...» [3]. «Везде один и тот же принцип — инерции, будет ли он проявляться в сохранении раз принятого положения или движения физических тел или в сохранении биологического вида путем наследственной передачи, или в прочном сохранении народных обычаев страны» [4].

В основе ошибочных взглядов Бехтерева лежали энергетические воззрения Освальда, которого Ленин назвал «крупным химиком и мелким философом»[5]. Энергия, с точки зрения Бехтерева, возникала путем дематериализации. «Энергетический монизм устраняет дуализм физического и психического понимания энергии нервного тока в смысле ионного процесса как атомно-молекулярного движения. Материя, утратив свои основные

---

[1] Из предисловия ко второму изданию «Общих основ рефлексологии», Гиз, М. — Л., 1923.

[2] В. М. Бехтерев, Коллективная рефлексология, 1921, стр. 241.

[3] В. М. Бехтерев, Коллективная рефлексология, 1921, стр. 291.

[4] В. М. Бехтерев, Психология, рефлексология и марксизм, 1925, стр. 33.

[5] В. И. Ленин, Материализм и эмпириокритицизм, Госполитиздат, 1945, стр. 237.

свойства, перестает быть материей, превращаясь в физическую энергию» [1].

Отрицал Бехтерев и понятие причинности: в «Коллективной рефлексологии» он говорил «не о законе причинности, а о законе зависимых отношений».

Само собой разумеется, что эти идеи Бехтерева встретили резкую критику, да и самого Бехтерева многое не удовлетворяло, и он до самой своей смерти в 1927 г. дополнял и исправлял свои теории [2]. В 1926 г. в третьем издании своих «Основ рефлексологии» он уже признавал, правда, ограниченное, значение метода самонаблюдения и таким образом сделал некоторый шаг вперед от своей концепции полного отрицания психологии. В 1925 г. под редакцией Бехтерева вышел сборник «Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы», в котором Бехтерев старался подчеркнуть материалистически обоснованную динамичность — историчность своего мировоззрения. К участию в сборнике был привлечен А. А. Ухтомский, давший в сборник свою работу «Принцип доминанты». В сборнике разрабатывалась также «генетическая рефлексология», изучавшая постепенное развитие рефлексов у ребенка (М. М. Щелованов, В. Н. Осипова) [3], «индивидуальная рефлексология», изучавшая типы вариации двигательных рефлексов у человека. В 1926 г. был издан второй том сборника «Новое в рефлексологии», в котором дальше разрабатывалось учение о доминанте и были помещены статьи Л. Л. Васильева, Б. Г. Ананьева, Плотникова («Труд и доминанта», «Инстинкты и доминанта»), А. А. Ухтомского («О состоянии возбуждения в доминанте») и др.

На первых этапах советской науки, когда ей прежде всего в области психологии, которая при правильном историко-материалистическом ее понимании является с точки зрения Ленина одной из важнейших областей знания, из коих должна сложиться теория познания и диалектики, бехтеревская рефлексология сыграла известную положительную роль. «Нельзя рассуждать о душе, не объяснив, в частности психических процессов: прогресс тут должен состоять именно в том, чтобы бросить общие теории и философские построения о том, что такое душа, и суметь поставить на научную почву изучение фактов, характеризующих те или другие психические процессы» [4]. И Бехтерев именно к этому и стремился. На основе критики механистических взглядов Бехтерева началась энергичная перестройка русской академической психологии.

Построение психологии на основе марксистской методологии совершалось в упорной идеологической борьбе, и старая психология к концу 30-х годов, как заявлял в своих «Основах общей психологии» в 1946 г. С. Л. Рубинштейн, «потеряла бо́льшую часть своих позиций... Механицизм рефлексологии, эклектизм реактологии (К. Н. Корнилов), некритическое следование за модными зарубежными теориями (Л. С. Выготский), выдававшимися за марксистскую психологию, и педологические извращения завели психологию в тупик... Педологические извращения в системе Наркомпроса

---

[1] Напомним, что сам Освальд называл свою энергетическую теорию «преодолением научного материализма» (Die Ueberwindung des wissenschaftlichen Materialismus). Так, по крайней мере, называлась одна из его лекций 1895 г. Еще в 1908 г. Освальд отказался от своей теории.

[2] «Рефлексология или психология», сборник 1, Л., 1929.

[3] Еще до революции, как мы говорили, при Психоневрологическом институте был основан Институт воспитания ребенка, а с 1919 г. выпускались сборники «Вопросы изучения и воспитания личности». В 1921 г. в таком сборнике появился отчет «О деятельности Психоневрологического института как высшего педагогического учреждения и его роль в педагогике».

[4] В. И. Ленин, Сочинения, изд. 4-е, т. I, стр. 126—127.

привели к свертыванию научной работы по психологии и искусственному ее вытеснению». Но следует помнить, что освободить психологию от идеалистических наслоений было задачей нелегкой, тем более что телеологическая психология редко выявлялась в чистой и последовательной форме, а постоянно маскировалась отдельными элементами материалистической психологии. Диалектико-материалистическую психологию приходилось строить фактически заново. И необходимо было, прежде чем строить общую теорию, обратиться к исследованию отдельных частных проблем, что и сделали многие психологи: с 1931 по 1941 г. разрабатывались педагогические [кафедры педагогических институтов Харьковского (А. Н. Леонтьев) и Московского (А. А. Смирнов], прикладные психопатологические вопросы (Б. Г. Ананьев в Институте мозга им. Бехтерева в Ленинграде), вопросы зоопсихологии (работы М. Н. Ладыгиной-Котс, В. Боровского, Н. Войтонис), П. П. Блонский вел работы о памяти, Б. М. Теплов — о способностях и ряд других.

Для правильного построения материалистической теории психической деятельности необходимо было систематически разрабатывать, все более расширяя физиологию высшей нервной деятельности, ход эволюции человеческого сознания.

В этом отношении исключительно успешно развивалось и открыло новую эру в учении о физиологической основе психики, мышления учение И. П. Павлова.

Учение И. П. Павлова [1] о «временных связях» (условных рефлексах), начатое им до революции, продолжало систематически развиваться. Павлов не стремился, как Бехтерев, к созданию космологической системы, объясняющей все стороны человеческой деятельности, а с чисто физиологической точки зрения расчленял и анализировал простейшие действия животных, стремясь «... найти такое элементарное психическое явление, которое целиком, с полным правом могло бы считаться вместе с тем и чистым физиологическим явлением, и, начав с него,... получить объективную картину всей высшей деятельности животных».

Таким явлением и было образование условных рефлексов первого порядка. В 1923 г. И. П. Павлов опубликовал свою книгу «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных», в которой содержится «все, что за эти 20 лет было изложено в лекциях, докладах, статьях в России и за границей»[2]. В 1927 г. Павлов дал систематическое изложение своих исследований в книге «Лекции о работе больших полушарий головного мозга», где он изложил законы иррадиации и концентрации раздражения, взаимной индукции и тормозного процесса; внешнего и внутреннего торможения: угасания, условного торможения, запаздывания сна и так называемых гипноидных фаз. В методе Павлова речь шла не об объективной психологии, а об объективном методе изучения мозговой деятельности. По Павлову, все поведение высших животных и человека мы должы признать состоящим из закономерных ответов центральной нервной системы на различные экзо- и эндосоматические раздражения. Вся нервная деятельность состоит из врожденных (безусловных) и приобретенных в течение индивидуального развития (условных) рефлексов. Кора головного мозга является не только воспринимающим полем,

[1] По постановлению Совнаркома от 24 августа 1921 г. была создана особая комиссия, которой было поручено «в кратчайший срок создать наиболее благоприятные условия для обеспечения научной работы акад. И. П. Павлова и его сотрудников». Так, даже в самые тяжелые годы советская власть заботилась о науке.

[2] В 1938 г. в Ленбиомедгизе вышло шестое проверенное и вновь дополненное издание.

в котором проицируются как пространственно, так и временно все раздражения, получаемые экстеро-, интеро- и проприорецепторами, но и несет функции замыкающие. Многократное совпадение нескольких мышечно-двигательных раздражений ведет к установлению целой ассоциативно-двигательной цепи, дает «цепной условный рефлекс». Если в рецепторной функции коры заложено начало анализа внешней среды, то в замыкательной мы имеем как бы первый синтез этих элементов. Таким образом, головной мозг представляет собой «орган неисчерпаемой функциональной приспособляемости» к внешнему миру.

Полушария головного мозга, осуществляя биологическую адаптацию индивидуума к окружающему, в то же время находятся под неуклонным контролем нижележащих отделов нервной системы, носителей филогенетического опыта, заложенного в безусловных рефлексах, на фундаменте которых надстраивается сложная система условных приобретенных в течение индивидуального существования рефлексов. «Подкорка является источником энергии для всей высшей нервной деятельности, а кора играет роль регулятора по отношению к этой слепой силе, тонко направляя и сдерживая ее... В подкорковых центрах сохраняются следы прошлых необычно сильных раздражений, и эти следы выступают наружу, как только наступает ослабление тормозящего действия коры больших полушарий на подкорковые центры...»[1]. Безусловные рефлексы и инстинкты — это, по Павлову, одно и то же: инстинкты — это отдельные комплексы или цепи безусловных рефлексов. «Как рефлексы, так и инстинкты — закономерные реакции организма на определенные агенты, и потому нет надобности обозначать их разными словами». Главные из инстинктов, по Павлову, — самозащитный, пищевой, половой и ориентировочный рефлексы. Полный их перечень, по Павлову, является одной из очередных и важнейших задач физиологии нервной системы.

Ориентировочный рефлекс способствует «концентрации возбуждения и торможения в коре, которая, таким образом, зависит от присущей данной организации особенности филогенетического строения нервной системы (рефлекс сосредоточения)». Сильным развитием у человека этого инстинкта объясняется то исключительное положение, которое человек занял в отношении окружающей его среды, причем этому содействовало и могучее развитие у человека под влиянием общественной трудовой деятельности рефлексов, давших стимулы к образованию речи, письменности и т. д.

Чем сильнее безусловные рефлексы, тем более эффективный характер носит поведение данного субъекта... В отношении сложных безусловных рефлексов сильное возбуждение одного из безусловных «функциональных» центров сопровождается заторможением других. Многие случаи «психических конфликтов» обусловливаются взаимной борьбой сложных безусловных рефлексов. Чем гармоничнее уравновешена система безусловных рефлексов, тем беспрепятственнее совершается онтогенетическая эволюция и целесообразнее происходит биологическая адаптация (сила и слабость тормозного процесса; уравновешенность и неуравновешенность сигнальных систем и подвижность или инертность временных связей).

Павлов считал, что на основе условных рефлексов первого порядка, если они обладают достаточной прочностью, могут быть надстроены высшие «суперрефлексы». Работы Васильева и Миштофта доказали, что такое надстраивание условного рефлекса на другие, тоже условные, является вполне реальным фактом.

---

[1] И. П. Павлов, Физиология и патология высшей нервной деятельности, Госмедиздат, Л. — М., 1930, стр. 32—33.

Первая инстанция условных рефлексов, обусловливающая совершенное приспособление к окружающей среде, производит как анализ, так и синтез ряда раздражений, «что можно назвать элементарным конкретным образным мышлением» (Павлов). У человека прибавляется сигнализация первой системы речью. Речевая система является примером системы второго порядка, примером обобщения сложного интегрирования многочисленных корковых условных рефлексов первого порядка: слуха, гнозиса, праксиса. С речью вводится новый принцип нервной деятельности — отвлечение и вместе обобщение бесчисленных сигналов первой системы — словесное мышление, причем при преобладании первой системы получается тип художественный, при преобладании второй системы — тип умственный. Эта вторая сигнальная система является особенно хрупкой, поддающейся в первую очередь разлитому торможению. Тогда вместо обычно первенствующей в бодром состоянии второй сигнализационной системы выступает деятельность первой... в виде мечтательности и фантастичности, а дальше и более остро — в виде легкого сонного состояния, освобожденного от влияния второй системы, с хаотическим характером всей деятельности [1].

На большие полушария беспрерывно падают бесчисленные раздражения. Мы имеем сложнейшую их мозаику, к ним в самой коре присоединяются тормозные процессы. Все это встречается, сталкивается и должно складываться, систематизироваться (закон корковой индукции положительной и отрицательной). Перед нами, следовательно, грандиозная динамическая система, и мы наблюдаем здесь беспрерывно стремление к динамическому систематизированию по стереотипному типу упрочившихся условных рефлексов, созданных соответственно наилучшему опыту жизни для самосохранения организма.

Сознание определяется, по Павлову, нервной деятельностью того участка, который в данный момент при данных условиях обладает оптимальной возбудимостью,—это творческий участок больших полушарий. Другие отделы составляют выработанные рефлексы, стереотипно возникающие при наличии соответствующих раздражителей. Участок с оптимальной деятельностью постоянно перемещается по всему пространству больших полушарий— «временные связи». Продолжительное поддерживание динамического стереотипа при непривычных воздействиях представляет серьезный непрерывный труд. С другой стороны, есть животные, которые на всякую смену системы условных рефлексов — введение нового раздражителя или перемещение старых —реагируют прекращением всей условнорефлекторной деятельности; некоторые животные могут удерживать стереотип только при перерывах в течение опыта, при отдыхе; иные работают только при очень упрощенной системе рефлексов. Таким образом, разные нервные клетки обладают, по Павлову, разной работоспособностью. Способность давать нормальные реакции на сильные раздражители и повторно отвечать на тот же раздражитель без ослабления интенсивности реакций и представляет хорошую работоспособность. При предъявлении требований, превышающих работоспособность данных элементов, реакция не усиливается, а остается без изменений или уменьшается. За предельной границей раздражитель вместо раздражения вызывает торможение, благодаря которому нервные элементы «как бы ширмой» ограждаются от вредных влияний и в торможении (охранительное торможение) восстанавливают свои энергетические ресурсы. При установке, соответствующей данному стереотипу, получается то, что называется чувством удовольствия.

---

[1] Проба физиологического понимания симптоматологии истерии, изд. Академии наук, Л., 1932.

Все это приводит к установлению разных типов нервной системы. Павлов выделял четыре основных типа: два крайних типа—возбудимый «со способностью к сильному возбуждению, но с недостатком торможения и тормозной с резко выраженным преобладанием тормозного процесса и быстрым банкротством раздражительности». В середине между этими крайними типами стоят уравновешенные, среди которых должно различать два типа: один— внешне более спокойный, солидный, другой — очень оживленный, подвижной [1]. Эти типы Павлов сравнивал с гиппократовской классификацией темпераментов: возбудимый — это холерический темперамент Гиппократа; тормозной — меланхолический; уравновешенный, спокойный — флегматический; уравновешенный оживленный — сангвинический.

Придавая значение инстинктам, безусловным рефлексам, типам нервной системы животного, И. П. Павлов хотя и говорил, что надо создать их точную классификацию, однако не вдавался подробно в их сущность; он брал эти свойства как готовые. Но, выделяя свои типы, Павлов подчеркивал, что «образ поведения человека и животного обусловлен не только прирожденными свойствами нервной системы, но и теми влияниями, которые падали и падают на организм во время его индивидуального существования, т. е. зависит от постоянного воспитания или обучения в самом широком смысле этих слов... Все казавшиеся нам трусливыми, т. е. медленно привыкавшие к нашей экспериментальной обстановке собаки, которые также с трудом вырабатывали условные рефлексы,... огульно относились нами к слабому типу нервной системы. Это повело... к грубой ошибке... Окончательное понимание дела получилось только благодаря специальному исследованию... Все животные первой группы (которые с детства содержались в клетке) оказались чрезвычайно трусливыми... Щенок, которому не была дана возможность пройти самому... жизненную школу, на очень долгий срок, а может быть и на всю жизнь остается с неизжитым временным рефлексом, который постоянно и маскирует истинную силу нервной системы. Какой важный педагогический факт! [2]».

При своих исследованиях с 90-х годов И. П. Павлов держался правила не пользоваться психологическими терминами и в своих исследованиях не путать физиологии и психологии. Однако это не значило, что его не интересовала психическая жизнь. Даже больше: «В сущности интересует нас в жизни только одно: наше психическое содержание», — говорил Павлов в своей книге «Двадцатилетний опыт» [3].—... Все ресурсы человека: искусство, религия, литература, философия и другие науки — все это соединяется, чтобы бросить луч света в этот мрак».

Нужно сказать, что одной из особенностей Павлова был его метод временно отметать все, что стояло близко к его пути, но могло отвлечь от основного изучаемого им вопроса. Эта особенность методического подхода И. П. Павлова к изучению интересующей его проблемы особенно картинно представил А. Ф. Самойлов в его речи по поводу 75-летия И. П. Павлова [4]. Еще занимаясь изучением пищеварения, в книге «Об отделительной работе пищеварительных желез» Павлов совершенно исключил из своих исследований все широкие химические вопросы пищеварения. Он писал: «...Вопросы

---

[1] Физиология и патология высшей нервной деятельности. Лекции 12 января 1930 г., Госмедиздат, Л. — М., 1930. В этой лекции даны дальнейшие уточнения известных сторон типов, указанных здесь.

[2] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, изд. 6-е, М.-Л., 1938, стр. 653, 655; 656, 659.

[3] Там же, стр. 60.

[4] А. Ф. Самойлов, Избранные статьи и речи, изд. Академии наук СССР, М.—Л., 1946, стр. 93—96.

...о механизме или химизме деятельности самих клеток... останутся на долю бесчисленного ряда следующих научных поколений... На нашем, так сказать, ярусе жизни... с правом можно надеяться на возможность совершенного уяснения нормальной связи всех отдельных частей прибора между собой... На ступени органной физиологии мы как бы абстрагируемся от вопросов, что такое периферические окончания нервов, каким образом они воспринимают тот или иной раздражитель,... в силу каких реакций возникают в секреторной клетке те или иные ферменты и приготовляется тот или иной секрет. Мы принимаем эти свойства как готовые здания и, улавливая законы их деятельности в целом приборе, можем в известных пределах управлять прибором».

Принципиальная установка И. П. Павлова сосредоточивать все внимание лишь на одной проблеме, не отвлекаясь даже ближайшими к ней вопросами, подтверждается и тем, что, перейдя с 1905 г. полностью на изучение высшей нервной деятельности, он запретил своим сотрудникам работать по физиологии пищеварения, допуская лишь окончание уже начатых работ. Повидимому, из того же принципа исходил И. П. Павлов и при «изгнании» психологии, а вовсе не потому, что он не признавал ее значения. Он писал в 1928 г., что «конечно, психология, касающаяся субъективной части человека, имеет право на существование» [1]. Как говорилось в главе XV, он считал, что сложные психические отношения можно будет материалистически понять, лишь изучив законы действия рефлекторного прибора, и поэтому временно и откладывал все психологические вопросы. Когда законы деятельности рефлекторного прибора были им и его сотрудниками достаточно, по его мнению, изучены, И. П. Павлов начал интересоваться не только психологией, но и психопатологией.

Таким образом, еще одной особенностью метода исследования И. П. Павлова была терпеливая последовательность в переходе от изучения простейших закономерностей к изучению закономерностей более сложных. Направив вначале все свои усилия на изыскание простейших закономерностей высшей нервной деятельности, Павлов изолировал подопытное животное от многообразных воздействий внешней среды и исследовал лишь результаты действия раздражителей, которыми полностью мог распоряжаться экспериментатор, но постепенно он переходил к исследованию закономерностей целостной деятельности в естественных условиях.

С 1918 г. он стал регулярно посещать Психиатрическую больницу Александра III и знакомиться там под руководством А. В. Тимофеева и В. П. Головиной с психиатрией, а в конце 20-х годов заявил, что им «собран материал, относящийся не только к нормальной деятельности высшей нервной системы, но в известной мере к патологии и терапии».

Наблюдая собак после испугавшего их большого наводнения 1924 г., Павлов пришел к заключению, что работу коры головного мозга можно «сбить с нормальной дороги и сделать патологической» путем перенапряжения тормозного раздражительного процесса, или «сшибкой» (сменой тормозного состояния раздражительным или наоборот). Мозговая клетка, имея известный предел работоспособности, под влиянием перенапряжения, или «сшибки», слабеет, и получается иное, ненормальное отношение ее к раздражителям, начинает преобладать тормозной эффект—«гипноидное состояние»; сильные раздражители дают или одинаковый эффект со слабыми (уравнительная фаза), или слабые дают даже больший эффект, чем сильные (парадоксальная фаза), или положительное раздражение вовсе не оказывает действия,

[1] И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, изд. 4-е, М.—Л., 1928.

а тормозное оказывает положительное действие (ультрапарадоксальная фаза); кроме того, при ослаблении в клетке раздражительного процесса можно наблюдать так называемое инертное (застойное) состояние, когда раздражительный процесс не так скоро уступает место возникающим тормозным влияниям: клетка упорствует в своем раздражении, дает стремительную взрывчатость.

В 1932 г. появилась брошюра Павлова «Проба физиологического понимания симптоматологии истерии». Предел работоспособности корковой клетки при истощении, гипнозе, заболевании и старости понижается, и в окружающей среде оказывается для данной клетки все больше и больше сверхмаксимальных тормозящих раздражений. Слабый тормозной тип является поэтому специальным поставщиком неврозов. Сильное возбуждение от эмоции повышает возбудимость коры, и это быстро ведет раздражение к пределу и за пределы работоспособности клетки. Павлов при этом приводит как пример невроза случаи военного командования травматиков во сне.

Излечима ли истерия? По Павлову, это определяется типом нервной системы.

В 1930 г. в работе «Физиология и патология высшей нервной деятельности» И. П. Павлов высказал свои соображения об особенностях работы больших полушарий при шизофрении.

«Благодаря любезности проф. П. А. Останкова и его помощников, — пишет он, — передо мной прошли все стадии так называемого преждевременного слабоумия dementia praecox. Некоторые стадии и вариации этого заболевания представляют собой не что иное, как различные фазы гипнотического состояния, и могут быть поняты в свете наших экспериментальных данных, относящихся к процессам торможения... Мое внимание при ознакомлении с больными было привлечено симптомом,... заключающимся в том, что больной не отвечает на задаваемые вопросы и не входит, таким образом, с вами в контакт, но иногда, когда вы эти вопросы повторите тихо и в спокойной обстановке, вы можете получить соответствующий ответ. Несомненно, этот симптом представляет собой полный аналог парадоксальной фазе гипнотического состояния... Такие симптомы, как эхолалия, эхопраксия, стереотипия, прекрасно понимаются с нашей точки зрения как различные степени гипноза, сосредоточивающегося то в одном, то в другом пункте коры больших полушарий. Таким образом, собирается достаточное количество оснований рассматривать некоторые симптомы шизофрении как проявление заторможенного состояния коры, как бы предохраняющего нервные клетки до поры до времени от дальнейшего истощения... Один из дальнейших симптомов шизофрении... стереотипии,... длительное повторение одних и тех же движений. Это также явное гипнотическое явление... Самое обыкновенное явление у шизофреников — каталепсия, т. е. продолжительное удерживание пациентом всяческих положений тела, и... кататония, т. е. напряженное состояние скелетной мускулатуры, сильно сопротивляющейся всякому изменению данного положения частей тела, ... есть результат начинающегося общего торможения больших полушарий, в силу чего ближайшая подкорка не только освобождается от постоянного контроля,... а даже на основании механизма положительной индукции приводится в возбужденное хаотическое состояние со всеми ее центрами».

«Чем вызывается хронический гипноз шизофреников? — спрашивает Павлов. — Конечно, повидимому, глубокое основание этого гипноза есть слабая нервная система, специальная слабость корковых клеток. Эта слабость может иметь много различных причин, наследственных и приобретенных... Но естественно, что такая нервная система при встрече с трудно-

стями, чаще всего в критический физиологический и общественно-жизненный период, после непосильного возбуждения неизбежно приходит в состояние истощения».

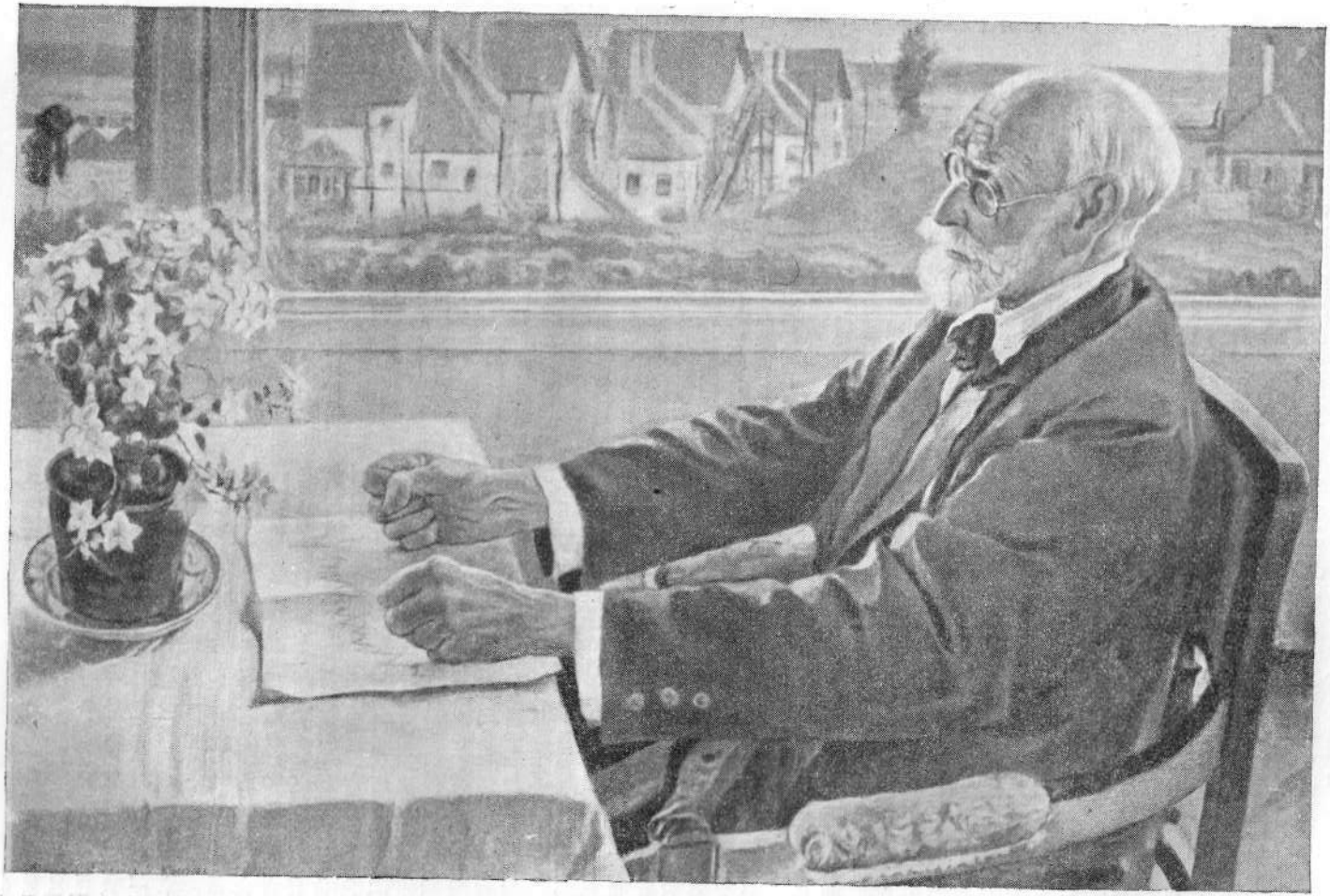
«... В заключение, — писал Павлов, — позволю себе одно терапевтическое указание», и дальше он говорит о криках, шуме в психиатрических больницах как о «ложащихся еще более обессиливающим грузом на слабые корковые клетки» шизофреников и о необходимости для них режима покоя. Нам хотелось бы особенно подчеркнуть эти указания И. П. Павлова о необходимости покоя при лечении шизофреников потому, что это важное требование нередко забывалось. Очень важно также пожелание И. П. Павлова, чтобы таких больных «как можно скорее, своевременнее как бы переводить... на положение больных, страдающих всякими другими (соматическими) болезнями». Это пожелание, несомненно, стоит в полном согласии со стремлением психиатров, о котором мы много уже говорили, иметь особые больницы для свежезаболевших психически больных, отдельные от больниц для призрения и лечения хроников.

Когда в психиатрии стало применяться лечение шизофрении длительным сном, И. П. Павлов очень заинтересовался этим методом, считая, что в случаях шизофрении, где ясно выражены явления охранительного торможения, такой метод лечения должен быть полезен. В психиатрической клинике ВИЭМ, состоявшей при лаборатории И. П. Павлова, с 1936 г. под руководством А. Г. Иванова-Смоленского подверглась изучению эта проблема, и в 1940 г. вышел сборник «Длительный наркоз при шизофрении».

Большой интерес представляют для психиатров высказывания И. П. Павлова о «чувстве овладения» у шизофреников, сделанные им в открытом письме Пьеру Жане [1]: «Основное явление,—пишет он, — состоит в том, что больные свою слабость, свои дефекты относят во вне, перекладывают на посторонних людей. Они желают быть самостоятельными, а им непреодолимо кажется, что другие делают их рабами, исполнителями своих приказов; они хотят быть уважаемыми, а им кажется, что их оскорбляют; они хотят иметь секреты, а другие их постоянно раскрывают; они, как и все, имеют собственные, внутренние мысли—а другие люди у них их воруют...».

«Наше общее понятие (категория) противоположения, — пишет Павлов в письме к Жане, — есть одно из основных необходимых общих понятий... Наше отношение к окружающему миру, вместе с социальной средой и к нам самим неизбежно должно исказиться в высшей степени, если постоянно будут смешиваться противоположности: я и не я,... я обижаю, и меня обижают. Следовательно, должна быть глубокая причина для исчезания или ослабления этого общего понятия... Я беру смелость предположить, что ультрапарадоксальная фаза и есть основание ослабления у наших больных понятия противоположения. Вот как это понимается физиологически. Пусть у нас одна частота ударов метронома есть условный пищевой раздражитель, так как применение ее сопровождалось едой;... другая же частота— отрицательный возбудитель, так как при ней еды не давалось, и она производит отрицательную реакцию, — животное при ней отворачивается. Эти частоты ударов представляют взаимнопротивоположную, но ассоциированную и вместе с тем взаимно индуцирующую пару, т. е. одна частота возбуждает и усиливает действие другой. Это есть точный физиологический факт... Если положительная частота действует на ослабленную чем-нибудь (а также находящуюся в гипнотическом состоянии) клетку, то она по закону предела, который есть тоже точный факт, приводит ее в тормозное состояние, а это тормозное состояние по закону взаимной индукции обусловливает

[1] Глава LVI, «Двадцатилетнего опыта», изд. 6-е, М.—Л., 1938.



И. П. Павлов.

возбужденное состояние вместо тормозного в другой половине ассоциированной пары, и поэтому связанный с ней раздражитель вызывает теперь не торможение, а раздражение. Это механизм негативизма или контрализма...».

«Очевидно, этот закон взаимной индукции противоположных действий должен быть приложим и к противоположным представлениям, связанным, конечно, с определенными клетками (словесными) и составляющими ассоциированную пару. На почве угнетенного, задержанного состояния... сколько-нибудь сильное возбуждение одного представления производит его задержание, а через это индукцирует противоположное представление». Этим Павлов объясняет и вообще амбивалентность при шизофрении.

В «Последних сообщениях по физиологии и патологии высшей нервной деятельности», вышедших в 1933 г. [1], Павлов высказал соображения относительно двух механизмов, лежащих в основе бреда, — патологической инертности и ультрапарадоксальной фазы. «Вместо того чтобы общий ход процесса менялся соответственно внешним условиям, вместо нормальной подвижности возникает подвижность постоянно трудная, внутренняя». Наиболее простым Павлов считал бред депрессивный, но вообще он полагал, что механизм бреда разнообразен: от возбуждения, изменения ситуации, а также и от разрушения мозга.

Изучение патологии высшей нервной деятельности, посещение психиатрической клиники, которое сделалось в 30-х годах регулярным (павловские среды с разбором больных), свидетельствовали о том, что Павлов постепенно к концу своей многолетней работы стал думать о всестороннем комплексном исследовании психической деятельности человека. Он, как сообщал его ученик Л. А. Андреев, «уже в 80 лет по-ученически засел за изучение психологии[2]. И. П. Павлов вовсе не был эмпириком, ученым, держащимся только «у поверхности фактов», как он сам выражался. Выполнив ту или иную очередную задачу анализа, он строил дальнейшую ведущую рабочую гипотезу, которая определяла ход исследования на некоторый период. Анализ для него был лишь стратегией далекого момента, не забывающей основной цели всей борьбы.

В особенности за последние годы от жесткого аналитизма и систематического дробления учение об условных рефлексах постепенно вступало на путь синтетического обобщения. Нарастала концепция о «рассеянных элементах» в коре головного мозга, так как, несмотря на всевозможные формы экстирпации отдельных центров, функции удаленных рецепторных областей, и особенно двигательной, постепенно восстанавливались. Это заставило И. П. Павлова высказать мысль, что для каждого центра существует ядерное образование, но, наряду с этим, клетки той же специфичности с некоторым градиентом постепенно рассеиваются по всей коре. Всю кору надо представлять себе как перекрывающееся различными функциями образование, которое функционирует всегда как единое целое, и только для каждой функции имеются очаги и пути преимущественного распространения импульса.

Дальнейшим этапом этой синтетической тенденции было учение Павлова о «системности» в работе больших полушарий (Э. А. Асратян, Г. В. Скипин, П. С. Купалов), при которой стереотип, или система нервной деятельности, созданная длительной тренировкой, берет верх над отдельным конкретным раздражением, которое оказывается только пусковым стимулом; изолированный рефлекс стал подчиняться общему динамическому стереотипу, всей обстановке.

---

[1] Издание Академии наук СССР, Л., 1933.

[2] Успехи современной биологии, 1936, № 4, стр. 582.

Дальше организовалось учение о типах нервной системы с их могучим влиянием на ход отдельных дискретных процессов, происходящих на этом общем динамическом фоне.

Это направление с неизбежностью вело к изучению стойкости и изменчивости выделенных им типов нервной системы, к изучению развития их под влиянием окружающей среды. А дальше и стремление к изучению психологии.

Из сотрудников И. П. Павлова и при его жизни, и позже наблюдением и изучением болезненных состояний нервной системы животных и их лечением занималась главным образом М. К. Петрова. Она указывает, что различные особенности заболевания связаны с типом животных и вариируют: 1) или вследствие различной глубины гипнотического состояния, 2) или вследствие ослабления раздражительного или тормозного процесса (истерия) или обоих вместе, 3) или в виде хаотической деятельности, или, наконец, 4) у некоторых животных в виде правильного чередования дней нормальной или слегка повышенной деятельности с резко пониженной (циркулярный невроз). М. К. Петрова описывает и симптом фобии у собак, возникший вследствие чрезмерно утрированного перенапряжения тормозного процесса, причем вид фобии зависит от характера того переживания, при котором возникло это напряжение. Для укрепления слабой нервной системы М. К. Петрова предложила бромирование собак в комбинации с кофеином, хлористым кальцием.

Изучая большое количество собак со срывами нервной системы, М. К. Петрова [1] пришла к заключению, что и соматические болезни, и старение тесно связаны с нервно-психическими факторами, что «всякая реакция целого организма подчиняется влиянию коры головного мозга». Исследование лаборатории Павлова показало зависимость от выработанных условных связей окислительных процессов в тканях (Ольмянский), двигательных функций пищеварительного тракта (Булыгин), секреторной функции желудка (М. А. Усиевич и С. М. Рысс), проводящей системы сердца (В. Е. Делов), сосудистой системы (И. С. Цитович), секреторной деятельности печени (Прокопенко), всасывания углеводов (Реккель), регуляции тепла (А. Д. Слоним), развития опухолей и т. д. Таким образом, от чисто физиологического анализа высшей нервной деятельности школа Павлова шла все более не только к изучению сложных психических явлений, но к практике воздействия на них.

Нельзя не упомянуть еще одного важного научного направления, возникшего на основе учения об условных рефлексах и временных связях. Еще в конце прошлого столетия в лаборатории Павлова И. Л. Кан сделал интереснейшую работу, касающуюся тормозных явлений в запирательной мышце беззубки. Но занятая грандиозной работой по изучению механизмов образования условных связей больших полушарий, школа Павлова лишь после Великой Октябрьской социалистической революции выделила работников, посвятивших себя исследованию подобных вопросов. В 20-х годах предпринял работы по сравнительному исследованию условных рефлексов у низших позвоночных Ю. П. Фролов. Эти работы были широко развернуты и другими сотрудниками (Е. П. Крепс—асцидии, Э. А. Асратян—черепахи).

---

[1] Работы М. К. Петровой о неврозах см. главным образом в VII томе Трудов физиологических лабораторий Павлова (1937), а также Юбилейный сборник, посвященный 50-летию ГИДУВ. См. также последнюю брошюру М. К. Петровой «О роли функционального ослабления коры мозга в возникновении различных патологических процессов в организме», Медгиз, Л. — М., 1946.

С 1925 г. стали выходить «Труды физиологических лабораторий И. П. Павлова»; в настоящее время их вышло 12 томов.

После смерти И. П. Павлова в 1936 г. его ученики, работая в Институте эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности в селе Павлово (бывшее Колтуши), продолжали развивать его идеи [Э. А. Асратян, Ю. П. Фролов, в области возрастной физиологии — А. В. Нагорный (Харьков)].

Широко развернулось изучение условных и безусловных рефлексов с интерорецепторов (К. М. Быков, В. Н. Черниговский и др.) [1]. С открытием безусловных и условных интерорецепторных рефлексов современная физиология все ближе подходит к пониманию «внутренней картины болезни». Исследования последнего времени вскрыли новые черты в корковой регуляции внутренних органов на основе интерорецептивной сигнализации, осуществляемой не только нервным, но и гуморальным путем. Ю. П. Фролов изучал влияние определенных ядов на корковую деятельность и установил неодинаковую чувствительность к ядам различных типов нервной системы.

Ежегодно в годовщину смерти И. П. Павлова собирались научные совещания, подводившие итоги последним работам школы Павлова, и, наконец, в марте 1946 г., в ознаменование 10 лет со дня смерти Павлова, на XI конференции были подведены итоги за 10 лет работы[2].

Помимо павловского Института эволюционной физиологии, вопросы физиологии высшей нервной деятельности разрабатывались еще в ряде институтов и клиник. В Ленинграде после революции Психоневрологический институт им. Бехтерева был разделен на высшее учебное заведение (II Ленинградский университет) и психоневрологические исследовательские учреждения. При жизни Бехтерева все эти институты входили в Психоневрологическую академию (объединение 11 научно-исследовательских и научно-практических учреждений под руководством Бехтерева), а после его смерти Рефлексологический институт, потеряв название «рефлексологический», находился с 1929 г. как Институт по изучению мозга в заведывании В. П. Осипова, а клинические институты в 1932 г. были переименованы в Научно-практический нервно-психиатрический институт имени Бехтерева.

В Харькове с 1921 г. при Психоневрологическом институте имелась лаборатория условных рефлексов, работавшая под руководством одного из старейших сотрудников И. П. Павлова, проф. Ю. В. Фольборта. Здесь, помимо проверки теории образования отрицательных условных рефлексов, разрабатывался вопрос о работоспособности и тренировке нервных клеток. Эти работы экспериментально доказывают, что развитие процесса торможения способствует усилению процессов восстановления.

Что касается использования учения об условных рефлексах Павлова в психиатрической клинике, то до сих пор имеется еще не так много работ психиатров, объясняющих клинические патологические явления особенностями динамики условных рефлексов. Еще до революции из лаборатории Бехтерева вышло несколько диссертаций, стремившихся разработать применение рефлексологического метода исследования к человеку: диссертация В. П. Протопопова «О сочетательно-двигательных реакциях на звуковые раздражения» (1909), диссертация К. И. Платонова «О воспитании сочетательно-двигательного рефлекса у человека на совместные звуковые и световые раздражения» (1910), диссертация А. Г. Молоткова «Воспитание сочетательно-двигательного рефлекса на световые раздражения у человека»

---

[1] К. М. Быков, Кора головного мозга и внутренние органы, изд. Военно-морской медицинской академии, Киров, 1942.

[2] См. отчет об 11-м совещании, Успехи современной биологии, 1947, т. XXI, в. III.

(1910), диссертация Р. А. Грекера «Реакция на прикосновение у кататоника» (1911) и др.

Первой попыткой применения учения об условных рефлексах к истолкованию патогенеза психических нарушений была работа М. М. Асатиани, который в статье «Условные рефлексы в приложении к симптомам психоневрозов» [1] рассматривал фобии как патологический условный рефлекс. Затем появились работы А. К. Ленца, А. Г. Иванова-Смоленского.

А. К. Ленц еще в 1922 г. [2] опубликовал работу «Условные рефлексы высоких порядков и их изучение на душевнобольных». Затем он опубликовал свою диссертацию «Высшая рефлекторная деятельность при прогрессивном параличе» (Минск, 1908), о которой И. П. Павлов писал (в предисловии), что эта работа представляет «первый и дельный опыт чисто физиологического анализа душевнобольного», хотя, надо сказать, методикой исследования в этой работе являлись «простые действия» по приказу-предписанию экспериментатора и проведение ассоциативного эксперимента (речевые реакции на слово-раздражитель); слово-раздражитель рассматривалось Ленцем только как сигнал; смысловое значение слова игнорировалось. Выводы были такие: в развитой стадии прогрессивного паралича замечается постепенно прогрессирующая нестойкость условного торможения, тонкая диференцировка крайне легко распадается, рефлексы дают картины крайней генерализации, большое количество подражательных рефлексов и речевых экстрарефлексов; цифры скрытого периода рефлексов почти вдвое превышают соответствующие цифры у здоровых испытуемых.

А. Г. Иванов-Смоленский в 1933 г. опубликовал книгу «Основные проблемы патологической физиологии высшей нервной деятельности человека. Патофизиологическое введение в психиатрию», причем бóльшая часть книги была посвящена анатомическому описанию проводящих путей центральной нервной системы. И. П. Павлов в предисловии писал, что в этой книге «А. Г. Иванов-Смоленский смело набрасывает общую схему физиологического понимания психиатрического материала... Всякое новое понимание начинается неизбежно с таких общих построений, которые только постепенно наполняются конкретным содержанием. Их законная роль — привлекать внимание к новой точке зрения, побуждать к проверке ее путем наблюдений и опытов на обнимаемых ею бесчисленных и разнообразных явлениях». А. Г. Иванову-Смоленскому, кроме этой книги, принадлежит также ряд ценных журнальных статей.

В 1939 г. вышла из печати диссертация А. С. Чистовича «О патофизиологии и патогенезе некоторых форм бреда» [3], которая, помимо ее экспериментально-физиологического содержания, представляет интерес еще и в том отношении, что в ней приводится очень много цитат из высказываний И. П. Павлова во время демонстрации ему психически больных в клинике, на конференциях по средам и которые, как оказывается, сохранились в стенограммах протоколов этих конференций.

Работы А. Г. Иванова-Смоленского не побудили, однако, психиатров ввести физиологические исследования в клинический обиход. Мы полагаем, что это зависело от недооценки значения работ Иванова-Смоленского, доказывавших, что психопатологические явления имеют свои основания в физиологической работе мозга.

В 20-х годах появились работы В. П. Протопопова, пытавшиеся соединить психопатологические, биохимические исследования больного с ис-

[1] Психотерапия, 1913, № 4.

[2] Русский физиологический журнал им. И. М. Сеченова, 1922, т. V.

[3] Труды Новосибирского института усовершенствования врачей, т. XIV, Новосибирск, 1939.

следованиями особенностей его условнорефлекторной деятельности. В 1909 г., работая в лаборатории В. М. Бехтерева, В. П. Протопопов описал в своей диссертации методику получения условного двигательного (защитного) рефлекса на электрическое раздражение лапы собаки. Особенно широко развернулась работа В. П. Протопопова и его сотрудников, когда в 1923 г. он переехал в Харьков, заняв должность директора Института психиатрии. В Харькове В. П. Протопопов вначале выступал как представитель бехтеревской рефлексологии: в 1924—1926 гг. изданы его книги «Введение в рефлексологию» и «Психология, рефлексология и учение о поведении», кроме того, он принимал деятельное участие в журнале «Украінскі Вістник экспер. педагогікі та рефлексології».

Позже его физиологические воззрения приближаются к воззрениям Павлова, и он теснее увязывает их с клиникой, биохимическими исследованиями обмена.

Сохранял В. П. Протопопов и связь с психологией и понимал необходимость изучения высшей нервной деятельности у животных в условиях свободных (не в станке) и занимался изучением навыков. Для изучения он применял метод стимула и преграды, причем формы навыков определяются, по Протопопову, не характером стимула, а особенностью преграды и ее устройством. Важным следствием гибкости связи между стимулом и навыком является возможность перенесения приобретенного опыта на другую, более или менее сходную ситуацию. Были изучены также условия, препятствующие и способствующие прогрессу научения и образования навыков. Само образование новых навыков происходит таким образом, что в процессе проб и ошибок неадэкватные действия исчезают, а адэкватные закрепляются по типу образования положительных и отрицательных рефлексов [1].

С 1924 г. В. П. Протопопов приступил и к систематическому изучению патологической физиологии шизофрении. Первые же исследования двигательных оборонительных рефлексов у шизофреников показали отсутствие, слабость или быстрое истощение оборонительного рефлекса, склонность больных впадать в состояние сна при перегрузке их раздражениями; при исследовании сосудистых реакций у шизофреников было обнаружено, что у них изменена обычная плетизмографическая кривая (невыраженность колебаний); при исследовании сосудистых условных рефлексов по методу Протопопова [2] обнаружилось отсутствие этих реакций, парадоксальность их. Исходя из этих данных, В. П. Протопопов пришел, согласно с И. П. Павловым, к заключению, что функциональная сила и работоспособность нервных клеток у шизофреников чрезвычайно ослаблены и высшая нервная деятельность у них протекает по типу гипноидного состояния. Малоподвижность больных Протопопов рассматривал как «охранительное» торможение и устранение его посредством внешних стимулов (например, принуждение острых шизофреников к работе) считал вредным. Как лечение он предлагал помещать таких больных в отдельные, абсолютно тихие комнаты и удлинять часы (до 12—18 часов) ежедневного сна больных («парциальный длительный сон») путем дачи небольших доз (не больше 0,7 г в день, а в среднем 0,3 г в день) снотворных.

Сотрудники В. П. Протопопова, занимаясь биохимическими исследованиями обмена, обнаружили в крови кататоников остаточный азот и повышение азота аммиака (Лещинский), увеличение количества ароматических соединений в крови и моче, усиление выделения с мочой парных и умень-

[1] «Условия образования» моторных навыков и их физиологическая характеристика», Укрмедиздат, Киев — Харьков, 1935.

[2] В. П. Протопопов и Н. Г. Миролюбов, К методике исследования сосудистых условных рефлексов у человека, Врачебное дело, 1930, № 19—20.

шение роданистых соединений (Полещук), т. е. низкое стояние окислительных процессов, накопление азотистых шлаков, что и является причиной слабости клеток. При этом на основании клинико-психопатологического исследования Протопопов стремился выделить различные формы и фазы течения шизофрении, связанные с различными обменными и физиологическими особенностями. Лишь всестороннее физиологическое, биохимическое и клиническое, соматическое и психопатологическое исследования могут привести к постановке диагноза и правильному лечению — учил Протопопов. Физиологическое исследование является лишь объективным доказательством существования именно того или иного психотического состояния для дифференциации его от сходного, но другого генеза.

Мы не можем подробно останавливаться на всех исследованиях русских физиологов, относящихся к изучению деятельности центральной нервной системы. Несомненно, что влияние всех этих исследований не только на теоретические, но и на клинические концепции психиатров быстро растет. Если прежде говорилось о неврологическом (главным образом анатомическом), биохимическом, конституциональном направлении в психиатрии, то теперь надо говорить о целостном физиологическом, клинико-патогенетическом направлении, которое на основе марксистско-ленинской теории познания и дает правильное понимание сущности психозов и их динамики.

Поэтому, изложив учение о высшей нервной деятельности великого Павлова, мы кратко упомянем и о работах других русских физиологов в области исследования нервной системы, о которых также должен знать клиницист-психиатр.

В Ленинграде широко развернулась работа университетской кафедры физиологии, которую последовательно занимали И. М. Сеченов, Н. Е. Введенский, А. А. Ухтомский [1]. Здесь с 1932 г. был организован большой Физиологический институт. Если лаборатории В. М. Бехтерева, И. П. Павлова разрабатывали в основном идеи только их руководителей, то Физиологический институт при Ленинградском университете имел в виду охватить физиологическую деятельность организма (главным образом нервной системы) комплексно. В нем в 1938 г. имелись: 1) лаборатория физиологии центральной нервной системы (А. А. Ухтомский), изучавшая главным образом: а) учение о парабиозе и лабильности, б) об усвоении ритма, в) учение о доминанте; 2) лаборатория биофизики; 3) рефлексологическая лаборатория, изучавшая гуморальные рефлексы (К. М. Быков); 4) лаборатория физиологии труда (М. И. Виноградов), изучавшая процессы утомления; 5) лаборатория физиологии клетки (Д. Н. Насонов); 6) лаборатория физиологической гистологии (А. В. Немилов — эндокринные железы); 7) лаборатория обмена веществ (Е. С. Лондон); 8) лаборатория белков, жиров и углеводов (В. С. Садиков); 9) лаборатория биохимии (В. С. Энгельгардт).

В Москве Х. С. Коштоянц с сотрудниками занимается сравнительной физиологией передатчиков нервного возбуждения, применяя к анализу механизмов деятельности нервной системы эволюционный метод.

В Харькове Д. Е. Альперн разрабатывал вопросы связи вегетативной нервной системы с физико-химическими изменениями тканевой среды, трофических функций вегетативной нервной системы, а также значение медиаторов в рефлекторной деятельности, в передаче нервного импульса в центральные синапсы.

В 1933 г. открылся Всесоюзный институт экспериментальной медицины имени Горького. В этом институте было организовано отделение физиологии

---

[1] Физиологический журнал СССР им. И. М. Сеченова, 1935, т. XIX, в. 1.

и патологии органов чувств (зав. Н. И. Гращенков)[1]. Здесь велось изучение и нейро-гуморальных связей, и механизмов в функции рецепторного аппарата, выяснялась роль центра и периферии в рецептивном функционировании.

При ВИЭМ существовало также биофизическое отделение, которым руководил с давних пор занимавшийся биофизикой П. П. Лазарев [2]. После Великой Отечественной войны при преобразовании ВИЭМ все эти отделения объединились в Неврологический институт Академии медицинских наук.

Здесь прежде всего надо отметить исследования С. В. Кравкова по функции зрения[3], П. П. Лазарева по адаптации[4] и его же работы по ионной теории возбуждения.

Исследование обмена, биохимические и биофизические исследования велись и в других психоневрологических и физиологических институтах. Идеи и методы физики и химии все глубже проникали в психоневрологию.

С 1929 г., когда во главе Института мозга имени Бехтерева стал В. П. Осипов, помимо отделов морфологии и физиологии, существовавших еще при Бехтереве, в институте были созданы новые отделы: морфологии центральной нервной системы, биохимии, психологии и невропсихиатрии. В отделе морфологии при Осипове проводилось исследование эволюции, строения и кровообращения мозга и иннервации желез внутренней секреции; в отделе физиологии изучались физические и электрофизиологические основы нервных функций; в отделе центральной нервной системы — вопросы пластичности функций нервной системы и взаимовлияния коры и подкорки; в отделе биохимии — вопросы обмена. Психологический отдел занят был изучением чувствительности здорового и больного человека, в отделе невропсихиатрии изучался патогенез шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и послеконтузионного состояния. В институте разрабатывались также вопросы электронаркоза и аэроионизации, вопросы цветовосприятия. Институт опубликовал 15 томов научных работ.

Среди работ сотрудников института особенно следует отметить работы Л. Л. Васильева, И. М. Уфлянда, Ф. П. Петрова, М. Г. Могендовича, психолога Б. Г. Ананьева.

В Нервно-психиатрическом институте имени Бехтерева В. Н. Мясищев стремился расширить физиологические исследования больных, применяя хронаксиметрические, гальванометрические, электроэнцефалографические методы. Я. А. Ратнер заведывал в этом институте эндокринно-вегетативной клиникой и усиленно изучал значение диэнцефалона в психической деятельности и регуляции вегетативной нервной системы.

В Ростове под руководством А. И. Ющенко продолжались биохимические исследования (М. А. Чалисов, Э. М. Залкинд, Р. Я. Малыкин) [5]. С переходом в 1929 г. А. И. Ющенко в Харьков там при Украинской психоневрологической академии была основана биохимическая лаборатория (зав. М. А. Чалисов). В Москве биохимическими исследованиями занимался из психиатров главным образом М. Я. Серейский, исследованием же спинномозговой жидкости — Д. А. Шамбуров.

---

[1] О первых годах работы отделения и его задачах см. Советская психоневрология, 1935, № 2.

[2] В первые годы после революции под руководством П. П. Лазарева существовал Институт физики и биофизики Наркомздрава.

[3] С. В. Кравков, Глаз и его работа, Медгиз, 1945; Очерк общей психофизиологии органов чувств, Академия наук СССР, 1946.

[4] Акад. П. П. Лазарев, Исследования по адаптации, Академия наук СССР, 1947; Ионная теория возбуждения, ГИЗ, М. — Л., 1928 и еще раньше, М., 1916.

[5] Р. Я. Малыкин, Вопросы биохимии в невропатологии, Биомедгиз, 1935.

С 1941 г. в Тбилиси в институте, руководимом Беритовым, началась работа по применению осциллографической методики для регистрации электрических процессов живых тканей.

В различных работах института дана характеристика биоэлектрической активности коры мозга лягушки, кошки, обезьяны (macacus rhesus), человека и ее изменяемости под влиянием различных раздражителей, отравления и пр.

Суммируя свои работы, Беритов опубликовал два тома исследований «Общая физиология мышечной и нервной системы», характеризующие его воззрения на закономерности нервно-мышечной деятельности. Впрочем, большинство из этих воззрений встретило серьезную критику [1]. Особенно резкую критику вызвала его научно-популярная брошюра «Об основных формах нервной и психонервной деятельности» [2], в которой Беритов излагает свою точку зрения на все закономерности, согласно которым возникает, развивается и видоизменяется психическая деятельность.

Критика[3] правильно оценила эту книгу как направленную против учения Павлова. В ней Беритов утверждал, что проникновение в динамику психических явлений с точки зрения физиологических закономерностей обречено на неудачу. Он отстаивал вейсманистско-морганистский тезис о неизмененности инстинктов, о спонтанной психической активности; неправилен и самый термин Беритова «психо-нервная» деятельность, так как этот термин скорее говорит о слитии, чем об единстве психического и соматического.

Мы видим, таким образом, что постепенно исследования физиологов давали все больше и больше материала для понимания динамики работы мозга, ее усложнения в эволюции, для понимания развития психики, ее биологических основ. Павлов и его ученики вплотную подошли к пониманию динамики образования ряда психопатологических процессов, исходя из закономерностей нарушения при известных условиях обычной работы мозга.

Много было сделано ценного по изучению морфологического строения мозга и его изменениям в патологических условиях, которое также после революции развивалось все шире и шире. Уже в 1925 г. вышла книга В. А. Гиляровского «Введение в анатомическое изучение психозов», ряд ценных работ П. Е. Снесарева о субстрате и органогенетическом развитии нервных сетей и окончаний кожной и мышечной чувствительности, его работы по глии, работы по глии В. К. Белецкого [4].

В Харькове Л. И. Смирнов, А. И. Геймanович вели работы по гистопатологии опухолей нервной системы. В 1935 г. вышла книга Л. И. Смирнова о патогистологии глии и мезодермы [5]. Появились его же патогистологические исследования экзогенных психозов, шизофрении. В Ленинграде вышло руководство по общей гистологии периферической нервной системы. Б. С. Дойникова, исследования его учеников по изменениям нервной системы при бешенстве, дизентерии, брюшном тифе, а также работы проф.

---

[1] Изд. 2-е Академии наук СССР, т. I, М. — Л., 1947 (Критический разбор этой книги проф. Д. С. Воронцова см. в журнале «Советская книга», 1947, № 12), т. II, М. — Л., 1948.

[2] Издание Академии наук СССР, М., 1947.

[3] См., например, рецензию проф. В. К. Федорова в «Вестнике Академии медицинских наук», 1948, № 4.

[4] Труды по патологической анатомии психических и нервных болезней; Труды Московской областной психиатрической клиники, М., 1939, т. V.

[5] «Основы морфологии нервной системы в нормальном и патологическом состоянии», т. I, Госмедиздат Украины, Харьков, 1935.

Л. Я. Пинеса, М. Э. Мандельштамма. М. О. Гуревич (Москва) дал ряд работ о патологоанатомических изменениях в мозгу прогрессивных паралитиков вообще [1] и паралитиков, леченных малярией, содоку; патологической анатомией эпилепсии занимался В. К. Белецкий, А. П. Авцын и др.

Кроме специальных патологоанатомических работ, большое число клинических работ сопровождалось гистопатологическими иллюстрациями. Вообще советские психиатры и патогистологи стремились в своих работах изучать гистопатологию мозга в тесной связи с клиническим наблюдением, связывать анатомические изменения с динамикой болезни. Так, изучалась не только картина гистопатологии шизофрении вообще, но, например, в работах Т. И. Юдина (с консультацией Л. И. Смирнова) выделялись острые смертельные формы шизофрении (дисгемическая и кататономаразматическая)[2], в другой работе изучалась корреляция динамики психотических симптомов при энцефалитах с гистопатологической картиной мозга[3].

Нельзя не упомянуть также об исследованиях по гистологии нервной системы, принадлежащих представителям анатомии и гистологии (Б. И. Лаврентьев), а также о книге В. Н. Терновского и Б. Н. Могильницкого «Анатомия вегетативной нервной системы».

После революции был создан ряд институтов, занимающихся морфологией мозга. При Ученом комитете ЦИК СССР был в 1924 г. организован в Москве Институт мозга, задача которого в первый период состояла в изучении архитектоники коры большого мозга, прежде всего вопросов онтогенеза. В отличие от дававшихся раньше схем корковой локализации институт стремился дать индивидуальные карты корковой локализации ряда мозгов, что позволило бы проводить сравнения не со схемой мозга человека вообще, а с конкретными отдельными мозгами. Позже институт вел работу по экспериментальной морфологии, а с сентября 1933 г. по изучению токов действия коры головного мозга, изучая диференциацию электрических явлений в различных областях мозга и соответствие их отдельным архитектоническим полям (М. Н. Ливанов). В 1935 г. вышел первый том Трудов Института мозга. В институте работают И. Н. Филимонов, Е. П. Кононова, С. А. Саркисов, Г. И. Поляков, М. Н. Ливанов и др. С 1939 г. Московский институт мозга провел большую работу по исследованию межнейрональных связей как коры мозга в целом, так и отдельных ее слоев (И. Н. Филимонов, Е. П. Кононова, Г. И. Поляков и др.) и представил ряд новых данных о тончайших структурных образованиях коры [4].

Институтом получены уточненные данные о расположении в различных слоях и полях коры афферентных и эфферентных нейронов, выяснено большое значение в мозгу нейронов с короткими аксонами, как «той части рефлекторной дуги, которая, как гениально предполагал Сеченов, должна быть наиболее сложной частью дуги, замыкающейся в коре». Относительно нейрональных связей установлено два их вида: аксосоматические — разветвление одного нейрона у тела другого (корзинки, пуговки, колбочки и т. п.) и аксидендритные, образуемые преходящими тонкими безмякотными нервными волокнами с дендритными разветвлениями нервных клеток.

В последнее время институт уделял большое внимание исследованиям боковых придатков нервных клеток — «шипиков». Прослежено, что нерв-

[1] Die patologisch-anatomischen Besonderheiten der Paralysi sprogressiva, Archiv d. Psych., 1935, Bd. 35.

[2] Советская психоневрология, 1939, № 4—5.

[3] Советская психоневрология, 1940, № 4.

[4] Последний обзор деятельности института см. С. А. Саркисов, Невропатология и психиатрия, 1948, № 4.

ные клетки различных слоев коры имеют различные шипики: клетки второго и третьего слоя имеют более тонкие шипики, клетки пятого и шестого слоя — более грубые; в коре шипики многообразнее и обильнее, чем в нижележащих отделах мозга. В онтогенезе шипики появляются только на VIII месяце, а развитие их наиболее интенсивно идет в течение первых месяцев после рождения. Институт считает, что шипики являются рецепторным аппаратом мозговой коры, причем признается возможность осуществления ими рецепторных функций как путем непосредственного соприкосновения, так и посредством физико-химических гуморальных процессов. (А быть может, настройкой биоэлектрического приемника-клетки на особую частоту биоэлектрической волны? — Т. Ю.)

Вопросу о межнейронных связях, синапсии, посвящены также работы Н. И. Гращенкова, А. Д. Зурабашвили, разбирающие вопрос с гистологической, физиологической и патологической стороны.

Проблеме локализации функций в мозгу советскими исследователями было также уделено большое внимание.

Первая постановка этой проблемы на широкое обсуждение советских невропатологов и психиатров была сделана на I Украинском съезде невропатологов и психиатров в 1934 г., причем в качестве основных докладчиков были привлечены наиболее компетентные по этому вопросу исследователи: М. Б. Кроль, И. Н. Филимонов, А. М. Гринштейн, С. А. Саркисов, Н. И. Гращенков.

При Украинском психоневрологическом институте еще в 1931 г. была организована цитоархитектоническая лаборатория, работавшая под руководством И. Н. Филимонова и затем доц. М. Е. Соболя. Здесь имелось в виду главным образом изучение патологических нарушений в области архитектоники преимущественно при афазии: лаборатория составляла один комплекс с так называемой «корковой» клиникой. Из этой лаборатории вышли работы М. Е. Соболя, Р. А. Голубовой, Е. Я. Барановского.

В июне 1941 г. Центральным украинским психоневрологическим институтом была созвана специальная (10-я) сессия «Клинические синдромы при нарушении высших функций головного мозга и их анатомо-физиологические основы» [1].

Уже на I Всеукраинском съезде были отмечены значительные успехи советских исследователей в овладении новейшими методами исследования: цитоархитектоника, биотоки, хронаксия, но собранный материал тогда был еще невелик.

В дальнейшем в Институте мозга в Москве и Ленинграде, в Нейрохирургической клинике акад. Н. Н. Бурденко и на нейрохирургических сессиях в Украинском психоневрологическом институте в Харькове вопросы локализации все время не снимались с плана работ.

Уже на I Украинском съезде в 1934 г. было отмечено, что трудность проблемы заключалась в том, что ни концепция узкого статического локализационизма, ни концепция тотальной недифференцированной деятельности всего мозга не дают удовлетворительного объяснения наблюдаемых фактов. Было ясно, что локализованная кортикальная функция — это узловой пункт многообразных и лабильных условнорефлекторных связей, что «мозг — это калейдоскоп, один удар по которому меняет весь рисунок». Было ясно, что необходимо изучение локализаций методом сочетания клинико-психопатологического и физиологического анализа. Развитию такого понимания проблемы локализации и способствовали работы советских физиологов.

[1] Тезисы докладов изданы отдельной брошюрой, Харьков, 1941.

Изучением значения локальных нарушений в генезе психопатологических синдромов постоянно занимался А. С. Шмарьян, который придавал «большое значение нарушениям сложных кортико-диэнцефальных корреляций, т. е. принципам локализации, взятой в плане вертикальных взаимоотношений мозговых систем».

Сравнительной цитоархитектоникой мозга животных занимался И. Н. Филимонов, М. О. Гуревич, а в Казани — И. С. Алуф.

Для психиатрии имели значение и работы по локализации вегетативных центров А. М. Гринштейна [1], работы о боли М. И. Аствацатурова, И. И. Русецкого, а также работы Г. И. Маркелова [2], касающиеся клиники расстройств вегетативной нервной системы.

Таким образом, мы видим, что в советское время не только продолжалось давно с успехом начатое русскими учеными изучение физиологических и анатомических основ психической деятельности, но это изучение все более расширялось и углублялось, оставаясь глубоко оригинальным, идущим своим путем.

В истории психиатрии мы подробно остановились на описании этих достижений, так как они тесно связаны и с достижениями психиатрии клинической: без них было невозможно построение новой материалистической психологии и психопатологии. Они дают основы для понимания того, как исторически на основе развития труда, общения и речи развивалось человеческое сознание. С этими достижениями передовая психиатрия стремится связать и понимание психозов, их течения.

Еще предстоит много работы для того, чтобы между психиатром-клиницистом, физиологом и анатомом было достигнуто полное взаимопонимание, но большое поле для общей работы уже имеется.

* * *

В области клинической психиатрии после 1930 г. разрабатывались планово нижеследующие вопросы, обсуждавшиеся чаще всего коллективно на различных научных конференциях, сессиях, совещаниях.

В 1930 г. был создан Институт по изучению высшей нервной деятельности [3]. Им совместно с Московским областным обществом невропатологов и психиатров была в июне 1932 г. созвана конференция по вопросам теории и практики шизофрении [4]. Задачей конференции было «провести смотр современного нашего знания с целью намечения дальнейших работ в области шизофрении на основе внедрения плановости и единства в научно-исследовательской работе».

После этой первой конференции созыв конференций по отдельным проблемам психиатрии сделался обычным. Из таких конференций наиболее многолюдны были следующие. В июне 1936 г. Московский областной отдел здравоохранения созвал конференцию по вопросам эпилепсии [5]; в 1937 г. состоялась конференция в связи с 50-летием Московской психиатрической клиники, на которой было освещено значение С. С. Корсакова и сделан ряд докладов о корсаковском синдроме, а также освещена роль П. Б. Ганнушкина и его учения о пограничных формах и психопатиях, Центральный

[1] См. «Пути и центры нервной системы», Укрмедгиз, 1941; изд. 2-е, М., 1946.

[2] Итоги этих работ кратко изложены в статье, помещенной в журнале «Невропатология и психиатрия», 1937, № 10; позже вышла монография.

[3] В 1933 г. этот институт реорганизован и до 1945 г. был отделом ВИЭМ, а затем Институтом неврологии Академии медицинских наук.

[4] Современные проблемы шизофрении. Доклады на конференции, Медгиз, 1933.

[5] Труды Областного клинического института, т. IV. Проблема эпилепсии, Биомедгиз, М., 1936.

институт психиатрии РСФСР в 1939 г. созвал конференцию по травмам мозга, а в 1940 г. — по проблеме психомоторного возбуждения; в 1941 г. правление Всесоюзного общества невропатологов и психиатров созвало конференцию по энцефалитам; в Ленинграде состоялась конференция по вопросам о боли (доклады М. И. Аствацатурова и др.). Украинская психоневрологическая академия провела по вопросам неврологии и психиатрии 10 конференций (сессий), из них по психиатрии: в 1934 г. по экзогенным психозам [1], в 1935 г. по вегетативной нервной системе [2], в 1936 г. по патогенезу и лечению шизофрении[3], в 1938 г. по лечению шизофрении[4], в 1941 г. темой конференции было «Психонервные симптомы и анатомо-физиологическая их основа». Кроме того, на Украинском съезде невропатологов и психиатров в 1934 г. была поставлена проблема классификации неврозов и лечение психозов.

Большие областные конференции состоялись в Ростове-на-Дону, Молотове, Иванове, Днепропетровске.

Вопрос о патогенезе и клинике шизофрении, помимо рассмотрения его с точки зрения нарушения физиологических механизмов, является предметом многих исследований[5]. Большую роль в уточнении границ шизофрении, как мы уже говорили, сыграл II Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Он резко осудил психологически чувственное понимание шизофрении и ее расширительное толкование и прежде всего выдвинутое Л. М. Розенштейном понимание «мягкой» шизофрении, благодаря которой «шизофреническая пандемия, как выразился В. П. Осипов, затопила психиатрию в течение последних лет», так как достаточно было констатировать «оклики», ипохондричность, некоторое недоверие к окружающим, чтобы поставить диагноз шизофрении.

Клинические работы по шизофрении велись почти во всех институтах и клиниках. В. А. Гиляровский считал, что только те инфекции могут провоцировать шизофрению, которым свойственно поражать те же вегетоанимальные системы, какие поражаются при шизофрении, — инфекции «шизотропные». То же говорил об интоксикации И. Г. Равкин. Анализ шизофреноподобных состояний при сифилисе мозга, прогрессивном параличе дали М. О. Гуревич, Р. Я. Голант, М. З. Каплинский, а при эпидемическом энцефалите — М. О. Гуревич, Ф. Ф. Детенгоф и др.

Аллергическую теорию патогенеза шизофрении развивал Е. К. Краснушкин. О значении аноксии при шизофрении, пониженной утилизации кислорода тканями при шизофрении говорили В. П. Протопопов, М. Я. Серейский, Т. И. Юдин, А. Н. Шогам, Л. И. Смирнов, П. Е. Снесарев. Сюда же можно отнести и интересную работу Жислина «Проблема течения шизофрении и кровоснабжение головного мозга».

Моторным нарушениям при шизофрении посвящена монография А. Л. Абашева-Константиновского (Киев). Парафреническим заболеваниям — монография Я. М. Когана (Одесса).

Большое внимание изучению патогенеза, течению и лечению шизофрении было уделено в работах Т. И. Юдина и его сотрудников. В 1934 г. Юдин и Лазарев [6], собрав сведения о судьбе больных шизофренией (163 больных), поступивших в Харьковскую психиатрическую больницу в 1907 г.,

---

[1] Труды Украинской психоневрологической академии, т. V, Харьков, 1935.
[2] Труды Украинского психоневрологического института, т. IX, Харьков, 1937.
[3] Труды Украинского психоневрологического института, т. X, Харьков, 1938.
[4] Труды Украинского психоневрологического института, т. XI, Харьков, 1939.
[5] Хороший перечень русских работ по шизофрении дан в книге А. А. Перельман «Шизофрения», Томск, 1944 (стр. 265—288).
[6] Советская психоневрология, 1936, № 6.

судьба которых, кроме того, была проверена в 1912 г., нашли, что к 1934 г. 42,3% из них выздоровели, что показывало неправильность чрезмерного пессимизма старых авторов по отношению исхода болезни и его малую обоснованность, получавшуюся главным образом потому, что при изучении катамнезов, как оказывается, не учитывались не являвшиеся повторно к психиатрам выздоровевшие больные. Вопросу о прогнозе шизофрении, количестве и типах выздоровления при шизофрении была посвящена также диссертация Е. Г. Дайн. Е. Г. Дайн [1] пришла к заключению о большом числе выздоровлений при шизофрении, а также и о большом числе случаев субкомпенсации, когда, несмотря на некоторые остаточные симптомы болезни, пациенты не только хорошо работали, но и повышали свою квалификацию. В диссертации Ю. Н. Ганнохи [1], который исследовал свыше 50 больных с «конечными формами», более 5—10 лет находившихся в больнице, говорится о трех основных формах «конечного» состояния: 1) отупения, 2) неудержимом выявлении влечений и 3) органическом руинировании.

Кроме того, Ганноха говорит о возможности остановки процесса на всяком уровне и о «длительных» формах, когда острые симптомы не исчезают годами, но все же дело может закончиться выздоровлением.

Проф. Т. И. Юдин на основании этих диссертаций, а также работ Шевко и Шогама, рассматривал шизофрению как медленно и глухо («за занавесом») текущий органический процесс, легко останавливающийся при благоприятных условиях жизни, но дающий острые вспышки при воздействии вредных внешних условий (инфекции, жизненные трудности, в особенности затрагивающие вегетативную нервную систему, и т. п.)[2]. В работе «Смертельные случаи шизофрении» [3] Юдин говорит о кататоническом маразме (остром изменении обмена) и остром бреде (delirium acutum) вследствие сосудистого застоя. Вообще в работах клиники Т. И. Юдина подчеркивалось крайнее разнообразие течения процесса в зависимости от внешних условий, необходимость различия не внешних симптомов болезни, а фаз течения, особенностей обмена.

В. П. Протопопов к острым формам шизофрении причисляет еще «фебрильные формы» резкого токсикоза.

О значительном числе работ по особенностям обмена при шизофрении клиники проф. В. П. Протопопова уже говорилось в отделе о лечении шизофрении. Систематическое изложение этих работ дано им в лекциях, читанных в 1939 г. научным сотрудникам Украинского психоневрологического института [4].

Вопросы отграничения шизофрении от шизоформных психозов продолжали занимать внимание психиатров, но нужно сказать, что и расширительно-неправильная диагностика шизофрении имела место до самого последнего времени.

Много внимания было уделено изучению особенностей течения шизофрении у подростков. Здесь надо особо отметить работы проф. Г. Е. Сухаревой и ее сотрудников (Харьков, Москва) [5], оригинальные работы по шизофрении в раннем детском возрасте Т. П. Симсон, работы С. С. Мнухина в Ленинграде.

Ряд работ психологов был посвящен изучению характера расстройств мышления при шизофрении и работы психолога Л. С. Выготского [6] и

---

[1] Диссертации Украинского психоневрологического института (краткое содержание), Харьков, 1940, стр. 154.

[2] Труды Центрального института психиатрии РСФСР, М., 1941, т. II.

[3] Советская психоневрология, 1939, № 4/5.

[4] Проблемы патофизиологии и терапии шизофрении, Киев, 1947, в. 2, изд. УПНИ.

[5] Клиника шизофрении у детей и подростков, ч. I, Харьков, 1937.

[6] Л. С. Выготский, Мышление и речь, Соцэкгиз, 1934.

М. С. Лебединского. В своей диссертации В. И. Аккерман пытался вскрыть «механизмы шизофренического первичного бреда»[1], А. А. Меграбьян защитил диссертацию «Синдром отчуждения и бред».

Проблеме трудоспособности при шизофрении и типам компенсаторных механизмов при ней посвящена значительная часть сборника отдела экспертизы Института трудоспособности ВЦСПС и Московского психиатрического института имени Ганнушкина (проф. Т. А. Гейер, Д. Е. Мелехов)[2], а также работы Харьковского психиатрического профилактория (работы А. Л. Альтмана) [3].

Таким образом, мы видим, что по вопросу о патогенезе и клиническому течению шизофрении было проведено большое число работ, а если принять еще во внимание работы физиологов, то, несомненно, в настоящее время имеется значительный базис для создания новой правильной теории шизофрении.

Из работ по изучению маниакально-депрессивного психоза надо отметить работы проф. В. П. Протопопова [4], В. П. Осипова и М. Я. Поляковой, Н. И. Бондарева [5], Я. А. Ратнера и Р. Я. Голант.

Еще в 1917 г. В. П. Протопопов выделил характерный для этого психоза вегетативный симпатикотонический синдром: тахикардия, расширение зрачков и спастические запоры, падение веса, сухость кожи и пр. Этот синдром наблюдался как в маниакальной, так и в депрессивной фазе, наступление его лишний раз подчеркивало, что обе фазы патогенетически относятся к одному и тому же заболеванию. Дальнейшими исследованиями сотрудников В. П. Протопопова установлено соответствующее высоте эмоционального возбуждения повышение как максимального (до 180 мм), так и минимального (до 120 мм) кровяного давления, снижающегося с наступлением ремиссии до нормы. И в той, и в другой фазе болезни кровь больных оказывает положительный инотропный и хронотропный эффект на изолированное сердце лягушки. При надавливании на глазное яблоко (симптом Ашнера) наблюдается ускорение пульса.

Таким образом, при маниакально-депрессивном психозе наблюдается выраженное повышение симпатико-адреналовой системы.

Обращают внимание особенности безусловных оборонительных рефлексов на электрокожное болевое, тепловое и холодовое раздражение, причем минимальное раздражение вызывает генерализованную реакцию у маниакальных больных и очень неприятное ощущение, у депрессивных же — в моторной части отмечается удлинение латентного периода и такой же тип протопатической реакции, как у маниакальных, что можно толковать как повышенную возбудимость таламической области.

При исследовании углеводного обмена наблюдается высокий уровень сахара в крови (80—100 мг%), при введении адреналина под кожу—бурный гликолиз, яркая реакция на инсулин, т. е. превалирование гликолиза над гликогенезом, что говорит о преобладании симпатико-адреналовой системы над инсулярной, особенно у депрессивных больных. Низкий уровень молочной кислоты в крови (8—12 мг% при норме 15—20 мг%). При исследовании азотистого обмена наблюдается прогрессивное понижение общего белка за счет альбуминов при возрастании глобулина; в таком же соответ-

---

[1] Восточное краевое издательство, Иркутск, 1936.

[2] Психоневрологический профилакторий Наркомсобеса УССР, Сборник 2, Душевные заболевания и трудоспособность, Харьков, 1940.

[3] Труды Центрального института психиатрии РСФСР, М., 1947, т. III, стр. 38.

[4] В. П. Протопопов, Соматическая характеристика маниакально-депрессивного психоза, Невропатология и психиатрия, 1948, т. XVII, № 4.

[5] Труды Военно-медицинской академии, 1930, т. VI, стр. 37—46.

ствии меняется мочевина, остаточный азот и РОЭ. Все это можно отнести за счет повышенной возбудимости гипоталамической области.

Также перевозбуждением симпатической нервной системы объясняют маниакально-депрессивный психоз и исследования школы В. П. Осипова, хотя выводы отдельных его сотрудников несколько различны: Н. И. Бондарев считает в маниакальной фазе ведущим надпочечник, а в депрессивной — заднюю долю гипофиза, М. Я. Полякова, наоборот, питуитрину приписывает главную роль в маниакальной фазе. Первичным, однако, и ленинградские исследования считают не эндокринные расстройства, а изменение возбудимости таламо-гипоталамической области.

К такому же заключению пришел и Я. А. Ратнер, исходя из изучения функций диэнцефалона.

Особенно много внимания было обращено в работе советских психиатров на инфекционные и токсические психозы. Еще в первые годы после революции описывались психические расстройства при энцефалите Экономо (М. О. Гуревич, Р. Я. Голант, Д. С. Озерецковский, М. П. Андреев). В 1940 г. в V томе большого советского «Руководства по неврологии» помещена большая статья М. О. Гуревича об этих расстройствах.

Немало работ относительно психозов при других инфекционных болезнях, причем во всех этих работах разбирался главным образом вопрос о специфическом действии вредности, о значении силы и темпа воздействия внешней вредности на мозг, о значении всего состояния организма («почвы») в момент инфекции для специфической картины психоза. Из этих работ отметим работы по пеллагрозным психозам Е. Г. Габронидзе, И. В. Лысаковского, об эрготизме А. В. Выясновского и И. В. Лысаковского, работы по ревматическим психозам М. О. Гуревича, В. К. Белецкого и А. П. Авцына, работы по бруцеллезу А. В. Триумфова, Е. М. Стеблова, В. Н. Серафимова, Ю. В. Первушина, Э. М. Залкинда, диссертацию М. А. Гольденберга по инфекционным психозам вообще и сравнению их с острыми вспышками шизофрении, работы, изучавшие затянувшиеся формы инфекционных психозов на почве ослабления реактивности организма— И. Г. Равкина, при ряде соматических заболеваний, сопровождающихся физическим истощением, кахексией,—А. В. Снежневского.

В. А. Гиляровский выдвинул концепцию бредообразования (катестезический бред) на почве ощущений типа гиперпатии. Источником этих ощущений могут служить боли при длительных соматических заболеваниях и сопровождающиеся болью травмы.

По патологической анатомии инфекционных психозов надо отметить работы Л. И. Смирнова, указывающего на морфологическую специфику отдельных инфекций, состоящую в различной реактивности мезенхимы и глии, в неодинаковой выраженности расстройств кровообращения, различии расстройств липоидного, гликогенного, железистого обмена. Представляют также интерес работы по патологической анатомии инфекционных психозов А. В. Выясновского, А. П. Авцына, О. В. Кербикова, диссертация Н. М. Кроля «Бешенство у человека». За последние годы перед Великой Отечественной войной стали появляться работы о психических расстройствах при клещевом энцефалите (Н. Н. Тимофеев).

По интоксикационным психозам надо отметить следующие работы: И. Г. Равкина — о промышленных интоксикациях, С. П. Рончевского, А. Б. Александровского — о действии мескалина, О. И. Вольфовского — о действии адреналина, М. А. Джагарова, В. В. Браиловского—о действии атропина, а по интоксикациям тетраэтилсвинцом — работы И. Р. Равкина, И. В. Лысаковского, С. А. Волпянского. По алкоголизму упомянем ра-

боты о похмелье С. Г. Жислина, о хроническом алкоголизме (киевская клиника проф. Я. П. Фрумкина), работы И. В. Стрельчука. Интерес представляют опыты И. Ф. Случевского по лечению алкоголизма путем выработки рвотного рефлекса на алкоголь, полученного при употреблении апоморфина в качестве безусловного раздражителя. Впервые условный рефлекс на базе безусловного гуморального рефлекса при этом получен был в лаборатории Павлова Н. А. Подкопаевым и В. А. Крыловым.

Эпилепсии посвящен VII том работ Киевского психоневрологического института. Здесь следует отметить выдвинутое в Киеве понятие epilepsia simplex — форма эпилепсии, протекающей без припадков и дебютирующей только постепенной своеобразной психической дегенерацией. Попыткой определить признаки плохих прогностических случаев эпилепсии являлись также работы А. И. Плотичера (Харьков), С. С. Мнухина (Ленинград), Г. И. Берштейн (Москва). Лечению эпилепсии было посвящено много работ И. Ф. Случевского (Уфа). Интересны работы о трудоспособности при эпилепсии Т. А. Гейера (Москва), И. О. Гилула (Киев), об эпилепсии у детей С. С. Мнухина (Ленинград) и др.

Вопросы эпилепсии были всесторонне освещены в лекциях виднейших представителей неврологии и психиатрии. Эти лекции были впоследствии изданы отдельным сборником [1].

Основные вопросы патогенеза эпилепсии были освещены также в монографии Е. К. Сеппа (Москва, 1937). Следует отметить еще сборник Иркутской нервной клиники об эпилепсии (Иркутск, 1938), где подведены итоги биохимических, клинических исследований большого материала по эпилепсии; особо отметим статью Х. Г. Ходоса «Отношение некоторых эпилептиков к своей болезни» (эпилептический оптимизм, стремление к работе).

О нарколепсии из русских авторов еще до революции писали П. А. Лощилов (1895), С. Я. Зельцер (1901), а после революции, — Б. Н. Маньковский, В. В. Браиловский (1925), Л. Я. Немлихер, К. А. Скворцов (1926), С. П. Эсселевич (1928) и др.

Из работ по органическим психозам следует отметить работы по анатомо-клиническому изучению парието-окципитального синдрома (нарушение схемы тела) и вообще психосенсорных расстройств проф. М. О. Гуревича. Ряд работ по диэнцефальным расстройствам (Я. А. Ратнер), расстройствам памяти [2], апрактическим расстройствам, физиотерапии психозов выполнен в клинике Р. Я. Голант (Е. С. Авербух, А. З. Розенберг, С. С. Мнухин), ей же принадлежит классификация сифилитических психозов. Эта клиника дала ряд исследований по рентгенодиагностике, энцефалографии и рентгенотерапии психозов. Интерес представляют и работы о комбинации шизофрении с органическими расстройствами (прогрессивный паралич, артериосклероз, старческие изменения) Т. А. Гейера, М. О. Гуревича, Ф. Ф. Детенгофа, А. И. Винокуровой.

По инволюционным психозам работы Т. А. Гейера, М. П. Андреева, Р. Е. Люстерника, работы по гипертонии и вазопатиям В. А. Гиляровского, Е. К. Краснушкина, Р. Я. Голант, М. О. Гуревича, С. В. Крайца, Д. Е. Мелехова, В. М. Банщикова и др.

Еще в первые годы после революции появился ряд работ по так называемому травматическому неврозу (монографии И. Н. Филимонова, А. И. Ющенко), работы об исходных состояниях после закрытых травм головы (Р. Я. Голант и др.).

---

[1] «Эпилепсия», VIII сборник Центрального института усовершенствования врачей, М., 1938.

[2] Р. Я. Голант, Расстройства памяти. Монография, Биомедгиз, Л., 1935.

В связи с военными столкновениями в Маньчжурии уже на II съезде психиатров обсуждались вопросы о травмах нервной системы. В 1938 г. появился под редакцией В. П. Осипова сборник «Психозы и неврозы войны», а затем в связи с финской кампанией — ряд клинических и экспериментальных работ по контузиям головы (например, Я. Г. Рубинштейна, А. Л. Фисановича в Харькове). В 1940 г. вышел сборник работ по травмам нервной системы Харьковской железнодорожной психиатрической больницы.

Но особенно широко развернулось изучение травм в Великую Отечественную войну. Впрочем, итоги этого изучения в настоящее время окончательно только подводятся.

По судебной психиатрии до Великой Отечественной войны вышло три сборника работ Судебнопсихиатрического института имени Сербского, учебник судебной психиатрии для врачей и краткий учебник для юристов, составленные сотрудниками того же института (А. Н. Бунеев, И. Н. Введенский и др.).

С 1931 г. до Великой Отечественной войны появились труды следующих клиник и институтов: IV—VI тома работ психиатрической клиники I Московского медицинского института, сборник «50 лет Московской психиатрической клиники», сборник психиатрической клиники II Московского медицинского института «Лечение душевнобольных», три ленинградских сборника «Советская невропсихиатрия», ленинградский сборник по рентгенотерапии, сборник, посвященный 30-летию деятельности Р. Я. Голант, пять томов Трудов Института имени Ганнушкина, два сборника трудов Центрального института психиатрии, Труды Ростовской, Воронежской, Сталинской, Свердловской, Башкирской психиатрических клиник, шесть выпусков Трудов Московского областного психиатрического института, два выпуска Трудов Молотовского психоневрологического института, два выпуска Трудов новосибирских кафедр неврологии и психиатрии, одиннадцать томов Трудов и 22 монографии Украинского психоневрологического института, три выпуска трудов 1-й Московской городской психиатрической больницы, два тома Тбилисского психиатрического института (проф. Зурабашвили) и др.

С 1936 г. защищено большое количество диссертаций по психиатрии, но многие из них еще не изданы, а поэтому и мало известны.

Если вопросы о выраженных психозах (mentis alienatio) усердно разрабатывались советскими психиатрами после 1931 г., то область психиатрии пограничной (mentis aberratio) обсуждалась меньше. Вопрос о неврозах и психопатиях рассматривался на Московской конференции в июне 1933 г. и на I Украинском съезде невропатологов и психиатров в 1934 г., однако общего взаимопонимания достигнуто не было. Из последних работ о пограничных состояниях следует отметить два сборника Трудов Тбилисского института функциональных заболеваний, в частности, работы акад. Д. Н. Узнадзе.

Из области психопатологии в связи с разработкой вопроса об экзогенных реакциях был опубликован ряд работ, уточняющих психопатологические особенности аментивного, делириозного, сумеречного состояний (О. В. Кербиков, Т. И. Юдин, А. Н. Молохов и др.). Ряд работ о физиологической основе галлюцинаций вышел из клиники проф. Е. А. Попова (Харьков) и закончился его докторской диссертацией [1], того же вопроса касалась диссертация В. В. Шостаковича «Истинные галлюцинации и их механизм». Ряд интересных психопатологических работ о сущности демен-

[1] Е. А. Попов, Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций, Харьков, 1941.

ции, о переживании болезни, сопротивляемости психозу, запоздалой реактивности принадлежит проф. Е. А. Шевалеву (Одесса).

Ряд работ посвящен структуре навязчивых состояний (Д. С. Озерецковский, В. В. Браиловский и др.). Интересны и оригинальны описания С. Г. Жислина, Е. А. Попова, П. Ф. Малкина и др. об острой бредовой вспышке при длительной бессоннице и тревожном утомлении. Из работ по психотерапии обращают на себя внимание работы К. И. Платонова (Харьков).

Все эти исследования и должны послужить материалом для дальнейшего развития теории советской психиатрии.

* * *

Настало время подвести итоги развития психиатрии за период до Великой Отечественной войны и после нее до настоящего времени. Еще многие активнейшие участники Отечественной войны, подводящие, как нам известно, в монографических исследованиях итоги своих наблюдений, их не закончили. Отдельные, хотя и многочисленные статьи и доклады дают достаточное представление об объеме и широте исследований, но еще не являются законченным целым. Поэтому мы не будем делать обзора результатов этих работ, а очертим лишь те главные направления, в каких шло изучение.

Прежде всего война изменила тот контингент больных, с которыми психиатрам приходилось иметь дело в психиатрических больницах в мирное время. Не говоря уже о травмах и об особенностях фронтовой обстановки, настоящая война изменила жизнь, а стало быть, и вызывающие болезни причины решительно всего населения нашей страны. И изменение привычного качества питания, и тяжелейшие переживания — потеря близких, переживание фашистской оккупации с ее бесчеловечным отношением ко всему оставшемуся населению, постоянные тревоги в связи с событиями на фронте, эвакуация, перемена обычной обстановки жизни — все это создавало почву для выявления психотических состояний в таких картинах, которые прежде не наблюдались вовсе, а если и встречались, то редко и не в столь ярко очерченной форме, как во время войны.

Даже обычные хронические психические болезни изменили свои проявления. Например, многие наблюдатели свидетельствуют, что число заболеваний шизофренией не только не увеличилось во время войны, но многие постоянные или повторные посетители больницы во время войны участвовали в общей жизни и становились работоспособными. Вся страна, даже больные, напрягала все свои силы для защиты родины от грозящего порабощения. Давно известно, что нередко в пылу боя бойцы не замечают своих тяжелых ранений и продолжают сражаться или раненые проходят большие расстояния. Так было и со всем населением: некогда, нельзя было болеть, некогда было думать о собственных недомоганиях... и больной становился работоспособным. Все это говорило о колоссальном влиянии человеческого сознания, психической установки на соматику, о колоссальном значении социальной среды. Психиатры ждали во время войны большого числа психогенных заболеваний, но их было мало, да и почва, на которой они возникали, была вовсе не та, какую ждали: не травмы, не тяжести фронтовой жизни, а возрастные сосудистые сдвиги и истощение вызывали главным образом психогенные вспышки, что подчеркивало значение соматического состояния для психической деятельности.

Эти моменты взаимодействия соматического и психического, так же как и лечение раненых, соединили в работе психиатров с врачами других специальностей — хирургами, интернистами — и заставили глубже задуматься над проблемой единства психического и соматического у человека, над ролью человеческого сознания.

Сложные симптомы при различных травмах головы, нередкие осложнения травм энцефалитами, захватывающими весь мозг и вызывающими сложные психотические явления, заставляли и нейрохирургов все чаще обращаться не только к невропатологам, но и к психиатрам.

Травмы мозга, изменения психики при них выдвинули перед психиатрами проблему генеза психотических симптомов во всей ее широте и сложности. Течение и синдроматика травм мозга четко подтвердили, что нельзя симптомы объяснять только местом поражения мозга: особенности работы сосудов, эндокринно-вегетативные сдвиги, плазмодинамика, прежде пережитые болезни — все это отражалось на клинике и течении травмы. Жизнь организма состоит из взаимодействия многих тканей и систем, каждая функция имеет многосложное обеспечение во всех этажах организма, гармонически, «сопряженно» работающих и при разных условиях по-разному реагирующих на окружающую среду. Новое состояние после выпадения определенных участков мозга дает себя знать не в виде выявления ниже лежащих филогенетических старых систем, как полагали Джексон, Шеррингтон, а в сложной взаимносопряженной деятельности оставшихся частей всего организма. Из оставшихся кирпичей строится худшее, но целостное здание, как 100 лет назад говорил Саблер.

Закрытые травмы головы: коммоции, контузии, несомненно частые вегето-сосудистые расстройства при них, ликвородинамические нарушения, астенические состояния — все это делало еще более необходимым для психиатра понимание нарушений вегетативной иннервации, изменений сосудистого тонуса. Разработка вопросов сосудистой иннервации издавна принадлежала именно русским физиологам, анатомам и гистологам (Павлов, Овсянников и др.). Работы В. П. Воробьева, Г. Ф. Иванова, А. Н. Мирославского, Б. И. Лаврентьева и др., работы клиницистов А. М. Гринштейна, Г. И. Маркелова, И. И. Русецкого, работы времен первой мировой войны Т. Е. Сегалова, Н. А. Вырубова послужили основой для изучения закрытых травм головы в настоящее время. Работы К. М. Быкова, А. Г. Иванова-Смоленского, электро-физиологические исследования Введенского-Ухтомского, Московского института мозга, — все это сделалось необходимым для понимания особенностей течения и симптоматики травм. Целый ряд физиологических методов исследования (хронаксия, электроэнцефалография) вошел в обиход психиатрической клиники. Изучение иммунобиологических сдвигов в организме в связи с нарушением центральной мозговой регуляции, взаимозависимость нарушений периферических от нарушений центральной регуляции приводили к необходимости и для физиологов, и для клиницистов искать путей постоянной совместной разработки научных проблем, но во время Великой Отечественной войны психиатры увидели такие формы воздушных коммоций, какие в прошлые войны не встречались или были неярко выражены.

Акад. Беритов и его сотрудники [1] дали экспериментальные работы с воспроизведением у животных сотрясения без ушиба, без засыпания их землей и т. д., патологоанатомы (Л. И. Смирнов, П. Е. Снесарев) уже напечатали ряд исследований об изменениях мозга при коммоциях, экспериментально

[1] И. С. Беритов, Об изменениях в организме от воздействия воздушной волны... Военно-медицинский сборник, т. III, изд. Академии наук СССР, 1946.

исследовались изменения мозга животных при запредельных звуковых раздражениях. Дело идет о разделении коммоций при прямых ушибах головы, хотя бы и воздушной волной, и коммоций вибрационных, волновых, имеющих совершенно особый тип течения и патологической анатомии.

В области изучения разработки методов социального приспособления и восстановления трудоспособности инвалидов Великой Отечественной войны, в изучении реституционных механизмов ценные соображения дали психологи (работы А. Н. Леонтьева и др.)[1]. Таким образом, и психология вошла в число тех дисциплин, которые объединились для изучения травматических и послетравматических заболеваний.

Об интенсивности продолжавшейся и во время войны научной работы говорило и то, что, несмотря на временную эвакуацию научных психиатрических институтов Москвы, Ленинграда, Харькова, Киева и призыв значительной части работников институтов на работу в военные учреждения, институтами во время эвакуации был созван ряд больших научных конференций. Уже в мае 1942 г. Центральный институт психиатрии РСФСР созвал в Томске конференцию по вопросам неврологии и психиатрии военного времени; в том же 1942 г. в Уфе была созвана конференция с участием находившихся там ученых Украинской академии наук и москвичей; в 1943 г. Центральным украинским психоневрологическим институтом была созвана в Тюмени сессия по травмам центральной и периферической нервной системы, а В. П. Осиповым в декабре 1942 г. — конференция в Самарканде.

По окончании войны с 1945 по 1947 г. две сессии были созваны Центральным институтом психиатрии РСФСР, две конференции — Институтом судебной психиатрии и одна конференция — вновь организованным в 1945 г. Институтом психиатрии Академии медицинских наук. В Ленинграде состоялась конференция по поводу 30-летия научной деятельности Р. Я. Голант и 50-летия деятельности В. П. Осипова. В Харькове состоялись сессии в 1943 и 1946 гг. В 1946 г. состоялись большие конференции в Риге и Молотове. Наконец, в 1948 г. состоялся II Украинский съезд невропатологов и психиатров и III Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. На съезде, собравшем 2 200 участников, были освещены вопросы взаимоотношения физиологии и клиники, травмы головного мозга, сосудистые заболевания и терапия нервных и психических болезней. По вопросам организации психиатрической помощи выступил с большой речью заместитель министра здравоохранения СССР А. Н. Шабанов.

Великая Отечественная война закончилась победой Советской Армии. Советские войска не только выбросили агрессора из своей страны, но и заставили фашистских главарей сдаться в их собственном логове. Советская армия освободила мир от фашистского засилья.

Эта победа и тот патриотический подъем, который охватил все советские народы при восстановлении разрушений войны, при дальнейшем движении вперед к коммунизму, свидетельствовали, что завоевания Октябрьской социалистической революции — материальные, политические, идеологические — не только преобразовали экономический строй, но и в корне изменили психологию масс, укрепили их социалистическое сознание.

Капиталистический мир, и прежде всего американские монополисты, не будучи в состоянии преодолеть глубочайших противоречий, раздирающих экономику капиталистических стран в послевоенный период, ничего

[1] Леонтьев А. Н. и Запорожец А. В., Восстановление движений. Изд. «Советская наука», М., 1945; Известия Академии педагогических наук РСФСР. Отдел психологии, в. I, 1945, в. II, 1945 и в. III, 1946; Ученые записки Московского университета, в. III — Психология, Вопросы восстановления психофизиологических функций, М., 1947, т. II, изд. МГУ.

не могли противопоставить расцвету социалистического государства. Они вновь стали готовиться к войне. «На два лагеря раскололся мир решительно и бесповоротно» и «борьба этих лагерей составляет ось всей современной жизни», говорит товарищ Сталин.

Ученые лакеи империализма сводят науку к отстаиванию положений о том, что капиталистическая система — лучшая и вечная, и своими исследованиями и изобретениями содействуют новой войне. Они все больше стремятся приостановить развитие науки.

В эти дни, когда между советской и буржуазной идеологией идет острая борьба во всех сферах — политике, науке, философии, литературе, искусстве, чем острее будет отточено наше идейное оружие, чем выше будет идейно-политическая подготовка наших кадров во всех областях знания, тем легче будет нам разбираться в происках империалистов, разоблачать их планы, тем быстрее наша страна пойдет к коммунизму.

Дискуссии в 1947 г. по поводу книги акад. Г. Ф. Александрова «История философии», дискуссии 1948 г. в области искусства и, наконец, августовская сессия Всесоюзной академии сельскохозяйственных наук имени Ленина, на которой акад. Т. Д. Лысенко доложил «О положении на биологическом фронте», показали, что остатки реакционных направлений, преклонение перед Западом, космополитизм все еще отмечаются у некоторых наших ученых.

Под руководством нашей партии в области биологии положен конец реакционным вейсманистским теориям.

Вся история советской науки, так же как и советской психиатрии, насыщена поучительными примерами борьбы нашей партии против проникающих в советскую страну из враждебного капиталистического окружения некоторых элементов реакционной буржуазной идеологии, против идеализма и оппортунизма, под какой бы маской они ни скрывались. Теперь мракобесы от буржуазной науки ведут яростные атаки на передовую советскую науку, пытаясь умалить ее достижения. Партийность в науке, умение творчески владеть методом диалектического материализма, знание истории отечественной науки и прежде всего истории развития науки своей специальности, знание той борьбы, которую русской материалистической науке приходится издавна вести с представителями капиталистического мира, стремившегося превратить Россию в свою колонию, должны содействовать усилению нашей бдительности против проникновения всяческих чуждых идей, засоряющих нашу науку. В науке определилось два диаметрально противоположных направления: первое — подлинно материалистическое, прогрессивное, утверждающее непрерывное развитие, уничтожение старого, отживающего и нарастание нового, и второе — отстаивающее неизменность жизни, реакционное, идеалистическое. Никаких промежуточных позиций нет и быть не может.

Растет число высших медицинских школ, открывается большое число исследовательских институтов по всем отделам медицины, в том числе и по неврологии и психиатрии, развиваются невиданные темпы и размах исследовательских работ. Большинство научных исследований, особенно клинических, отвечает на поставленные жизнью вопросы, и в психиатрии в области организации психиатрической помощи прежде всего осуществляется то, чего требует практика жизни.

Научное понимание единства соматической и психической деятельности идет по линии преодоления расхождения путей клинических, физиологических и анатомических исследований нервной системы. Россия стала родиной физиологии высшей нервной деятельности. Советская власть не жалела средств на предоставление школе И. П. Павлова всех воз-

можностей развивать и совершенствовать свои исследования. Чем дальше, тем больше объединяются исследования психиатров, невропатологов и интернистов с исследованиями физиологов и гистологов для разрешения проблемы единства психического и соматического. Мы перечислили работы в этом направлении, сделанные в годы советской власти. Особенно бурно работы эти развились в период Великой Отечественной войны в связи с лечением травмы головы и коррекцией нервно-психических дефектов как последствия этих травм.

Задачей психиатрии в Советском Союзе является не призыв к инертности психики, а, наоборот, стремление создать путем лечения и оздоровления труда и быта максимум возможности участия в общей трудовой деятельности решительно всего населения, предоставление всех возможностей использования остаточных сил больного, поддержания в нем бодрости и действенно-эмоционального устремления содействовать своей работой, по мере своих способностей, строительству коммунизма.

Двигателем дальнейшего развития научных исследований, борьбы в науке между нарождающимся новым и отживающим старым в советском обществе является критика и самокритика. Как мы это видели, рост советской науки в преодолении ошибок в форме «...критики и самокритики, являющейся подлинной движущей силой нашего развития...» [1].

Врачи-психиатры, активные участники строительства советской психиатрии, гордятся тем, что они являются строителями новой науки. Будущие поколения с почтением отнесутся к тому славному пути, который прошла и которым идет наша наука. Но, конечно, было бы неправильно думать, что не было и нет ошибок на этом пути. Историю мы писали не для восхваления, а для того, чтобы по ней учиться и не повторять старых ошибок. Еще много недостатков в научной работе остается у нас и до сих пор, и задачей является «...смелей двигать вперед... применить в полной мере марксистскую теорию познания... работать так, как работали Маркс, Энгельс, Ленин, как работает Сталин» [2].

---

[1] А. А. Жданов, Выступление на дискуссии по книге Г. Ф. Александрова «История западноевропейской философии», Госполитиздат, 1947, стр. 40.

[2] Там же, стр. 39, 44, 45.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классики марксизма

Маркс К. и Энгельс Ф., Немецкая идеология, т. IV (противоположность материалистического и идеалистического воззрений).
Маркс К. и Энгельс Ф., Архив Маркса и Энгельса, т. V (о державе Чингис-хана и борьбе русского народа).
Маркс К. и Энгельс Ф., Сочинения, тт. IX, XV, XVI, XVII, XXI.
Маркс К. и Энгельс Ф., Избранные письма, Госполитиздат, 1947.
Энгельс Ф., Диалектика природы, Госполитиздат, 1948.
Ленин В. И., Сочинения, изд. 4-е.
Ленин В. И., Материализм и эмпириокритицизм, Госполитиздат, 1948.
Ленин В. И., Развитие капитализма в России, Госполитиздат, 1947.
Ленин В. И., Философские тетради, Огиз, 1947.
Ленин В. И., О национальной гордости великороссов (из тома XXI Сочинений).
Сталин И. В., Сочинения, тт. I, V и VII.
Сталин И., Вопросы ленинизма, изд. 11-е, 1947.
Сталин И., Марксизм и национальный вопрос, М., 1939.
Сталин И., Беседа с немецким писателем Э. Людвигом, М., 1938.
История Всесоюзной коммунистической партии (большевиков). Краткий курс, М., 1943 г.

2. Сочинения по общей истории

Алефиренко П., Общественное движение в Москве во второй половине XVIII века, Известия Академии наук СССР. Серия истории, 1947, № 6.
Антонович М. А., Колдовство в России, СПБ, 1877.
Будовниц И. У., Русская публицистика XVI века, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1947.
Вараднов, История Министерства внутренних дел, СПБ, 1858.
Гернет М. Н., История царских тюрем, т. I, М., 1941.
Греков Б. Д., Киевская Русь, Учебно-педагогическое издательство, М., 1949.
Он же, Феодальные отношения в Киевском государстве, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1936.
Он же, Крестьяне на Руси с древних времен до XVII века, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1946.
Греков Б. Д., Бахрушин С. В., Лебедева В. Н. (редакция), История России, т. I, изд. 2-е, Госполитиздат, 1948.
Игнатович, Помещичьи крестьяне накануне освобождения, изд. 3-е.
Ибн Фадлан, Путешествие на Волгу. Перевод с комментариями Крачковского, М.—Л., 1939.
Ибн Якуб, Записки о путешествии по Средней Европе. Приложение к XXXII тому «Записок Академии наук» (книга 2), СПБ, 1879.
Ипатьевская летопись, изд. 2-е (Полное собрание летописей, т. II), СПБ, 1908.
Ключевский В. О., Курс русской истории, тт. I—V, Соцэкгиз, М., 1937.
Костомаров Н. И., Очерк домашней жизни и нравов великорусского народа XVI и XVII века, СПБ, 1887.
Кочин Г. Е., Памятники Киевского государства, Л., 1936.
Лебедев А. С., О борьбе власти с суевериями, Киевская старина, 1890, № 1.
Лихачев Д. С., Русские летописи, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1947.
Он же, Культура древней Руси эпохи образования национального государства, Госполитиздат, 1946.

Мавродин В. В., Образование древнерусского государства, Л., 1945.
Мавродин В. В., Петр I, изд. «Молодая гвардия», М., 1947.
Патерик Киевского Печерского монастыря, изд. Археографической комиссии, СПБ, 1910.
Райков Б. Е., Очерк по истории эволюционной идеи в России до Дарвина, ч. 1, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1947.
Рыбаков Б. А., Ремесло в древней Руси, изд. Академии наук СССР, М., 1948.
Рубинштейн Н. Л., Крепостное хозяйство и зарождение капиталистических отношений в XVIII веке, Ученые записки МГУ, М., в. 87, 1946.
Рубинштейн Н. Л., История России до конца XVIII века, БСЭ, дополнительный том (без нумерации) — СССР.
Сивков К., Общественная мысль и общественное движение в России в XVIII веке, Вопросы истории, № 6, 1946.
«Стоглав», изд. 3-е, Казань, 1911.
Флеров, О православных русских церковных братствах XV—XVIII века, СПБ, 1857.
Флетчер Дж., О государстве русском 1591 года, изд. Общества типографского дела, Всеобщая библиотека, № 120, 121, СПБ, 1911.
Юшков С. В., Исследования по истории русского права, в. 1.

3. Психиатрические съезды и совещания

Труды I съезда отечественных психиатров, М., 1887, стр. 1067.
Труды II съезда отечественных психиатров, происходившего в Киеве с 4/IX по 11/IX 1905 г. Изданы под редакцией И. А. Сикорского секретарем съезда С. М. Доброгаевым, Киев, 1907, стр. 698.
Труды III съезда отечественных психиатров. Изданы под редакцией В. М. Бехтерева секретарями съезда П. А. Останковым и С. М. Доброгаевым, СПБ, 1908.
Труды I съезда Русского союза психиатров и невропатологов, созванного в Москве в память С. С. Корсакова. Издано под редакцией Н. А. Вырубова, П. Б. Ганнушкина, Н. Е. Осипова и Л. А. Прозорова, М., 1914, стр. 1030.
Труды и дневники пироговских съездов, II—XII (1888—1913) и военное совещание, 1916 (психиатрическая секция).
Труды I съезда по борьбе с алкоголизмом (три тома), СПБ, 1910.
Совещание по вопросам психиатрии и невропатологии, 1/VIII—5/VIII 1919 г., изд. Наркомздрава, М., 1919, стр. 40.
2-е Всероссийское совещание по вопросам психиатрии и невропатологии под ред. А. И. Мискинова и Л. А. Прозорова, М., 1924, стр. 70.
Советская медицина в борьбе за здоровые нервы, Труды 1-го Всесоюзного совещания по психиатрии и невропатологии под ред. А. И. Мискинова, Л. А. Прозорова и Л. М. Розенштейна, М., 1926 (3-е Всероссийское совещание).
Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров под ред. Беляева, Мискинова, Прозорова, Розенштейна, Хорошко, М., 1927, стр. 78.
Психоневрологические науки в СССР, Материалы I Всесоюзного съезда по изучению поведения человека, отв. ред. А. В. Залкинд, М. — Л., 1930, стр. 383.
Труды I Украинского съезда невропатологов и психиатров, изд. Украинской психоневрологической академии, Харьков, 1935.
Труды II Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров под ред. М. Б. Кроля и А. О. Эдельштейна, т. I, IV, М., 1937.
Эдельштейн А. О., Психиатрические съезды и общество за полвека (1887—1936), Медгиз, 1948.
Отчеты о заседаниях обществ невропатологов и психиатров — Московского, Петербургского, Казанского.

4. Психиатрические журналы

Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, издававшийся П. И. Ковалевским с 1883 по 1896 г.
Вестник клинической и судебной психопатологии и невропатологии, издававшийся проф. И. П. Мержеевским с 1883 по 1899 г. (19 томов).
Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, издававшееся проф. В. М. Бехтеревым с 1896 по 1917 г.
Неврологический вестник, издававшийся Казанским обществом невропатологов и психиатров с 1892 по 1916 г.
Вопросы невро-психической медицины, издававшиеся в Киеве проф. И. А. Сикорским с 1895 по 1905 г.
Журнал «Невропатология и психиатрия имени С. С. Корсакова», издававшийся Московским обществом невропатологов и психиатров с 1902 по 1916 г.

Современная психиатрия. Журнал, издававшийся с 1907 по 1917 г. под редакцией П. Б. Ганнушкина и др.
Психиатрическая газета. Двухнедельное издание под ред. С. Я. Любимова, издававшееся в 1914, 1915, 1916 и 1917 гг. в Петрограде.
Справочный листок Русского союза психиатров и невропатологов, издававшийся с 1912 по 1914 г. (всего вышло 12 номеров).
Журнал психологии, неврологии и психиатрии, издававшийся Главнаукой с 1921 по 1924 г. (вышло 4 тома).
Психиатрия, неврология и экспериментальная психология, орган Общества психиатров и невропатологов в Петрограде, Гиз, 1922.
Обозрение психиатрии, неврологии и психологии, издававшееся с 1926 по 1936 г. в Ленинграде.
Современная психоневрология. Журнал, издававшийся с 1924 по 1930 г. в Киеве под ред. В. М. Гаккебуша и Б. Н. Маньковского и с 1931 по 1941 г. в Харькове Украинской неврологической академией (Центрального института).
Издававшийся в Москве Госмедиздатом психиатрический журнал, носивший название «Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова» с 1926 по 1928 г., «Невропатология, психиатрия и психогигиена» с 1929 по 1936 г. и «Неврология и психиатрия» с 1937 г. по настоящее время.

5. Учебные руководства и курсы, монографии[1], воспоминания

Абашев-Константиновский А. Л. Моторные нарушения при шизофрении, Госиздат УССР, Киев, 1939.
Авербух Е. С., Острые сосудистые психозы. Диссертация, Л., 1946.
Ананьев Б. Г., Очерк психологии, Лениздат, Л., 1945.
Он же, Очерки по истории русской психологии XVIII и XIX века, Госполитиздат, М., 1947.
Анфимов Я. А., Периодическая усталость и периодические психозы, Протоколы Общества научной медицины при Харьковском университете, 1897.
Баженов Н. Н., Проект законодательства о душевнобольных, М., 1911.
Он же, Полтора года психиатрической деятельности в провинциальных больницах, М., 1890.
Беритов И. С., Об изменениях в организме от воздействия воздушной волны, Военно-медицинский сборник, т. III, Л., 1946.
Бернштейн А. Н., Клинические лекции, записанные С. И. Зандером, М., 1912.
Он же, Клинические приемы психологических исследований душевных болезней, М., 1911.
Бехтерев В. М., Проводящие пути спинного и головного мозга, ч. 1 и 2, изд. 2-е, СПБ, 1896.
Он же, Основы учения о функциях мозга, семь выпусков (первый — в 1903 г., седьмой — в 1907 г.), изд. 3-е, Л., 1927.
Он же, Общие основы рефлексологии, изд. Риккера, Петроград, 1918.
Он же, О значении сердечных средств при лечении падучей, Неврологический вестник, 1893.
Он же, Коллективная рефлексология, Л., 1922.
Он же, Неврологические и психиатрические наблюдения, СПБ, 1900, и СПБ, 1910.
Он же, Автобиография. Библиотека «Огонька», № 316, М., 1928.
Бец В. А., Anatomischer Nachweiss zweier Gehirnzentren, Zbl. f. d. med. Wissenschaft, 1874, Nr. 37—38.
Он же, Ueber feinere Struktur d. Grosshirnrinde d. Menschen, Zbl. f. d. med. Wissenschaft, 1881, Nr. 11, 12 u. 13.
Блонский П. П., Память и мышление, Соцэкгиз, М., 1935.
Бутковский, Учебник психиатрии, изд. Глазунова, ч. 1 и 2, СПБ, 1834.
Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, изд. 2-е, Могиз, М., 1944.
Введенский Н. Е., Сочинения, т. II и IV, изд. Ленинградского университета, Л., 1935.
Галич А. И., Картина человека.
Ганнушкин П. Б., Острая параноя (клинические стороны вопроса). Диссертация, М., 1904.

---

[1] Перечисляются только работы, вышедшие отдельным изданием; работы, помещенные в психиатрических журналах и сборниках институтов, в настоящий список не входят.

Он же, Клиника психопатий, их статика, динамика, симптоматика, изд. «Север», М., 1933.
Он же, Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание, изд. Сабашникова, М., 1924.
Гиляровский В. А., Введение в анатомическое изучение психозов, М., 1925.
Он же, Психиатрия. Руководство для врачей и студентов, изд. 1-е, М., 1931.
Он же, Психиатрия. Клинические лекции, Медгиз, М., 1942.
Он же, Учение о галлюцинациях, изд. Академии медицинских наук, М., 1949.
Голант Р. Я., О расстройстве памяти, Биомедгиз, Ленинградское отделение, Л., 1935.
Гольденберг М. А., Психические расстройства при острых инфекциях и интоксикациях. Диссертация, изд. Украинского психоневрологического института, Харьков, 1941.
Гринштейн А. М., Пути и центры нервной системы, изд. 2-е, Медгиз, М., 1946.
Громов С., Краткое изложение судебной медицины (стр. 235—265) «Душевные болезни в судебнопсихиатрическом отношении», СПБ, 1832.
Гуревич М. О. и Серейский М. Я., Учебник психиатрии, изд. 1-е, Гиз, 1928.
Гуревич М. О., Психопатология детского возраста, изд. 2-е, Медгиз, 1932.
Гуревич М. О., О нейрофибриллях и их изменениях при некоторых патологических условиях. Диссертация Военно-медицинской академии, № 31, М., 1908.
Даниллo С. Н., Краткий курс психиатрии, СПБ, 1892.
Данилевский В. Я., Experimentelle Beiträge für Physiologie, Pflüger's Archiv, 1875, II.
Дранищын А. А., О помешательстве при первоначальном его появлении и его лечении вне заведения, СПБ, 1867.
Дядьковский У. Е., Практическая медицина. Лекции, изданные Кузьмой Лебедевым, М., 1845.
Жислин С. Г., Об острых параноидах, изд. Института имени Ганнушкина, М., 1940.
Жислин С. Г., Об алкогольных расстройствах, Воронеж, 1935.
Залкинд Э. М., Динамика лейкоцитоза при страданиях личности. Диссертация, Ростов-на-Дону, 1929.
Иванов-Смоленский А. Г., Основные проблемы патологической физиологии высшей нервной деятельности человека, Л., 1933.
Кандинский В. Х., О псевдогаллюцинациях, Критико-клинический этюд, СПБ, 1890.
Каннабих Ю. В., История психиатрии, Медиздат, М., 1929.
Кибальчич З. И., Notes sur la mode de traitement employée à l'hospital des alienées à Moscou, Archive générale de médicine, 1828, novembre.
Ковалевский П. И., Основы механизма душевной деятельности, Харьков, 1885.
Он же, Учебник психиатрии для студентов, изд. 1-е, Харьков, 1880 (вышло всего 4 издания, последнее — в 1890 г.).
Он же, Судебнопсихиатрические анализы, Харьков, 1881.
Корсаков С. С., Курс психиатрии, изд. Общества пособия недостаточным студентам, изд. 2-е (посмертное, исправленное и дополненное), стр. 1118 + XXXVI, М., 1901.
Он же, Об алкогольном параличе. Диссертация, М., 1887.
Он же, К психопатологии микроцефалии, Вопросы философии и психологии, 1894.
Он же, Болезненные расстройства памяти и их диагностика, изд. Анского, М., 1890.
Он же, К вопросу об «острых» формах умопомешательства, IV Пироговский съезд, М., 1891.
Он же, Психиатрические экспертизы, в. I, М., 1902; в. II, М., 1904; в. III, М., 1906.
Константиновский И. В., Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами, СПБ, 1887.
Кекчеев К. Х., Интерорецепция и проприорецепция и их значение для клиники, Медгиз, М., 1946.
Комиссаренко В. П., О патогенезе инсулинового шока. Диссертация, Академия наук УССР, Киев, 1942.
Кочергин И. Г., Докторские диссертации по медицине за 1941—1945 гг., ч. 2 (отдел III в книге посвящен диссертациям по психиатрии), Медгиз, 1949.
Кравков С. В., Очерк общей физиологии органов чувств, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1946.
Он же, Взаимодействие органов чувств, изд. Академии наук СССР, М., 1948.
Краинский Н. В., К патологии падучей, Обозрение психиатрии, 1896, стр. 7, 99, 183, 435 и 603.

Он же, Порчи, кликуши и бесноватые как явление русской народной жизни, Новгород, 1900.
Кроль Н. М., Бешенство и его место среди других инфекций нервной системы, Медгиз, 1936.
Лазурский А. Ф., Психология общая и экспериментальная, Л., 1925.
Он же, Школьные характеристики, СПБ, 1908.
Он же, Очерк науки о характере, СПБ, 1906.
Он же, Классификация личностей, Гиз, Петроград, 1922.
Ланге Н. Н., Психология. Итоги науки в теории и практике, т. VIII, изд. товарищества «Мир», М., 1914.
Лазарев П. П., Ионная теория возбуждения, Гиз, М. — Л., 1928.
Леонтьев А. Н., Развитие памяти. Диссертация, Госмедиздат, М., 1931.
Малиновский П. П., Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике, СПБ, 1847.
Малкин П. Ф., Малярийная терапия нервно-психических заболеваний, Пермь, 1934.
Он же, Психозы в связи с вынужденной бессонницей, Пермь, 1935.
Маркелов Г. И., Заболевания вегетативной нервной системы, Медгиз, 1939.
Маслов Е. В., Вегетативная нервная система при шизофрении. Диссертация, Ашхабад, 1938.
Мендельсон А. Л., Лечение алкоголизма в амбулатории Петербургского городского попечительства о народной трезвости. Труды I съезда по борьбе с алкоголизмом, СПБ, 1910.
Мержеевский И. П., Микроцефализм, Архив судебной медицины, 1871.
Он же (совместно с Маньяном), De l'encéphalite diffuse interstitionelle peri epindimaire dans paralysie générale, Paris, 1872.
Он же, Мозговые желудочки, Медицинский вестник, 1882.
Мицкевич С. И., На грани двух веков, Гиз, М., 1937.
Миниович П. А., Малярийная терапия нейролюэса, Азовско-Черноморское издательство, Ростов-на-Дону, 1934.
Муратов В. А., Клинические лекции по нервным и душевным болезням, Изд. Карцева, М., 1910.
Насонов и Александров, Реакция живого вещества на внешнее воздействие, изд. Академии наук СССР, М. — Л., 1940.
Нечаев А. П., Очерк психологии для воспитателей и учителей, ч. 1 — «Процессы умственной жизни», СПБ, 1904; ч. 2 — «Процессы чувства и пола», СПБ, 1905.
Новомбергский, Колдовство в Московской Руси, СПБ, 1900.
Он же, Материалы по истории медицины, т. I—IV, Томск, 1901—1907.
Оршанский И. Г., Учебник общей психиатрии, Харьков, 1910.
Осипов В. П., Курс учения о душевных болезнях, ч. 1—«Общая психиатрия», изд. Риккера, Петроград, 1917; ч. 2, в. I и II — «Частное учение о душевных болезнях», Гиз, Л., 1926.
Он же, О сокращениях желудка, кишечника и мочевого пузыря при падучей. Диссертация, СПБ, 1898.
Он же, Курс общего учения о душевных болезнях, Гиз, Берлин, 1923.
Он же, Кататония Кальбаума, Казань, 1907.
Павлов И. П., Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности поведения животных, изд. 6-е, проверенное и дополненное, Наркомздрав РСФСР, 1938.
Он же, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, Гиз, 1927.
Перельман А. А., Малярийные психозы, изд. Наркомздрава Азербайджана, Баку, 1923.
Он же, Шизофрения, Томск, 1944.
Платонов К. И., Слово как физиологический и лечебный фактор, Харьков, 1930.
Пирогов Н. И., Сочинения, т. I и II. Вопросы жизни, изд. 3-е, Киев, 1910.
Попов Е. А., Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций, изд. ЦУПНИ, Харьков, 1941.
Попов Н. М., Лекции по общей психопатологии, Казань, 1897.
Он же, Лекции по частной психопатологии, Казань, 1898.
Протопопов В. П., О сочетательно-двигательных рефлексах на звуковые раздражения. Диссертация, СПБ, 1909.
Он же, Патофизиологические основы рациональной терапии шизофрении, Медиздат Украины, Киев, 1946.
Он же, Условия образования моторных навыков, Укрмедиздат, Киев, Харьков, 1935.
Прыжов Н., Русские кликуши, Вестник Европы, 1868.

Пушкарев А. Н., О душевных болезнях в судебномедицинском отношении, СПБ, 1848.
Розенберг А. З., Бредовые психозы позднего возраста. Диссертация, изд. Ленинградского медицинского института, Л., 1939.
Розенблюм А. С., Об отношении лихорадочных болезней к психозам, Труды врачей Одесской городской больницы, в. II, Одесса, 1876.
Розенбах П. Я., О влиянии голодания на мозговые центры. Диссертация, СПБ, 1881.
Рюль И. Ф., Краткое наставление, как обращаться должно с умалишенными, доколе они не будут помещены в специальное заведение, СПБ, 1839.
Рубинштейн С. Л., Основы общей психологии, изд. 2-е, Педагогическое издательство Министерства народного просвещения РСФСР, изд. 2-е, М., 1946.
Саблер В. Ф., Ueber Bedeutung des Wahnsinns und eines darauf zu gründenen Behandlungsprincips denselben.
Сборник работ московских больниц. Verl. Brockhaus, Berlin, 1845.
Сербский В. П., Формы психических расстройств, описанные под именем кататонии. Критическое и клиническое исследование. Диссертация, М., 1898.
Он же, Судебная психопатология, ч. 1, М., 1898; ч. 2, М., 1900.
Он же, Учебник психиатрии, изд. студенческого издательского комитета (изд. 2-е, 1912), М., 1907.
Сеченов И. М., Рефлексы головного мозга. Собрание сочинений, т. II, изд. МГУ, М., 1918.
Он же, Избранные философские и психологические сочинения, Госполитиздат, 1947.
Он же, Автобиографические записки, изд. Академии наук СССР, М., 1945.
Сикорский И. А., Всеобщая психология с физиогномикой, Киев, 1904.
Он же, Основы теоретической и клинической психиатрии, Киев, 1910.
Снесарев П. Е., Общая гистопатология мозговой травмы, Медгиз, 1946.
Смирнов Л. И., Основы морфологии нервной системы в нормальном и патологическом состоянии, ч. 1 — «Глия и мезодерма», Медиздат УССР, Харьков, 1935.
Он же, Патологическая анатомия и патогенез травм нервной системы, изд. Академии медицинских наук, М., 1947.
Соловьев З. П., Вопросы здравоохранения, М., 1940.
Стрельчук И. В., Хронические алкогольные галлюцинации, Диссертация, М., 1947.
Суханов С. А., Материалы к вопросу о четкообразном состоянии протоплазматических отростков нервных клеток мозговой коры. Диссертация, М., 1899.
Он же, Семиотика и диагностика душевных болезней, ч. 1, М., 1904; ч. 2, 1905.
Он же, Душевные болезни. Руководство по частной психопатологии для врачей и студентов, СПБ, 1914.
Сухарева Г. Е., Клиника шизофрении у детей и подростков, ч. 1, Госиздат УССР, 1937.
Сухов А. А., Эпилепсия в России. Диссертация, М., 1906.
Токарский А. А., Мерячение и болезнь судорожных подергиваний, М., 1893.
Теплов Б. М., Психология. Учебник для средней школы, Госполитиздат, 1946.
Ухтомский А. А., О зависимости кортикальных двигательных актов от побочных центральных реакций. Диссертация, СПБ, 1911.
Он же, Доминанта как рабочий принцип, Русский физиологический журнал, т. VI, 1923.
Он же, Парабиоз и доминанта, 1927.
Он же, Очерк истории кафедры физиологии Ленинградского университета, Физиологический журнал СССР, т. XIX, в. 1, 1935.
Ушинский К. Д., Человек как предмет воспитания.
Фрезе А. У., Краткий курс психиатрии, Казань, 1881.
Он же, De paralysi generali sive dementia paralitica. Диссертация, М., 1858.
Он же, Очерк судебной психологии, изд. 1-е, Казань, 1871; изд. 2-е, Казань, 1874
Ходос Х. Г., Ранения нервной системы и их последствия, Иркутск, 1948.
Он же (редактор), Эпилепсия. Работы клиники нервных болезней Иркутского медицинского института, Игиз, Иркутск, 1938.
Чаговец В. Ю., О применении теории диссоциации Аррениуса к электрическим явлениям на живых тканях, Журнал русского физико-химического общества, 1896.
Чиж В. Ф., Психиатрия. Клинические лекции, 1912.
Он же, Лекции по судебной психопатологии, СПБ, 1890.
Чистович А. С., О патофизиологии и патогенезе некоторых форм бреда. Диссертация, Новосибирск, 1939.
Чистович Я., История первых медицинских школ в России, СПБ, 1883.

Шипов, Воспоминания и думы о пережитом, М., 1918.
Шмарьян А. С., Психопатологические синдромы при поражении височных долей мозга, изд. ЦИП, М., 1940.
Щербак А. Е., Клинические лекции по нервным и душевным болезням, Варшава, 1901.
Эдельштейн А. О., Исходные состояния шизофрении, изд. I Московского медицинского института, М., 1938.
Эрлицкий А. Ф., Клинические лекции по душевным болезням, изд. Петрова, СПБ, 1896.
Юдин Т. И., Душевнобольные и психопаты. Популярная психиатрия, изд. газеты «Работник просвещения», М., 1928.
Ющенко А. И., Сущность душевных болезней и биолого-химическое исследование их (15 лекций), СПБ, 1912. Диссертации (тезисы), защищенные сотрудниками Центрального украинского психоневрологического института за 1936—1939 гг., изд. ЦУПНИ, Харьков, 1940.
Замкова З. Н., Диссертации, защищенные в Центральном институте усовершенствования врачей за 1935—1946 гг., М., 1948 (глава XIX, стр. 74—80, «Нервные болезни и психиатрия»).
Рефераты научно-исследовательских работ за 1946 г. в институтах Академии медицинских наук, в. 4, Институт неврологии и психиатрии, изд. АМН, М., 1948.

6. Сборники работ психиатрических клиник и институтов

Труды психиатрической клиники I Московского университета (Медицинского института), т. I, изд. Сабашникова, М., 1925; т. II, изд. Сабашникова, М., 1927; т. III, изд. I МГУ, М., 1928; т. IV — Памяти проф. Ганнушкина, М., 1934; т. V, М., 1934; т. VI — Труды клиники Института невропсихиатрической клиники в трех выпусках, М., 1937; т. VII — «50 лет Московской психиатрической клиники, изд. 1-е МОЛМИ, М., 1940; т. VIII, М., 1945.
Труды Института имени Ганнушкина: в. I, М., 1936; в. III, М., 1939; в. IV, М., 1939, и в. V, М., 1940.
Труды Центрального института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, т. I, М., 1940; т. II, М., 1941; т. III, М., 1947; т. IV, М., 1948.
Сборники работ Московской психиатрической больницы имени Кащенко: в. I — «Психиатрическая больница на путях реконструкции», М., 1934; в. 2, М., 1936 и в. 3 — «Проблемы клиники и терапии психических заболеваний; в. 4 — «Проблемы психиатрии военного времени», М., 1945 (к 50-летнему юбилею больницы); в. 5 — «Проблемы клиники и терапии психических заболеваний», М., 1946.
Труды I Московской городской психиатрической больницы: в. 1, М., 1938; в. 2 (к 130-летнему юбилею больницы), М., 1939; в. 3, М., 1940.
Московская областная нервно-психиатрическая клиника: т. III — «Вопросы социальной и клинической психиатрии», М., 1936; т. IV — «Проблемы эпилепсии», М., 1936; т. V, М., 1940; т. VI, М., 1941; т. VII — «Военная невропсихиатрия», М., 1943; т. VIII, М., 1946; т. IX, М., 1948.
Советская невропсихиатрия, сборники Ленинградского общества психиатров и невропатологов Института имени Бехтерева и ленинградских городских больниц: в. 1, Л., 1936; в. 2, Л., 1939; в. 3, Л., 1940 [1], Научно-исследовательский психоневрологический институт имени Бехтерева. Советская невропсихиатрия: т. VII — «Организационно-методические вопросы современной психиатрии», Л. 1948; т. VIII — «Нервные и психические заболевания в условиях военного времени», Л., 1948. Сборник трудов Больницы имени Балинского, Л., 1932.
Военно-медицинские сборники, т. I и II, Л., 1945, и т. III, Л., 1946, изд. Академии наук СССР. Лечение душевнобольных. М., 1940.
Сомато-психические расстройства. Сборник под ред. проф. В. А. Гиляровского, изд. Академии медицинских наук, М., 1946.
Сборники Научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности ВЦСПС; сб. 1 — «Проблемы пограничной психиатрии (клиника и трудоспособность)», М.—Л., 1935; сб. 2 — «Артериосклероз головного мозга и трудоспособность», М.—Л., 1935; сб. 5 — «Шизофрения и травмы головного мозга и трудоспособность», М.—Л. 1936; сб. 9 — «Психоневрозы», М., 1939; сб. 10 — «Эпилепсия», М., 1939; сб. 12 — «Травматические повреждения центральной нервной системы», М., 1940; № 14 — «Шизофрения и трудоспособность», М., 1940; № 15 — «Симптоматическая эпилепсия», М., 1940.

[1] Тома IV—VI нам не удалось найти.

Ленинградский областной институт врачебно-трудовой экспертизы: в. III — «Экспертиза трудоспособности и трудоустройства инвалидов, Л., 1937; «Старость и трудоспособность», Л., 1936; «Экспертиза трудоспособности и трудоустройства инвалидов при нервных заболеваниях», Л., 1938.

Труды Украинского психоневрологического института (зав.—проф. А. И. Гейманович, 1920—1931): т. IX — Гуревич З. А. и Залевский А. З.

Алкоголизм, Харьков, 1930, т. III — «Инфекция и нервная система», Харьков, 1926; т. XI — «Труд и нервная система», Харьков, 1930; т. XXI — «Условные рефлексы», Харьков, 1932.

Труды Центрального украинского психоневрологического института (Украинская психоневрологическая академия, 1932—1937): т. I.—«Клиническая и экспериментальная патоморфология нервной системы», Харьков, 1935; т. II — «Проблемы трофической иннервации», Харьков, 1935; т. III — «Проблемы патологической анатомии нервной системы», Харьков, 1935; т. IV — «Вегетативная нервная система и тканевый обмен», Харьков, 1935; т. V — «Проблемы организации психиатрической помощи», Харьков, 1935; т. VI — «Проблемы экзогенных психических заболеваний», Харьков, 1935; т. VII — «Опухоли центральной нервной системы», Харьков, 1937; т. VIII — «Проблемы моторики в неврологии и психиатрии, Харьков, 1937; т. IX —«Функциональные корреляции вегетативной нервной системы», Харьков, 1937; т. X— «Патофизиология и терапия шизофрении», Харьков, 1938; т. X — то же, ч. 2, Харьков, 1947; т. XI — «Лечение шизофрении», Харьков, 1939; т. XII и т. XIII — «Травматические поражения центральной и периферической нервной системы», Тюмень, 1943; т. XIV, Харьков, 1945; т. XVI, Харьков, 1946 (та же тематика); т. XV — «25 лет Украинского психоневрологического института» (отчетные данные), Харьков, 1945; т. XVII — «Условные рефлексы», Харьков, 1946; т. XIX — Н. М. Зеленский, 150 лет Сабуровой дачи.

Харьковский лечебно-трудовой профилакторий для психически больных, изд. Наркомсобеса УССР, Харьков, 1938; сб. 2 — «Душевные заболевания и трудоспособность».

Одесский психоневрологический институт. Сборник рефератов научных работ института за 1931—1933 гг., Одесса, 1934.

Отчет о деятельности кафедры психиатрии Одесского медицинского института за 1923—1926 гг., Одесса, 1927; труды Одесской психиатрической клиники, в. 1, Одесса, 1930.

Юбилейный сборник, посвященный 35-летию Одесской психиатрической больницы, Одесса, 1927; сборник, посвященный директору Одесской больницы Л. И. Айхенвальду, Одесский медицинский журнал, 1929, № 2—4.

«Вопросы психиатрии», Труды Киевского психо-неврологического института, т. VII, Укрмедиздат, Харьков, 1936.

«Вопросы неврологии и психиатрии», Сборник психиатрической больницы Южных железных дорог, Харьков, 1941.

Труды Медицинского института, Кафедра психиатрии в Сталино, Сталино, 1940.

Работы психиатрической клиники Казанского медицинского института, в. 1, Казань, 1926; в. 2, Казань, 1928; в. 3, Казань, 1932.

Всесоюзное и Башкирское общество психиатров. Сессия 18—20 апреля 1942 г., Уфа, 1942.

Труды Башкирской психиатрической больницы и кафедры психиатрии, в. 1 и в. 2, Уфа, 1939; в. 3, 1943; в. 4, 1944; в. 5, 1944; в. 6, 1945.

Труды I научной сессии Уральского областного психоневрологического института, Пермь, 1937; Труды Уральского (в Перми) психоневрологического института, т. I, Пермь, 1933; т. II, Пермь, 1935.

Работы психиатрической клиники Свердловского медицинского института (работы Медицинского института, № 10), Свердловск, 1940; Вопросы терапии психических заболеваний (работы Медицинского института, № 12), Свердловск, 1941; Вопросы психиатрии военного времени (работы института, № 7), Свердловск, 1947.

Вопросы нервно-психического оздоровления, Горьковский краевой психиатрический институт и кафедра психиатрии, Горький, 1935.

Труды психиатрической клиники Воронежского медицинского института (в. 1 — «К проблеме экзогенных факторов в психозах»), Воронеж, 1934; Сборник кафедры психиатрии Смоленского медицинского института, М., 1935.

Объединенный сборник работ кафедр нервных болезней и психиатрии Новосибирского института усовершенствования врачей: в. 1, Новосибирск, 1941; в. 2, Новосибирск, 1945.

Сборник работ Ивановского общества невропатологов и психиатров, Иваново, 1940.
Невропатология на Северном Кавказе. Сборник под ред. проф. Серейского, Эмдина, Шефера, Ростов-на-Дону, 1934. Эпилепсия. Труды клиники Иркутского медицинского института, Иркутск, 1938.

Труды Восточно-сибирского медицинского института, в. 1, Иркутск, 1934.

Проблемы общей психопатологии, Иркутск, 1946.

Сборники по детской психопатологии: сб. 1 — Сборник Медико-педагогического института Наркомздрава РСФСР в Москве, Орел, 1922; сб. 2 — «Вопросы психопатологии детей и подростков. Работы Центрального института санитарии и гигиены подростков» (ред. М. О. Гуревич, Г. Е. Сухарева), Медгиз, 1934; сб. 3 — «Психопатология и психофизиология детского возраста». Сборник Донской лечебницы, изд. Мосздравотдела, М., 1929; сб. 4 — Сборник Ленинградского института охраны здоровья детей и подростков. «Новое в психиатрии детского возраста». Биомедгиз, Л., 1935.

Труды лаборатории физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности (ред. А. Г. Иванов-Смоленский): т. I — «Система исследования условных рефлексов у детей», М., 1930; т. II — «Основные механизмы условных рефлексов у детей», М., 1930; т. III — «Экспериментальные исследования высшей нервной деятельности ребенка», М., 1933; т. IV — «На пути изучения высших форм нервной деятельности ребенка», М., 1934.

Сборники научно-исследовательских работ Грузинского психоневрологического института: т. I, Тбилиси; т. II, Тбилиси.

Труды Тбилисского института функциональных нервных болезней, сб. II, Тбилиси, 1945.

Сборники Института судебной психиатрии имени Сербского: сб. 1 — «Судебнопсихиатрическая экспертиза, ее практика и задачи», изд. Наркомюста СССР, М., 1935. Сборники — «Проблемы судебной психиатрии»; сб. 2, 1936; сб. 3, 1941; сб. 4, 1944; сб. 5, 1946; сб. 6, 1947. Психопатии и их судебнопсихиатрическое значение, М., 1934.

Сборники научных работ эвакогоспиталей Уральского военного округа: т. III — «Черепные ранения», Свердловск, 1943; сборник эвакогоспиталей Ивановской области, М., 1945; сборник Управления Западного фронта, № 8 (Психиатрический эвакогоспиталь на Канатчиковой даче), М., 1944; Труд N-ского эвакогоспиталя, ред. Г. Ю. Малик, М., 1943.

Современные проблемы шизофрении (доклады на сессии по шизофрении в апреле 1932 г.), Медгиз, 1933.

Сборники (юбилейные), посвященные: проф. А. И. Ющенко, Ростов-на-Дону, 1930; проф. В. П. Осипову, 1945; проф. Р. Я. Голант, 1940; В. А. Гиляровскому, М., 1948.

Эпилепсия. Сборник Центрального института усовершенствования врачей, М., 1938.

Эпилепсия. Труды Московской областной конференции, М., 1936. Эпилепсия. Основные вопросы патогигиены, Сборник под ред. проф. Е. К. Сеппа, М., 1937.

Работа дефектологического факультета Московского педагогического института имени Ленина (т. XLIX ученых записок), изд. МГПИ, М., 1947.

Известия Академии педагогических наук. Отделение психологии (работы по восстановлению психических функций), в. 1, М., 1945; в. 2, М., 1945; в. 3, М., 1946.

7. Организация лечения и призрения психически больных[1]

Архангельский П. А., Отчет по осмотру русских психиатрических заведений, изд. Московского губернского земства, М., 1887.
Айхенвальд Л. И., Отчет Уфимской психиатрической больницы, 1901—1910, Уфа, 1912.
Айхенвальд Л. И. (ред.), Итоги переписи душевнобольных Уфимской губернии (1913), Уфа, 1914.
Воротынский Б. И., Отчет Одесской городской больницы за 1902 г. (юбилейный отчет по случаю десятилетия), Одесса, 1903.
Баженов Н. Н., Юбилейный год в психиатрии, М., 1903.

[1] Работы, напечатанные в психиатрических журналах или Трудах клиник и институтов, в список не включены. Год и номер журнала указываются в таких случаях в подстрочных примечаниях.

Он же, История московского доллгауза (Преображенская больница для душевнобольных), изд. Московского городского общественного управления, М., 1909.
Балашов А. М., Об организации призрения душевнобольных и о постройке новой психиатрической больницы Московского губернского земства. Сведения земских санитарно-врачебных организаций Московской губернии, 1914, № 3.
Бергер И. А., Организация нервно-психиатрической помощи. Диссертация (библиография $4^1/_2$ стр.), изд. Московской областной психиатрической клиники, М., 1942.
Боголепов Н. К., Вопросы нервно-психиатрической диспансерной помощи (Опыт десятилетней работы Фрунзенского и Киевского районных диспансеров Москвы), М., 1936.
Бугайский Я. П., Коллективно-трудовой метод лечения нервно-психических больных, Госмедиздат, 1932.
«Внебольничная психиатрическая помощь в Москве за 20 лет (1919—1939)», Сборник трудов юбилейной конференции (июнь 1939), М., 1940.
Вусович и Селиванов, Исторический очерк хлюстинских богоугодных заведений (по случаю их столетия), Калуга, 1910. Гребловский М. Я., Внебольничная психиатрическая помощь, ее организация и задачи (библиография, 3 стр.), Наркомздрав СССР, 1941.
Джагаров М. А., Отчет I Московской городской психиатрической больницы за 1938 г. (по случаю 130-летия больницы), М., 1939.
Джагаров М. А. и Балабанова В. К., Дневной стационар для душевнобольных, М., 1944.
Донсков Н. А., Отчет о деятельности убежища для душевнобольных Казанского губернского земства, Казань, 1912.
Евграфов К. Р., О посемейном призрении психически больных, Вестник Пензенского земства, 1908.
Он же, Ближайшие задачи в области попечения о психически больных, Вестник Пензенского земства, 1910, № 4—7.
Он же, Об участии государства в расходах по попечению о психически больных, Вестник Пензенского земства, 1913, № 10.
Ергольский В. Н., Пятнадцатилетие Бурашевской колонии для психически больных Тверского губернского земства (1884—1899), изд. Губернского земства, Тверь, 1901.
Заседания психиатрической комиссии о постройке 3-й психиатрической больницы в Москве (12 декабря 1913 г.), Врачебно-санитарная хроника, М., 1912, № 12.
Захаров И. И., Возникновение и деятельность неврс-психиатрической секции Наркомздрава, Журнал неврологии, психиатрии и психологии, 1923, стр. 281—287.
Зеленский Н. М., 150 лет Сабуровой дачи, 1947.
Игнатьев М. В., Исследование о душевнобольных по отчетам русских психиатрических заведений. Диссертация, СПБ, 1902.
Иолович И. С. и Кербиков О. В., Проблемы организации психиатрической помощи, Мосгорздравотдел, 1944.
Калашников В. В., Некоторые данные из отчетов по Колмовской психиатрической лечебнице Новгородского губернского земства (1866—1913), Новгород, 1913.
Караев А. С., Доклад XI съезду земских врачей Таврической губернии (май 1913) о состоянии психиатрического отделения Таврической губернской земской больницы за 1895—1912 гг. (отдельный оттиск).
Кащенко П. П., Отчет Нижегородской психиатрической больницы за 1889—1904 гг.
Он же, Краткий отчет по переписи душевнобольных в Петербургской губернии в 1906 г. (отдельный оттиск из докладов управы, СПБ, 1909).
Он же, Инструкция для психиатрической больницы и земских участков при направлении в больницу и выписке психически больных. Доклад IX съезду врачей Петербургской губернии и прения по докладу (отдельный оттиск из протоколов съезда, СПБ, 1907).
Он же, Делегатский доклад IX съезду врачей Петербургской губернии о призрении психически больных в губернии за время 1900—1907 гг. Доклады съезда, стр. 537—548.
Клевезаль Е. Р., Проект постепенного переустройства Бурашевской колонии Тверского губернского земства, Тверь, 1910.
Кожевников А. Я., Описание психиатрической клиники Московского университета (с планами и чертежами) ко дню открытия, М., 1887.
Константиновский И. В., Исторический очерк о Преображенской больнице, М., 1897.
Конфиденциальная записка (без автора) для комиссии при Министерстве внутренних дел о призрении душевнобольных в России, 1890.

Крумбмиллер В. В., Краткие данные (исторические) о деятельности психиатрических учреждений Екатеринославского губернского земства, Екатеринослав, 1914.

Курашев С. В. (ред.), Медицинский отчет Казанской окружной психиатрической больницы за 1939 г. (по случаю 70-летия больницы), Казань, 1940.

Любушин А. Л., Доклад о постройке 3-й Московской городской психиатрической больницы (отдельный оттиск на правах рукописи), М., 1912.

Лечебно-призводственный план психиатрических учреждений Москвы (под ред. городского психиатра М. А. Джагарова), М., 1944.

Максимов С., Несчастные (психически больные среди сосланных в Сибирь), Вестник Европы, 1868, август.

Мальцев А. Ф., История призрения душевнобольных в Полтавской губернии. Диссертация, СПБ, 1901.

Мальцев А. Ф., Еще к организации лечения и призрения душевнобольных в Полтавской губернии, Полтава, 1909.

Материалы по психиатрическому делу Воронежского губернского земства за время 1898 — 1900 гг., изд. Воронежского губернского земства, Воронеж, 1900.

Мендельсон А. Л., Психиатрические больницы Запада, преимущественно в Германии. Диссертация, СПБ, 1900.

Нечай П., Очерк кирилловских заведений, Киев, 1904.

Никитин П. Б., Дело призрения идиотов и эпилептиков в Западной Европе, изд. Московской городской управы, М., 1901.

Отчет Харьковской губернской земской больницы за 1866 г., изд. Губернского земства, Харьков, 1867.

Отчеты по харьковским богоугодным заведениям за 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912 годы, составленные правлением Губернской земской больницы.

Прозоров Л. А., Первые русские доллгаузы (отдельный оттиск из журнала «Современная психиатрия», 1914).

Он же, Московский столичный патронаж для душевнобольных (1903—1910) (отдельный оттиск из «Известий» Московской городской думы, 1910).

Прозоров Л. А. и Тапельзон С. Л., Психиатрические больницы РСФСР в 1935 г., Медиздат, М., 1936.

Протоколы заседания комиссии при Харьковской губернской земской управе по устройству призрения душевнобольных Харьковской губернии (5 апреля 1904 г.) (отдельный оттиск из журнала «Врачебная хроника Харьковской губернии», 1904, № 3).

Рагозин Л. Ф., Обзор деятельности Казанской окружной лечебницы (1884—1885), СПБ, 1887.

Розенштейн Л. М., Профилактика нервных и психических болезней, Библиотека практического врача, № 13, Гиз, 1927.

Рыбаков Ф. Е., Психиатрическая клиника Московского университета за 25 лет (1887—1912), М., 1913.

Сборник по медицинской экспертизе, изд. Наркомздрава, М., 1919, в 1.

Сборник организационно-методических материалов по судебнопсихиатрической экспертизе (ред. Ц. М. Фейнберг) Юридического института Наркомюста РСФСР, М., 1941.

Серединский И. К., Призрение душевнобольных на о. Сахалине, Военно-медицинский журнал, 1907, октябрь.

Смоленский, Призрение душевнобольных в России, Вестник общей гигиены, 1889—1890.

Снесарев П. Е., Психиатрическая колония Никольское Костромского губернского земства, Кинешма, 1915.

Совет Покровской психиатрической больницы Московского губернского земства. Об организации призрения душевнобольных и о постройке новой психиатрической больницы. Сведения земской санитарно-врачебной организации Московской губернии, 1913, № 2, февраль.

Статистическое обозрение деятельности Харьковского губернского земства за 1865—1889 гг., изд. Губернского земства, Харьков, 1890.

Столетие Вятской губернии (1780—1880). 2 тома. Изд. Статистического бюро Вятского губернского земства, Вятка, 1880. Съезд (XVIII) врачей Московского губернского земства (2—11 сентября 1913 г.), в. 1 и 2, Делегатские доклады, М., 1913.

Текутьев Ф. С., Исторический очерк кафедры душевных болезней Военно-медицинской академии, изд. 2-е исправленное, СПБ, 1898.

Трейтер В. А., Доклад VIII съезду врачей Вятской губернии 1911 г. о положении душевнобольных в вятских психиатрических отделениях, Вятка, 1911.

Успенский В. П., Перепись больных и призреваемых в лечебных учреждениях Московского городского управления 11 декабря 1910 г., М., 1912.

Фридман О. С., Краткая история Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института имени Бехтерева (к 40-летию), Л., 1948.

Френкель З. Г., Очерк земского врачебно-санитарного дела (к предстоящему 50-летию земства), СПБ, 19 3.

Фрезе А. У., Первое десятилетие Казанской окружной психиатрической лечебницы, Казань, 1880.

Чечотт О. А., Проект разработки новой психиатрической больницы в Петербурге (протоколы комиссии 1907—1908 гг.), СПБ, 1909.

Чижова М. А., Краткий очерк истории развития психиатрической помощи в Кировской области, обл. изд., Киров, 1946.

Штейнберг С. И., Краткий очерк истории психиатрического дела в Саратовском земстве (1883—1905), Саратов, 1906.

Шульц А., Призрение психически больных в России, Архив судебной медицины, 1865, март.

Юрьев В., Бюджеты земств по сметам 1911 г. и обложение земств, изд. журнала «Земское дело», СПБ, 1912.

Якобий П. И., Проект организации земского попечения о душевнобольных Московской губернии, т. I и II, изд. Московского губернского земства, М., 1892.

Он же, Основы административной психиатрии (библиография, 644—688 стр.), Орел, 1900.

Яковенко В. И., Душевнобольные Московской губернии, изд. Московского земства, М., 1900.

8. Сочинения по судебной психиатрии и законодательству о психически больных

Баженов Н. Н., Проект законодательства о душевнобольных и объяснительная записка к нему. Доклад I съезду союза психиатров, М., 1911.

Блосфельд А. И., Начертания судебной медицины для правоведов, приспособленное к академическому преподаванию в российских университетах, Казань, 1847, изд. 2-е, Казань, 1856.

Он же, Пьянство в судебномедицинском и медико-полицейском отношении, Казань, 1846.

Он же, Начертание правил, соблюдаемых при составлении и обсуждении, сообразно с законными постановлениями, психологико-врачебных свидельств, Ученые записки Казанского университета, 1859.

Боткин Я. А., Преступление в аффекте как причина невменения, М., 1883.

Воробьев В. В., Наружное ухо человека, Труды Антропологического общества, т. XX, М., 1901.

Владимиров, Психологические исследования в уголовном суде, М., 1901.

Говсеев А. А., Симуляция душевных болезней и патологическое притворство, Харьков, 1894.

Громов С., Краткое изложение судебной медицины (стр. 235—265): «Душевные болезни в судебномедицинском отношении», СПБ, 1832.

Дюков П. А., К вопросам судебномедицинской психиатрии, Архив судебной медицины, 1865.

Он же, Преступление и помешательство, Вопросы нервно-психической медицины, 1895.

Иванов И. И., К вопросу о симуляции душевных болезней, Вестник общественной гигиены и судебной медицины, 1912, май, июнь, июль.

Кандинский В. Х., К вопросу о невменяемости, М., 1890.

Канторович Я. А., Законы о безумных и сумасшедших с приложением разъяснений Сената (изд. неофициальное), СПБ, 1899.

Ковалевский П. И., Судебнопсихиатрические анализы, тт. I и II, Харьков, 1881.

Константиновский И. В., Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами, СПБ, 1887.

Корсаков С. С., Психиатрические экспертизы, в. I, М., 1902; в. II, М., 1904; в. III, М., 1906.

Лахтин М. Ю., Материалы к истории психиатрии в России. Записки Московского археологического института, т. XVII, 1912.

Он же, Из прошлого русской психиатрии, Журнал невропатологии и психиатрии имени Корсакова, 1911, кн. 4.

Лоран (Laurent), О притворном умопомешательстве (русский перевод), Архив судебной медицины, 1868.

Оршанский И. Г., Судебная психиатрия, Харьков, 1901.

Пушкарев А. Н., О душевных болезнях в судебномедицинском отношении, СПБ, 1848.

Сербский В. П., Судебная психопатология, ч. 1, М., 1898; ч. II, М., 1900.

Фрезе А. У., Очерк судебной психологии, Казань, 1871; изд. 2-е, Казань, 1874.

Он же, Помешательство в его отношении к нашему законодательству. Сборник по судебной медицине, судебной психиатрии, общественной гигиене, СПБ, 1879, т. II и III.

Он же, О притворном помешательстве, Медицинский сборник, т. I, 1872.

Черемшанский А. Е., Неспособность к вменению, Вестник клинической и судебной психиатрии, т. I, 1883.

Чиж В. Ф., Лекции по судебной психопатологии, СПБ, 1890.

МОНОГРАФИИ И ДИССЕРТАЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ, УПОМИНАЕМЫЕ В КНИГЕ

1796 г. Михайлов И., Наука о душе.
1798 г. Козельский, Философские предположения.
1813 г. Кайданов, Четыре фазы жизни. Диссертация.
1815 г. Любовский П., Краткое руководство к опытному душесловию, Харьков.
1815 г. Энгольм И., Краткое обозрение ипохондрии и ее лечения, СПБ.
1816 г. Дядьковский У. Е., Рассуждение о действии лекарств на человеческое тело.
1829 г. Пинель, Врачебно-философское начертание душевных болезней, перевод Краснопольского с добавлением учения о душевных болезнях Маттея, СПБ.
1832 г. Громов, Краткое изложение судебной медицины с отделом: «Душевные болезни в судебномедицинском отношении».
1842 г. Скандовский Н. А., О воспитании детей. Журнал министерства просвещения.
1845 г. Лебедев К., Практическая медицина с изложением учения о психических болезнях.
1845 г. Дядьковский, Практическая медицина лекции, издание Кузьмы Лебедева.
1847 г. Блосфельд, Начертание судебной медицины для правоведов, приспособленное к академическому преподаванию в университетах, Казань.
1847 г. Малиновский П. П., Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике. Первое оригинальное руководство по психиатрии, СПБ.
1848 г. Пушкарев А. Н., О душевных болезнях в судебномедицинском отношении.
1858—1859 гг. Балинский И. М., Литографированные лекции по психиатрии.
1862 г. Фрезе А. У., Об устройстве домов умалишенных, М.
1863 г. Сеченов И. М., Рефлексы головного мозга. Медицинский вестник, № 47—48.
1865 г. Мержеевский И. П., Клинические исследования неистовых больных. Диссертация, СПБ.
1866 г. Зубовский Н., Психология.
1866 г. Фрезе А. У., О прогрессивном параличе. Диссертация.
1867 г. Драницын А. А., О помешательстве при первоначальном его появлении и о лечении его вне заведений.
1871 г. Фрезе А. У., Очерк судебной психологии. Казань, изд. 1-е; 1874, г., изд. 2-е.
1872 г. Ковалевский П. И., Сборник статей по судебной медицине.
1875 г. Мержеевский И. П., Обнаружил перерождение нервных миэлиновых волокон при прогрессивном параличе (раньше Тучека, с именем которого связывается этот характерный факт).
1876 г. Розенблюм А. С., О благотворном влиянии возвратного тифа на течение психозов. Об отношении лихорадочных больных к психозам. Труды Одесской городской больницы, т. II.
1880 г. Бец В. А., О подробностях строения мозговой корки человека, Киев.
1881 г. Бехтерев В. М., Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых душевных болезнях. Диссертация.
1881 г. Данилло С. Н., К патологической анатомии спинного мозга при отравлении фосфором. Диссертация СПБ.
1881 г. Кандинский Психологические этюды.
1881 г. Ковалевский П. И., Судебнопсихиатрические анализы, т. I, Киев.
1881 г. Розенбах П. Я., О влиянии голодания на мозговые центры. Диссертация, СПБ.

1881 г. Сколозубов Д. П., Руководство к электротерапии, изд. 1-е, М.; 1884 г., изд. 2-е, М.
1881 г. Фрезе А. У., Краткий курс психиатрии.
1882 г. Ковалевский П. И., Курс частной психиатрии, Харьков.
1882 г. Маньковский В., К вопросу о голодании (гистологическое исследование). Диссертация, СПБ.
1882 г. Попов Н. М., Материалы к учению об остром миэлите токсического происхождения. Об изменениях в спинном мозгу при острых отравлениях мышьяком, свинцом и ртутью. Диссертация, СПБ.
1883 г. Кернигг В. М., Симптом Кернига.
1883 г. Павлов И. П., Центробежные нервы сердца. Диссертация.
1883 г. Чиж В. Ф., О патологоанатомических изменениях спинного мозга при прогрессивном параличе помешанных. Диссертация, СПБ.
1884 г. Бехтерев В. М., Экспериментальные исследования над выражением душевных волнений животных. Врач, № 1.
1884 г. Сикорский И. А., Воспитание в возрасте первого детства.
1884 г. Введенский Н. Е., Телефонические исследования над электрическими явлениями мышечных нервных аппаратов, СПБ.
1885 г. Кожевников А. Я., Случай амиотрофического склероза.
1885 г. Ковалевский П. И., Основы механизма душевной деятельности.
1885 г. Хардин В., О послеугарных нервных заболеваниях и об изменениях в нервных центрах при отравлении окисью углерода. Диссертация, СПБ.
1887 г. Анфимов Я. А., Об изменениях в центральной нервной системе животных при лакировании кожи. Диссертация, СПБ.
1887 г. Архангельский П. А., Отчет по осмотру русских психиатрических заведений, М.
1887 г. Беляков С. А., О патологоанатомических изменениях центральной нервной системы при старческом слабоумии. Диссертация, СПБ.
1887 г. Пекер В., О патологоанатомических изменениях элементов головного мозга в зависимости от искусственно вызванного малокровия. Диссертация, СПБ.
1888 г. Автократов П. М., О влиянии удаления щитовидной железы у животных на нервную систему. Диссертация, СПБ.
1888 г. Кузнецов В. П., Об изменениях центральной нервной системы в зависимости от искусственно вызванной гиперемии. Диссертация, СПБ.
1890 г. Кандинский В. Х., О псевдогаллюцинациях, СПБ.
1890 г. Сербский В. П., Форма психических расстройств, описываемых под именем кататонии. Диссертация.
1891 г. Якобий П. И., Проект организации попечения о душевнобольных Московской губернии, М.
1892 г. Алелеков А. Н., Старость. Диссертация, СПБ.
1892 г. Бехтерев В. М., Проводящие пути спинного и головного мозга, ч. I и II.
1892 г. Даниллов С. Н., О детской кататонии. К учению о душевных болезнях периода второго детства.
1894—1895 гг. Бехтерев В. М., Нервные болезни в отдельных наблюдениях.
1894 г. Кожевников А. Я., Особый вид кортикальной эпилепсии, М.
1896 г. Попов Н. М., Материалы патологической анатомии душевных болезней, Казань.
1896 г. Токарский А. А., Записки психологической лаборатории психиатрической клиники Императорского Московского университета, М.
1896 г. Успенский С. Н., Патологоанатомические изменения периферических нервных узлов при голодании. Диссертация, СПБ.
1897 г. Догель А. С., Строение спинномозговых узлов и клеток у млекопитающих животных, вып. I; Окончание нервов в концевых, вкусовых почках у осетровых, вып. 2; Нервы лимфатических сосудов, вып. 3, СПБ.
1897 г. Попов Н. М., Лекции по общей психопатологии.
1898 г. Осипов В. П., О сокращениях желудка, кишок и мочевого пузыря в течение падучих приступов. Диссертация, СПБ.
1898 г. Попов Н. М., Лекции по частной психопатологии.
1899 г. Суханов С. А., Материалы к вопросу о четкообразном состоянии протоплазматических отростков нервных клеток мозговой коры. Диссертация, М.
1900 г. Бехтерев В. М., Невропатологические и психиатрические наблюдения, СПБ, 1910 г.
1900 г. Леонтович А. В., Новые данные о кожном чувстве, ч. I, СПБ.
1900 г. Яковенко В. И., Душевнобольные Московской губернии, М.
1901 г. Введенский Н. Е., Возбуждение, торможение и наркоз. Сочинения, т. IV, М., 1910.
1901 г. Корсаков С. С., Курс психиатрии, изд. 2-е, М.

1901 г. Мальцев А. Ф., История и настоящее состояние призрения душевнобольных Полтавской губернии. Диссертация, СПБ.
1901 г. Щербак А. Е., Клинические лекции по нервным и душевным болезням, Варшава.
1903 г. Чаговец В. Ю., Очерк электрических явлений на живых тканях с точки зрения новейших физико-химических теорий.
1903—1907 гг. Бехтерев В. М. Основы учения о функции мозга, 7 выпусков — с 1903 по 1907 г.; изд. 3-е, Л., 1927.
1904 г. Ганнушкин П. Б., Острая параноя. Диссертация, М.
1904 г. Гейер Т. А., Материалы к вопросу о развитии протоплазматических отростков нервной клетки спинного мозга. Диссертация.
1904 г. Постовский Н. П., Нервные и душевные заболевания при инфлуэнце. Диссертация, М.
1904 г. Сикорский И. А., Всеобщая психология с физиогномикой.
1904—1905 гг. Суханов С. А., Семиотика и диагностика душевных болезней (лекции), ч. I и II.
1905 г. Ковалевский П. И., Душевные болезни. Курс психиатрии для врачей и юристов.
1906 г. Гуревич М. О., О нейрофибриллах. Диссертация, Л.
1907 г. Осипов В. П., Кататония Кальбаума, Казань.
1907 г. Сербский В. П., Курс судебной психиатрии, изд. 1-е; 1912 г. изд. 2-е.
1908 г. Лазурский А. Ф., Школьные характеристики, СПБ.
1908 г. Ленц А. К., Высшая рефлекторная деятельность при прогрессивном параличе. Диссертация.
1909 г. Баженов Н. Н., История московского долгауза. Преображенская больница для душевнобольных, М.
1909 г. Лазурский А. Ф., Очерк науки о характере, СПБ.
1909 г. Протопопов В. П., О сочетательно-двигательных реакциях на звуковые раздражения. Диссертация.
1910 г. Клезеваль Е. Р., Проект постепенного переустройства Бурашевской колонии.
1910 г. Бернштейн А. Н., Экспериментально-психологические схемы исследования интеллектуальных расстройств при душевных болезнях, М.
1910 г. Коцовский А. Д., Пеллагра, М.
1910 г. Молотков А. Д., Воспитание сочетательно-двигательного рефлекса на световые раздражения у человека. Диссертация.
1910 г. Платонов К. И., О воспитании сочетательного двигательного рефлекса у человека на совместные звуковые и световые раздражения. Диссертация.
1910 г. Сикорский И. А., Основа теоретической и клинической психиатрии, учебник.
1911 г. Бехтерев В. М., Общая диагностика нервных болезней, т. I и II.
1911 г. Бехтерев В. М., Общая диагностика нервных болезней.
1911 г. Грекер Р. А., Реакция на прикосновение у кататоника. Диссертация.
1911 г. Ющенко А. И., Сущность душевных болезней и биохимические исследования их, СПБ.
1912 г. Вопросы педагогической патологии в семье и школе, сборник под ред. А. В. Владимирского, Л. Г. Оршанского и Г. Фольборка, СПБ.
1913 г. Шоломович А. С., Наследственность и физические признаки вырождения. Диссертация.
1914 г. Баклушинский, Исследование крови у эпилептиков. Диссертация.
1914 г. Ненормальные дети в семье и школе. Сборник под редакцией А. П. Нечаева и А. С. Грибоедова, СПБ.
1914 г. Суханов С. А., Душевные болезни. Руководство по психиатрии для врачей и студентов, СПБ.
1916 г. Даршкевич Л. О., Травматический невроз, Казань.
1916 г. Пуссеп Л. М., Травматический невроз военного времени, Птг.
1917 г. Бехтерев В. М., Общие основы рефлексологии человека.
1917 г. Осипов В. П., Курс учения о душевных болезнях, ч. I. Общая психиатрия, Птг.
1917 г. Преображенский С. А., Материалы к вопросу о душевных заболеваниях воинов и лиц, причастных к военным действиям в современной войне. Диссертация, Птг.
1917 г. Прохоров Л. А., Душевные заболевания военного времени, М.
1921 г. Бехтерев В. М., Коллективная рефлексология, Птг.
1923 г. Павлов И. П., Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных.
1925 г. Гиляровский В. А., Введение в анатомическое изучение психозов.

1925 г. Лазурский А. Ф., Психология общая и экспериментальная, Л.
1925 г. Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. Сборник под ред. В. М. Бехтерева.
1925 г. Терновский В. Н. и Могильницкий Б. Н., Вегетативная нервная система и ее патология, М.—Л.
1925 г. Труды физиологической лаборатории И. П. Павлова, вышло 12 томов.
1926 г. Бехтерев В. М., Основы рефлексологии, изд. 3-е.
1926 г. Осипов В. П., Курс учения о душевных больных, ч. II. Частное учение о душевных болезнях, Л.
1926—1930 гг. Труды Украинского психоневрологического института, 11 томов.
1927 г. Павлов И. П., Лекции о работе больших полушарий головного мозга.
1928 г. Гуревич М. О. и Серейский М. Я., Учебник психиатрии.
1929 г. Каннабих Ю. В., История психиатрии.
1930 г. Павлов И. П., Физиология и патология высшей нервной деятельности.
1931 г. Гиляровский В. А., Психиатрия, руководство для врачей и студентов, М.
1932 г. Павлов И. П., Проба физиологического понимания симптоматологии истерии.
1933 г. Иванов-Смоленский А. Г., Основные проблемы патологической физиологии высшей нервной деятельности человека.
1934 г. Труды психиатрической клиники Воронежского медицинского института, вып. I, Воронеж.
1935 г. Голант Р. Я., Расстройства памяти, Л.
1935 г. Кроль Н. М., Бешенство у человека. Диссертация, Харьков.
1935 г. Смирнов Л. И., Основы морфологии нервной системы в нормальном и патологическом состоянии, ч. I. Глия и мезодерма, Харьков.
1935 г. Труды Уральского психоневрологического института, т. 1—2, Пермь.
1936—1940 гг. Советская невропсихиатрия. Сборник трудов, т. I—III, Л.
1936—1940 гг. Труды Психиатрического института имени П. Б. Ганнушкина, в. 1—5, М.
1937 г. Сепп Е. К., Эпилепсия, М.
1938 г. Психозы и неврозы войны. Сборник под ред. В. П. Осипова.
1938—1940 гг. Труды 1-й Московской городской психиатрической больницы, в. 1—3, М.
1939 г. Абашев-Константиновский А. Л., Моторные нарушения при шизофрении, Киев.
1939—1945 гг. Труды Башкирской психиатрической больницы и кафедры психиатрии, т. 2—6, Уфа.
1939 г. Чистович А. С., О патофизиологии в патогенезе некоторых форм бреда.
1940 г. Длительный наркоз при шизофрении. Сборник под ред. А. Г. Иванова-Смоленского, М.—Л.
1940 г. Лечение душевнобольных. Сборник 2-го Медицинского института, М.
1940 г. Насонов Д. Г. и Александров В. Я., Реакция живого вещества на внешние воздействия.
1940 г. 50 лет психиатрической клиники имени С. С. Корсакова, М.
1940 г. Сборник работ психиатрической клиники Сталинского медицинского института, вып. 1, Сталино.
1940—1948 гг. Сборник работ Сталинской областной клинической больницы, вып. I—II, Сталино.
1940—1947 гг. Труды Центрального института психиатрии Наркомздрава РСФСР, т. I—III, М.
1940 г. Шостакович В. В., Истинные галлюцинации и их механизм, Курск.
1941 г. Гольденберг М. А., Психические расстройства при острых инфекциях и интоксикациях. Диссертация, Харьков.
1941 г. Коган Я. М., О структуре парафренических заболеваний, Одесса.
1941—1945 гг. Объединенный сборник работ кафедр нервных болезней и психиатрии Новосибирского института для усовершенствования врачей, кн. 1—2, Новосибирск.
1941 г. Вопросы терапии психических заболеваний, Труды Свердловской психиатрической клиники, Свердловск.
1944—1946 гг. Труды Башкирского филиала Всесоюзного общества психиатров и невропатологов Башкирской республиканской психиатрической больницы и кафедр психиатрии и нервных болезней Башкирского медицинского института, вып. 5—6, Уфа.
1945 г. Лазарев П. П., Современные проблемы биофизики, М.
1945 г. Труды Тбилисского института функциональных заболеваний, т. I и II.
1946 г. Рубинштейн С. Л., Основы общей психологии.

ЖУРНАЛЫ ПО ПСИХИАТРИИ, УПОМИНАЕМЫЕ В КНИГЕ

1883—1899 гг. Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии, Харьков (первый русский психиатрический журнал, изданный Ковалевским).
1883—1899 гг. Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии, СПБ.
1885—1886 гг. Медико-педагогический вестник, СПБ (издавался И. В. Маляревским).
1893—1918 гг. Неврологический вестник, Казань.
1896—1905 гг. Вопросы нервно-психической медицины, Киев.
1896—1916 гг. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, СПБ.
1901 г. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, М.
1904—1912 гг. Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма, СПБ.
1907—1917 гг. Современная психиатрия, М.
1910—1914 гг. Психотерапия, М.
1912—1917 гг. Вестник психологии, криминальной антропологии, СПБ (бывший Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма).
1912—1914 гг. Вопросы психиатрии и неврологии, М.
1912 г. Справочный листок русского союза психиатров и невропатологов, М.
1914—1918 гг. Психиатрическая газета, СПБ.
1920—1932 гг. Вопросы изучения и воспитания личности, Л.
1922—1924 гг. Журнал психологии, неврологии и психиатрии, М.
1922—1930 гг. Русский евгенический журнал, М.
1925—1931 гг. Современная психоневрология, Киев.
1926—1931 гг. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, М.
1926—1930 гг. Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии, Л.
1932—1935 гг. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, М.
1932—1933 гг. Советская психоневрология, Харьков.
1937 г. Невропатология и психиатрия.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИАТРИИ И СЪЕЗДЫ, НА КОТОРЫХ СТАВИЛИСЬ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

1871 г. I губернский съезд врачей, созванный в Тверской губернии.
1873 г. IV съезд естествоиспытателей и врачей в Киеве.
1878 г. III губернский съезд врачей Московской губернии.
1879 г. VII Тверской съезд врачей.
1882 г. IV международный съезд по гигиене.
1885 г. VIII *съезд врачей Московской губернии.*
1887 г. I съезд психиатров.
1893 г. V пироговский съезд в Петербурге.
1896 г. VI *пироговский* съезд в Киеве.
1896 г. II съезд деятелей по профессиональному и техническому образованию.
1897 г. XII международный медицинский конгресс в Москве.
1899 г. Съезд врачей Курской губернии.
1902 г. VIII пироговский съезд.
1904 г. IX пироговский съезд.
1905 г. II съезд психиатров в Киеве.
1906 г. VIII съезд врачей Воронежской губернии.
1907 г. X пироговский съезд.
1908, 1909, 1910, 1913 гг. Съезды по экспериментальной педагогике.
1908 г. Съезд представителей исправительных учреждений.
1908 г. I съезд представителей русских исправительных заведений.
1909 г. III съезд психиатров.
1909 г. I съезд по борьбе с алкоголизмом.
1911 г. I съезд Русского союза психиатров и невропатологов в Москве.
1913 г. I съезд по народному образованию в Москве.
1913 г. XVIII съезд врачей Московской губернии.
1916 г. Всероссийский съезд психиатров.
1919 г. I Всероссийское невропсихиатрическое совещание.
1920 г. Съезд по борьбе с детской дефективностью и беспризорностью, созванный Наркомпросом.
1921 г. Всероссийская конференция по борьбе с детской дефективностью, созванная Наркомздравом.
1921 г. Конференция по научной организации труда, М.
1923 г. II Всероссийское совещание по вопросам невропатологии и психиатрии.
1927 г. I Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров.
1930 г. Съезд по изучению поведения человека.
1934 г. Конференция по экзогенным психозам, проведенная Украинской психоневрологической академией.
1935 г. Конференция по вегетативной нервной системе, проведенная Украинской психоневрологической академией.
1936 г. Конференция по вопросам эпилепсии, созванная Мособлздравотделом.
1936 г. Конференция по патогенезу и лечению шизофрении, проведенная Украинской психоневрологической академией.
1937 г. Конференция в связи с 50-летием Московской психиатрической клиники.
1938 г. Конференция по лечению шизофрении, проведенная Украинской психоневрологической академией.
1939 г. Конференция по травмам мозга, созванная Центральным институтом психиатрии РСФСР.

1940 г. Конференция по мозговой локализации, организованная Институтом мозга в Москве.
1940 г. Конференция по проблеме психомоторного возбуждения, созванная Центральным институтом психиатрии РСФСР.
1941 г. Клинические синдромы при нарушении высших функций головного мозга и их анатомо-физиологические основы. Сессия, созванная Украинским психоневрологическим институтом.
1941 г. Конференция на тему «Психонервные симптомы и анатомо-физиологическая их основа», проведенная Украинской психоневрологической академией.
1941 г. Конференция по вопросам боли в Ленинграде.
1941 г. Конференция по энцефалитам, созванная правлением Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.
1948 г. III Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров.
1948 г. II Украинский съезд невропатологов и психиатров.

ПРИВОДИМЫЕ В КНИГЕ СВЕДЕНИЯ О ПРЕПОДАВАНИИ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ

Петербург

1857 г. Утверждена кафедра психиатрии Военно-медицинской академии и преподавание возложено на И. М. Балинского.
1859 г. Психиатрическое отделение 2-го Сухопутного госпиталя преобразовано в психиатрическую клинику (120 коек).
1867 г. Клиника размещена в новом построенном помещении, а в помещении 2-го сухопутного госпиталя открыт приют для хроников.
1876 г. Уход И. М. Балинского из Военно-медицинской академии.
1876—1893 гг. И. П. Мержеевский был директором кафедры.
1893 г. В. М. Бехтерев назначен директором кафедры.
1901 г. П. А. Останков был заведующим кафедрой психиатрии Психоневрологического института.
1907 г. При Психоневрологическом институте был открыт педологический институт.

Москва

1837 г. Начало чтения курса душевных болезней на медицинском факультете Московского университета.
1837—1842 гг. Психиатрию преподавал Х. Г. Бунге.
1842—1860 гг. С некоторым перерывом психиатрию преподавал Н. С. Топоров.
1860—1863 гг. Психиатрию читал доцент П. И. Матчерский.
С 1863 г. Психиатрию читал доцент Д. И. Найденов.
1867 г. Самостоятельную кафедру психиатрии занял А. Я. Кожевников.
1885—1887 гг. Построена психиатрическая клиника.
1888 г. Чтение лекций по психиатрии на медицинском факультете Московского университета поручено доценту С. С. Корсакову.
1893 г. С. С. Корсаков получил звание профессора (лекции читал до 1900 г).
1900—1911 гг. Кафедрой психиатрии заведывал В. П. Сербский.

Варшава

1888 —1893 гг. Кафедру психиатрии занимал Н. М. Попов.
1893—1894 гг. Кафедру психиатрии занимал Н. И. Мухин.
1894—1905 гг. Кафедру психиатрии занимал А. Е. Щербак.
1915 г. Кафедру психиатрии занимал Н. В. Краинский.

Дерпт

1886—1891 гг. После Эбингауза кафедру психиатрии Дерптского университета занимал Крепелин.
1891 г. Заведующий кафедрой психиатрии В. Ф. Чиж.

Казань

1837—1863 гг. Курс душевных и нервных болезней читал Н. А. Скандовский.
1863 г. Курс душевных и нервных болезней читал Н. А. Виноградов.
1866 г. Доцентом по психиатрии назначен А. У. Фрезе.
1872 г. А. У. Фрезе — профессор кафедры психиатрии (до 1885 г.).
1885—1893 гг. Заведующий кафедрой психиатрии В. М. Бехтерев.
1893—1903 гг. Заведующий кафедрой психиатрии Н. М. Попов.
1903—1906 гг. Заведующий кафедрой психиатрии П. И. Ковалевский.
1906—1915 гг. Заведующий кафедрой психиатрии В. П. Осипов.

Киев

1842 г. Открыт медицинский факультет, лекции по психиатрии с того же времени читал Покровский.
1855 г. Психиатрию читал Эргард.
1885 г. Психиатрию читал И. А. Сикорский.

Томск

1892—1894 гг. Заведующий кафедрой психиатрии Я. А. Анфимов.

Харьков

1834—1844 гг. Психиатрию на медицинском факультете Харьковского университета читал П. А. Бутковский.
1877 г. Доцентом психиатрии был П. И. Ковалевский.
1884 г. Была организована самостоятельная кафедра психиатрии на медицинском факультете Харьковского университета.
1892—1894 гг. Кафедрой заведывал Н. И. Мухин.
1894—1917 гг. Кафедрой заведывал Я. А. Анфимов.

ХРОНОЛОГИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ДО ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

ОБЩИЕ ХРОНОЛОГИЧЕСКИЕ ДАТЫ

Конец XI в. Призрение больных в монастырях достигло в Киеве высоких организационных степеней (призревались психически больные).

1418 г. Фотиевская летопись XV и XVI вв. Церковные братства и расцвет богаделен—шпиталей.

1531 г. Благоприятный вертоград — первый научный медицинский учебник.

1551 г. Стоглавый собор.

1564 г. Первые упоминания о психически больных в законодательстве.

1581 г. Создание придворной аптекарской палаты.

1602 г. Аптекарская палата преобразована в аптекарский приказ.

1654 г. Учреждение при аптекарском приказе медицинской школы.

1658 г. Первый выпуск этой школы.

1669 г. Закон о «невменяемости» психически больных.

1673 г. Открытие «Новой аптеки» со свободной продажей лекарств в Москве на Ильинке.

1692 г. Получение степени доктора медицины первыми русскими врачами П. В. Постниковым и Г. И. Волковым.

1706 г. Указ об открытии госпиталя за Яузой в Москве.

1707 г. Открытие госпиталя в Москве.

1715 г. Первый указ Петра I, касающийся психически больных.

1721 г. Указ Петра I, предлагающий магистрам открывать для психически больных смирительные дома и госпитали.

1722 г. Указ Петра I — об освидетельствовании психически больных в Сенате.

1723 г. Указ Петра I—запрещающий посылать психически больных в монастыри.

1725 г. Образование Академии наук.

1755 г. Открытие Московского университета.

1761—1762 гг. Решения Петра III и Екатерины II о постройке доллгаузов и помещения психически больных до постройки доллгаузов в монастыри.

1767 г. Предписание Синода направлять психически больных для освидетельствования к врачам.

1773 г. Назначение двух монастырей в каждой губернии для помещения психически больных.

1775 г. Учреждение Приказа общественного призрения.

1786 г. Преобразование госпитальных школ в самостоятельные училища.

1798 г. Преобразование петербургского и московского училищ в медицинские академии.

1801 г. Определение Александра I, по которому освидетельствования врачебной управой достаточно для признания психического заболевания.

1815 г. Отмена закона об освидетельствовании психически больных дворян в Сенате и передача освидетельствования их губернской врачебной управе.

1817 г. Слияние Московской медицинской академии с медицинским факультетом.

1819 г. Реорганизация Главного педагогического института в Петербурге в университет.

1835 г. Утверждение университетского устава.

1835 г. Устав высших медицинских учебных заведений.

1844 г. Создание особого комитета для обсуждения вопроса об улучшении попечения о психически больных.

1844 г. Составление комитетом проекта открытия 8 окружных лечебниц для психически больных.

1845 г. Издание свода законов.
1857 г. Предписание о «введении преподавания психиатрии в качестве самостоятельной науки».
1858 г. Первое общество трезвости.
1864 г. Введение земства в 34 губерниях.
1866 г. Издание закона об учреждении приютов для малолетних преступников.
1869 г. Первый проект плана психиатрической колонии, представленный В. С. Кудриным.
1875 г. Указ Сената о безотказном приеме психически больных земскими психиатрическими учреждениями.
1875—1893 г. Зарегистрировано 60 обществ трезвости.
1879 г. Решение Тверского губернского земства о построении психиатрической земледельческой колонии.
1883 г. Организация постоянной лечебной комиссии, заботившейся о санаторном и климатическом лечении раненых и больных воинов.
1884 г. Женщины-врачи принимаются на государственную и общественную службу.
1890 г. Устав лечебных учреждений.
1890 г. Положение о земских учреждениях.
1892 г. Городовое положение.
1893 г. Издание правительством нового лечебного устава.
1894 г. Создание Петербургским юридическим обществом комиссии по вопросам о малолетних преступниках.
1894 г. Создание общества попечения народной трезвости в каждой губернии.
1898 г. Организация при Обществе охранения народного здравия комиссии по борьбе с алкоголизмом и для выработки устава медицинских учреждений для алкоголиков.
1898 г. Созыв совещания о постройке окружных больниц при Медицинском департаменте.
1900 г. Открытие первого в России санатория для мягких форм психических заболеваний — невропсихиатрического санатория «Бережки».
1901 г. Совещание об упорядочении дела лечения и призрения психически больных при Министерстве внутренних дел.
1904 г. Создание в Москве при городской управе совета по детской дефективности.
1904 г. Создание Обществом психиатров комиссии для выработки методов психологического обследования.
1905 г. Отношение канцелярии попечителя Харьковского учебного округа об удалении из начальной школы детей-эпилептиков.
1908 г. Открытие отделений для криминальных психически больных при окружных лечебницах.
1908 г. Издание положения об учреждениях для детей-идиотов и вспомогательных школах для отсталых и нервнонеустойчивых детей.
1910 г. В Петербурге учрежден первый детский суд.
1912 г. Однодневная перепись населения Москвы.
1913 г. Междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.
1914 г. Криминальные психически больные призреваются в окружных лечебницах.
1916 г. Организация Общества здравниц, которое на благотворительные средства приобрело санатории в Массандре, Железноводске, Москве.

ХРОНОЛОГИЧЕСКИЕ ДАТЫ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ГУБЕРНИЯМ

Архангельская губерния

1835 г. Открытие дома умалишенных в Архангельске.
1904 г. Расширение психиатрического отделения в Архангельске постройкой двух зданий до 50 коек.
1913 г. В этом отделении было до 70 больных.

Астраханская губерния

1802 г. Открытие дома умалишенных.
1894 г. В психиатрическом отделении, рассчитанном на 73 человека, находилось 115 больных.

Бессарабская губерния

1852 г. Открытие дома умалишенных в Кишиневе. Получение земством дома умалишенных от Приказа общественного призрения.

1874 г. Отмена платы за лечение несостоятельных и опасных психически больных.
1876 г. Расширение больниц.
1898 г. Постройка больницы-колонии в Костюженах.
1908 г. Организация патронажа.

Витебская губерния

1852 г. Открытие дома умалишенных в Витебске.
1908 г. Расширение Витебского отделения за счет найма соседнего дома.
1912 г. Дальнейшее расширение Витебского психиатрического отделения за счет найма второго дома.

Владимирская губерния

1835 г. Открытие дома умалишенных во Владимире.
1866 г. Получение губернским земством дома умалишенных от Приказа общественного призрения.
1875 г. Приспособление для дома умалишенных помещения богадельни.
1884 г. Окончание постройки трех павильонов на 60 коек для психиатрического отделения.
1887 г. Отменена плата за лечение психически больных.
1893 г. Постройка дополнительно трех бараков для психиатрического отделения.
1899 г. Организация патронажа.
1913 г. Постройка еще одного барака (№ 12) для психиатрического отделения.

Вологодская губерния

1810 г. В Вологде был дом умалишенных.
1867 г. Дом умалишенных сгорел и больные помещались в соматической больнице.
1870 г. Принятие земством от Приказа психически больных, находившихся в соматической больнице.
1873—1876 гг. Постройка нового каменного здания для психически больных.
1876 г. Приглашение специального ординатора для психически больных.
1877 г. Отделение больных-хроников в специально нанятом помещении.
1879 г. Размещение хроников в специально приспособленном для них помещении.
1884 г. Приглашение земством для заведывания психиатрическим отделением врача-психиатра.
1887 г. Введение бесплатного лечения психически больных.
1888 г. Приобретение земством для психиатрической колонии усадьбы Кувшиново.
1892 —1893 гг. Построение в колонии Кувшиново двух каменных корпусов.
1906 г. В колонии Кувшиново было 4 женских барака и 6 мужских.
1910 г. Организация патронажа при деревне Кишкине.
1911 г. Открытие вспомогательной школы в Вологде.

Волынская губерния

К 1852 г. Открытие дома умалишенных в Житомире.
1912 г. В Житомирском психиатрическом отделении было 90 больных.

Воронежская губерния

1810 г. Существовал дом умалишенных в Воронеже.
1866 г. Получение губернским земством от Приказа дома умалишенных (с 65 больными).
1898 г. Приглашение земством Н. Н. Баженова для организации психиатрической помощи.
1898 г. Утверждение земством устава психиатрической больницы 1899 г. Покупка имения Орловка для организации психиатрической колонии.
1903 г. Окончательное утверждение планов постройки колонии в имении Орловка.
1905 г. Открытие психиатрической колонии в Орловке.
1907 г. Достройка колонии в Орловке (240 коек).
1913 г. Постройка в колонии Орловка двух корпусов на 180 коек.

Вятская губерния

1823 г. Открытие дома умалишенных в Вятке.
1875 г. Было психиатрическое отделение в Вятке.
1891 г. Открытие психиатрического отделения в Елабуге.
1901 г. Открытие психиатрического отделения в Орлове.
1904 г. Открытие психиатрического отделения в Сарапуле.
1910 г. Открытие психиатрического отделения в Котельниче.
1914 г. Учреждение должности губернского психиатра.

Екатеринославская губерния

1796 г. Открытие дома умалишенных в Екатеринославе.
1842 г. Начало постройки нового здания для дома умалишенных.
1845 г. Открытие отделения психически больных в богоугодных заведениях.
1870 г. Реорганизация отделения психически больных в психиатрическую земскую больницу.
1885—1888 гг. Значительное расширение больницы.
1892 г. Организация первого в России патронажа для хроников.
1897 г. Открытие земледельческой колонии для психически больных на станции «Игрень».
1904—1908 гг. Постройка при больнице в Екатеринославе двух приемных отделений (мужского и женского).
1912 г. Расширение земледельческой колонии.
1912 г. Объединение психиатрической помощи под одним руководством.

Кавказ

1852 г. Существовал дом умалишенных.
1859—1862 гг. Попытка произвести перепись психически больных на Кавказе.
1868 г. Открытие психиатрического отделения при Тифлисском военном госпитале.
1869 г. Открытие психиатрического отделения при Михайловской больнице в Тифлисе.
1881 г. Приобретение отдельного здания для тифлисского психиатрического отделения.
1891 г. Постройка барака на 30 психически больных при Михайловской больнице.
1892 г. Открытие дома призрения психически больных на 20 человек в Баку.
1893 г. Открытие психиатрического отделения при тюремной больнице в Кутаиси.
1893 г. Открытие дома призрения в Ереване на 20 человек.
1893 г. Открытие Владикавказского психиатрического госпиталя.
1898 г. Организация городского приюта на 50 человек в Тифлисе.
1898 г. Открытие психиатрического отделения при железнодорожной больнице в Тифлисе.

Казанская губерния

1810 г. Открытие дома умалишенных в Казани.
1865 г. Переход дома умалишенных от Приказа общественного призрения к земству (35 больных).
1869 г. Приглашение специального заведующего психиатрическим отделением доктора Соколова.
1869 г. Открытие окружной психиатрической лечебницы.
1870 г. Постройка летних бараков для психически больных.
1885 г. Пристройка к старому зданию на 35 больных.
1886 г. Перевод всех женщин из земского приюта в окружную казанскую психиатрическую больницу.
1887 г. Перевод туда же всех мужчин. Управление земского приюта.
1908 г. Открытие патронажа.
1909 г. Открытие убежища для психически больных.

Калужская губерния

К 1802 г. Открытие дома умалишенных в Калуге.
1810 г. Создание учреждения для психически больных — Хлюстинской больницы.
1834 г. Расширение отделения для психически больных за счет «Золотаревского дома».
1870 г. Переход дома умалишенных от Приказа общественного призрения к земству.
1873 г. Постройка нового помещения.
1877 г. Отмена платы за лечение психически больных.
1878 г. Введение вновь платы за лечение психически больных.
1891 г. Отмена платы за лечение больных.
1894 г. Решение земства строить колонию для психически больных.
1896—1905 гг. Постройка 5 бараков в колонии при деревне Бушмановке.

Киев

1786 г. Открытие дома умалишенных в Киеве на территории Кирилловского монастыря на 30 коек.
1803 г. Было 60 штатных коек в доме умалишенных.
1859 г. Открытие психиатрического отделения при Киевском военном госпитале.
1876 г. Постройка на территории Кирилловского монастыря 6 павильонов.
1906 г. Открытие учреждения для дефективных детей в Киеве.

1908 г. Выявилась необходимость постройки двух корпусов приемного отделения при Кирилловской больнице.
1914 г. Постройка зданий двух корпусов приемного отделения при Кирилловской больнице.

Костромская губерния

1810 г. Открытие дома умалишенных в Костроме.
1865 г. Получение земством от Приказа общественного призрения дома умалишенных, перевод больных во флигель земской больницы.
1874 г. Постройка третьего флигеля.
1881 г. Выделение психиатрического отделения в самостоятельную больницу.
1884 г. Окончание постройки нового здания больницы.
1908 г. Окончание постройки колонии в Никольском.
1913 г. Организация патронажа.

Курская губерния

К 1802 г. Открытие дома умалишенных в Курске. Губернским земством получен дом умалишенных от Приказа общественного призрения.
1867 г. Постройка здания для дома умалишенных.
1877 г. Отмена платы за лечение психически больных.
1903 г. Открытие приюта на 25 человек для детей олигофреников и эпилептиков.

Минская губерния

К 1852 г. Открытие дома умалишенных в Минске.
1910 г. Перевод психиатрического отделения в Минске в здание богадельни. Количество штатных коек доведено до 200.

Могилевская губерния

К 1810 г. Открытие дома умалишенных в Могилеве.
1909 г. Перевод психиатрического отделения, находившегося в имении Карабановка у черты Могилева, в Печерскую усадьбу. Богадельня из Печерской усадьбы переведена в деревню Сеньково.
1916 г. В Печерской (Георгиевской) лечебнице было 222 больных, в Сеньковском отделении — 100 больных.

Нижегородская губерния

1835 г. Открытие дома умалишенных.
1866 г. Получение земством от Приказа дома умалишенных с 76 больными, находившимися в крайне ветхом помещении.
1867 г. Приспособление двухэтажного каменного сарая для дома умалишенных.
1888 г. Постройка здания на 50 человек для дома умалишенных.
1896 г. Земству пожертвовали участок земли (50 десятин) у деревни Ляхово для психиатрической колонии.
1898 г. Устройство концентрированного патронажа в Балахне.
1899 г. Начало постройки павильонов для Ляховской колонии.
1909 г. Постройка собственного здания для патронажа в Балахне.
1908—1912 гг. Постройка здания второй очереди в Ляховской колонии (количество коек доведено до 600).
1911 г. Открытие вспомогательной школы в Нижнем-Новгороде.

Новгородская губерния

1706 г. Постройка в Колмовском монастыре инвалидной больницы, куда принимались психически больные.
1783 г. Передача колмовских богоугодных заведений (в числе которых было психиатрическое отделение, богадельня с отделением для малолетних) в ведение Приказа.
1866 г. Передача колмовских богоугодных заведений губернской земской управе.
1867 г. Окончание постройки в Колмове нового здания для богадельни; передача освободившихся помещений для отделения психически больных.
1873 г. В Новгороде нанят дом для размещения 20 психически больных.
1883 г. Отмена земством платы за лечение психически больных.
1886 г. Постройка в Колмове пансионата на 12 человек, женского беспокойного отделения на 50 человек, здания прозекторской.
1897 г. Приобретение для Колмовской больницы 35,8 десятины земли.
1913 г. Постройка нового каменного здания на 60 коек.

Область Войска Донского

1902 г. Постройка в Ростове-на-Дону небольшого отделения на 19 человек.
1911 г. Открытие вспомогательной школы в Ростове-на-Дону.
1912 г. В Новочеркасской больнице на 75 мест и в богадельне на 80 мест было 364 больных.

Одесса

1840 г. Поднят вопрос об организации психиатрического отделения в Одессе.
1852 г. Существовало психиатрическое отделение в Одессе.
1876 г. Переход больницы вместе с психиатрическим отделением от Приказа в ведение городской управы.
1892 г. Постройка в Одессе психиатрической больницы в Красной слободке.
1903 г. Утверждение устава психиатрической больницы.
1904 г. Организация приюта и амбулатории для опьяневших.
1909 г. Постройка при психиатрической больнице корпуса с амбулаторией для нервных больных.
1915 г. В одесской психиатрической больнице было 800 больных.

Олонецкая губерния

1852 г. Открытие в Петрозаводске дома умалишенных. Губернское земство получило от Приказа общественного призрения 6 психически больных.
1892 г. Постройка нового здания на 30 человек.
1896 г. Прибавление еще 14 коек.
1897 г. Бесплатное лечение психически больных крестьян. Организация психиатрического отделения в Каргополе на 2—5 коек.
1912 г. Через психиатрическое отделение в Каргополе прошло 25 человек.

Оренбургская губерния

1852 г. Открытие дома умалишенных в Оренбурге. Получение отделения от Приказа, в котором при 25 штатных койках было 75 больных.

Орловская губерния

1835 г. Открытие дома умалишенных в Орле.
1867 г. Передача Приказом дома умалишенных губернскому земству.
1894 г. Приобретение для строительства больницы-колонии имения Кишкинка в 7 верстах от Орла.
1895 г. В колонии помещалось 200 человек. Организация приюта для хроников в помещении больницы в городе.
1903 г. Учреждение городского патронажа.
1913 г. В больнице-колонии в Кишкинке было 333 больных.

Пензенская губерния

1810 г. Открытие дома умалишенных в Пензе.
1865 г. Получение земством от Приказа общественного призрения психиатрического отделения.
1880 г. Приглашение врача-специалиста (К. Р. Евграфова) в психиатрическое отделение.
1885—1890 гг. Постройка 4 павильонов для больницы.
1904 г. Постройка в психиатрической больнице приемного женского корпуса.
1906 г. Открытие психиатрической амбулатории.
1912 г. Постройка приемного мужского корпуса.

Пермская губерния

1798 г. Открытие в Перми больницы, в которую принимались психически больные.
1829—1834 гг. Постройка пермской Александровской больницы и при ней — дома умалишенных.
1870 г. Получение земством от Приказа психиатрического отделения на 60 коек.
1874 г. В здании психиатрического отделения произведены переделки.
1883 г. Город уступил земству на окраине Перми участок для психиатрической больницы.
1885—1893 гг. Постройка 5 бараков на этом участке.
1890 г. Получение земством под Пермью участка «Липовая гора» (37 десятин), где на самоокупаемости была организована психиатрическая колония.
1909 г. К «Липовой горе» прирезан участок в 47 десятин; расширение больницы за счет земских ассигнований.

1911 г. В «Липовой горе» был один каменный корпус и 4 барака.
1911 г. Принято решение строить психиатрическую больницу в Екатеринбурге.
1913 г. К «Липовой горе» прирезано еще 112 десятин.

Подольская губерния

1835 г. Открытие дома умалишенных в Каменец-Подольске.
1885 г. Среднесуточное количество больных в психиатрическом отделении было 75.
1912 г. В Каменец-Подольском отделении было 156 больных, до 1912 г. в городе не было врача-психиатра.

Полтавская губерния

1803 г. Открытие дома умалишенных в Полтаве.
1806—1807 гг. Постройка специального здания для дома умалишенных в Полтаве.
1806 г. В Роменской богадельне помещались психически больные.
1828 г. Введение платы за призрение в полтавском доме умалишенных.
1846 г. Расширение полтавского дома умалишенных за счет пристройки к корпусу.
1859 г. Приобретение еще одного корпуса для полтавского дома умалишенных и расширение дома до 70 коек.
1865 г. Приглашение специального врача (В. Добржанского) в полтавский дом умалишенных.
1865 г. Получение губернским земством от Приказа дома умалишенных с 65 больными.
1881 г. Приглашение губернским земством врача-психиатра.
1885 г. Постройка трех павильонов на 150 человек для психически больных в Полтаве.
1887 г. Разработка А. Ф. Мальцевым плана колонии для психически больных.
1888 г. Введение должности прозектора.
1888 г. Постройка здания мастерской.
1889 г. Выделение 20 бесплатных коек для свеже заболевших больных.

Прибалтийский край

1776 г. Открытие долгауза в Риге.
1802 г. Открытие дома умалишенных в Ревеле.
1854 г. Открытие в Риге первого психиатрического заведения для психически больных детей.
1895 г. Открытие психиатрического отделения при военном госпитале в Риге.
1904 г. Открытие психиатрической больницы на 250 коек на станции Виндава для железнодорожников.

Псковская губерния

1810 г. Открытие дома умалишенных в Пскове.
1867 г. Передача дома умалишенных Приказом общественного призрения уездному земству.
1870 г. Передача дома умалишенных уездным земством губернскому земству.
1873 г. Отмена платы за лечение психически больных крестьян.
1878 г. Расширение психиатрического отделения.
1886—1889 гг. Постройка двух бараков на 60 человек для психически больных.
1904 г. Открытие земледельческой колонии в имении Черняховичи для психически больных.

Рязанская губерния

1786 г. Открытие дома умалишенных.
1866 г. Переход дома умалишенных в ведение губернского земства.
1871 г. Постановление земского собрания о постройке нового здания для психически больных.
1875 г. Окончание постройки здания для психически больных, получившей название «Красный дом».
1885—1887 гг. Постройка зданий для психиатрической колонии в усадьбе Голенчино.
1886 г. Организация первого в России патронажа в селе Никуличи.
1888 г. Открытие психиатрической колонии в усадьбе Голенчино.
1888 г. Постройка еще одного павильона в колонии Голенчино.

Самарская губерния

1865 г. Получение губернским земством от Приказа дома умалишенных (с 16 больными).
1875 г. Расширение дома умалишенных.
1884 г. Приобретение земской управой хутора «Томашев клок» для устройства колонии психически больных.
1888 г. Открытие психиатрической колонии на хуторе «Томашов клок».
1889 г. Утверждение земским собранием устава самостоятельной психиатрической больницы.
1912 г. Решение земского собрания децентрализовать психиатрическую помощь.

Саратовская губерния

1810 г. Существовал дом умалишенных.
1866 г. Передача дома умалишенных губернскому земству (50 больных).
1874 г. Размещение психически больных в двухэтажном каменном корпусе.
1887 г. Приспособление для психически больных второго каменного здания богадельни.
1888 г. Приобретение губернским земством имения Есиповка для устройства психиатрической колонии.
1890 г. Начаты экономные постройки для хроников в Есиповке.
1901 г. Ассигнование губернским земством денег на капитальное строительство психиатрической колонии.
1904 г. Открытие в Саратове приюта с амбулаторией для опьяневших.
1905 г. Было готово 2 корпуса в колонии.
1907 г. Открытие патронажа в деревне Кокурина речка.
1911 г. Открытие вспомогательной школы в Саратове.
1914 г. Окончание постройки лечебно-наблюдательного корпуса в колонии.

Сибирь

1768 г. Предложение монастырям принимать психически больных.
1810 г. Открытие дома умалишенных в Тобольске.
1852 г. Открытие дома умалишенных в Красноярске, Томске и Иркутске.
1904 г. Открытие Акмолинской психиатрической больницы на 20 коек.
1904 г. Открытие психиатрической больницы на 20 коек в Омске.
1904 г. Открытие психиатрического отделения при Хабаровском военном госпитале.
1904 г. Открытие в Хабаровске психиатрического госпиталя Красного креста на 50 коек.
1904—1905 гг. Организация в Никольско-Уссурийском Красного креста для воинов, который потом был превращен в дом умалишенных.
1904—1905 гг. Открытие Красным крестом подобных госпиталей в Чите и Владивостоке.
1906 г. Открытие психиатрического отделения при Благовещенской городской больнице (до 1910 г. оно не имело врача-психиатра).
1908 г. Открытие Томской окружной психиатрической лечебницы.
1910 г. Открытие психиатрической больницы на 44 койки в Чите.

Симбирская губерния

1782 г. Открытие дома умалишенных в Симбирске. Получение земством от Приказа общественного призрения дома умалишенных.
1868 г. Отмена платы за лечение неимущих психически больных.
1887 г. Перевод больных в большее и лучшее помещение.
1896—1899 г. Организация Карамзинской психиатрической колонии.

Смоленская губерния

1866 г. Получение губернским земством от Приказа общественного призрения дома умалишенных.
1879 г. Постройка бараков для психически больных.
1888 г. Окончание постройки двух павильонов для больницы.
1890 г. Приглашение врача-психиатра для заведывания психиатрическим отделением.
1892 г. Постройка временных бараков в психиатрической колонии в Гедеоновке.
1896 г. Постройка больницы-колонии.
1902 г. Открытие приюта-колонии для олигофренов в имении Никольское Погорелое при станции Издешково.
1912 г. Проведена безуспешная попытка патронирования.

Среднеазиатские области и губернии

1895 г. Открытие психиатрического отделения на 100 мест при военном госпитале в Ташкенте.
1903 г. Открытие психиатрического отделения на 13 мест при военном госпитале в г. Верном. О гражданских психиатрических учреждениях сведений нет.

Ставропольская губерния

К 1852 г. Открытие дома умалишенных в Ставрополе.
1907 г. Открытие психиатрической больницы в Ставрополе.
1914 г. Постройка двух павильонов на 75 больных и небольшого павильона для инфекционных больных.

Таврическая губерния

1852 г. Открытие дома умалишенных в Симферополе.
1866 г. Получение земством от Приказа дома умалишенных.
1875 г. Разрешение строительства больницы на 40 коек.
1878 г. Передача земству Красным крестом одного барака для психически больных.
1885 г. Постройка каменного флигеля.
1892 г. Постройка здания для мастерских.
1898 г. Решение земства строить психиатрическую колонию.
1899 г. Отмена платы за лечение психически больных.
1908—1909 гг. Открытие женского и мужского патронажа.

Тамбовская губерния

1802 г. Открытие дома умалишенных в Тамбове.
1866 г. Получение земством от Приказа общественного призрения дома умалишенных.
1874 г. Приспособление для психически больных здания смирительного дома.
1880 г. Приспособление для психически больных здания богадельни.
1885 г. Закончено 3 каменных корпуса для психиатрической больницы.
1887 г. Выделение психиатрического отделения в самостоятельную земскую больницу.
1889 г. Отмена платы за лечение.
1891 г. Утверждение устава земской психиатрической больницы.
1893—1894 гг. Постройка двух зданий для психически больных-хроников (мужчин и женщин).

Тверская губерния

1852 г. Существовал дом умалишенных в Твери.
1866 г. Получение земством от Приказа строившегося здания дома умалишенных на 30 коек.
1868 г. Закончено здание для дома умалишенных.
1873 г. Приспособление еще одного здания для дома умалишенных.
1876 г. Постройка двух бараков за Волгой для психически больных.
1879 г. Решение губернского земского собрания о строительстве колонии на 400 человек.
1884 г. Открытие первой русской специально построенной психиатрической колонии Бурашево.
1888 г. Приобретение земством соседнего с Бурашевым имения Токарево.
1889 г. Постройка в Бурашеве богадельни на 100 человек.
1896 г. Открытие в Бурашеве земледельческой колонии для малолетних преступников.
1899 г. Постройка здания для лазарета в Бурашеве.

Уфимская губерния

1847 г. Открытие дома умалишенных в Уфе.
1875 г. Получение земством дома умалишенных от Приказа общественного призрения.
1885 г. Отмена платы за лечение психически больных.
1893 г. Выделение психиатрического отделения в самостоятельную больницу.
1894—1897 г. Постройка второй психиатрической больницы в пригороде на Дровяной площади.
1904—1914 гг. Постройка трех новых каменных корпусов в пригородной больнице на Дровяной площади.
1907 г. Открытие городского патронажа.
1908 г. Учреждение амбулатории для психически больных.
1910 г. Открытие специальной лечебницы для алкоголиков.
1914 гг. Перевод всех больных из городской психиатрической больницы в пригородную больницу на Дровяной площади.

Харьковская губерния

1796 г. Основание дома умалишенных в Харькове.
1812 г. Открытие больницы для соматических больных в Харькове на Сабуровой даче.
1820 г. Перевод дома умалишенных на Сабурову дачу, где было организовано психиатрическое отделение.
1866 г. Психиатрическое отделение отремонтировано.
1868 г. Введение бесплатного лечения психически больных.
1879 г. Перевод соматических больных из Сабуровой дачи и отдача всего помещения для психиатрической больницы.
1885 г. Организация при больнице мастерской, работавшей до 1900 г.
1888—1896 гг. Расширение больницы за счет пристроек.
1898—1900 гг. Постройка лечебницы-пансионата.
1907—1909 гг. Расширение больницы.
1907 г. Организация вновь при психиатрической больнице мастерских.

1908—1910 гг. Постройка мастерских для мужчин и женщин.
1908 г. Организация патронажа.
1911 г. Открытие вспомогательной школы в Харькове.

Херсонская губерния

1852 г. Существовал дом умалишенных в Херсоне.
1865 г. Получение земством от Приказа дома умалишенных на 20 человек с 32 больными. Постепенное расширение отделения за счет приспособления различных помещений.
1874 г. Предложение губернского земства приспособить уездные больницы для оказания первой помощи заболевшим острой формой помешательства.
1882 г. Приглашение врача-психиатра.
1883 г. Утверждение устава психиатрической больницы.
1883 г. Преобразование психиатрического отделения в психиатрическую больницу. С 80-х годов на даче в Графском саду строились павильоны для загородной психиатрической колонии.
1899 г. Постройка на даче в Графском саду загородной лечебницы на 125 коек.
1901—1915 гг. Директором всех психиатрических учреждений херсонского земства был В. Л. Коссаковский.
1902 г. В загородной психиатрической колонии было 7 павильонов.
1902 г. Организация психиатрического патронажа в деревне Арнаутка.
1912 г. Устройство в лечебнице приспособления для длительных ванн.
1911—1913 гг. Постройка на территории больницы еще 5 павильонов.
1913 г. Детское отделение больницы располагалось в особом здании.
1913 г. В больнице находилось 1 472 больных.

Черниговская губерния

1776 г. Приспособление Максаковского монастыря Новгород-Северской епархии для содержания психически больных.
1802 г. Открытие дома умалишенных в Чернигове.
1866 г. Получение земством от Приказа общественного призрения флигеля с 80 больными.
1866 г. Постройка для психически больных двух бараков на 70 человек.
1889 г. Расширение психиатрического отделения за счет приобретения соседней усадьбы.
1910 г. Превращение Нежинской богадельни в приют для психически больных-хроников.

Ярославская губерния

1779 г. Открытие дома умалишенных.
1865 г. Получение земством от Приказа дома умалишенных (50 человек).
1867 г. Введение бесплатного лечения психически больных.
1875 г. Отдача для отделения психически больных одного соматического корпуса больницы.
1884—1887 гг. Постройка новых зданий для психически больных и 3 флигелей для хроников.
1902 г. Открытие убежища для алкоголиков в Ярославле.
1905 г. Открытие павильона на 80 больных.
1908 г. Организация патронажа. Психиатрическое отделение существовало до Великой Октябрьской социалистической революции.

Петербург и Петербургская губерния

1735 г. Основание в Петербурге сухопутного и морского госпиталей и морского госпиталя в Кронштадте и организация при них школ.
1766 г. Приказ генерал-полицеймейстера Петербурга представлять психически больных в главную полицию. Ответственными за выполнение этого приказа являлись окружающие больного.
1779 г. Открытие первого долгауза в Петербурге.
1782 г. Закладка на месте долгауза Обуховской больницы, отделением которой стал дом умалишенных.
1798 г. Преобразование Петербургского училища в Медицинскую академию.
1805 г. Открытие при Обуховской больнице смирительного дома.
1828—1832 гг. Организация психиатрической больницы «Всех скорбящих» на 120 коек в Петербурге.
1832 г. Устав больницы «Всех скорбящих».
1846 г. Открытие в Петербурге богадельни для психически больных на 12 человек.
1846 г. Открытие при 2-м Петербургском сухопутном госпитале отделения для психически больных военнослужащих.

1846 г. Открытие в Петербурге первой частной психиатрической лечебницы Лейдесдорфа.
1852 г. Открытие при исправительном доме в Петербурге отделения для умалишенных арестантов на 25 коек.
1856 г. Открытие там же отделения для женщин.
1859 г. Преобразование отделения для психически больных при 2-м Петербургском сухопутном госпитале в психиатрическую клинику Военно-медицинской академии.
1864 г. Слияние женского и мужского психиатрических отделений при исправительном доме в одну лечебницу и расширение ее до 120 коек.
1864 г. Открытие при 1-м Петербургском (Николаевском) сухопутном госпитале отделения на 45 человек.
1865 г. Больница «Всех скорбящих» имела 350 коек.
1867 г. Постройка специального здания психиатрической клиники Военно-медицинской академии.
1867 г. Открытие загородной богадельни на 50 коек (в 1870 г. расширена до 100 коек).
1867 г. Открытие Приказом загородной богадельни для хроников.
1870 г. Постройка приюта Александра III на Удельной.
1871 г. Учреждение земледельческой колонии для малолетних преступников на Охте.
1872 г. Организация в здании исправительного дома психиатрической больницы, названной больницей «Николая чудотворца».
1876 г. Открытие приюта для первоначального призрения в Петербурге на даче Реймера.
1882 г. Открытие женского психиатрического приюта на Малой Охте.
1884 г. Открытие мужского психиатрического приюта на Большой Охте.
1884 г. Открытие при психиатрической клинике Военно-медицинской академии амбулаторного приема.
1885 г. Преобразование загородной богадельни в больницу св. Пантелеймона.
1885 г. Постройка в приюте Александра III двух павильонов для малолетних и открытие детского психиатрического отделения.
1887 г. Постройка двух павильонов для взрослых в приюте Александра III.
1889 г. Постройка специального здания для психически больных на 100 коек при Николаевском военном госпитале.
1892 г. Окончание постройки здания психиатрической клиники Военно-медицинской академии.
1894 г. Открытие Братством царицы небесной приюта для детей олигофренов и эпилептиков на 9 человек.
1899 г. Расширение этого приюта до 56 человек.
1899 г. Организация Новознаменской больницы (колонии).
1903 г. Открытие при приюте Братства царицы небесной амбулатории для приходящих больных детей.
1903—1909 гг. Создание в Петербурге 6 амбулаторий для лечения алкоголиков гипнозом.
1903 г. Организация в Сестрорецке учреждения для умственно отсталых детей на 70 коек.
1905 г. Открытие в Петербурге школы — интерната на 20 умственно отсталых детей.
1907 г. Открытие деревенского патронажа в деревне Шуговицы Ямбургского уезда.
1909 г. Открытие земской психиатрической больницы в Сиворицах.
1911 г. Организация городской больничной комиссией психиатрического бюро.
1912 г. Произведение однодневной переписи психически больных.
1912 г. Открытие в Петербурге при Психоневрологическом институте школы-интерната для умственно отсталых детей.

Москва

1776 г. Открытие Екатерининской больницы с психиатрическим отделением.
1786 г. Перевод смирительного дома в Преображенскую слободу.
1789 г. В него стали направлять психически больных (в Екатерининской больнице психически больных перестали принимать).
1791 г. Перевод психически больных в инвалидный дом.
1792 г. Приглашение специального врача штаб-лекаря Федора Рашке.
1801 г. Перевод психически больных в помещение бывшей Тайной канцелярии.
1808 г. Перевод психически больных в Преображенскую слободу в специально выстроенный дом (ныне 1-я городская психиатрическая больница).
1825—1862 гг. Существование полицейской больницы для психически больных арестантов в Москве.
1830 г. Открытие первой частной психиатрической лечебницы в Москве
1832 г. Проведение радикальной реформы Преображенской больницы.
1835 г. Преображенская больница имела 150 коек.
1872 г. Стрекаловская больница стала принимать детей-эпилептиков.

1876 г. Преображенская больница имела 280 коек.
1880 г. Открытие психиатрического отделения на 45 коек при Московском военном госпитале.
1882 г. Ассигнация земством денег на содержание 6 коек в Александровской больнице Общины сестер милосердия.
1887 г. Расширение Преображенской больницы богадельней на 80 коек.
1887 г. Увеличение количества коек, арендованных земством в Александровской больнице, до 20.
1887 г. Открытие психиатрической клиники.
1890 г. Открытие во дворце Мамонова приюта на 50 больных.
1890 г. Община «Утоли моя печали» по соглашению с земством открыла приют на 50 человек.
1891 г. Покупка губернским земством имения Покровское-Мещерское для психиатрической больницы.
1892 г. Организация больницы в Покровском-Мещерском, постройка одного деревянного павильона.
1892 г. Организация деревенского патронажа городским самоуправлением.
1893 г. Перевод больных приюта «Утоли моя печали» в Мещерскую больницу.
1894 г. Открытие женского отделения городской психиатрической больницы (Алексеевской) на Канатчиковой даче.
1894—1897 гг. Постройка Ермаковского приюта.
1896 г. Открытие мужского отделения той же больницы.
1897 г. Организация частной лечебницы для алкоголиков на 10 коек в Москве.
1899 г. Постройка флигеля при Стрекаловской больнице на 20—25 коек для детей-эпилептиков.
1899 г. Открытие центрального полицейского приемного покоя.
1900 г. Учреждение под Москвой первого в России санатория для легких форм психиатрических заболеваний (Бережки).
1902 г. В Мещерской больнице было развернуто 585 коек.
1903 г. Открытие патронажа в Москве.
1904 г. Открытие патронажа земством в селе Любучаны.
1904—1910 гг. Расширение Преображенской больницы за счет приспособления корпусов бывшей Котовской фабрики, расположенных рядом с больницей.
1906 г. Открытие патронажа при Преображенской больнице в Воскресенске.
1907 г. Открытие Московской окружной лечебницы в селе Троицком (рядом с Мещерской земской больницей).
1910 г. Разделение Москвы на два района по госпитализации больных. Из одного района больные направлялись в Алексеевскую (Канатчикова дача) больницу, из другого — в Преображенскую.
1910 г. В Мещерской больнице было 753 больных.
1910 г. Психиатрическое отделение Московского военного госпиталя расширено до 75 коек.
1910 г. Открытие колонии для олигофренов и эпилептиков на Воробьевых горах.
1912 г. Постройка корпуса для клиники при Преображенской больнице на 90 человек.
1912 г. Открытие временного отделения на Шаболовке—филиала Алексеевской больницы.
1913 г. Открытие Алексеевского корпуса при Преображенской больнице на 70 человек.
1912—1914 гг. Постройка приюта для отсталых детей и эпилептиков.

Окружные лечебницы

1869 г. Открытие первой окружной лечебницы в Казани.
1877—1878 гг. Сделана пристройка на 200 коек к зданию больницы для психически больных Казанского губернского земства.
1891 г. Открытие Варшавской окружной лечебницы на 420 коек при деревне Твори.
1896 г. Открытие Винницкой окружной лечебницы на 750 коек.
1897 г. Расширение Варшавской больницы до 720 коек.
1900 г. Расширение Казанской больницы путем пристроек и постройки нового павильона, число коек доведено до 700.
1902 г. Открытие Виленской окружной лечебницы у станции Нововилейск.
1907 г. Открытие Московской окружной лечебницы при селе Троицком.
1908 г. Открытие Томской окружной лечебницы.
1908 г. Количество штатных коек в Казанской окружной больнице доведено до 1 000.
1910 г. Постройка особого корпуса для криминальных больных при Казанской окружной больнице.
1912 г. В Винницкой окружной лечебнице количество коек доведено до 1 000.
1912 г. В Виленской окружной лечебнице было 1 080 штатных коек.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ПСИХИАТРОВ

Абашев—Константиновский А.Л. 434
Авенариус 35
Авербух Е. С. 438
Автократов П. М. 112, 361, 362
Агапов А. В. 153, 322
Азбукин Д. И. 341, 347, 371, 389
Айхенвальд Л. И. 251, 295, 330
Аккерблом И. Х. 116, 177
Аккерман В. И. 436
Александровский А. Б. 391, 437
Александровская М. М. 396
Алелеков А. Н. 112, 114
Альтман А. Л. 399, 436
Алфеевский Н. А. 322
Аменицкий Д. А. 370
Андреев М. П. 437, 438
Андриоли 94, 166, 167
Андрузский Э. И. 138, 224, 294
Анреп 362
Анфимов В. Я. 344
Анфимов Я. А. (1852—1930) 112, 114, 139, 140, 226
Анцыферов 393
Аптекман И. Д. 250, 315
Арутюнов Д. И. 396
Архангельская А. Г. 93
Архангельский П. А. 180, 189, 248, 259
Асатиани М. М. 379, 406, 426
Аскоченский А. И. 359
Афонский С. М. 393

Баженов Н. Н. 20, 37, 65, 75, 77, 79, 97, 173, 174, 180, 211, 220, 222, 225, 226, 259, 281, 287, 290, 299, 304, 324, 325, 326, 331, 333, 334, 336, 339, 363
Балашов А. М. 194, 274, 330
Балинский И. М. (1827—1902) 49, 50, 64, 82, 98, 99, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 164, 165, 166, 168, 172, 173, 177, 248, 297, 359
Банщиков В. М. 438
Бари А. Ф. 336, 356
Бартелинк Ф. И. 168, 259
Бекер Ф. 68
Беккер В. В. 287
Белецкий В. К. 396, 430, 431, 437
Белицкий Ю. 128
Беляев В. А. 9, 378
Беляков С. А. 112, 114, 178, 279
Белугин 336
Бельский П. Г. 371
Бернштейн А. Н. (1870—1922) 154, 156, 158, 290, 320, 363, 406
Бернштейн Г. И. 438
Бехтерев В. М. (1827 — 1927) 114, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 153, 297, 300, 318, 337, 341, 343, 344, 357, 362, 369, 406, 412, 413, 414, 415, 425, 427, 429
Бирский О. Ф. 295
Блюм З. А. 338, 360
Бобровский-Королько Л.О. 295
Богомолов 405
Бойно-Родзевич Г. Г. 304
Богуцкая Р. 369
Бондарев Н. И. 436, 437
Боришпольский 362
Боткин Я. А. 241, 249, 262, 298, 356
Браиловский В. В. 406, 437, 438, 440
Бруханский П. П. 287, 290, 336
Брянцев В. А. 309
Бугайский Я. П. 391
Бунеев А. Н. 439
Бутенко 142, 154
Бутковский П. А. 48, 53, 80
Буховцева В. 181
Бухштедт И. А. 261
Бушке В. Р. 75, 287, 288, 289, 290
Бяшков В. М. 168, 170, 240, 243, 318, 330

Ванновский Р. Н. 168, 171, 239, 251
Введенский И. Н. 337, 439
Введенская К. В. 249
Вегер Л. М. 399
Вейденгаммер В. В. 322
Верблюжский А. А. 256
Викторов П. П. 305
Виленский Т. М. 393
Виноградов Н. А. 116
Виршубский А. М. 338
Винокурова А. И. 338
Виттенберг 35
Владычко 362
Волпянский С. А. 437
Вольфсон Н. М. 396
Вольфовский 437
Воротынский Б. И. 123, 129, 294, 295, 338
Воскресенский М. М. 286
Выготский Л. С. 414, 435
Вырубов Н. А. 100, 128, 171, 213, 237, 276, 316, 320, 324, 326, 333, 365, 441
Выясновский А. В. 437
Вяземский Т. И. 337

Габронидзе Е. Г. 437
Гаккебуш В. М. 227, 324, 326, 365, 405
Галачьян А. Г. 412
Ганноха Ю. И. 435
Ганнушкин П. Б. 154, 320, 323, 324, 368, 404, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 433
Гейер Т. А. 144, 153, 324, 407, 436
Герман И. С. 365
Герцог Ф. И. 59, 63, 67, 76, 79, 80, 82, 297
Гершзон Я. В. 93, 236
Гецова С. Н. 178
Гиляровский В. А. 142, 289, 321, 322, 324, 343, 365, 369, 371, 374, 380, 399, 404, 405, 430, 434, 437, 438
Гилула И. О. 438
Гишберг Н. И. 404
Глазуновский 93
Глинка М. П. 168, 170, 188
Говсеев А. А. 138, 220, 221, 222, 233, 316, 336, 356
Голант Р. Я. 128, 129, 144, 434, 436, 437, 438, 439, 442
Головина В. П. 419
Голосов А. А. 262, 338
Гольденберг М. А. 406, 437
Гониус 35
Горошков П. Ф. (1860 — 1907) 253
Горшков Я. П. 316
Гоциридзе А. Ф. 379
Грейденберг Б. С. 114, 139, 160, 225, 248, 318, 322, 326, 336
Грекер Р. А. 316, 426
Грибоедов А. С. 342, 343, 344, 345, 346, 371, 405
Громбах В. А. 284, 286, 290, 293, 370, 372, 378, 379
Громов С. 351
Громозова Л. К. 232, 377
Грязнов П. И. 294
Гуревич З. А. 405
Гуревич М. О. 154, 171, 322, 405, 407, 430, 433, 434, 437, 438
Гутников З. В. 138, 224

Давиденков С. Н. 227, 324, 335, 365, 405
Дайн Е. Г. 435
Данилло С. Н. 112, 114, 135, 337, 348
Данаев Н. И. 321
Данилевский 337
Дембо Г. И. 337
Державин Н. И. 75
Детенгоф Ф. Ф. 412, 434, 438
Дзержинский В. Э. 171
Джагаров М. А. 437
Добржинский В. 56
Доброгаев С. М. 136, 357
Добротворский 362
Доброхотов В. П. 306
Довбня Е. Н. 370, 372
Донсков Н. А. 171, 260, 265
Драницын А. А. 110
Дриль Д. А. 337, 347
Дрознес М. Я. 189, 335, 336, 348
Дубинин А. М. 412
Дьяконенко Н. П. 237, 261
Дюков П. А. 64, 108, 260

Евграфов К. Р. 257, 321, 322, 323, 356
Ергольский В. Н. 168, 170, 212, 251, 316
Ермаков 362
Ершов Н. А. 227

Жислин С. Г. 412, 438, 440
Жуков Н. А. 183

Зак М. М. 311, 393
Заленский А. З. 405
Залкинд Э. М. 382, 383, 395, 429, 437
Залкинд А. Б. 381, 382, 383
Залманзон А. Н. 412
Зандер Н. А. 287
Зандер С. И. 156
Захаров И. И. 185, 316, 368, 370, 407
Зеленский Н. М. 223
Зельцер С. Я. 438
Зиновьев П. М. 142, 370, 412
Зубов И. С. 306
Зарабашвили А. Д. 432, 439
Иванов И. И. 326, 356
Иванов Н. К. 178
Иванов-Смоленский А. Г. 422, 426, 441
Игнатьев Н. В. 311, 360
Ижевский И. П. 183
Израелович З. И. 379
Илион Я. Г. 378
Инзер В. Н. 171
Иогансон Е. К. 188, 222, 249, 250, 251
Истомин Е. К. 227, 322

Каменев Н. П. 245, 246, 322
Каменева Е. Н. 405
Кандинский В. Х. (1849—1889) 158, 159, 355
Каннабих Ю. В. 320, 324, 405
Каплан Я. Ф. 250, 251, 316
Каплинский М. З. 412, 434
Каранович Г. Г. 101, 400
Карас Иосиф 66
Карпов 336
Кацнельсон Я. С. 171
Кащенко П. П. 101, 182, 185, 186, 226, 227, 242, 243, 244, 266, 288, 320, 327, 330, 331, 334, 339, 344, 364, 369, 370, 374, 407
Кварт Е. О. 393
Кербиков О. В. 144, 262, 412, 437, 439
Кибальчич (1772—1831) 66, 77
Клевезаль Е. Р. 171, 224, 315
Кнотте Б. С. 295
Кнох Ю. Х. 359
Ковалевский П. И. (1849—1923) 99, 122, 137, 138, 140, 170, 223, 224, 228, 308, 324, 356, 357, 359
Коган Я. М. 434
Кожевников А. М. 369
Кожевников А. Я. (1836—1902) 52, 93, 116, 140, 141, 172, 173, 287, 343, 404
Колотинский С. Д. 123
Константиновский И. В. 33, 66, 317
Коровин А. М. 337
Копосов В. А. 167, 174, 188, 252
Копыстинский Е. А. 171, 305
Корсаков С. С. (1854—1900) 61, 75, 77, 121, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 151, 152, 153, 154, 156, 174, 225, 287, 296, 318, 343, 357, 407, 408, 433
Коссаковский В. Л. 160, 190, 237
Коцовский А. Д. 152, 160, 175, 189, 236, 263, 304, 318, 322
Краинский Н. В. 24, 100, 138, 160, 167, 221, 225, 226, 228, 233, 300
Крайц С. В. 412, 438
Краснопольский 43
Краснушкин Е. К. 372, 380, 394, 395, 404, 407, 434
Красовский Ф. И. 75
Криденер А. Г. 114, 174, 176
Кроль Н. М. 437
Крумбмиллер В. В. 167, 219, 221, 222
Ксенократов М. Н. 405
Кудрин В. С. 93, 164
Кузнецов В. П. 112, 298, 299
Курашов С. В. 83

Лазарев 434
Лазурский А. Ф. (1874—1917) 125, 128, 343
Лапинский М. М. 136
Лахтин М. Ю. 19, 31, 348, 363
Лебедев И. П. 359
Лебедев И. С. 241
Лебединский М. С. 406, 436
Левковский А. М. 139, 140
Ленц А. К. 426
Лещинский А. Л. 406, 427
Лион М. Е. 235, 343, 356
Литвинов М. П. 149, 168, 169, 170, 171, 234, 239, 298, 355
Ложкин Н. В. 167
Лощилов П. А. 438
Лучник М. М. 216
Лысаковский И. В. 437
Любарский А. В. 362
Любимов С. Я. 286, 339
Люблинский И. П. 31
Любушин 293, 336
Люстерник Р. Е. 412, 438
Луначарский П. В. 154

Максимов Б. Е. 392
Максимов П. Д. 234, 236, 238, 240, 298, 317, 356
Макарова Е. Н. 249
Малинин А. А. 263
Малиновский П. П. 76, 80, 81, 103, 166, 261
Малкин П. Ф. 396, 440
Мальцев А. Ф. 54, 123, 188, 191, 213, 216, 217, 218, 233, 335
Маляревский И. В. 112, 283, 341, 336, 343
Мандельштамм М. Э. 430
Маслов Е. В. 393
Меграбьян А. А. 436
Мелехов Д. Е. 399, 412, 436, 438
Менделевич А. Л. 337
Мержеевский И. П. 64, 96, 97, 110, 111, 112, 114, 122, 123, 135, 136, 140, 177, 178, 296, 300, 341, 347, 348, 355
Миролюбов Н. Г. 427
Мицкевич С. И. 88, 151, 322, 368
Мнухин С. С. 371, 435, 438
Молохов А. И. 412, 439
Морозов В. М. 412
Морозов М. С. 167, 316
Муратов В. А. 158, 181, 260, 318, 322
Мухин Н. И. 138, 139, 140, 363
Мясищев В. Н. 429

Найденов Д. И. 52
Нарбут В. М. 128, 160
Напольский И. И. 379
Немлихер Л. Я. 438
Нечай П. И. 82, 304
Нижегородцев М. Н. 150, 337, 339, 362
Никитин П. Б. 287, 344
Никифоров П. Н. 110, 286, 359
Никольский А. В. 246, 299

Озерецкий Н. И. 371, 405, 41
Озерецковский Д. С. 412, 437 440
Ольдерогге В. В. 337, 359
Орбели Д. И. 138, 308
Орлов Н. И. 142, 154, 322
Оршанский И. Г. 139, 144, 295, 346, 380
Осипов В. П. (1872—1947) 24, 128, 129, 265, 405, 406, 425, 429, 436, 437, 439, 442
Осипов Н. Е. 320
Осипова Е. А. 371, 405
Останков П. А. 123, 129, 243, 420
Охлобыстин В. В. 251
Охочинский К. В. (1854—1916) 282

Павлов И. П. (1849—1936) 106, 130, 131, 134, 135, 384, 415, 416, 417, 418, 419, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 430, 441, 444
Павловский А. А. 308
Панафидина 317
Пастернацкий 57
Певзнер И. Д. 316, 370
Пеккер 112
Первушин Ю. В. 437
Перельман А. А. 404
Петров С. П. 229
Пиларин Я. 349
Пинес Л. Я. 430
Писнячевский А. О. 216
Платонов И. Я. 137, 138, 336
Платонов К. И. 425, 440
Плотичер А. И. 438
Плотников 414
Пляц 341
Поварнин К. И. 125, 126
Поварнин Н. И. 343
Повицкая Р. С. 394
Полякова М. Я. 436
Полищук И. А. 396, 428
Пономарев А. Я. 182, 183, 233
Попов А. О. 139, 140
Попов Е. А. 395, 406, 439, 440
Попов М. Н. 138
Попов Н. М. (1854—1915) 112, 114, 136, 310
Португалов Ю. В. 295
Посвянский П. Б. 394
Постовский Н. П. 288, 336, 344
Преображенский С. А. 366
Присман И. М. 345, 405
Прозоров Л. А. 34, 35, 67, 77, 82, 287, 291, 366, 368, 370, 374, 381, 390, 392, 407
Протопопов В. П. 128, 129, 336, 395, 396, 406, 425, 426, 427, 435, 436
Прусенко 363
Пушкарев А. Н. 76, 81, 82, 350
Пясецкая Ю. Ф. 227

Рабинович А. З. 227, 228
Рабинович С. Я. 345, 405
Равкин И. Г. 405, 434, 437
Рагозин Л. Ф. 122, 170, 265, 296, 297, 301, 302
Рагозин Ю. Н. 370
Радкевич В. В. 189, 316
Раснянский 336
Ратнер Я. А. 394, 429, 436, 431, 438
Рахимов И. Р. 227
Рейер 394
Реформатский Н. Н. 123, 160, 243, 244, 282, 283, 284, 298, 316, 318, 339, 362, 363
Родионов С. М. 331
Родзаевский Д. А. 316
Рождественский И. И. 251, 338, 359
Розенбах П. Я. 112, 114, 150, 359
Розенберг А. З. 438

Розенблюм А. С. 160, 294
Розенштейм Л. М. 142,375,376, 381, 389, 391, 406, 407,434
Рончевский С. П. 437
Роте 303
Руднев В. И. 295
Рыбаков Ф. Е. 338, 406
Рюль И. Ф. 35, 59, 61, 64, 68, 76, 297, 327

Саблер В. Ф. 60, 68, 75, 77, 78, 79, 80, 84, 116, 121, 149, 297, 441
Сегалов Т. Е. 365, 370, 405, 441
Сажин И. В. 337
Савей-Могилевич Ф. А. 75, 336
Семидалов В. И. 153, 154
Серафимов В. Н. 437
Сербский В. П. (1858 — 1917) 154, 156, 157, 200, 222, 259, 318, 326, 356
Серейский М. Я. 144, 396, 399, 405, 407, 429, 434
Сеченов И. М. 96, 103, 104, 105, 106, 108, 112, 131, 132, 152, 241, 428, 431
Сикорский И. А. (1845 — 1918) 83, 110, 112, 114, 135, 136, 261, 302, 317, 318, 321, 344, 347, 348
Симсон Т. П. 371, 381, 405, 435
Синани Б. Н. 165, 167
Скалозубов Д. П. (1839—1892) 116
Скандовский Н. А. 42, 52, 116
Скворцов И. А. 260
Скворцов К. А. 438
Скляр Н. И. 171
Смирнов Л. И. 396, 406, 430, 431, 434, 437, 441
Случевский И. Ф. 438
Смелов Н. Я. 123, 167, 243, 281, 284, 300, 339, 378
Снежневский А. В. 437
Снесарев П. Е. 241, 396, 430, 434, 441
Соболев Н. А. 245
Советов 170
Советов С. Н. 254
Сокальский А. Н. 261
Сокальский Н. А. 100, 101, 250
Соколов 52, 266
Солини П. 360
Соловьева З. А. 405
Спиритов 125
Станиловский 335, 362
Старокотлицкий Н. 310, 311
Статковский 35
Стеблов Е. М. 437
Стрельцов П. П. 188, 318
Стрельчук И. В. 438
Ступин С. С. 209, 287, 290, 334, 335, 337
Суханов С. А. 142, 153, 154, 362, 363
Сухарева Г. Е. 371, 405, 435
Сухов И. И. 316
Сухов С. А. 250, 251

Талаловский 317
Тапельзон С. Л. 392
Татаренко Н. П. 390
Текутьев Ф. С. 42, 46, 49, 57, 110
Терешкович А. М. 316
Тимофеев А. В. 286, 363, 419
Тимофеев Н. Н. 437
Токарский А. А. (1859—1901) 154
Томашевский Б. В. 114, 135, 347, 355
Топоров Н. С. 52
Трейтер 231
Триумфов А. В. 404, 437
Трутовский Я. Я. 138, 336
Тукалло П. И. 168, 170, 253
Тутышкин П. П. 326, 344

Усольцев 336
Успенский А. В. 251
Успенский С. Н. 112, 154
Уфлянд И. М. 429

Фальк 316
Фельцман О. Б. 344
Ферхмин П. Р. 224, 225, 227, 316
Флеров 297
Франк Д. Б. 138, 170, 404
Фрезе А. У. 77, 79, 84, 116, 117, 119, 121, 122, 137, 182, 228, 247, 264, 265, 296, 297, 309, 357
Фрей А. Я. 61, 110
Фридман Б. Д. 412
Фрикен А. А. 167, 298
Фрумкин Я. П. 412, 438
Хардин В. Н. 114, 177
Ходос Х. Г. 438
Хорошко В. К. 396

Чагадаева 390
Чалисов М. А. 396, 406, 429
Чельцов В. Д. 142, 370
Черемшанский А. Е. 110, 285, 347, 354
Чехов Н. В. 110, 344
Чечотт О. А. 65, 114, 184, 242, 243, 280, 281, 282, 283, 284, 298, 317, 347, 355, 359
Чиж В. Ф. (1855 — 1914) 112, 114, 136, 353, 363
Чижова М. И. 37, 230
Чистович А. С. 426

Шайкевич М. О. 128, 310, 360. 363
Шафранов П. П. 238
Шварц А. 214
Шеболдаев 228
Шевалев Е. А. 128, 129, 406, 440
Шевко 435
Шемфельд М. Л. 316
Шейкевич М. О. 128
Шепетов Т. Я. 108
Шипулинский П. Д. 43, 44, 116
Шмарьян А. С. 433
Шнауберт Б. Н. 240
Шогам А. Н. 434, 435
Шоламович А. С. 129
Шостакович В. В. 439
Шпаковский Б. А. 165, 166, 167, 294, 295
Штейнберг С. И. 75, 119, 174, 179, 180, 181, 182, 233, 317, 357, 359
Штесс 379
Шуберт К. М. 405
Шульц А. 57, 61, 83
Шумков 361

Щеглов А. Л. 46
Щеглов А. Л. 345
Щербак А. Е. (1863—1934) 114, 137

Эдельштейн А. О. 50, 412
Эрлицкий А. Ф. 114
Эсселевич С. П. 438

Юдин Т. И. 227, 262, 324, 334, 369, 370, 390, 393, 394, 396, 400, 404, 406, 407, 412, 431, 434, 435, 439
Юрман 324
Ющенко А. И. 138, 149, 322, 324, 325, 379, 406, 407, 429, 438

Якимов Н. И. 359
Якобий П. И. 97, 99, 185, 197, 200, 206, 208, 225, 226, 227, 228, 233, 238, 243, 289, 305, 317
Яковенко В. И. 99, 100, 101, 151, 168, 182, 189, 195, 202, 225, 226, 227, 234, 239, 240, 250, 263, 264, 308, 310, 316, 318, 327, 330, 334, 342, 343, 344
Яковлев А. А. 154, 167, 188, 335
Ярошевский С. О. 338

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 3
I. Древнерусский период (VIII—XIII века) 7
II. Московский период до Петра I (XIV—XVII века). 14
III. От реформ Петра I до учреждения Приказа общественного призрения (XVIII век) 23
IV. Дореформенный период (1775—1861) в России. Начало преподавания психиатрии на медицинских факультетах 39
V. Психиатрические учреждения в России в первой половине XIX века . . 54
VI. Пореформенный период. Начало земской медицины; основные принципы, на которых она строилась. Затруднения земств при первых шагах организации психиатрической помощи 86
VII. Научная разработка вопросов психиатрии в России во второй половине XIX века. 102
VIII. Организация первых земских психиатрических колоний (1880—1890). . 163
IX. Развитие земской психиатрической помощи. Различные ее формы. Дискуссии в связи с формами ее развития. 192
X. Дальнейшее строительство больших земских психиатрических колоний 235
XI. Земские психиатрические колонии с небольшими земельными участками 247
XII. Земства, не имевшие вовсе психиатрических колоний. 254
XIII. Важнейшие итоги попечения о психически больных в земских губерниях 267
XIV. Попечение о психически больных в Петербурге, Москве и Одессе 279
XV. Попечение о психических больных в неземских губерниях. Правительственные окружные лечебницы. 296
XVI. Русская психиатрия в начале XX века (до Великой Октябрьской социалистической революции) 314
XVII. Детская психиатрия до революции. 341
XVIII. Судебная психиатрия в царской России. 349
XIX. Организация психиатрической помощи в царской армии. 359
XX. Организация психиатрической помощи в Советском Союзе (с 1917 г. до Великой Отечественной войны). 387
XXI. Научная работа по психиатрии в Советском Союзе (с 1917 г. до настоящего времени). 402
Литература 444
Хронологический указатель 465
Авторский указатель психиатров 478

Редактор **А. В. СНЕЖНЕВСКИЙ**
Техн. редактор **Т. И. Левина.** Зав. корректорской **Л. М. Голицына**
Переплет художника **М. В. Большакова**

Т 01663. Подписано к печати 20/III 1951 г. МН-53.
Бумага $70\times108/_{16}=15{,}125$ бумажных листов—4014 печ. л. $+{}^{3}/_{8}$ (вкл.). Уч.-изд. л. 42,1.
Зн. в 1 п. л. 42000. Тираж 5000 экз. Цена 25 р. 50 к. Переплет 3 руб. Заказ 651.

1-я Тип. Трансжелдориздата МПС

ОПЕЧАТКИ

Страница	Строка	Напечатано	Следует
36	14, 15 снизу	сума, сшедших	сума- сшедших
158	17 сверху	Янель установил лишь в 1818 г.	Янель установил лишь в 1918 г.
209	Вторая сноска	С. С. Ступин. Труды I съезда союза невропатологов и психиатров	С. С. Ступин. Труды I съезда Русского союза невропатологов и психиатров
385	11, 12 снизу	на VIII съезде советов в ноябре 1936 г.	на VIII съезде советов, созванном в ноябре 1936 г.,
388	2 снизу	в некоторых школах во время Великой Отечественной войны	в некоторых школах. Во время Великой Отечественной войны
405	23 снизу	Е. А. Попов),	Е. А. Попов,
435	сноска	[2] Психоневрологический профилакторий Наркомсобеса УССР, Сборник 2, Душевные заболевания и трудоспособность, Харьков, 1940.	[2] Труды Центрального института психиатрии РСФСР, М., 1947, т. III, стр. 38.
		[3] Труды Центрального института психиатрии РСФСР, М., 1947, т. III, стр. 38.	[3] Психоневрологический профилакторий Наркомсобеса УССР, Сборник 2, Душевные заболевания и трудоспособность, Харьков, 1940.
478	1 сверху	Озерецкий Н. И. 371, 405, 41	Озерецкий Н. И. 371, 405, 411
479	2 сверху	Розенштейм Л. М.	Розенштейн Л. М.
479	11 сверху	Шемфельд М. Л.	Шенфельд М. Л.
479	27 сверху	Шуберт К. М. 405	Шуберт А. М. 404

Примечание редактора. Некоторые фамилии в авторском указателе психиатров даны на 1—2 страницы ниже, по сравнению с текстом книги.