

шее целям и задачам этого учреждения в первые дни его существования, оказывается уже узким. Институт теперь уже перерос те широкие сами по себе рамки, в которые заключала его мысль его инициатора. Теперь он представляет не специальное, а универсальное учение и высшее учебное заведение и ему больше подходит название может быть „университет“, может быть „академия“, но ни в коем случае не Институт» (цит. по: [7, с. 3—4]).

Касаясь Экспериментального института по изучению алкоголизма, автор статьи далее отмечал: «он устроен образцово, ничего подобного мне не приходилось видеть ни в России, ни в Западной Европе» [7, с. 3—4].

В системе Института возник и ряд других учреждений: Криминологический институт, Институт по изучению нормального ребенка и множество клиник. Подобного центра в тот период в мире не существовало. Этот центр стал питомником кадров для будущей советской науки.

Царившие в Институте в студенческой среде резко выраженные антиправительственные настроения побудили министра Кульчицкого отдать распоряжение о закрытии Института. Но через три дня грянул «Февраль», и постановление министра до Бехтерева не дошло, а сам министр попал в Петропавловскую крепость. Студенты Института приняли активное участие в революционных событиях, в том числе и на стороне большевиков.

Как известно, Бехтерев, в отличие от многих профессоров, активно поддержал новую власть. Некоторые профессора, в том числе президент Института С. К. Гогель (избранный до него единогласно Бехтерев не был утвержден Министерством просвещения и оставался деканом медицинского факультета), П. А. Сорокин и др. эмигрировали. Бехтерев от предложения эмигрировать отказался. Он был полон надежд на дальнейшее развитие Института с целью еще более широкого комплексного изучения личности.

Но его планам не довелось осуществиться. Были закрыты (под предлогом, что они дублируют другие учреждения) все факультеты, кроме медицинского. Их преподавательский состав был попросту уволен, даже без предупреждения. После долгих перипетий был открыт новый Психоневрологический институт им. Бехтерева, имевший чисто медицинскую направленность. Созданный же в условиях царской реакции уникальный научно-учебный центр, работа которого была первым в истории науки опытом широкомасштабного комплексного изучения человека, вопреки декларативным заявлениям о том, что при новой власти это изучение достигло «небывалого расцвета», как это ни прискорбно, прекратил свое существование.

Список литературы

1. Иванов А. Е. Высшая школа России в конце XIX — начале XX века. М., 1991.
2. Павлов И. П. Полн. собр. соч. 2-е изд. Т. 3. Кн. 1. М.-Л., 1951.
3. Бехтерев В. М. О деятельности Психоневрологического института как высшего педагогического учреждения и его роли в педагогическом строительстве // Вопросы изучения и воспитания личности / Ред. В. М. Бехтерев. СПб., 1921. № 3.
4. Бехтерев В. М. Задачи Психоневрологического института. СПб., 1908.
5. С.-Петербургское отделение Архива РАН (далее — СПбОРАН). Ф. 893. Оп. 2. Ед. хр. 4.
6. СПбОРАН. Ф. 842. Оп. 1. Ед. хр. 2.
7. Авербух Е. С., Мясцев В. Н. Краткий очерк научной деятельности Института им. В. М. Бехтерева // Научно-исследоват. деятельность Института за 50 лет. М., 1958.

И. Е. СИРОТКИНА

НАЧАЛО ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ: ЧАСТНЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНИЦЫ И САНАТОРИИ*

Социальное пространство психиатрии

Мишель Фуко дал яркое описание образа жизни альенистов — психиатров начала прошлого века, которые руководили общественными приютами для душевнобольных: окруженные пациентами, как короли слугами, они походили на феодалов [1]. В конце прошлого века статус психиатров изменился: приюты превратились в больницы, а врач становился сродни государственному служащему. В то же время стали во множестве возникать частные лечебницы для богатых клиентов; процветала частная практика. Оказавшись более зависимыми от своих пациентов, психиатры конца века иначе, чем альенисты, строили свои взаимоотношения с больными, придерживаясь более индивидуального подхода к лечению и подчеркивая терапевтическую ценность близких отношений между персоналом и пациентами в клинике. Эти изменения совершались на фоне теоретического развития психиатрии, в частности, возникновения концепции психогенеза душевных болезней и особого метода их лечения — психотерапии. Санатории и частные клиники как нельзя более подходили для организации в них психотерапевтических мероприятий, тогда как большие общественные психиатрические больницы были местом медикализации психиатрии. Несмотря на то что врачи частных клиник и санаториев редко непосредственно участвовали в теоретических дискуссиях, их стиль лечения подготовил почву для возникновения психотерапии.

Моей задачей будет взглянуть на частные клиники и санатории как на учреждения, благодаря которым было создано социальное пространство для возникновения психотерапии, а следовательно, и для новых концепций личности, получивших распространение в психологии XX в.

В 1828 г. немецкий врач Х. И. Лодер открыл в Москве (во Втором Ушаковском, ныне Хилковом переулке) «заведение искусственных минеральных вод», где до 125 пациентов лечились не только водами, но также прогулками, музицированием, чтением и беседой. Москвичи видели пациентов Лодера постоянно праздными, прогуливающимися в саду; с тех пор знакомое всем слово «лодырь» — немного измененное имя владельца заведения — вошло в русский язык. То, что предлагал немецкий врач — лечение отдыхом, покоем, беседой (то есть будущая психотерапия), — сначала было отмечено в сознании русского человека как несерьезное, пустое занятие. Тем не менее всего несколько десятилетий спустя общественное мнение стало настолько благосклонным, что в Москве в конце XIX в. открылось 40 частных психиатрических лечебниц и санаториев [2]. В основном они были рассчитаны на привилегированную и состоятельную публику, однако в начале века возникла идея «народных санаториев», подобных открытому в Германии в 1900 г. *Haus Schönow*, а также другие проекты организации психотерапевтической помощи небогатым людям.

Но дела в России движутся медленно. Только в 1830 г., после двух лет хождения по инстанциям, доктору медицины и хирургии Ф. И. Герцогу удалось открыть первую в Москве частную психиатрическую лечебницу. В 1831 г. в лечебнице находилось восемь человек: шесть мужчин и две женщины [3, л. 83]. В частных лечебницах один служитель приходился на 1-2 больных, медсестра — на 4-7 больных, врач осматривал 10-14 пациентов, а в палате находилось не более двух человек. Это делало наказания и меры стеснения — цепи, смирительные камзолы — ненужными, хотя они еще долгие годы применялись в общественных больницах. Так, С. С. Корсаков, придя в 1871 г. после окончания университета в городскую Преображенскую больницу, услышал от старого и уважаемого врача: «В университете ведь вас мало учили психиатрии; вы, ве-

* Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (код проекта 94-06-19757).



С. С. Корсаков



Н. Н. Баженов

роятно, даже не знаете, как связывать», и первый его урок был — урок связывания [4, с. 5]. В правилах предписывалось «с призреваемыми вообще обходиться возможно более кротко», а для развлечения «доставлять им приличные занятия» [4, с. 5]. Если московская публика имела обыкновение приходить в дома умалишенных поглазеть на больных, то в частной лечебнице посещение публики не дозволялось.

Преимники Герцога (среди которых были самые известные московские психиатры С. С. Корсаков, В. П. Сербский, Н. Н. Баженов) сняли решетки с окон, открыли двери лечебницы. Так называемая система нестеснения не только дала больше свободы и комфорта пациентам, но и создала лучшие условия для наблюдения за больными. Больше разнообразие ситуаций, в которых оказывался больной, давало возможность изучать индивидуальный случай во всем многообразии проявлений. Корсаков заметил: если условия психиатрической больницы унифицируют пациентов и позволяют врачу обобщать клинический опыт, то более разнообразные условия содержания в частных клиниках дают возможность наблюдать случаи, которые в массе пациентов больших госпиталей могли бы остаться незамеченными. Не случайно клиника Герцога была первым психиатрическим заведением, в котором появились «скорбные листы» — истории болезни пациентов.

Частные лечебницы выглядели менее пугающе, что и обеспечило их успех у москвичей: в 1886 г. в Москве было 7 частных клиник, с более чем 170 местами для пациентов (всего в России, вместе с московскими, насчитывалось 13 лечебниц; в них помещалось около 400 больных, что, конечно, было лишь малой долей от общего числа призреваемых в домах умалишенных, примерно 6—7%) [5]. Между 1887 и 1907 гг. в Москве было открыто 17 новых частных заведений для нервно- и душевнобольных и алкоголиков, рассчитанных на более чем 300 пациентов, а в следующее десятилетие (с 1907 по 1917 гг.) еще 18 лечебниц и санаториев более чем на 350 мест*.

В 1870—1880 гг. психиатрия сложилась как профессия и отдельная университетская дисциплина; к концу века все крупные университеты в России имели кафедры или хотя бы курсы психиатрии. Увеличилось число выпускников — психиатров, которым нужны были новые места работы. Это время, отмеченное политическими реформами в России, было благосклонно к психиатрии: в существующих губернских больницах было увеличено число коек для больных, во многих губерниях старые дома для умалишенных перестроены в соответствии с современными требованиями; кое-где открылись новые больницы. В них находили работу выпускники кафедр психиатрии, на долю которых выпало превратить мрачные заведения в сносные лечебные учреждения [6].

* Подсчет производился автором по [2, с. 92—95].

Светские монастыри

Новым полем деятельности для молодых психиатров стала работа в частных лечебницах. В 1911 г. из 266 специалистов примерно одна треть (81 врач) работала в лечебницах (44 врача) или была занята частной практикой (37 врачей). Большинство (27 и 34 соответственно) работали в Москве, наиболее богатой потенциальными клиентами (см.: [7, с. 132]). Расцвет частных лечебниц требовал идейной разработки этого, в общем-то, нового для русской психиатрии дела. В 1886 г. лидер московских психиатров С. С. Корсаков, врач одной из старейших частных клиник — бывшей лечебницы Герцога, — сделал в кружке невропатологов и психиатров при Психиатрической клинике Московского университета доклад «Об устройстве частной лечебницы» [8]. Он говорил о том, что частные лечебницы отличаются от общественных не только и не столько большим комфортом и лучшим уходом за больными, но также «особым строем, который почти невозможен в общественных заведениях и который оказывает благоприятное действие на душевнобольных». Этот строй — семейный характер лечебницы, который и дает ей многие психологические преимущества. Подобно тому, как в семье «заботы и мысли одного члена о другом... дают душе содержание, и не дают чувствовать душевной пустоты», семейный характер отношений в лечебнице способен лучше заполнить время больного и поддержать «здоровые свойства его души» [8, с. 938—939].

Для того чтобы в лечебнице существовало подобие семейных отношений, утверждал Корсаков, необходимо присутствие женщины. Женщина составляет центр этого общения, так как может войти во все детали жизни больного и оказывать ему те мелкие услуги, которые так сближают с человеком и на которые у врача, как правило, нет времени. Объединяющую роль женщины в лечебнице Корсаков, видимо, открыл на собственном опыте: в лечебнице, где он директорствовал долгие годы, эту благотворную роль играла владелица клиники — М. Ф. Беккер. Она пережила Корсакова, став советницей и товарищем его преемника В. П. Сербского [9]. С «бабушкой русской психиатрии», как называли эту женщину в среде московских врачей, охотно общались и психиатры следующего поколения, например П. Б. Ганнушкин (известны его письма Марии Федоровне, которые он писал во время своих отлучек из Москвы). Мужчина-врач — глава такой «семьи»: и персонал, и больные смотрят на него как на руководителя, так что «обыкновенно даже небольшое внимание врача ценится больным очень высоко» [8, с. 940].

Корсаков рекомендовал организовывать отдельные лечебницы для душевнобольных и для нервнобольных. «Нервными» в то время называли очень разнородную группу: от страдающих эпилепсией, истерией, неврастениями, так называемыми общими неврозами, органическая основа которых не была в точности известна, до пациентов с «расшатанными нервами», переутомленными, раздражительными. Именно в широком смысле употреблял это слово профессор неврологии Московского университета В. К. Рот, когда выступал за открытие санаториев для нервнобольных: «Редкий из нас может похвастаться тем, что не страдает или не страдал тем или другим неврозом. Каждый из нас может не нынче-завтра обнаружить ряд неврастенических или истерических симптомов, повышенную впечатлительность, утомляемость, заболеть мигренью, головной болью и т. д.» [10, с. 5].

«Нервной» была названа сама эпоха *fin de siècle*. Журналисты и психиатры признали неврастению болезнью эпохи, убеждая публику в том, что психика современного человека страдает под напором цивилизации. Неврастения стала модой, даже Гамлет был признан «неврастеником» [11, с. 107]. В определенном смысле дух времени играл на руку психиатрам. Дело в том, что, согласно действующему в России с начала XIX в. законодательству о душевнобольных, таковыми признавались «безумные» (больные с младенчества) и «сумасшедшие» (болезнь, приключившаяся в течение жизни и представляющая опасность для общества и самих больных) [12]. Тем не менее за пределами этой дефиниции оставалось много болезней, находившихся, как полагали психиатры, все же в их компетенции. Категория же нервных болезней позволяла госпитализировать тех, кого в «желтые дома» не принимали.

В лечебницы для нервнобольных пациентов с психиатрическими диагнозами, как правило, не принимали (исключение допускалось лишь в том случае, если помещение позволяло содержать их отдельно от других больных). Это делалось не только для того, чтобы обеспечить оптимальный режим для больных, но и для привлечения пациентов: в глазах публики лечебницы для нервнобольных были ближе к обычным больницам и выглядели поэтому менее пугающими, чем дома для умалишенных. Круг их клиентов был максимально широк: сюда входили выздоравливающие после душевных заболеваний, некоторые случаи неполного выздоровления, периодических психозов, общих неврозов и слабовыраженных психоневрозов, а также психопатические конституции, случаи привычного злоупотребления наркотиками, психического истощения после соматических заболеваний, умственного и общего нервного переутомления [13, с. 5]. Лечебницы и санатории для нервнобольных предоставляли своим пациентам более свободный режим; их целью было, по словам Корсакова, развивать нормальные интересы больного. Руководство ими требовало поэтому иных личных и профессиональных качеств, чем руководство лечебницей для душевнобольных [8, с. 944]. Рост общего числа частных клиник на рубеже веков был связан главным образом с открытием заведений для нервнобольных: к ним относились санатории, амбулатории для приходящих посетителей и стационарные лечебницы.

Один из первых санаториев в России — санаторий «Бережки» для нервно- и душевнобольных был открыт в 1887 г. в Подмоскowie доктором А. А. Яковлевым и приват-доцентом Московского университета А. А. Токарским. Примерно в это же время было основано заведение М. Я. Дрознеса в Одессе, в котором уже к 1891 г. была накоплена статистика, позволяющая судить о высоком числе случаев выздоровления [14]. На рубеже веков было открыто несколько загородных лечебниц: лечебница А. М. Корovina — для алкоголиков (1898), М. Ю. Левенштейна — для алкоголиков, нервно- и душевнобольных (1901), М. Ю. Лахтина — для нервно- и душевнобольных (1904—1905) и др. После 1905 г. наступила «эра санаториев»: открыты санатории «Надеждино» (1905 г., врач Н. Ф. Пупышев) [15], «Сокольники» (1906 г., врачи С. Б. Вермель и Н. В. Соловьев) [16], «Всехсвятский» (1908 г., врачи Н. Е. Осипов, П. Б. Ганнушкин, А. С. Шер и др.), «Подсолнечный» (1912 г., врачи М. М. Асатиани, И. П. Лобанов, И. Е. Поляков), санаторий для душевнобольных, алкоголиков и наркоманов (1913 г., врачи П. И. Карпова и А. П. Ратнер), санаторий «Крюково» для нервных и переутомленных (до 1912 г.) и другие [2, с. 94]. Война, а затем революция остановили этот организационный всплеск.

Одним из главных целебных эффектов помещения в лечебницу считалось удаление из привычной домашней обстановки. В сочетании с режимом, прогулками на свежем воздухе, усиленным питанием, которое было особенно необходимо истощенным больным, лечебным трудом, сама по себе изоляция уже давала положительные результаты. Русские психиатры особенно ратовали за организацию загородных санаториев, так как условия деревенской жизни, максимально приближенные к природным, ведут к закаливанию организма — хождение босиком в летнее время, воздушные и солнечные ванны, здоровое питание [13, с. 11]. Следуя природе, нужно было изгонять из лечебниц суетливость городской жизни и присущие ей развлечения: пикники, массовые прогулки, любительские спектакли с участием больных и т. п. Корсаков советовал при устройстве частных лечебниц «избегать роскоши... потому, что роскошь вообще принадлежит к ненормальным явлениям жизни», а психиатрия не может поощрять ненормальное [8, с. 947].

В санаториях широко назначались физиотерапевтические процедуры: электротерапия, ванны, массаж, морские купания (в санатории Дрознеса в Одессе), минеральные воды, лечение кумысом, кефиром и даже виноградным соком [17, с. 11]. Однако главное место отводилось «психическому воздействию опытного врача» [10, с. 5]. Автор одной из первых программных статей о санаториях А. А. Яковлев утверждал, что эффект лечения «будет прямо пропорционален обширности психиатрического опыта врача, его способности завоевать авторитет и симпатии со стороны больных, его таланту в той области психотерапии, которая известна под термином *suggestion à la veil-*



Группа больных и служащих в саду Преображенской больницы

le*, и, наконец, степени его знакомства с психической личностью его пациентов» [13, с. 8].

Клиники и санатории, как правило, находились в изолированных от городской суеты местах, часто за городом. Жизнь клиники или санатория носила особый характер в сообществе, «семье»; одним из самых существенных моментов было личное влияние психиатра. Эта особенность санаториев помогла развиться определенной философии, согласно которой врач лечит своей личностью, своим взглядом на болезнь, а не электризацией или ваннами. Жизнь в санатории лучше удовлетворяла потребности больного в свободе, самоуважении, лучшем лечении, но она же давала врачу возможность искать свои пути в психиатрии, «уйти от мира» официальной медицины, чтобы развивать собственные концепции или не развивать никаких, веря в эффективность собственной личности. Такая изолированность (недаром один из первых сторонников санаториев, немецкий врач П. Ю. Мебиус называл их «светскими монастырями» [18, с. 367]) способствовала тому, что именно в санаториях и загородных клиниках вызревали новые концепции психотерапии: суггестивная психотерапия была придумана французским психиатром И. Бернхеймом в его клинике в Нанси, рациональная терапия — в санатории П. Дюбуа в Берне.

Теоретическая неразборчивость — залог успеха?

В конце прошлого века психиатрия располагала целым рядом психотерапевтических методик, от гипноза и внушения до катартического метода и рациональной терапии. Термин «психотерапия» первоначально был синонимом внушения, а затем стал обозначать любой психологический метод терапии. Ввели этот термин голландские врачи Ван Ээден и Ван Рентергем, последователи А. Льебо и И. Бернхейма, психиатров из Нанси, которые первыми стали лечить психических больных «внушением в бодрственном состоянии». 1880-е гг. были эпохой безраздельного господства гипноза, который парижское светило того времени, Ж.-М. Шарко, считал болезненным состоянием организма, свойственным, главным образом, больным истерией. Нансийская же школа, в пику Шарко, считала, что гипноз, который она предпочитала называть вну-

* Внушение в бодрственном состоянии.

шением, — это естественный процесс и может быть вызван у здоровых людей.

Возникшая между Шарко и нансийцами дискуссия разделила психотерапевтов на два лагеря, каждый из которых отстаивал либо гипноз, либо внушение уже не как различные методы, а как разные версии психотерапии, из которых верная — только одна. Когда были предложены другие варианты психологического лечения, например рациональная терапия П. Дюбуа (убеждение больного с помощью рациональных аргументов, что его болезнь плод воображения, не имеет органических причин и т. п.), стало общепринятым говорить уже не о методах, а о направлениях в психотерапии. Так, вместо того, чтобы признать рациональную терапию еще одним терапевтическим методом, который может быть полезным наряду с пропагандируемым им внушением, Бернхейм стал сетовать на то, что Дюбуа «аннексировал» психотерапию, отобрав у него лавры отца-основателя (см. [19, с. 804]).

Наконец, в самом начале XX в. П. Жане, И. Брейер и З. Фрейд начали спор о приоритете в открытии катартического метода. Вскоре Фрейд создал то, что называется собственно психоанализом, и повел сознательную борьбу против других методов психотерапии, в частности гипноза и «рациональной терапии» Дюбуа. В это же время заявила о себе как об особом направлении «ценностная», или «философская» терапия: один из ее приверженцев, польский психиатр А. Яроцкий, озаглавил свою книгу «Идеализм как физиологический фактор», противопоставив поиск высших ценностей как способ лечения интенсивно идущей в те годы медикализации психиатрии. Итак, на протяжении каких-то двух десятилетий значение термина «психотерапия» круто изменилось: психотерапия — единый метод «лечения духом» — раздробилась на множество психотерапий, конкурирующих между собой путей понимания и лечения психогенных заболеваний.

Врачи в российских клиниках и санаториях, казалось, были далеки от этих теоретических дискуссий и споров о приоритетах. От участия в них русских психиатров удерживала не только их провинциальность, географическая удаленность от европейских центров психиатрии, но и сознательно занятая ученическая позиция. Русские университеты традиционно посылали своих выпускников в Европу завершать образование, и многие будущие психиатры стажировались у Шарко, Бернхейма, Дюбуа, Блейлера, Фрейда и других западных звезд. Выжидательная позиция по отношению к бушевавшим на Западе дискуссиям, консервативность диктовались практической направленностью работавших в частных лечебницах и санаториях врачей. Ставя на первое место принцип «не навреди», они доверяли испробованным средствам больше, чем какой-либо новой концепции. Даже когда психоанализ полностью захватил умы современников, русские врачи вовсе не обратились в веру Фрейда, как это принято сейчас представлять. Рациональная психотерапия, по крайней мере, безвредна, так думали вместе с детским психиатром О. Б. Фельцманом большинство его коллег — практиков (см. [20, с. 269]).

Новое поколение психиатров, разделяя современные взгляды на классификацию душевных болезней, уже не объединяло «переутомленных» вместе с большими эпилепсией в одну категорию нервных больных. Тем не менее в вопросе выбора лечения они не склонны были изобретать велосипед, предпочитая испытанные временем методы: изоляцию больных от привычной обстановки, особый уклад жизни в лечебнице, а также дружеские, чуждые официальности, отношения между всеми лицами, работающими в санатории, и больными. Использовались и современные терапевтические методы: внушение в бодрственном и гипнотическом состоянии, методы Дюбуа, Брейера и Фрейда и их модификации, но считалось, что проводить один метод в лечебнице столь же неосуществимо, как и нежелательно. Например, в санатории «Крюково», где лечились представители интеллектуальной элиты (С. Соловьев, А. Блок, Е. Вахтангов [21, с. 158]), врачи готовили «лекарственную смесь» из многих терапевтических методов, включая психоанализ и религию.

Многих врачей частных лечебниц можно было бы назвать эклектиками: они не стеснялись комбинировать психоанализ и рациональную терапию даже тогда, когда эти две школы вступили в открытую теоретическую борьбу. Московский психиатр



Н. Е. Осипов

Н. Е. Осипов, соиздатель журнала «Психотерапия», обосновывал это сочетание тем, что каждая из концепций дополняет другую: психоанализ, например, восполняет недостаток анализа, которым страдает рациональная терапия [22]. С его точки зрения, оба метода преследуют общую цель — вырастить «духовного человека». Оба адресуются душе человека, его ценностям и нравственному чувству, потому и являются равноправными методами в распоряжении психотерапевта.

То, что вследствие дискуссий между школами приобрело вид отдельных теорий, вовсе не выглядело таким четким для практиков, часто затруднявшихся в разграничении случаев применения того или иного метода в чистом виде. Одним из самых убедительных критериев принятия или отвержения той или иной концепции было то, берет ли данная концепция в расчет душу больного, обращается ли к его внутреннему миру, ценностям, нравственности, или же видит в больном, как традиционная медицина, безответственного перед своей

болезнью, превращая его в пассивный объект воздействий. Именно такой взгляд давал основание отнести психоанализ и рациональную психотерапию к «этико-философской психотерапии», нацеленной на то, чтобы побудить больного к самопознанию, к поиску своих ограничений и возможностей, к ясности и честности перед самим собой [23, с. 578].

Итак, врачи частных лечебниц не проводили жестких границ между разными психотерапевтическими концепциями не потому, что такие границы еще не сложились в ходе теоретических дискуссий, борьбы школ, демонстрации разных направлений. Эkleктизм практиков был вызван поиском ими любых методов, которые могли бы оказаться эффективными. Методологическая неразборчивость имела свою обратную сторону — создание философии психотерапии. Сколь будничной эта философия не представлялась бы в сравнении с броскими теоретическими дискуссиями, пожалуй, именно она в наибольшей степени заслуживала названия психотерапии с акцентом на последнюю часть этого слова. Эта философия легла в основу организации лечебниц и санаториев. Культивирование в них тесных «семейных» отношений между персоналом и пациентами, создание духа общегития, сообщества отвечали потребностям как больных, так и их врачей. Широкое распространение санаториев и лечебниц для нервнобольных в дореволюционной России — практическое тому доказательство. О значении специфического санаторного уклада жизни для психиатрии в целом, в том числе для ее теоретического развития, говорит та популярность, которую психотерапия, родившаяся в лечебницах и санаториях, приобрела в нашем столетии.

Список литературы

1. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, 1972.
2. Щиголев И. И. История московских частных учреждений для душевнобольных XIX, начала XX столетия // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 4. С. 90—96.
3. ЦГИАМ. Ф. 1. Оп. 1. Д. 3141. Л. 83.
4. Эдельштейн А. О. Сергей Сергеевич Корсаков. М., 1948.
5. Дома умалишенных в империи. Приложение к Списку статей свода законов, сенатских указов и правительственных распоряжений, касающихся быта умалишенных в России. СПб., 1886.
6. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. М., 1951.
7. Довбня Е. Н., Розенштейн Л. М. Первый съезд Русского Союза психиатров и невропатологов. Отд. отт. из Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1911. Т. 5—6. М., 1911.
8. Корсаков С. С. К вопросу об устройстве частных лечебниц // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1901. № 1.
9. Осипов Н. Е. Корсаков и Сербский // Сборник в память 175-летия Московского университета. Париж, 1930. С. 405—426.

10. *Рот В. К.* Общественное попечение о нервнобольных. Устройство общественных санаторий. Киев, 1907.
11. *Б-р В. М.* «Гамлет» Шекспира с врачебно-психологической точки зрения («Скорбный лист» его душевного состояния) // Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. 1987. Т. 30. № 2.
12. Список статей свода законов, сенатских указов и правительственных распоряжений, касающихся быта умалишенных в России. СПб., 1886.
13. *Яковлев А. А.* Санатории для нервнобольных и их ближайшие задачи. М., 1902.
14. *Дрознес М. Я.* Основы лечения нервных и душевнобольных в частных лечебницах. С приложением описания частной лечебницы для нервно- и душевнобольных доктора М. Я. Дрознеса в Одессе. Одесса, 1891.
15. ЦГИАМ. Ф. 1. Оп. 2. Д. 2889.
16. ЦГИАМ. Ф. 1. Оп. 2. Д. 2989.
17. *Дрознес М. Я.* Частная лечебница (санатория) для нервных и душевнобольных доктора М. Я. Дрознеса в Одессе. Одесса, 1902.
18. *Стутин С. С.* К вопросу о народных санаториях для нервнобольных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1904. № 3.
19. *Ellenberger H.* The Discovery of the Unconscious. The History and evolution of Dynamic Psychiatry. N. Y., 1970.
20. *Фельцман О. Б.* К вопросу о психоанализе и психотерапии // Современная психиатрия. 1909. № 1.
21. *Эткинд А. М.* Эрос невозможного. История психоанализа в России. СПб., 1993.
22. *Осипов Н. Е.* Беседа с Dubois // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1910. № 5—6.
23. *Осипов Н. Е.* О навязчивой улыбке // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1912. № 4.

И. Г. ДЕЖИНА

ЗАРУБЕЖНЫЕ ФОНДЫ ПОДДЕРЖКИ РОССИЙСКОЙ НАУКИ: СТРАТЕГИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ*

Отношение научного сообщества к зарубежной помощи

Анализ деятельности зарубежных научных фондов через систему таких формализованных показателей, как число грантов, объем финансирования различных направлений исследований, региональная структура грантов и т. п., хотя и дает некоторое представление о складывающейся ситуации, однако не позволяет оценить такие существенные моменты, как степень адаптации и эффективности совершенно новых для нашей науки структур, их существование в специфической социокультурной научной среде. Некоторое представление об этом могут дать социологические опросы и интервью, проводившиеся среди ученых и научной администрации на протяжении трех последних — наиболее активных в деятельности зарубежных фондов — лет. В этот период времени был проведен целый ряд опросов, в той или иной мере затрагивающих деятельность зарубежных научных фондов. Некоторые обследования носили локальный характер (оценка деятельности фондов на примере Новосибирского Академгородка [1; 2], московских академических НИИ [3]), другие были более представительными и проводились на основе формирования репрезентативной региональной выборки [4]. В ряде случаев классические социологические опросы дополнялись статистическими данными [5], либо — неформальными интервью [2; 6], а иногда проводились только в виде свободных интервью [1; 7].

Несмотря на некоторую методологическую некорректность механического объединения результатов столь различных опросов, их рассмотрение, особенно в историческом аспекте, представляет определенный интерес. Неформальные оценки деятельности фондов достаточно ярко показывают, какие настроения существуют среди ученых, представляющих разные возрастные, социальные и профессиональные группы, а также различные регионы, — и как эти настроения менялись под воздействием различных внешних и внутренних факторов. Такая «обратная связь» выявляет и значительно более глубокие, чем могут дать формализованные индикаторы, эффекты воздействия фондов на отечественную науку.

Общая характеристика участников опросов

По данным большинства опросов, респонденты являлись держателями грантов отечественного фонда фундаментальных исследований (*РФФИ*) и/или зарубежных фондов — в первую очередь по различным программам Международного научного фонда (*МНФ*) — краткосрочных и долгосрочных грантов и программы поддержки гуманитариев. Прочие фонды назывались редко. В опросах, как правило, не задавались вопросы о типах грантов, поэтому есть основания подозревать, что в некоторых случаях гранты для работы за рубежом (типа тех, которые распределяют на конкурсной основе *АЙРЕКС*, *АСПРЯЛ* или программа Фулбрайт) в качестве грантов не воспринимались. У той части респондентов, которые не имели грантов, тем не менее сформировалось некоторое представление о деятельности фондов. Некоторые из них имели опыт подачи заявок на гранты и получали отказ.

* Окончание. Начало см.: ВИЕТ. 1995. № 3. С. 100—108.