

Итак, несмотря на положительную оценку проживающими в ЭПП перспективного переустройства сельских населенных пунктов, в сельском строительстве еще много проблем. В практике проектирования жилой зоны сел будущего и типовых проектов домов необходим более глубокий анализ все возрастающих потребностей сельских жителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобровских С. П. Гигиеническая оценка микроклимата и воздушного режима сельских жилых домов из индустриальных конструкций с квартирами в двух уровнях в климатических условиях Белорусской ССР. Автореф. канд. дисс., Минск, 1968.— 2. Лагидзе Н. И. Жилищн. строит., 1973, 10.— 3. Лапонигов С. Там же, 1969, 3.— 4. Орлов А. П., Муртазин И. С. Шапши — село будущего. Казань, Татарское книжное изд-во, 1976.

Поступила 16 октября 1979 г.

УДК 616.899

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОЛИГОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

А. А. Чуркин

*Всесоюзный научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского (директор — акад. АМН СССР проф. Г. В. Морозов), Москва*

Реферат. С учетом эмоционально-волевых нарушений в криминальном поведении умственно отсталых лиц выделено пять типов и два варианта олигофренического дефекта. Рассматриваются возможности социальной адаптации олигофренов в зависимости от типа дефекта. Отмечено, что почти половина олигофренов на момент первичных деликтов не состояла на учете, а 40% больных не были взяты на учет и после совершения опасных действий. Предлагаются мероприятия по улучшению диспансерного обслуживания умственно отсталых лиц с социально опасными тенденциями.

Ключевые слова: олигофрения, диспансеризация.

Несмотря на значительные достижения в теоретической разработке проблемы олигофрении, до настоящего времени остаются нерешенными многие практические вопросы социально-трудовой адаптации больных олигофренией и связанной с этим профилактики их общественно опасных действий.

В данной статье будут рассмотрены вопросы диспансеризации больных олигофренией с социально опасными тенденциями. В связи с большим значением эмоционально-волевых и характерологических нарушений в криминальном поведении больных с врожденной умственной отсталостью нами в целях более полного их изучения выделено пять типов эмоционально-волевого олигофренического дефекта: уравновешенный — 11,8% больных, дисфорический — 25,5%, мориоподобный — 15,4%, апатико-абулический — 7,3% и психопатоподобный — 40% больных; типы в свою очередь подразделены на два варианта — истеро-возбудимый (53,5%) и астено-дистимический (46,5% больных).

Анализ наших данных свидетельствует, что противоправные действия совершают главным образом те умственно отсталые лица, которые являлись социально дезадаптированными. Так, на момент первичных общественно опасных действий 39,1% больных нигде не работали, у 79,1% отсутствовала или была снижена установка на труд, 56,3% этих лиц жили в неполных семьях, свои семьи имели только 12,7% больных, 61,9% были безнадзорны или даже подвергались отрицательному влиянию со стороны родных, у 53,6% больных имелась склонность к контактам с асоциальными личностями, 50% злоупотребляли алкогольными напитками, 52,7% общественно опасных действий было совершено ими в состоянии алкогольного опьянения.

В связи с этим на внебольничные звенья психиатрической службы, в первую очередь на участковых врачей-психиатров, возлагаются большие задачи по обеспечению условий, которые бы способствовали выработке положительных социальных установок у таких больных. Необходим комплекс социально-приспособительных мероприятий, включающих создание благоприятного микросоциального окружения, рациональное трудоустройство, решение жилищных вопросов и т. п. При этом необходимо учитывать не только глубину интеллектуальной недостаточности, но и тип эмоционально-волевого дефекта.

У лиц с уравновешенным типом в основе достаточно организованного, устойчивого и целенаправленного поведения лежат мало измененные побуждения и влечения, что позволяет этим больным хорошо адаптироваться в жизни, они сравнительно редко совершают повторные деликты. Частые и тяжелые дисфории у больных с дисфорическим типом существенно утяжеляют клиническую картину олигофрении, что резко затрудняет социальную адаптацию этих лиц, зачастую приводя их к совершению неоднократных асоциальных поступков. Низкий интеллект, примитивность и недифференцированность эмоций, неспособность к концентрации внимания и двигательная расторможенность значительно препятствуют приспособлению олигофренов с мориподобным типом дефекта к какой-либо трудовой деятельности. Под воздействием неблагоприятной микросоциальной среды эти больные легко совершают общественно опасные действия. У больных с апатико-абулическим типом дефекта при относительно неглубоких степенях интеллектуальной недостаточности и благоприятном микросоциальном окружении возможна сравнительно удовлетворительная социально-трудовая адаптация. Асоциальные поступки совершаются ими, как правило, при отрицательном влиянии на них. Больные с истеро-возбудимым вариантом психопатоподобного типа дефекта, несмотря на выраженные аффективные нарушения, неплохо адаптируются к труду, однако трудны в быту и часто совершают повторные асоциальные действия. Олигофрены с астено-дистимическим вариантом психопатоподобного дефекта с трудом удерживаются на производстве, неплохо адаптируются в быту, но склонны к совершению немотивированных деликтов.

По нашим данным, к моменту первичного общественно опасного действия 46,4% олигофренов не состояло на диспансерном психиатрическом учете, 48,2% состояли в III и IV группах учета по Г. В. Зеневичу, и только 5,4% больных были под наблюдением как «социально опасные». При катamnестическом обследовании установлено, что, несмотря на совершение олигофренами деликтов, 40% их остались вне поля зрения психоневрологических диспансеров и не были взяты на учет, и только 7,3% больных значились в карточках диспансерного учета как «социально опасные». Одной из причин этого явилось отсутствие в диспансерах информации о совершенных больными правонарушениях (в 36,4% случаев). В 38,2% случаев сведения поступили от судебно-следственных органов в виде запросов на медицинскую документацию для проведения судебно-психиатрической экспертизы, в 19,1% случаев — из больниц, в которых проводилось принудительное лечение совершивших правонарушения больных, в 6,3% случаев информация была получена от родственников больных.

Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии четкой системы выявления и учета умственно отсталых лиц с социально опасными тенденциями. В целях повышения эффективности профилактики общественно опасных действий умственно отсталых лиц необходимо проведение следующего комплекса социальных и медицинских мероприятий.

1. Наладить четкий обмен информацией между внебольничными психиатрическими учреждениями и территориальными судебно-следственными органами и милицией с целью получения оперативных сведений о каждом случае общественно опасных действий умственно отсталых лиц.

2. Всех лиц с умственной отсталостью, независимо от ее глубины, в случае совершения ими общественно опасных действий надлежит обязательно брать на диспансерный психиатрический учет и обеспечивать всем комплексом лечебных и социально-адаптационных мероприятий. Если больной олигофренией, совершивший общественно опасное деяние, будет признан вменяемым и подвергнется уголовному наказанию, участковый врач-психиатр должен установить контакт с медсанчастью места заключения и совместно с ее персоналом заранее готовить этого больного к возвращению в общество — определить его трудоспособность, решить жилищный вопрос, подобрать место трудоустройства, подготовить микросоциальное окружение и т. п.

3. Умственно отсталые лица с социально опасными тенденциями должны состоять на специальном учете и проходить осмотр участкового психиатра не реже одного раза в месяц. При достижении устойчивой компенсации эмоционально-волевых расстройств и хорошей социальной адаптации через год этих больных можно переводить на IV группу диспансерного учета, и, если такое состояние стабилизируется, через пять лет лица с легкими степенями умственной отсталости могут быть сняты с диспансерного учета.