

01  
214.94

На правах рукописи

А. И. СУББОТИН

**ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
И СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ В ТАДЖИКИСТАНЕ**

(767 — психиатрия)

Диссертация написана на русском языке

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР  
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СУДЕБНОЙ  
ПСИХИАТРИИ им. В. П. СЕРБСКОГО

21494

На правах рукописи

А. И. СУББОТИН

ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
И СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
В ТАДЖИКИСТАНЕ

(767 — психиатрия)

Диссертация написана на русском языке

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

11/11/72  
СБ

Москва — 1972

*Работа выполнена на кафедре психиатрии (зав. — профессор М. Г. ГУЛЯМОВ) Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибн-Сино (ректор — академик АН Таджикской ССР К. Т. ТАДЖИЕВ).*

*Научные руководители:*

*Доктор медицинских наук, профессор М. Г. ГУЛЯМОВ  
Доктор медицинских наук А. К. КАЧАЕВ*

*Официальные оппоненты:*

*Заслуженный деятель науки, РСФСР, доктор медицинских наук, профессор Л. Л. РОХЛИН*

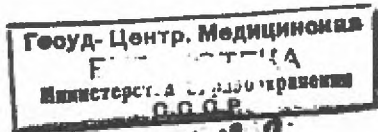
*Заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор И. В. СТРЕЛЬЧУК*

*Учреждение, дающее отзыв о научно-практической ценности работы, — I Московский ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. И. М. Сеченова.*

*Защита состоится на заседании Ученого Совета Центрального ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского (Москва, Кропоткинский пер., 23)*

*8 июня 1972 г.*

*Автореферат разослан 8 мая 1972 г.*



XXIV съезд КПСС особо подчеркнул важность дальнейшего широкого развития сети учреждений здравоохранения и подготовки медицинских кадров с учетом максимального удовлетворения потребности населения высококвалифицированной специализированной медицинской помощью.

Психиатрическая помощь является самой молодой отраслью советской медицины в Таджикистане. До Великой Октябрьской социалистической революции на территории Таджикистана, в отличие от других среднеазиатских республик и Казахстана, не существовало никаких психиатрических учреждений, не было ни одного врача-психиатра.

Начало развития психиатрической помощи населению республики относится к 1935—1937 гг., когда впервые стало проводиться амбулаторное лечение психически больных и был организован первый в республике психиатрический стационар на 10 коек. Наряду с другими видами специализированной медицинской помощи, большого прогресса за последующие годы достигла психиатрическая помощь.

На современном этапе существующая сеть психиатрических учреждений в целом обеспечивает нужды населения в этом виде специализированной медицинской помощи, однако уровень ее организации в ряде мест, особенно в отдаленных и горных районах республики, продолжает серьезно отставать от уровня обслуживания психически больных в городах. Это прежде всего проявляется в том, что в условиях ограниченного числа внебольничных психиатрических учреждений в сельских местностях, их отсутствия в отдаленных и горных районах крайне затруднено раннее выявление психически больных, следовательно, и их своевременная госпитализация. Последнее отрицательно сказывается и на профилактике общественно опасных деяний психически больных.

Таким образом, разработка дальнейших мероприятий, направленных на широкий охват населения внебольничной психиатрической помощью, изучение условий, способствующих возникновению социально опасных деяний психически больных, а также разработка организационных мероприятий по их предотвращению с учетом географических особенностей Таджикистана — все это остается и по сей день одной из важнейших задач, стоящих перед органами здравоохранения республики.

Приступая к настоящему исследованию, с учетом вышеизложенного, перед нами стояли следующие задачи:

— на основании анализа архивных материалов и некоторых иных источников осветить условия, в которых находились психически больные в дореволюционном Таджикистане;

— изучить основные этапы становления и современное состояние специализированной психиатрической помощи и судебнопсихиатрической экспертизы в Таджикистане за годы Советской власти;

— на основании анализа судебнопсихиатрического материала Республиканской судебнопсихиатрической экспертной комиссии за последние 10 лет обобщить причины, способствующие совершению как первичных, так и повторных общественно опасных деяний психически больных и разработать организационные мероприятия по их предотвращению;

— разработать перспективный план развития психиатрической помощи с учетом географических условий Таджикистана на 1971—1975 гг.

Результаты данного исследования могут быть использованы для дальнейшего улучшения и децентрализации внебольничной и стационарной психиатрической помощи населению республики, а также послужат решению чрезвычайно важной задачи — предупреждению общественно опасных деяний со стороны психически больных.

\* \* \*

Чтобы оценить нынешнее состояние психиатрической помощи населению Таджикистана и дать должную оценку тем глубоким изменениям, которые произошли за годы Советской власти в организации специализированной психиатрической помощи, необходимо обратиться к истории.

Таджикская народность зародилась на территории, расположенной главным образом между реками Аму-Дарьей (Джейхун) и Сыр-Дарьей (Сейхун). Составной частью ее были также территория Хорасана, часть нынешнего Ирана и Хорезма (нынешняя Кара-Калпакия). Длительное время таджики находились под властью арабских завоевателей. С X века н. э. во главе государства стали представители семейства местных феодалов — Саманиды, бывшие наместниками арабского халифата. Саманиды, используя народно-освободительную борьбу масс против арабских завоевателей, сумели объединить разрозненную междуусобицами страну и создать сильное государство, независимое от власти арабского халифата. В этой борьбе за независимость сложилось таджикское государство со своим единым языком — дари (фарси).

Эпоха Саманидов знаменовала собой возрождение таджикской национальной культуры, подавленной арабскими

завоевателями. Столицей саманидского государства того времени стала Бухара — один из самых больших и значительных городов Средней Азии. Здесь развивались многие отрасли культуры, науки, в том числе и медицина.

В конце IX и начале X вв. в Бухаре жил и работал один из известных ученых-медиков Востока Абу-Бакр Раби ибн Ахмад Ахавайни. Свой более чем тридцатилетний опыт наблюдений над заболелыми и способами их лечения он изложил в медицинском трактате под названием «Китоб хидаят ал-мута аллимин» («Руководство для изучающих»). Основы медицинской науки были изложены им впервые на родном языке. Ахавайни, наряду с другими заболеваниями, изучал и психические недуги.

В городе Мерве в период с 732 по 1096 гг. существовала лечебница общего типа. В ней уже были выделены специальные палаты для психически больных. К этому периоду относится и первая в Средней Азии попытка классификации психических заболеваний. Ученый-медик Мухаммед Азимхан различал четыре формы психических расстройств. Первую из них он обозначил как «молния», которая, по описанию автора, проявлялась в возбуждении, гневливости, агрессивности и сопровождалась бессонницей и похуданием. У больных, страдающих этой формой психического расстройства, температура тела была нормальной, а моча имела цвет чая. Вторая форма помешательства, обозначенная автором как «дналькалоб», характеризовалась непостоянством настроения, пневливостью сменялись покорностью, ласковостью, веселостью. Третья разновидность психоза — «суборе» — характеризовалась спутанным состоянием сознания и сопровождалась высокой температурой тела, а моча имела белый цвет. Эту форму заболевания Мухаммед Азимхан обозначил как «сильное помешательство». При четвертой разновидности психического расстройства, обозначенной автором «кутруб», психическое состояние больных характеризовалось депрессией, сопровождалось похуданием, появлением язв на ногах, сухостью языка.

Наибольший расцвет медицинской науки в Средней Азии связан с именем великого таджикского ученого Абуали ибн-Сино (Авиценна). Он оказал огромное влияние на развитие медицины не только мусульманского Востока, но и христианского Запада. Его главный труд в этой области «Канон фи тибб» («Руководящие правила в медицине») охватывает почти все разделы медицины. В нем специальный раздел посвящен клинике некоторых психических расстройств, особенностям ухода и методам лечения больных.

Воззрения Авиценны на природу психических заболеваний были прогрессивными для того времени и принципиально отличались от взглядов его предшественников. Умопомешатель-



ство Авиценна связывал с заболеванием мозга. Он оставил яркое, не утратившее до настоящего времени описание некоторых психопатологических синдромов. Наряду с описанием различных вариантов мании и меланхолии, Авиценна дал довольно подробное описание клинических признаков помрачения сознания, слабоумия.

С поразительной точностью Авиценна дал описание ряда проявлений эпилепсии. Касаясь причин, обуславливающих болезнь, наряду с другими этиологическими факторами, Авиценна указывал и на злоупотребление спиртными напитками. Он разделял эпилепсию на легкую, менее тяжелую и тяжелую форму. Касаясь лечения больных эпилепсией, Авиценна рекомендовал охранительный режим — избегать физических и эмоциональных перегрузок. Категорически запрещал употребление спиртных напитков и веществ, возбуждающих нервную систему.

Авиценна считал, что психические расстройства могут возникать не только вследствие непосредственного поражения мозга, но и могут быть обусловлены такими факторами, как эмоциональные переживания, чрезмерное переутомление, употребление опия, алкоголя, инфекционные и внутренние заболевания.

Способы ухода и лечения психически больных, предлагаемые Авиценной, были весьма рациональны и отличались гуманностью. Таковы в общих чертах основные положения учения Авиценны о психических заболеваниях.

За периодом расцвета культуры и науки таджикского народа и других народов Средней Азии последовала эпоха упадка, которая была обусловлена войнами, междоусобицами внутри государства. Набеги тюрков, монголов привели когда-то сильное саманидское государство к упадку. Были безжалостно разрушены научные центры, а многие ученые физически истреблены или вынуждены бежать за пределы своей родины. В этот период медицинские знания стали исчезать и уступать место знахарству.

Во второй половине XIX и начале XX вв. территория, которую в настоящее время занимает Таджикистан, частично входила в состав Бухарского эмирата и частично была колонией царской России. Царское правительство стремилось сохранить здесь все типичные черты феодального государства с крайне отсталым земледелием и скотоводством и очень низким уровнем культуры. Подавляющая часть населения была неграмотной и находилась в плену религиозных предрассудков и суеверий. Существовавшая медицинская помощь была совершенно минимальной. До революции на территории современного Таджикистана вся медицинская сеть состояла из нескольких больнично-амбулаторных учреждений, в которых

работали 13 врачей и около 40 средних медицинских работников (И. А. Саженин, 1967).

До Великой Октябрьской социалистической революции на территории современного Таджикистана не существовало даже зачатков психиатрической помощи. Психически больные, будучи полностью лишены врачебной помощи, находились в тяжелых условиях: их заковывали в цепи, сажали в ямы, отдавали на попечение ишанов, которые жесточайшим образом эксплуатировали их, не стесняясь при этом прибегать к любым мерам насилия и устрашения. «Лекари» подобного рода не только не приносили народу исцеления, но, напротив, увеличивали меру народных страданий и бедствий, препятствуя развитию медицины.

Таким образом, до установления Советской власти на территории Таджикистана не существовало государственного и общественного призрения психически больных, законы не ограждали душевнобольных от произвола тех, на чьем попечении они находились.

\* \* \*

Великая Октябрьская социалистическая революция разбила цепи национального гнета и принесла таджикскому народу подлинное освобождение. Раскрепощенный народ получил возможность приступить к социалистическим преобразованиям. Наряду с широкими социальными и экономическими реформами, стало развиваться и народное здравоохранение.

Организация здравоохранения в северных районах Таджикистана, вошедших первоначально в состав Туркестанской республики, была начата в 1918 году, а в центральном и южном Таджикистане — с момента образования Таджикской Автономной Советской Социалистической Республики, т. е. с конца 1924 года.

С ростом здравоохранения республики изменилось и положение психически больных, которые теперь получили квалифицированную медицинскую помощь со стороны тружеников народного здравоохранения. Касаясь развития психиатрической помощи в Таджикистане за годы Советской власти, несколько условно можно говорить о четырех этапах ее развития.

**Первый этап (1924—1934 гг.).** В эти годы в республике, хотя и не было врачей-психиатров, не были организованы еще специализированные психиатрические учреждения, тем не менее психически больные находились под наблюдением лечебно-профилактических учреждений общемедицинской сети. Внебольничная помощь психически больным оказывалась врачами-интернистами, прежде всего невропатологами, прибывшими из РСФСР для оказания медицинской помощи на-

селению республики. Стационарную помощь психически больным оказывали соседние братские республики. Другими словами, на этом этапе развития психиатрической помощи психически больные, хотя и оказались на попечении медицинских работников, но специализированной как стационарной, так и внебольничной психиатрической помощи в республике еще не было.

**Второй этап (1935—1950 гг.).** В 1935 году на базе инфекционной больницы в г. Душанбе был организован психоприемник на 10 коек, предназначенный для кратковременного содержания психически больных. Больные после обследования и лечения, в зависимости от характера и продолжительности психоза, либо выписывались домой, либо переводились для дальнейшего лечения в психиатрические больницы Ташкента, Ферганы, Кзыл-Орды. В 1937 году на базе вновь открывшегося неврологического отделения Республиканской больницы Министерства здравоохранения Таджикской ССР (нынешняя городская больница № 1 Душанбинского горздравотдела), были выделены специальные палаты, предназначенные для содержания и лечения психически больных. Сюда госпитализировались «спокойные» больные, а также больные с пограничными состояниями. На базе этого отделения в 1914 году была открыта кафедра психиатрии Таджикского государственного медицинского института, которую до 1944 года возглавлял М. Я. Серейский. Осенью 1942 года на базе данной больницы было создано самостоятельное психиатрическое отделение.

Начало организации психиатрической помощи населению северной группы районов Таджикистана относится к 1937 году, когда было организовано психиатрическое отделение на 10 коек с административным подчинением областной больнице.

В 1940 году в соответствии с решением Наркомздрава Таджикской ССР в поселке Ленинский Ленинского района, в 20 км от г. Душанбе, была организована Республиканская психиатрическая больница.

В конце второго этапа внебольничная помощь психически больным только зарождалась и проявлялась в основном в амбулаторном приеме этих больных врачами-невропатологами Н. И. Репиным и Б. Т. Мамкиным в г. Душанбе, Е. Н. Крыловой в г. Ленинабаде.

Таким образом, в конце второго этапа, благодаря организации психиатрических стационаров, хотя и отпала необходимость направлять больных на стационарное лечение в психиатрические учреждения союзных республик, однако психиатрическая помощь все еще значительно отставала от других специализированных видов медицинской помощи; внеболь-

ничных психиатрических учреждений фактически не существовало.

**Третий этап (1951—1960 гг.)** с полным основанием можно считать периодом, положившим начало организации внебольничных психиатрических учреждений (Республиканский психоневрологический диспансер в г. Душанбе, областной психоневрологический диспансер в г. Ленинабаде), профилизации коечной сети существующих психиатрических стационаров и организации психиатрических учреждений, предназначенных для лечения больных с длительным, затяжным течением психозов.

Расширение сети специализированных учреждений не только способствовало улучшению психиатрической помощи в республике, но и позволило проводить профилизацию стационаров. Если до 1957 года все стационары психиатрических учреждений республики были предназначены для содержания любого контингента психически больных, то теперь они были приспособлены для приема больных в зависимости от характера заболевания. Так, в стационарные отделения психоневрологических диспансеров госпитализировались преимущественно больные с кратковременными психозами, пограничными состояниями. Больные, нуждающиеся в более продолжительном лечении, направлялись в Республиканскую психиатрическую больницу № 1 и психиатрическую больницу г. Канибадама, а больные с затяжным течением психоза и нуждающиеся в проведении в основном трудовой терапии — в Республиканскую психиатрическую больницу № 2.

Таким образом, в конце третьего этапа в Таджикистане существовало два психоневрологических диспансера со стационарными отделениями (Душанбе, Ленинабад), три психиатрические больницы (Ленинский район, Канибадам, Тавиль-Дара), где было развернуто 1100 коек, что составляло 5,4 койки на 10 тысяч населения. Удельный вес коек в психиатрических учреждениях в структуре коечного фонда республики составлял 7,9% (Я. Т. Таджиев, 1968). Число врачей-психиатров достигло 44.

**Четвертый этап (1961—1970 гг.)** знаменателен тем, что здесь, наряду со строительством новых психиатрических учреждений, введением в их практику новых форм обслуживания психически больных, ростом числа врачей-психиатров, систематическим внедрением в лечебную практику новейших достижений науки, таджикские психиатры, включившись в разработку ряда актуальных проблем клинической психиатрии, получили целый ряд новых данных имеющих как теоретическое, так и прикладное значение.

В конце четвертого этапа в республике функционировали следующие психиатрические учреждения: Республиканский клинический психоневрологический диспансер с тремя стац-

нарными отделениями в г. Душанбе; областные психоневрологические диспансеры с двумя стационарными отделениями в гг. Ленинабаде и Хороге; городские психоневрологические диспансеры с двумя стационарными отделениями в гг. Канибадаме и Пенджикенте; Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 в пос. Ленинский Ленинского района; Республиканские психиатрические больницы № 2 (пос. Тавиль-Дара Комсомолабадского района), № 3 (пос. Новабад Гармского района), № 4 (пос. Ляккан Исфаринского района); диспансерные психоневрологические отделения со стационарами при городских больницах гг. Куляба и Нурека; психиатрическое отделение при медико-санитарной части в Ленинабаде; психиатрические кабинеты при городской больнице Курган-Тюбе и Центральной районной больнице Гиссарского района.

Таким образом, в настоящее время, т. е. в конце четвертого этапа, психиатрическая помощь населению Таджикистана осуществляется широко развитой сетью психоневрологических и психиатрических учреждений, состоящей из 14 структурных единиц. В них работает 115 врачей-психиатров, что почти в 12 раз больше, чем в 1955 году. Показатель обеспеченности населения врачами-психиатрами составил 0,35 на 10 тыс. населения. Всего на конец 1970 года республика располагала коечным фондом в 2570 единиц в системе психиатрических учреждений (8,3 на 10 тысяч населения), т. е. число коек, по сравнению с 1955 годом, возросло почти в 11 раз. Удельный вес их в общей структуре коечного фонда республики составил 8,6%.

Первые научные исследования таджикских психиатров относятся к концу 40-х годов. В первые десятилетия тематика носила случайный, разрозненный характер: изучались вопросы наркоманий, малярийных психозов, проводились работы в клинко-лабораторном плане.

С 1957 г. научные исследования приняли последовательное клиническое направление. В течение первых трех лет изучались отдельные синдромы шизофрении и различные вопросы пограничных состояний, некоторые интоксикационные и инфекционные психозы, в частности гриппозные и др. Начиная с 1961 года оформились две основные проблемы, изучаемые сотрудниками кафедры психиатрии и врачами, работающими под руководством кафедры: проблема синдромаобразования и проблема шизофрении. По первой проблеме на кафедре было издано большое число работ, вскрывающих клинко-психопатологические закономерности синдрома Кандинского в рамках различных клинко-нозологических форм психозов. Ряд работ был посвящен особенностям психопатологии ротоглоточных галлюцинаций при острых алкогольных и эпилептических психозах, бреда ревности в течение острых алкогольных и ате-

росклеротических психозах. По проблеме шизофрении проведен ряд исследований в плане краевой патологии, выявивший некоторые особенности проявления и течения шизофрении в условиях высокогорья и другие данные эпидемиологического характера. Проведено изучение разновидностей циркулярной шизофрении вообще и циркулярной шизофрении, протекающей с бредом ревности, в частности.

Результаты научных исследований, проведенных психиатрами Таджикистана, были обобщены и опубликованы, составив в общем итоге 12 печатных изданий, в том числе 4 тематических сборника (К вопросу об инфекционных психозах и пограничных состояниях. Душанбе, 1959; Вопросы клинической психиатрии, вып. 2. Душанбе, 1963; Вопросы клинической психиатрии, вып. 3. Душанбе, 1967; Актуальные проблемы клинической психиатрии. Душанбе, 1971), 4 монографии (Синдром психического автоматизма. Душанбе, 1965; Циркулярная шизофрения. Душанбе, 1968; Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского. Душанбе, 1968; Эпилептические психозы. Душанбе, 1971), кроме того, они были отражены в материалах первой (1965) и второй (1967) научных конференций психиатров Таджикистана и объединенной конференции психиатров Таджикистана и Центрального ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского, тт. I—II Душанбе, 1969).

В настоящее время планируются дальнейшие исследования тех же двух вышеуказанных проблем, но в более узких нозологических рамках, не выходящих за пределы алкогольных психозов и шизофрении.

Четвертый этап хотя и сыграл значительную роль в истории развития психиатрической помощи населению республики, тем не менее достигнутые успехи не являются пределом. Для дальнейшего улучшения и децентрализации психиатрической помощи необходимо осуществить ряд организационных мероприятий, на которых мы остановимся ниже.

\* \* \*

Судебнопсихиатрическая экспертиза в Таджикистане стала осуществляться с 1943 года на базе психиатрической клиники Таджикского медицинского института. До 1950 года в республике экспертиза проводилась нерегулярно и редко. Подавляющее большинство лиц, прошедших экспертизу, падало на г. Душанбе и близлежащие районы. Проф. А. К. Стрелюхин, руководивший в то время кафедрой психиатрии, в 1950 году писал, что судебнопсихиатрическая экспертиза в Таджикистане находится на стадии формирования.



В 1948—1952 годах административными органами республики совместно с сотрудниками психиатрической клиники было намечено и претворено в жизнь ряд организационных мероприятий по популяризации целей и задач судебнопсихиатрической экспертизы. В те же годы сотрудники кафедры психиатрии стали читать курс судебной психиатрии на вновь организованном юридическом факультете университета, в двухгодичной юридической школе, в школе милиции. Все это способствовало тому, что в начале 50-х годов судебно-следственные органы стали намного чаще направлять на судебнопсихиатрическую экспертизу лиц, психическое состояние которых вызывало сомнение в отношении психической полноценности.

В связи с этим, начиная с 1954 года, была организована постоянно действующая амбулаторная судебнопсихиатрическая экспертная комиссия в составе трех квалифицированных психиатров, знакомых с вопросами судебнопсихиатрической экспертизы. До этого для проведения экспертизы привлекались не только врачи-психиатры, не имеющие специальной судебнопсихиатрической подготовки, но и судебно-медицинские эксперты. Стационарная экспертиза осуществлялась в Республиканском психоневрологическом диспансере (г. Душанбе) и Республиканской психиатрической больнице № 1. Испытуемые и охраняющие их представители милиции или мест заключения помещались в общие психиатрические отделения. Нередко число охраняющих превышало почти вдвое число испытуемых.

Значительные изменения в развитии судебнопсихиатрической экспертизы произошли с 1957 года, когда Министерством здравоохранения Таджикской ССР была введена внештатная должность главного судебного психиатра республики и впервые в республике было организовано специальное судебнопсихиатрическое отделение на 25 коек. Была достигнута договоренность с административными органами об установлении постоянной охраны для судебнопсихиатрического отделения. Состав стационарной и амбулаторной судебнопсихиатрической экспертных комиссий стал утверждаться приказом по Министерству здравоохранения Таджикской ССР. За последние годы в республике коренным образом улучшилась постановка судебнопсихиатрической экспертизы. Свидетельством этого, в частности, является тот факт, что судебнопсихиатрическая экспертиза в течение последних 15 лет осуществляется только в пределах республики. Как амбулаторная, так и стационарная судебнопсихиатрическая экспертиза проводятся на базе Республиканской клинической психиатрической больницы № 1.

Комплекс мероприятий, осуществленных за последние годы в республике по организации внебольничных и стационарных учреждений, хотя и способствовал уменьшению общественно опасных деяний, совершаемых психически больными,

тем не менее данный вопрос продолжает оставаться актуальным.

Пытаясь выяснить факторы, способствующие совершению как первичных, так и повторных общественно опасных деяний психически больными, нами исследованы материалы Республиканской судебнопсихиатрической экспертной комиссии за последние десять лет (1961—1970). За указанный период через Республиканскую судебнопсихиатрическую комиссию прошли 2116 человек. Из общего числа подэкспертных признаны невменяемыми 381 человек, что составляет 18%.

Большинство общественно опасных деяний совершено больными, страдающими шизофренией — 208 человек (54,6%), эпилепсией — 38 (10,8%), травматическими психозами — 33 (8,6%), олигофренией — 31 (8,2%), а больные с такими заболеваниями, как инволюционные и старческие психозы среди подэкспертных занимают небольшой удельный вес (1,8%). В равной степени это относится и к больным реактивными психозами и маниакально-депрессивным психозом — 1,5% от общего числа совершивших общественно опасные деяния.

Обращает на себя внимание и то обстоятельство, что в исследуемой группе большее количество общественно опасных деяний (75,6%) было совершено больными, постоянными жителями сельских местностей, особенно горных и отдаленных районов республики, где пока внебольничные психиатрические учреждения еще не организованы. Другим немаловажным фактором, заслуживающим внимания, является и то, что из общего числа лиц, признанных невменяемыми, в 53,2% случаев психическое заболевание впервые было выявлено лишь в период прохождения экспертизы. Из общего числа больных, впервые выявленных в процессе прохождения ими судебнопсихиатрической экспертизы с длительностью болезни до 6 месяцев было 34 человека, от года до 3 лет — 90 человек, от 3 лет до 10 лет — 54, свыше 10 лет — 20 человек. Эти данные наглядно свидетельствуют о том, что при наличии внебольничных психиатрических учреждений, что, безусловно, способствовало бы своевременному выявлению и госпитализации психически больных, число общественно опасных деяний со стороны последних было бы значительно меньше.

Обращает на себя внимание и сравнительно высокий процент общественно опасных деяний (47%), совершенных больными, которые ранее лечились в психиатрических больницах, но после выписки не были подвергнуты систематическому патронажному наблюдению и не получали поддерживающих доз нейролептических средств. В этой категории больных более 70% составляли жители тех отдаленных районов республики, где отсутствуют внебольничные психиатрические учреждения. А отсутствие систематического наблюдения за их состоянием, поддерживающей терапии приводит нередко к рецидиву или



резкому обострению болезни с последующим неправильным поведением, что в ряде случаев влечет за собой совершение тяжких общественно опасных деяний.

Касаясь повторных общественно опасных деяний, следует сказать, что за 1961—1970 гг. они были совершены 47 больными и чаще всего страдающими шизофренией (71,4%). У половины из этих больных давность заболевания исчисляется не менее пяти лет, у 80% больных с органическим поражением головного мозга и эпилепсией выраженные изменения со стороны психики отмечались за 5—10 лет до совершения повторного общественно опасного деяния. Повторные общественно опасные деяния по своему характеру в 83% случаев были, как правило, аналогичны первым.

При исследовании причин, способствующих совершению повторных общественно опасных деяний, нами отмечено, что в ряде случаев они были обусловлены определенными недостатками в организации психиатрической помощи населению сельских местностей. Ограниченное число в республике внебольничных психиатрических учреждений в сельских местностях не позволяет обеспечить систематическое наблюдение за больными в домашних условиях. Эти больные после снятия принудительного лечения время от времени обследовались выезжающими в подшефные районы психиатрами из прикрепленных психоневрологических диспансеров. Нередко больные нарушали назначенный им при выписке из больницы режим, прекращали прием поддерживающих доз нейролептиков, употребляли алкоголь, что в конечном счете способствовало рецидиву или резкому обострению состояния.

\* \* \*

Значительные успехи, достигнутые в республике за последние 10 лет в организации внебольничной психиатрической помощи, наглядно свидетельствуют о постоянной заботе партии и правительства об улучшении медицинской помощи населению, в том числе внебольничной и стационарной психиатрической помощи. Однако уровень организации последней все еще отстает в сельских местностях республики: не все больные после выписки из стационарных учреждений находятся под наблюдением внебольничных психоневрологических учреждений и получают поддерживающую терапию. Кроме того, в условиях ограниченного числа внебольничных учреждений в горных, отдаленных районах затруднено раннее выявление психически больных, а следовательно, и своевременная их госпитализация. Эти обстоятельства отрицательно сказываются на профилактике общественно опасных деяний психически больных. Не следует забывать, что и радиус об-

служивания существующих внебольничных психоневрологических учреждений довольно велик. Так, например, Республиканский клинический психоневрологический диспансер, расположенный в г. Душанбе, призван оказывать внебольничную психоневрологическую помощь населению столицы республики, а также значительной части районов республики с общей численностью населения 1 516 000 человек. Такие районы, как Московский, Джиргитальский, Шаартузский, Пянджский и другие, прикрепленные к Республиканскому клиническому психоневрологическому диспансеру, расположены на расстоянии 150—300 км и более. Горно-Бадахшанский областной психоневрологический диспансер, расположенный в г. Хороге, оказывает внебольничную помощь населению г. Хорога, а также Ванчского, Ишкашимского, Калай-Хумбского, Мургабского, Рушанского, Шугнанского районов с общей численностью населения 97 861 человек. Если расстояние от г. Хорога до Ванчского и Ишкашимского районов составляет 100—150 км, то такие районы, как Мургабский, Калай-Хумбский находятся на расстоянии от 200 до 300 км. Помимо этого, следует еще учесть, что связь диспансера с отдельными населенными пунктами в зимнее время, ввиду закрытия дорог, снежных обвалов, значительно осложнена.

Вполне понятно, что весьма ограниченное число внебольничных психоневрологических учреждений с огромным радиусом обслуживания, а также своеобразные географические особенности республики: неравномерность в плотности народонаселения; неравномерность в территориальном отношении отдельных районов; значительное количество районов с малой численностью населения и др. отрицательно сказываются на качестве организации психиатрической помощи населению.

Учитывая, что радиус обслуживания внебольничных психоневрологических учреждений довольно обширен и население многих сельских районов по существу лишено постоянной внебольничной психиатрической помощи, в целях дальнейшей децентрализации внебольничной психиатрической помощи, приближения ее к населению сельских местностей и предотвращения общественно опасных деяний со стороны психически больных, целесообразно осуществление следующих организационных мероприятий.

На смежной территории с достаточным нормативным количеством населения образовать межрайонные психоневрологические диспансеры со стационаром, лечебно-трудовыми мастерскими и дневным стационаром. Исходя из таких показателей, как рост народонаселения и удельного веса общественно опасных деяний, совершаемых психически больными, а также развитие промышленности и введение в сельскохозяйственный оборот новых орошаемых земель подобные внебольничные психиатрические учреждения необходимо организовать в бли-

жайшие годы в гг. Курган-Тюбе (1972), Ура-Тюбе (1973) и в Колхозабадском районе (1974).

В целях дальнейшего улучшения качества внебольничной психиатрической помощи населению ряда городов и районов республики следует реорганизовать ныне существующие диспансерные психоневрологические отделения при городских больницах гг. Нурука и Куляба в межрайонные психоневрологические диспансеры. Необходимость реорганизации психоневрологического диспансерного отделения при городской больнице г. Нурука диктуется не только сравнительно высоким удельным весом общественно опасных деяний, но и тем обстоятельством, что здесь в годы текущей пятилетки будут воздвигнуты мощные гиганты по сооружению Нурукской ГЭС. Это, естественно, потребует увеличения работ и вызовет значительный приток населения.

Значительную роль в деле децентрализации и улучшения качества внебольничной психиатрической помощи должны сыграть психиатрические кабинеты, открытые при центральных районных больницах, а также при некоторых ныне существующих психиатрических больницах, расположенных в предгорьях Памира, где существующие нормативы не позволяют организацию новых внебольничных психиатрических учреждений. В 1972—1975 гг. подобные кабинеты следовало бы организовать при центральных районных больницах гг. Регара и Орджоникидзеабада. Потребность организации психиатрических кабинетов в указанных городах прежде всего диктуется тем, что в годы текущей пятилетки в г. Регаре намечается ввод в действие первых мощностей алюминиевого завода. Психиатрический кабинет при центральной районной больнице г. Орджоникидзеабада мог бы обеспечить внебольничной психиатрической помощью не только население г. Орджоникидзеабада, но и Орджоникидзеабдского и Файзабадского (134,9 тыс. населения) районов.

В целях улучшения внебольничной психиатрической помощи населению Джиргатальского, Комсомолабадского и Гармского (горных) районов следует открыть диспансерное психоневрологическое отделение при Республиканской психиатрической больнице № 3, расположенной в Гармском районе. Для приближения внебольничной психиатрической помощи населению одного из крупнейших сельскохозяйственных районов республики — Ленинского (145,6 тыс. населения) следует открыть психиатрический кабинет при 1-ой Республиканской психиатрической больнице, расположенной в центре района.

В отдаленных, горных районах республики со сравнительно небольшим количеством населения (10—25 тысяч) следует ввести в штат центральных районных больниц должность фельдшеров-психоневрологов, вменив им в обязанность: активное выявление и ведение учета психически боль-

ных, проживающих в данном районе; оказание неотложной психиатрической помощи; проведение поддерживающей терапии по рекомендации психоневрологических диспансеров; распределение медикаментов по бесплатному фонду больным, страдающим шизофренией и эпилепсией; организацию консультаций специалистов, т. е. своевременный вызов психиатра из прикрепленного за районом психоневрологического диспансера; транспортировку больных на стационарное лечение в психиатрические больницы, в связи с рецидивом или обострением психоза. Однако фельдшеры-психоневрологи, прежде чем приступить к работе, должны пройти краткосрочные курсы специализации при кафедре психиатрии Таджикского госмедицинского института, а в последующем должны осуществлять свою деятельность под постоянным наблюдением врачей-психиатров межрайонных психоневрологических диспансеров и диспансерных психоневрологических отделений, закрепленных за тем или иным районом.

Должности фельдшеров-психоневрологов прежде всего следует ввести в штат центральных районных больниц Горно-Бадахшанской Автономной области, где население районов не превышает 10—12 тысяч населения.

Анализируя вопрос развития стационарной психиатрической помощи, следует сказать, что, в целях дальнейшей децентрализации стационарной психиатрической помощи и полного удовлетворения потребностей населения в этом виде специализированной медицинской помощи, было бы целесообразно к 1975 году увеличить количество психиатрических коек на 2035, т. е. довести указанный показатель до 15 на 10 тыс. населения. Задача эта вполне реальна и разрешима.

Прирост коечного фонда в годы текущей пятилетки должен быть в основном осуществлен за счет расширения ныне существующих психиатрических учреждений, в частности за счет строительства типовых корпусов на 500 коек Республиканской психиатрической больницы № 1, а также увеличение коечного фонда Республиканской психиатрической больницы № 4 на 800 коек, Республиканских психиатрических больниц № 2 и № 3 — на 400 коек. Кроме того, вновь организуемые межрайонные психиатрические диспансеры должны иметь стационарные отделения на 100 коек. Следовательно, за счет последних и расширения стационаров диспансерных отделений гг. Куляба и Нурука возможно увеличение коечного фонда республики еще на 500 коек.

Серьезного внимания заслуживает состояние психиатрической помощи детскому населению. Лишь при Республиканской клинической психиатрической больнице № 1 имеется детское отделение на 40 коек. Было бы целесообразно во всех психиатрических больницах выделить 5—10% коечного фонда под детские отделения. Причем в первую очередь следует



организовать детское отделение при Республиканской психиатрической больнице № 4 (пос. Ляккан Исфаринского района) для оказания стационарной психиатрической помощи детскому населению Ленинабадской области.

Учитывая исключительную важность трудовой терапии в реадaptации психически больных, необходимо расширить сеть реадaptационных учреждений (лечебно-трудовые мастерские, дневные стационары). В 1972—1975 годах необходимо используя достаточный опыт, накопленный Республиканской клинической психиатрической больницей № 1, организовать лечебно-трудовые мастерские при Республиканских психиатрических больницах № 2, 3, 4 (каждые на 200 мест), при Ленинабадском, Пенджикентском, Канибадамском и Хорогском психоневрологических диспансерах (каждые на 50 мест). Кроме того, постоянное увеличение коечного фонда Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 указывает на необходимость доведения числа рабочих мест в лечебно-трудовых мастерских при ней до 300. Было бы целесообразно к концу 1975 года развернуть сеть дневных стационаров при всех психоневрологических диспансерах республики.

## ВЫВОДЫ

1. До Великой Октябрьской социалистической революции на территории современного Таджикистана психиатрической помощи не существовало; каких-либо законов, определяющих правовое положение психически больных, не было.

2. За годы Советской власти наряду с развитием других специализированных медицинских служб получила свое развитие и специализированная стационарная и внебольничная психиатрическая помощь населению республики.

3. Несмотря на то, что психиатрическая помощь является одной из молодых отраслей советской медицины в Таджикистане, тем не менее сеть ее учреждений на современном этапе развития является вполне реальной базой для планирования широких мероприятий, направленных на дальнейшее приближение внебольничной и стационарной помощи к населению отдаленных и горных районов республики.

4. В Таджикской ССР, где 93% площади занимают горы, вопрос организации психиатрической помощи населению горных районов в условиях малой плотности населения является одним из актуальных вопросов, стоящих перед органами здравоохранения.

5. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в республике за годы Советской власти в организации специализированной психиатрической помощи в целом, уровень ее организации в сельской местности, особенно в горных и отдален-

ных районах, продолжает серьезно отставать от уровня обслуживания психически больных в городах.

6. Анализ материала Республиканской судебнопсихиатрической экспертной комиссии за последние десять лет (1961—1970 гг.) показал, что общественно опасные деяния в 75,6% случаев совершались жителями сельских местностей, особенно горных и отдаленных районов республики, где пока внебольничные психиатрические учреждения не организованы.

7. Из общего числа лиц, признанных психически больными и невменяемыми, в 60% случаев — жители сельских местностей, психическое заболевание у которых было диагностировано после совершения общественно опасного деяния в процессе прохождения экспертизы.

8. Среди больных, совершивших повторные общественно опасные деяния, жители сельских местностей составляли 70%.

9. В целях дальнейшего приближения внебольничной психиатрической помощи населению сельских местностей, с учетом климато-географических особенностей республики (горный ландшафт, значительные расстояния между отдельными населенными пунктами, находящимися в большей части в труднодоступной местности), и эффективной профилактики общественно опасных деяний психически больных, в ближайшие годы необходимо осуществить следующие мероприятия:

— на смежной территории с достаточным нормативным количеством населения организовать межрайонные психоневрологические диспансеры со стационарами, лечебно-трудовыми мастерскими и дневными стационарами (гг. Курган-Тюбе, Ура-Тюбе, Кользабадский район);

— реорганизовать ныне существующие диспансерные психоневрологические отделения гг. Нурека и Куляба в межрайонные психоневрологические диспансеры;

— открыть психиатрические кабинеты при центральных районных больницах гг. Регара и Орджоникидзеабада и Республиканских психиатрических больницах, расположенных в предгорьях Памира (Гармский и Комсомолабадский районы) и в одном из крупнейших сельскохозяйственных районов республики (Ленинский район);

— в отдаленных, горных районах республики со сравнительно небольшим количеством населения (10—25 тысяч) следует ввести в штат центральных районных больниц должность фельдшеров-психоневрологов.

10. В целях полного обеспечения нужды населения республики в специализированной стационарной помощи необходимо к концу 1975 года довести показатель обеспеченности населения психиатрическими койками до 1,5 койки на 1000 населения. Прирост коечного фонда должен быть осуществлен за счет расширения ныне существующих психиатрических учреждений, а также стационаров вновь организуемых меж-



районных психоневрологических диспансеров. Особое внимание должно быть обращено на организацию детских психиатрических отделений при крупных психиатрических больницах.

11. Учитывая исключительную важность трудовой терапии в реадaptации психически больных, следует организовать лечебно-трудовые мастерские при психиатрических больницах № 2, 3, 4 каждые на 200 мест, при Ленинабадском, Пенджикентском, Канибадамском и Хорогском психоневрологических диспансерах — каждые на 50 мест; довести количество рабочих мест в лечебно-трудовых мастерских Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 до 300. Развернуть дневные стационары во всех психоневрологических диспансерах республики, а также при республиканской психиатрической больнице № 4 (пос. Ляккан Исфаринского района), и довести количество мест в дневном стационаре Республиканской психиатрической больницы № 1 до 150.

12. Претворение в жизнь вышеуказанных мероприятий, несомненно, будет способствовать дальнейшему коренному улучшению постановки стационарной и внебольничной психиатрической помощи населению республики в целом и сельскому населению в частности, уменьшению общественно опасных деяний, совершаемых психически больными.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. Из истории психиатрии в Таджикистане. В кн.: Актуальные вопросы клинической психиатрии. Душанбе, 1971, стр. 136—142.

2. Основные этапы развития психиатрической помощи в Таджикистане за годы Советской власти. (В соавторстве с М. Г. Гулямовым). Там же, стр. 143—160.

3. О научных достижениях психиатров Таджикистана. Там же, стр. 161—178.