

«ЛЕЧЕБНАЯ ФАЛАНСТЕРА»: НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ П. П. КАЩЕНКО

Костригин А.А.

Костригин Артем Андреевич

магистр психологии, старший преподаватель кафедры психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», ул. Садовническая, 33 стр. 1, Москва, 115035, Россия. Тел.: 8 (495) 951-31-48;

аспирант кафедры общей и социальной психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского»; главный редактор электронного научного журнала «История российской психологии в лицах: Дайджест».

E-mail: artdzen@gmail.com

Аннотация. Статья посвящена выдающемуся психиатру и организатору психиатрической службы в дореволюционной России и в первые годы Советской России Петру Петровичу Кащенко (1859—1920). Автор статьи ставит задачу рассмотрения направлений научной деятельности П.П. Кащенко и описания разработанных им принципов устройства психиатрической помощи населению. Среди обсуждаемых вопросов: гипнотические идеи в психологии и психиатрии, принципы организации психиатрической службы и учреждений, посемейный патронаж, земская статистика и психиатрия, диета при психических расстройствах. Идеалом психиатрического учреждения Кащенко видел систему посемейного патронажа, при которой больной находится в естественных условиях, учитываются индивидуальные особенности пациента и происходит социализация и инклюзия, которые и являются признаками здорового общества, заботящегося о каждом своем члене.

Ключевые слова: П. П. Кащенко; история психиатрии; гипнотизм; психиатрическая служба; психиатрическая помощь; пациент; посемейный патронаж; земская статистика; земская психиатрия; диета; трудотерапия; учебные программы.

УДК 159.9(092)

Библиографическая ссылка

Костригин А.А. «Лечебная фаланстера»: научное наследие П. П. Кащенко // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 1. – С. 2. doi: 10.24411/2219-8245-2018-11020

Поступила в редакцию: 08.11.2017 Прошла рецензирование: 23.12.2017 Опубликована: 30.03.2018

*В его лице русская психиатрия лишилась
почти гениального организатора и огромного
масштаба врача-общественника.*

Ю.В. Каннабих

Имя выдающегося психиатра и организатора психиатрической службы в дореволюционной России и в первые годы Советской России Петра Петровича Кащенко (1859—1920) хорошо известно не только психиатрам и психологам, но и более широкой аудитории, и даже стало нарицательным. Мы знаем П.П. Кащенко как крупного организатора и практика, однако существует потребность его представления именно как теоретика психиатрии и психиатрической помощи. На данный момент существует достаточное количество работ по биографии ученого [1; 2; 3; 8; 17; 19; 21; 24], но детальному разбору вклада ученого в психиатрию посвящены малочисленные исследования; как правило, работы включают сухую констатацию научных заслуг Петра Петровича среди богато описанных биографических фактов его жизни.

Удивительно наблюдать данную ситуацию по отношению к наследию П.П. Кащенко, однако простой анализ количества публикаций в наукометрической базе eLibrary.ru, посвященных творчеству ученого, показывает низкий интерес к его персоналии: за последние 10 лет написано всего 10 статей, из которых 4 посвящены юбилею ученого — 150-летию (не умаляя значения работ авторов, скажем, что, как правило, такие статьи достаточно бегло представляют научное наследие юбиляров).



Фотопортрет П.П. Кащенко
(1859—1920)

(Источник: Вопросы клиники и терапии психических заболеваний / под общ. ред. А.Л. Андреева. М., 1960.)



Фотопортрет П.П. Кащенко
в студенческие годы

(Источник: Лиманкин О.В.,
Чудиновских А.Г.

Петр Петрович Кащенко.
Жизнь и судьба. СПб., 2009.)

Такое положение вещей можно объяснить, по нашему мнению, лишь тем, что П.П. Кащенко, к сожалению, не оставил именно большого научного наследия: теоретических работ им написано мало, по большей части, он сосредоточивал свое внимание на организационных аспектах психиатрической службы. Поэтому им выпущено большое количество отчетов о работе психиатрических учреждений, руководителем которых он являлся, о статистических переписях людей с психическими заболеваниями, о поездках к зарубежным коллегам с целью приобретения опыта устройства психиатрической практики.

Детально анализируя публикации Петра Петровича, можно вывести некоторые его взгляды на психиатрию как науку и практику. В данной статье мы хотели бы представить и изложить вместе те теоретические и прикладные разработки П.П. Кащенко, на которые он опирался в своей блестящей организационной деятельности. Описание научного наследия ученого будет посвящено следующим темам: гипнотические идеи в психологии и психиатрии, принципы организации психиатрической службы и учреждений, посемейный патронаж, земская статистика и психиатрия, диета при психических расстройствах.

Гипнотические идеи в психологии и психиатрии

Проблематика гипнотических, магнетических, энергетических идей в XIX в. была очень актуальна [4; 25; 27; 28; 29]. Попытки объяснить психические явления в норме и патологии с точки зрения гипнотических состояний делались многими исследователями: В.М. Бехтеревым, А.Н. Гиляровым, И.В. Годневым, В.Я. Данилевским, А.Ф. Лазурским, А.Л. Мендельсоном, В.М. Нарбутом, В.П. Осиповым, И.Р. Тархановым, А.А. Токарским, О.Б. Фельцманом и др.

Этот вопрос разбирал и П.П. Кащенко, сделав научный обзор концепций гипнотизма в работе «О гипнотизме» (1888). Отечественный психиатр считает очень важным разрабатывать понятие гипнотизма и его применение в практике. Он пишет: «Историческая роль гипнотизма или, точнее говоря, бессознательного подражания, которое лежит в основе как этого, так и других сродных явлений, громадна. Теперь, когда вопрос об этой стороне психической деятельности человека получил полные права гражданства в медицинской и психологической науке, когда с каждым днем увеличиваются кадры ученых, занимающихся исследованием этого явления и растут в количественном и качественном отношении их наблюдения, наступает время для исторической оценки этого ново-признанного фактора в судьбах человечества» [9, с. 203].

Обсуждая частые мистические, оккультистские или «шарлатанские» ассоциации термина «гипнотизм», П.П. Кащенко считает, что мы должны принимать всерьез гипнотические состояния человека и использовать это в прикладных сферах. «Нет никакого основания видеть в этом только преднамеренный обман и суеверие; нельзя сомневаться в реальности фактов, послуживших основой такому общераспространенному убеждению, когда опыты, производимые над гипнотиками, показывают, какую власть над другим субъектом, при известных условиях, действительно имеет «глаз» или «слово» экспериментатора» [Там же. С. 204].

Проводя обзор ведущих теорий гипноза и гипнотизма, ученый подразделяет все гипотезы объяснения этого явления на две группы: физиологические и психологические. С точки зрения физиологического подхода, гипнотическое состояние происходит по механизму угнетения одних нервных процессов и возбуждения других. «В результате получается аномальное состояние, характеристической чертой которого является диссоциация мозговой деятельности, усиление одних функций за счет ослабления других» [Там же. С. 222]. Однако П.П. Кащенко отмечает некоторые ограничения данного подхода и недоступность объяснения многих физиологических процессов.

Психологическая точка зрения заключается в рассмотрении сознания как пространства мыслей и образов, которое в процессе погружения в гипнотическое состояние сосредоточивается на одной идее, а остальное поле становится «пустым». П.П. Кащенко приводит объяснение венгерского врача и физиолога Э. Йендрассика (1858—1921): «Сознание в бодрственном состоянии можно уподобить газовой люстре, у которой зажжены все рожки; но последние горят с разной силой: одни ярко (мысли и акты фиксационной точки сознания), другие, более многочисленные, менее ярко (полусознаваемые мысли и акты), третьи, еще более многочисленные, еще менее ярко, едва мерцают (образы вне сознания и готовые войти в него). Концентрация внимания, зажигая ярко один из рожков, тем самым уменьшает силу света в других, и если регулирующий аппарат (ассоциации) работает плохо, то сила света в одном рожке может достигнуть крайней меры, в то время как другие или погаснут вовсе, или будут теплиться еле заметным светом» [Там же. С. 223]. Как видно, данное описание очень

похоже на будущие разработки советских психологов и физиологов в отношении понятий «доминанта» и «установка».

Среди характеристик гипнотического состояния П.П. Кащенко отмечает: 1) физиологические изменения — ускорения пульса и дыхания, покраснения лица, сокращение/расслабление разных групп мышц); 2) психологические изменения — обеднение психической сферы, «полный перерыв сознания» (отсутствие ощущений, чувств, мыслей), внушаемость, после гипнотического состояния — амнезия и др. Однако на более глубокой стадии гипноза (сомнамбулизм) психическая сфера вновь наполняется, в ней присутствуют различные состояния, но контролируются они, по большей части, извне: «В этом состоянии субъект проявляет нетронутым весь механизм душевной деятельности, — он способен мыслить, чувствовать, ощущать, действовать, как обыкновенно, но с тем различием, что у него нет ничего своего: ни желаний, ни намерений, ни идей, — одним словом, он лишен воли. Роль последней исполняют внушения гипнотизера» [Там же. С. 216].

Главной ценностью гипнотического состояния пациента является способность к восприятию внушения: «Из сказанного понятна важность, которую имеет изучение гипнотизма для психолога, моралиста, юриста, врача, психиатра, педагога, философа» [Там же. С. 219]. Гипноз может использоваться в медицине для лечения заболеваний (как соматических, так и психических), в педагогике — для воспитания и обучения («здесь дело идет не о замене наших обычных приемов воспитания гипнотическим внушением, а о применении этого способа в приютах для малолетних преступников, идиотов, отсталых детей, и, конечно, в тех случаях, когда обыкновенные способы исправления недостаточны» [Там же]), в юриспруденции — в медицинской экспертизе, в психологии — для изучения многих психических процессов и явлений.

Описывая применение гипнотического метода в психологии, ученый перечисляет направления его использования: сон и сновидения, память, аффекты, мимика, связь почерка и характера личности и др. Этот метод считается им экспериментальным средством воспроизведения многих душевных явлений и поведенческих реакций.

Таким образом, по мнению П.П. Кащенко, изучение гипнотических состояний и механизмов их возникновения является перспективной областью научных и прикладных изысканий.

Принципы организации психиатрической помощи и устройства психиатрических учреждений

П.П. Кащенко является одним из выдающихся организаторов психиатрической службы в истории России. Он участвовал в создании и обустройстве психиатрических больниц и колоний посемейного патронажа в трех крупнейших городах страны (Н. Новгород, Москва и Санкт-Петербург) и оставил большое наследие в области системы устройства психиатрической помощи.

Начиная с Нижегородского периода, отечественный психиатр выступал как ведущий специалист в создании психиатрической службы, разрабатывая ее правила и принципы. Изучая его отчеты о деятельности психиатрических больниц, в которых он работал, мы можем убедиться в том, что П.П. Кащенко осуществлял эту деятельность системно: от технических характеристик устройства зданий (место, расположение корпусов и помещений, кухня, хлебопекарня, телефон, отопление, водоснабжение, освещение и мн. др.), условий проживания больных и персонала до обучения и повышения квалификации врачей.



Кашченко П.П. Отчет по осмотру психиатрических учреждений в Западной Европе и в России. Вып. 2: Описание больниц (1900)

Занимаясь организацией и обустройством психиатрической службы, ученый сталкивается и со многими трудностями и проблемами. Для получения новых знаний в данной области он совершил поездку в Европу с целью изучения опыта организации психиатрической помощи зарубежными коллегами. По результатам этой поездки были выпущены 3 тома его работы «Отчет по осмотру психиатрических учреждений в Западной Европе и в России» (1900). Здесь П.П. Кашченко, в основном, описывает техническое и терапевтическое устройство больниц. Для этого им разработан перечень пунктов/вопросов для анализа и оценки психиатрического учреждения. Приведем некоторые из этих положений, касающиеся непосредственно лечения пациентов:

«22) Какие формы психического расстройства принимаются в больницу? <...> 92) Порядок больничного дня? <...> 99) Работы больных: виды работ? <...> 101) Статистика работающих по отдельным формам болезни? <...> 105) Значение работ как лечебного средства и в смысле дисциплинирования, по мнению врачей? <...> 109) Способы вознаграждения работающих (прибавки к пище, деньгами, табаком и т. п.)?»

110) Развлечения: игры, существующие в больнице? 111) Общие собрания, театральные представления, концерты, балы, чтения и т.п.? <...> 114) При каких формах болезни допускается участие в развлечениях? Только хроников или и для острых? <...> 117) Значение развлечений в качестве лечебного и дисциплинирующего средства по мнению врачей? <...> 119) Употребляется ли механическое стеснение? 120) Какими способами? 121) Показания к его употреблению? 122) Статистика стеснения? 123) Употребляется ли изоляция? <...> 125) Показания к их употреблению? <...> 128) Употребляется ли как система постельное содержание? <...> 131) Влияние системы постельного содержания на изолирование? <...> 133) Способы гидротерапии? 134) Электротерапия? 135) Другие особенности терапии?» [12, с. 339–344].

Такое подробное изучение П.П. Кашченко провел в отношении следующих психиатрических больниц: Королевская больница «Морнингсайд» (Эдинбург, Шотландия), больница Ларберт (Эдинбург, Шотландия), больница Клэйбери (Лондон), клиника «Вифлеем» («Бедлам», Лондон, Англия), больница «Альт-Шербитц» (Сакс, Лейпциг, Германия), колонии для душевнобольных в Льерне (Бельгия) и Ден-на-Орон (Франция) и др.

Ученый подразделяет все психиатрические больницы на следующие типы: тип очень больших закрытых заведений со строгим режимом; тип городских больниц, принадлежащих филантропическим учреждениям; тип специальных больниц для душевнобольных преступников; тип больниц, не очень больших по размерам и со свободным режимом (open door system); тип богадельного призрения спокойных хроников; тип общественной больницы для пансионеров; тип закрытой большой больницы в связи с широко развитой и свободной колонией для хроников; тип семейного призрения.

По результатам своей командировки П.П. Кащенко анализирует ошибки и недостатки современных психиатрических учреждений и формулирует положения относительно эффективной организации психиатрической помощи (в виде колонии посемейного призрения/патронажа):

- 1) «Благо самого больного» должно являться главной целью, а «интересы общественной безопасности» вторичны;
- 2) «Принцип сохранения индивидуальной свободы больного должен быть положен в основу» психиатрического лечения [11, с. 4];
- 3) Необходимо заботиться «о сохранении жизни, о скорейшем и полнейшем выздоровлении, об удобствах обстановки» [Там же];
- 4) Требуется принцип индивидуализации в лечении;
- 5) Следует грамотно классифицировать больных (например, «свежезаболевшие» и «хроники»), исходя из чего необходимо определять способ лечения и решать, применимо ли помещение пациента в больницу;
- 6) Отдавать предпочтение больше психологическим методам лечения, нежели соматическим воздействиям;
- 7) Условия выздоровления должны выражаться в пребывании больного в «здоровой среде» и в общении с «подходящей здоровой личностью», так как психологические терапевтические воздействия подразделяются на «влияние среды» и «влияние личности на личность»;
- 8) Патронаж стоит допускать в двух вариантах: у родственников или специальных семей («кормильцев»). Наиболее эффективно при лечении призрение в специальных семьях;
- 9) Населенные пункты, в которых организуется патронаж, должны отвечать следующим требованиям: в них не должна присутствовать развитая промышленная инфраструктура и торговля. Однако колонии посемейного призрения должны быть тесно связаны с больницами для решения чрезвычайных ситуаций.

П.П. Кащенко заключает: «Свобода и жизнь среди здоровых составляют такое могучее преимущество при посемейном призрении, которым вполне покрываются несовершенства устройства и недостатки комфорта. Последнее чувствуется и сознается больным тем менее, чем ближе он по происхождению к той среде, в которой он должен жить, как посемейно-призреваемый» [Там же. С. 86].

Посемейный патронаж

Совершенствование психиатрической службы должно преследовать цель «приближения психиатрической помощи к населению» [16]. В этом понятии П.П. Кащенко выделяет следующие компоненты: 1) географические факторы — расположение психиатрического учреждения в месте «притяжения населения», удобные пути сообщения; 2) организационные факторы — бесплатность помощи, осведомленность людей о системе психиатрической помощи, конкретном учреждении и условиях помещения пациента в него; 3) психологические факторы — доверие к психиатрическому учреждению, «уровень потребности населения в правильном призрении своих душевнобольных» [16, с. 1].

Особенная роль отводится связи психиатрических учреждений и института земской медицины. Земский (или местный) медицинский участок выполняет следующие функции: обнаружение человека с психическим расстройством, передача информации в психиатрическое учреждение, отправление больного в учреждение, наблюдение и

контроль за течением болезни у пациента, проведение статистической переписи людей с психическими заболеваниями (этому направлению деятельности П.П. Кащенко мы посвятим отдельный параграф) и, наконец, организация и ведение патронажа.

Последний является формой «общественной психиатрии», «общественного призрения». Выделяется несколько видов патронажа:

1. По способу расселения пациентов: централизованный («сжатый, концентрированный»), при котором все пациенты собираются в одном или нескольких немногочисленных крупных центрах психиатрического попечения; локальный («рассеянный»), при котором во множестве населенных пунктов присутствует собственная система посемейного патронажа.

2. По степени сложности заболеваний пациентов: патронажи для людей со сложными расстройствами и для людей на завершающей стадии лечения или со спокойными формами расстройств.

П.П. Кащенко пишет: «При начертании организации призрения в данной области нужно соблюдать принцип индивидуализирования и составлять план в соответствии с местными условиями и особенностями <...>. Таковы, в особенности, условия социально-экономические и психологически-бытовые и, в частности, тот комплекс условий, который определяется названием "потребность населения в призрении своих больных"» [Там же. С. 5].

Местный посемейный патронаж проводит статистический отчет о больных, осуществляет медицинское наблюдение, медицинскую помощь, снабжение семьи лекарствами и другим необходимым для ухода за пациентом, иногда денежные дотации семье, осуществляющей патронаж, и др.

Для эффективного лечения необходимо включение больного в трудовой процесс: «Работа отвлекает больного от бреда, внося в его духовный мир новые ощущения и представления, приучает к порядку и дисциплине; без работы больной большей частью валяется на постели, привыкает к лени, опускается» [23, с. 24]. Среди работ, к которым привлекались пациенты, можно отметить: 1) для мужчин: копанье и прополка грядок, полив огорода, чистка сада, расчистка и трамбовка дорожек, покраска столиков и табуреток, собирание листьев и др.; 2) для женщин: шитье белья, вязание чулок и др. Таким образом внедрялась трудотерапия.

Как и в случае с психиатрическими больницами, П.П. Кащенко предложил перечень аспектов, которые необходимо анализировать при оценке учреждений патронажа:

«9) Какое наибольшее число больных допускается в одном пункте абсолютно и по отношению к величине населенного пункта? 10) Что считается лучшим, система рассеянного распределения больных или сосредоточения в одном месте? <...> 16) Как должен поступить кормилец в случае сильного возбуждения больного? 34) Формы болезни, допускаемые для посемейного призрения? 35) Помещаются ли только хроники или и острые больные? 36) Помещаются ли только спокойные? <...> 48) Общее состояние больных в посемейном призрении? 49) Влияние этой системы на здоровое население? 50) Замечается ли большая частота нервных или психических заболеваний в тех местах, где расселены больные? <...> 56) Мнение самих больных о системе? <...> 58) Мнение врачей и инспекторов?» [12, с. 344–346].



Отчет по Колонии посемейного призрения душевно-больных Нижегородского губернского земства в г. Балахне (1900)

Перечисленные в предыдущем параграфе принципы организации психиатрической помощи Петр Петрович пытался реализовать в собственном проекте — колонии посемейного призрения в г. Балахна Нижегородской губернии. Целью подхода посемейного патронажа он определил следующее: «главнейшей задачей психиатрической техники при приведении этого способа является отыскание наиболее правильного и успешного, с лечебной точки зрения, сочетания индивидуальных свойств каждого данного больного с условиями психологической и внешней обстановки, данной здоровой семьи. Полное решение такой задачи возможно лишь в безусловной свободе выбора, во-первых, как самих больных, так, во-вторых, и семей, в которые будут направлены больные. Кроме того, изучение свойств тех и других и умение дать им наиболее желательного сочетание <...>» [23, с. 3].

Опыт работы по такому подходу давал как положительные, так и отрицательные результаты; причиной последних был неправильный подбор семей для определенной формы заболевания. Однако одним из важнейших достоинств данного способа лечения являлось отношение самих пациентов: «Больные очень ценят спокойствие и свободу в окружающей обстановке, разнообразие впечатлений и отсутствие нивелирующего влияния жизни большой, закрытой больницы» [Там же. С. 10]. Адаптация и интегрирование пациентов в общество и общественное попечение за больными — те взаимонаправленные процессы, которые способствуют как общественному, так и индивидуальному развитию человечества.

Земская статистика и психиатрия

В XIX в. в России наблюдаются общественные реформы и бурное развитие науки. С середины столетия проводится реформирование местного самоуправления, что приводит к возникновению земства. Одним из направлений деятельности земств стало проведение статистических исследований в различных сферах жизни: перепись крестьянского населения, учет условий крестьянского хозяйства и др. К известным земским статистам можно отнести Н.Ф. Анненского, А.И. Чупрова, А.В. Пешехонова, П.П. Фирсова, А.Ф. Фортунатова.

Свой вклад как в земскую, так и в психиатрическую статистику внес и П.П. Кащенко [18]. Сначала в Н. Новгороде в 1895 г., а потом в Санкт-Петербурге в 1911 г. ученый издает отчеты о переписи душевнобольных.

В Н. Новгороде ученый проводил одну из первых психиатрических переписей в стране, в Санкт-Петербурге данная деятельность была уже более систематизированной. У нас есть возможность, во-первых, рассмотреть принципы проведения такого рода переписи, разрабатываемые П.П. Кащенко, а во-вторых, проследить развитие методов сбора, анализа и интерпретации, используемых отечественным психиатром.

Результаты проведения переписи в Н. Новгороде (1889) заключаются в следующем:

1. Составление анкеты о человеке с психическим заболеванием: «уезд; волость; селение; имя и фамилия больного; возраст; семейное положение; на чьем попечении

находится; форма болезни (в указанных пределах); врожденное или прижизненное страдание; спокоен или беспокоен (постоянно, временно); чем выражается беспокойное состояние; как население справляется с больным; работает ли; что и как именно; физические недостатки заболевания; ходит ли по миру; лечился ли в больнице; особые замечания» [10, с. VII].

2. Классификация психических заболеваний: люди распределялись по 3 группам заболеваний: «1) слабоумие от рождения или обнаружившееся в первые годы жизни; 2) помешательство, приобретенное при жизни; 3) падучая болезнь (эпилепсия): а) простая, б) осложненная каким-либо психическим расстройством в постоянной или временной форме» [Там же. С. 1].

3. Фиксация ошибок и недостатков переписи: а) исследовались только люди в сельской местности; б) опрос проводился не специалистами в психиатрии, а земскими статистами: «Контингент последних [статистов] составил из людей вполне интеллигентных, относящихся к делу с просвещенным вниманием и с полной добросовестностью, но у них, конечно, не было специальных психиатрических познаний» [Там же. С. VI]; в) невозможность определения более сложных видов психических расстройств (истерия, неврастения, алкоголизм, некоторые формы психозов и психоневрозов); г) неполная информация о больном.

4. Определение отношения к психическим заболеваниям в обществе. Данное положение П.П. Кащенко обосновывает на примере такого явления, как «кликушество» (истерический припадок). Он пишет: «При описании припадочных требовалось особо отмечать кликуш. Но сверх всякого ожидания в полученном материале оказалось весьма мало таких отметок. В дальнейшем разъяснилось, что в преобладающем большинстве случаев регистраторам пришлось отказаться от записи кликуш ввиду весьма значительного числа этих больных в населении. Во многих местах на вопрос о кликушах получался ответ: "Хоть всех баб переписывай!"» [Там же. С. VII]. Мы можем вывести следующее: т.к. в конце XIX в. диагноз «кликуша» был достаточно распространен в просторечье, для общения с людьми, не имеющими образования и малограмотными, то для проведения опроса следовало бы использовать также и этот термин. Последнее и показывает особенности распространения психиатрических знаний в обществе.

Несмотря на все указанные сложности, необходимо учитывать, что это была первая перепись душевнобольных в Н. Новгороде, в ходе которой именно и апробировался порядок проведения, разрабатывались методы массовой статистики.

Теперь изложим выводы, полученные П.П. Кащенко после переписи в Санкт-Петербурге в 1907—1908 гг.:

1. Модифицированная в некоторых моментах анкета: «1) звание, фамилия, имя, отчество больного; 2) возраст; 3) местожительство; 4) находится ли больной на попечении родственников или общества; 5) лечился ли от душевной болезни в больнице; 6) не находится ли теперь в больнице, в какой именно; 7) помешан от рождения или заболел при жизни, давно ли болен в последнем случае; 8) поведение больного: тихий или беспокойный, опрятный или неопрятный, не совершал ли поступков опасных для него самого или окружающих; 9) звание, фамилия, имя, отчество домохозяина, в семье которого живет больной» [15, с. 2].

2. Анкета отсылалась врачам (земским, городским, фабричным, заводским и др.), фельдшерам, священникам, пасторам, которые и опрашивали людей.

3. На этот раз перепись душевнобольных была не констатирующего характера, а диагностирующего для дальнейшей госпитализации или другой формы «призрения»/лечения. После первичной переписи на местах спустя несколько месяцев в уезды выезжали психиатры для более точного диагноза и определения последующего порядка работы с больным. Уже психиатры составляли отчет о каждом пациенте по следующим пунктам: а) данные о пациенте (ФИО, возраст, местожительство, народность, сословие, звание, вероисповедание и др.); б) анамнез и текущий диагноз;

в) характеристика поведения пациента и отношение к нему окружающих людей;
г) рекомендации по лечению и уходу за человеком.

4. Классификация психических заболеваний осталась примерно такой же: слабоумие (врожденное или приобретенное в раннем детстве), помешательство (под которым понимались все виды психических расстройств, кроме эпилепсии), эпилепсия (осложненная и соматическая, врожденная и приобретенная), неклассифицированные формы, выздоровевшие больные или в ремиссии.

5. По результатам исследования и диагностики П.П. Кащенко предлагает следующие виды ухода за больными: психиатрическая больница (для больных с острыми и хроническими заболеваниями, а также для беспокойных, слабых и неопрятных, требующих специального надзора), центральный патронаж при больнице (для неосложненных форм расстройств и для пациентов, которые находятся на завершающей стадии выздоровления) и местный патронаж (для людей с неизлечимыми формами психозов, врожденным слабоумием).

Организация статистических исследований в психиатрии не только внесла значимый вклад в деятельность земств и больниц, но и обогатила данными науку и психиатрическую практику, позволяя проводить сравнение с показателями в других губерниях и странах.

Обучение младшего медицинского персонала

Еще одним залогом эффективного функционирования психиатрической службы является компетентность и совершенствование медицинского персонала: необходимо, чтобы он обладал достаточной добросовестностью, знаниями и навыками и «развитостью» для соответствия своим задачам. Для этого нужны следующие условия: планомерная нормировка труда, достаточное материальное вознаграждение, четкая постановка служебных и правовых отношений, специальная подготовка.



Исторический очерк постройки... больницы для душевнобольных СПб. губернского земства в имении Сиворицы (1912)

Обсуждая проблему общего образования работников младшего персонала, П.П. Кащенко считает, что необходимо создание «института младших надзирателей», который, в том числе, будет включать в себя специальные школы или проведение образовательных курсов для младших сотрудников, т.к. очевидно, «какую громадную роль в успешности лечения и ухода за душевнобольными играет хорошо подобранный, знающий и опытный, добросовестный и преданный делу, неутомленный, внимательный, хорошо обставленный младший персонал» [14, с. 25].

К настоящему моменту мы не имеем информации о том, что П.П. Кащенко читал свои лекции студентам, однако в работе «Исторический очерк постройки больницы для душевнобольных Санкт-Петербургского губернского земства в имении Сиворицы» (1912) мы можем увидеть несколько курсов лекций для младшего персонала Санкт-Петербургской психиатрической больницы: «Общие болезни», «Подача первой помощи» и «Организация призрения душевнобольных». Мы рассмотрим здесь программу по последнему курсу. Приведем ее полностью.

Курс «Организация призрения душевно-больных» состоял из 4 разделов: 1) сведения из истории призрения душевнобольных; 2) история Сиворицкой больницы (его мы опустим далее); 3) главные особенности современной психиатрической больницы; 4) организация службы.

«Сведения из истории призрения душевнобольных.»

Душевнобольные в древности и в средние века. Суеверия. Заточения, пытки и казни душевнобольных.

Основание первой больницы в Лондоне: Бедлам. Пинель О'Конноли. Нестеснение. Закон 1845 г. в Англии. Психиатрические заведения в настоящее время.

Душевнобольные в России в древнее время.

Приказ Петра I о призрении в монастырях.

Приказ Петра III о призрении в долгаузах.

Реформа Екатерины II: приказы общественного призрения. Отделения для душевнобольных при губернских больницах. Больница Всех скорбящих. Преображенская больница. Больница Николая Чудотворца.

Введение земского и городского самоуправления. Реформы в психиатрическом деле. Д-ра Шпаковский и Литвинов».

«Главные особенности современной психиатрической больницы.»

За городом; отдельные павильоны; одноэтажные здания; не надо заборов и высоких стен; простор; не надо ничего, что напоминало бы тюрьму: решеток, засовов и т.д.

Удобная и красивая обстановка. Распределение всех помещений на 3 основных обособленных группы: отделения спокойные, беспокойные и слабые.

Сверх комплекта изоляционное отделение.

Пользование запертыми изоляторами должно быть осторожное и только по предписанию врача.

Патронаж. Его значения. Родина патронажа. Геель. Проповедники патронажа в России и д-р Баженов и Говсеев. Патронаж в Москве. Патронаж в г. Балахне, Нижегородской губ. Необходимость патронажа при Сиворицкой больнице».

«Организация службы.»

Роль и значение врачей, среднего и младшего персонала.

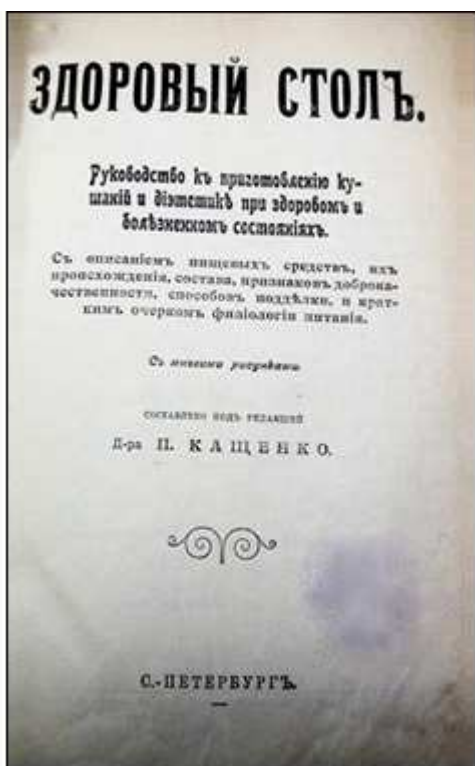
Объединенная работа всех служащих.

Отличие работы на хозяина в частном предприятии от службы в общественном учреждении на пользу общества.

Основные требования от младшего персонала: доброе, участливое отношение к больному; внимательное и строгое исполнение всех врачебных правил и предписаний. Добропорядочное поведение и товарищеское согласие.

Условия службы младшего персонала: достаточное материальное вознаграждение; удовлетворительные жилища и пища; разумный отдых; необременительное число рабочих часов; специальное обучение. Опытность и умелость вырабатываются не менее, как через 4—5 лет службы. Особенности и трудность психиатрической работы» [5, с. 172–174].

Диета при психических заболеваниях



Кашченко П.П. Здоровый стол: Руководство к приготовлению кушаний и диететики при здоровом и болезненном состояниях (1910)

П.П. Кашченко также разрабатывал вопросы питания для людей с различными болезнями. Он написал книгу «Здоровый стол» (1910). В ней он разбирает проблемы физиологии питания, аспекты пищевых продуктов, кулинарные методы, рецепты, наконец, режимы питания при здоровом и патологическом состояниях организма. Нам, в первую очередь, интересуют подход ученого к режиму питания при психических заболеваниях.

Обосновывая положение о том, что различные перегрузки и множество других факторов могут обусловить переутомление нервной системы и привести к нервозности или даже к серьезным расстройствам, П.П. Кашченко считает, что пищевой режим способствует восстановлению организма и психики.

Он рекомендует следующие принципы организации питания при:

- неврастении — легкоперевариваемая, питательная пища вегетарианского характера с добавлением молочных продуктов;
- нервная астма — легкий род пищи с ограничением мяса и алкоголя;
- собственно психические заболевания (которые часто сопровождаются различными расстройствами ЖКТ) — молочные продукты, растительная пища, бобовые, с ограничением алкоголя, пряностей, мяса, добавлением достаточных порций сахара.

Приведем высказывание Петра Петровича относительно сохранения психического здоровья с помощью правильного режима питания:

«Чрезмерный труд, заботы всякого рода, плохие гигиенические условия, недостаточное питание, или, наоборот, праздное житье, частые нервные возбуждения с неизбежным их следствием — нервным истощением, бессонные ночи за умственным трудом или за удовольствиями, отсутствие физического труда или упражнений, слишком обильная пища, особенно мясная, злоупотребление алкоголем и т.д. — все эти причины приводят к переутомлению нервной системы и к ее заболеваниям, начиная от простой нервозности и повышенной раздражительности и кончая помешательством.

Во всех этих случаях пищевой режим заслуживает большого внимания, так как нередко неправильности питания бывают непосредственной, производящей причиной нервного заболевания, а, с другой стороны, правильное питание значительно содействует ослаблению болезни» [13, с. 480–481].

Заключение

Научное наследие П.П. Кашченко, по большей части, сосредоточено на разработке принципов эффективной организации психиатрической помощи и обустройства психиатрических учреждений. Посвятив свою жизнь не только теоретическим изысканиям, но, в первую очередь, практической деятельности в сфере психиатрии, ученый проходит путь от «метода проб и ошибок» при обустройстве психиатрической системы (Н. Новгород, Москва, Санкт-Петербург) через знакомство с опытом отечественных и зарубежных коллег и проведение статистических исследований к формулировке фундаментальных положений в области практической психиатрии и постановке перспективных задач.

Вместе с другими ведущими психиатрами (С.С. Корсаков, В.П. Сербский, В.И. Яковенко, П.И. Якобий и др.) Петр Петрович пытался осуществить децентрализацию психиатрического лечения и перенести ее в более свободные условия, в первую очередь, заботиться о состоянии пациента, подходить к его внутреннему миру с гуманистических позиций. В качестве решения этой задачи он предлагал развивать систему посемейного патронажа, который, с одной стороны, не изолирует больного от общества и помогает социализироваться, с другой — протекает в более привычных условиях, нежели госпитализация.

Цель психиатрического учреждения (в широком смысле) заключается «в создании в нем такой обстановки, таких условий жизни, которые находились бы в соответствии с болезненно измененной психикой пациентов и направляли ее к излечению. Ибо невозможность для последних оставаться в условиях обычной, семейной и общественной жизни и вызывалась разладом между их больной психикой и строем окружающей среды. Подобно тому, как санаторий для соматических больных располагает весь свой режим в соответствии с требованиями больного организма с целью его оздоровления, так и больничное общежитие для душевнобольных стремится к той же цели и превращается в своеобразную *лечебную фаланстеру** (курсив — А.К.)» [14, с. 28].

Вспомогательной деятельностью для функционирования психиатрической службы является земская психиатрия и земская статистика, направленная на мониторинг психического состояния населения, выявление психических расстройств и организацию условий жизни и лечения людей с психическими заболеваниями.

Создание системы психиатрической помощи, в которой присутствуют самые тесные связи между психиатрическим бюро, психиатрической больницей, центральным и местным патронажем, земскими медицинскими участками, только и может быть залогом успешной заботы о психическом здоровье населения.

Закончить данную статью мы бы хотели напутствием Петра Петровича нам, продолжателям научных традиций наших выдающихся предшественников: «Да будут нашему молодому Союзу девизом слова, сказанные другим лицом и по другому поводу, но как нельзя лучше пригодные для настоящего момента: <...> "Когда призывает нас долг, не надо надежды, чтобы действовать, не надо и успеха, чтобы неуклонно упорствовать в достижении цели"» [Там же. С. 29].



* Фаланстер — в учении утопического социализма Шарля Фурье дворец особого типа, являющийся центром жизни самодостаточной коммуны, члены которой живут и трудятся вместе для взаимной выгоды.

Литература

1. Агеева З.М. Доктор Кащенко. – М.: ИПО «У Никитских ворот», 2009. – 134 с.
2. Александровский Ю.А. История отечественной психиатрии: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 3. Психиатрия в лицах. – С. 203–204.
3. Гериш А.Г. Петр Петрович Кащенко. – М.: Медицина, 1980. – 80 с.
4. Егоров Б.Е., Валентик Ю.В. Гипнотизм и психоанализ в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, № 2. – С. 128–138.
5. Исторический очерк постройки... больницы для душевнобольных СПб. губернского земства в имени Сиворицы: Ее описание и обзор деятельности с 10 июня 1909 г. по 1 янв. 1911 г. / Сост., по поруч. СПб. губ. зем. управы, дир. Больницы П.П. Кащенко в сотрудничестве с д-ми А.В. Агаповым и И.Д. Певзнером. – СПб.: типо-лит. "Энергия", 1912. – 297 с.
6. Каннабих Ю.В. 150-летие Петра Петровича Кащенко // Независимый психиатрический журнал. – 2008. – № 4. – С. 9.
7. Карасаева Л.А., Милютин С.М., Чайка П.А. История развития трудовой реабилитации больных и инвалидов с нервно-психическими заболеваниями (XIX-XX вв.) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 106–108.
8. Карезин А.С., Сучков Ю.А. Кащенко Петр Петрович: данные биографии #2 // История российской психологии в лицах: Дайджест. – 2017. – № 1. – С. 18–27.
9. Кащенко П.П. О гипнотизме // Русская мысль. – 1888. – № 3. – С. 202–223.
10. Кащенко П.П. Статистический очерк положения душевно-больных в Нижегородской губернии. – Нижний Новгород: издание Нижегородского губернского земства: Типография т-ва А. Ржонсницкаго, 1895. – 78 с.
11. Кащенко П.П. Отчет по осмотру психиатрических учреждений в Западной Европе и в России. Вып. 1: Описание учреждений посемейного призрения. – Нижний Новгород: Нижегород. губ. Земство, 1900. – 87 с.
12. Кащенко П.П. Отчет по осмотру психиатрических учреждений в Западной Европе и в России. Вып. 2: Описание больниц. – Нижний Новгород: Нижегород. губ. Земство, 1900. – 346 с.
13. Кащенко П.П. Здоровый стол: Руководство к приготовлению кушаний и диететики при здоровом и болезном состояниях. С описанием пищевых средств, их происхождения, состава, признаков, доброкачественности, способов подделки и кратким очерком физиологии питания. – СПб.: тип. т-ва "Обществ. польза", 1910. – 535 с.
14. Кащенко П.П. Ближайшие задачи в деле попечения о душевнобольных в России: Речь, произнес. 11/IX с. г. на публ. заседании Первого Съезда Рус. союза психиатров и невропатологов. – М., 1911. – 29 с.
15. Кащенко П.П. Краткий отчет по переписи душевнобольных в С.-Петербургской губернии. – Санкт-Петербург: Типо-лит. "Энергия", 1911. – 44 с.
16. Кащенко П.П. Приближение психиатрической помощи к населению и роль в этом деле земских общемедицинских участков: Тезисы к докладу д-ра П. Кащенко на программную тему. – СПб.: типо-лит. "Энергия", 1913. – 6 с.
17. Костригин А.А. Кащенко Петр Петрович: данные биографии #1 // История российской психологии в лицах: Дайджест. – 2016. – № 3. – С. 25–32.
18. Костригин А.А. П.П. Кащенко и первая статистическая перепись людей с психическими заболеваниями в Нижнем Новгороде в XIX в. // Вопросы здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 80–89.
19. Костригин А.А. Кащенко Петр Петрович: некрополь // История российской психологии в лицах: Дайджест. – 2017. – № 1. – С. 81–83.
20. Лиманкин О.В. К 150-летию Петра Петровича Кащенко. К 100-летию Сиворицкой больницы (Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. П.П. Кащенко) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 2. – С. 101–106.

21. Лиманкин О.В., Чудиновских А.Г. Петр Петрович Кащенко. Жизнь и судьба. – СПб., 2009. – 216 с.
22. Марченкова М.В. Очерк о развитии психотерапии в России // Консультативная психология и психотерапия. – 2012. – № 1(72). – С. 169–182.
23. Отчет по Колонии посемейного призрения душевнобольных Нижегородского губернского земства в г. Балахне / сост. П.П. Кащенко и И.И. Захаровым. – Нижний Новгород: Нижегородское губернское земство, 1900. – 44 с.
24. Пахомов В.М. П.П. Кащенко в Нижнем Новгороде (Краткий очерк) // Нижегородцы в естествознании и медицине: доклады на историко-медицинской конференции. – Горький, 1959. – С. 79.
25. Салынцев И.В., Зуйкова Н.Л., Кардашян Р.А. Гипноз: от глубокой древности до наших дней // Современные технологии в мировом научном пространстве: сборник статей Международной научно-практической конференции (28 сентября 2017 г., г. Уфа): в 3 ч. – Уфа: АЭТЕРНА, 2017. – Ч. 3. – С. 178–187.
26. Сироткина И.Е. Психология в клинике: работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. – 1995. – № 6. – С. 79–92.
27. Усманова А.Ф. К истории применения внушения с лечебной целью в России // Советское здравоохранение Киргизии. 1954. – № 2. – С. 47–48.
28. Федунина Н.Ю. Франко-русские контакты в области гипнотизма и внушения в конце XIX – начале XX века // Методология и история психологии. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 74–91.
29. Хабалев В.Д. Исторические аспекты криминального гипноза // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – 2010. – № 11. – С. 84–87.

"Therapeutical phalanster": scientific heritage of P. P. Kashchenko

Kostrigin A.A.^{1, 2}

E-mail: artdzen@gmail.com

¹ Kosygin Russian State University (Technology, Design, Art)
33-1, Sadovnicheskaya str., Moscow, 117997, Russia
Phone: +7 (495) 951-31-48

² Yaroslavl State Pedagogical University named after K.D. Ushinsky
108/1, Respublikanskaya str., Yaroslavl, 150000, Russia
Phone: +7 (4852) 30-56-61

Abstract. The article is devoted to Petr Petrovich Kashchenko (1859—1920), an outstanding psychiatrist and organizer of psychiatric service in pre-revolutionary Russia and in the first years of Soviet Russia. The author of the article poses the objective of consideration of Kashchenko's scientific activity directions and the description of the principles of psychiatric assistance to the population developed by him. Among the issues, the author discussed hypnotic ideas in psychology and psychiatry, the principles of organization of psychiatric services and institutions, family nursing, zemstvo statistics and psychiatry, a diet for mental disorders. Kashchenko saw an ideal psychiatric institution as a system of family nursing, in which a patient is in natural conditions, the individual characteristics of the patient are taken into account and there is socialization and inclusion, which are the signs of a healthy society that cares for each of its members.

Key words: P. P. Kashchenko; history of psychiatry; hypnotism; psychiatric service; psychiatric assistance; patient; family nursing; zemstvo statistics; county psychiatry; diet; occupational therapy; educational programs.

For citation

Kostrigin A.A. "Therapeutical phalanster": scientific heritage of P. P. Kashchenko. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 1, p. 2. doi: 10.24411/2219-8245-2018-11020 [in Russian, abstract in English].