

УДК 616.8(-058.56)

DOI [10.17150/1996-7756.2014.8\(4\).31-37](https://doi.org/10.17150/1996-7756.2014.8(4).31-37)

КЛИНИКО-КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕВРАСТЕНИЙ У ОСУЖДЕННЫХ

Б.А. Спасенников

Научно-исследовательский институт ФСИН России, г. Москва, Российская Федерация

Информация о статье

Дата поступления

13 сентября 2014 г.

Дата принятия в печать

12 ноября 2014 г.

Дата онлайн-размещения

29 декабря 2014 г.

Ключевые слова

Клиническая криминология;
неврастения; принудительные
меры медицинского характера;
осужденный

Аннотация. Автор исследовал роль неврастений (психического расстройства) в преступном поведении. Представлены многолетние (1983–2014 гг.) результаты сравнительного исследования лиц, которые не привлекались к уголовной ответственности (контрольная группа), и осужденных (основная группа). Показано, что у осужденных в 2,25 раза реже, нежели в контрольной группе лиц, выявлена неврастения. Это свидетельствует о том, что неврастения не играет существенной роли в механизме преступного поведения, что противоречит ранее опубликованным данным. Вместе с тем у осужденных, страдающих неврастениями, выявлялся недостаток внимания и прогнозирования своих действий. При этом лицо не лишено полностью возможности саморегуляции поведения. У больных, страдающих неврастениями, наблюдается мелкоочаговая неврологическая симптоматика. При психологическом обследовании отмечалось повышение профиля ММРР. По данным полиграфического исследования, у лиц, страдающих неврастениями, есть нарушения биоэлектрической активности головного мозга в 42 % случаев, повышение кожно-гальванического рефлекса, что говорит о том, что больные неврастениями имеют функциональную недостаточность головного мозга. Указанные особенности обуславливали совершение ими неосторожных преступлений, за которые они были осуждены. Наказание в виде лишения свободы вызывало декомпенсацию неврастения. Сделан вывод, что осужденные, страдающие неврастениями, не опасны для себя (аутоагрессия) и окружающих (гетероагрессия), не нуждаются в назначении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, соединенного с исполнением наказания. Им показано добровольное лечение у психиатра, психологическая помощь, направленные на улучшение психического здоровья, повышение качества жизни, ресоциализацию, что будет способствовать созданию условий для снижения рецидивоопасности, достижения целей наказания.

CLINICAL CRIMINOLOGICAL ANALYSIS OF NEURASTHENIA AMONG CONVICTS

Spasennikov, Boris A.

Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Moscow, Russian Federation

Article info

Received

2014 September 13

Accepted

2014 November 12

Available online

2014 December 29

Key words

Clinical criminology; neurasthenia;
compulsory medical measures;
convicted

Abstract. The author studied the role of neurasthenia (mental disorder) in criminal behavior. The author presented the long-term (1983–2014) results of a comparative study of people who were not prosecuted (control group) and the convicted (general group). It is proved that convicted had 2.25 times less neurasthenia than people in the control group. This indicates that neurasthenia plays no significant role in the mechanism of criminal behavior, contrary to previously published data. The inmates suffering from neurasthenia revealed a lack of attention and lack of ability to predict their own actions. At the same time the person is not fully deprived of the possibility of self-control. There is small focal neurological symptoms seen in patients suffering from neurasthenia. During the psychological examination an increase in MMPI Profile was noticed. According to polygraph study patients suffering from neurasthenia, there are brain bioelectric activity disorder in 42 % of cases, increased galvanic skin reflex, which suggests that people suffering from neurasthenia have a functional brain failure. These characteristics have determined the commission of careless crimes for which they were convicted. The custodial sentence caused the decompensation of neurasthenia. It was concluded that the convicts suffering from neurasthenia, are not dangerous to themselves (autoaggression) and others (heteroaggression), they do not need the compulsory supervision and treatment by a psychiatrist, connected with the execution of punishment. They are directed to voluntary psychiatric treatment, psychological assistance aimed at improving mental health and quality of life, re-socialization, all of which will help to create the conditions for reducing relapse risk and achieving the goals of punishment.

По нашему мнению, поиск путей оптимизации способов ресоциализации осужденных, оказания им медико-психологической помощи, направленной на снижение рецидивоопасности, — одна из самых актуальных и далеко не решенных задач юридической и медицинской наук. Значимость поставленной проблемы обусловлена уровнем рецидивной преступности, распространенностью нервно-психических расстройств у осужденных, а также случаев совершения преступлений после снятия или погашения судимости, потребностями пенитенциарной науки и практики в комплексном подходе к изучению способов предупреждения посягательств на общественные отношения, находящиеся под защитой уголовного закона [1; 2; 5; 7; 13; 14; 16; 22].

Многообразие этиологических факторов и патогенетических механизмов девиантного, общественно опасного поведения, варианты их различного сочетания обуславливают широкий методологический спектр подходов к созданию концептуально-теоретических основ ресоциализации осужденных [3; 17; 20; 21; 23; 27; 30].

Выработка целостной концепции ресоциализации осужденных связана с решением ряда вопросов, имеющих самостоятельное значение для пенитенциарной науки, среди них распространенность церебральной патологии среди осужденных; влияние церебральной патологии на поведение, признаваемое преступным; освобождение от наказания в связи с нервно-психическим заболеванием; эффективность ресоциализации осужденных на фоне медикаментозной терапии церебрального дефицита; повышение эффективности предупреждения преступлений и общественно опасных деяний, совершаемых лицами, страдающими церебральными расстройствами; и многие другие [12; 19; 21].

Эти проблемы недостаточно исследованы: одни из них остаются дискуссионными в научной среде, другие лишь обозначены в целом, третьи получили неточную трактовку. Они имеют криминологические, а также межотраслевые аспекты, так как в ходе развития научного знания происходит дифференциация и интеграция наук [4; 6; 9–11].

Можно выделить несколько основных причин, указывающих на актуальность поставленной проблемы ресоциализации осужденных, страдающих церебральной патологией. Во-первых, выявляется все большее количество

лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и страдающих нервно-психическими расстройствами, которые оказывают влияние на интеллектуально-волевую сферу, т.е. играют важную роль в этиопатогенезе преступного поведения и определяют сниженную способность прогнозировать последствия своих действий или осознанно руководить ими. Во-вторых, в учреждениях ФСИН России находится множество лиц, страдающих церебральными расстройствами. В-третьих, широко распространено повторное совершение преступлений лицами, страдающими церебральной патологией [19–21].

Цели наказания, предусмотренные действующим законодательством, не будут достигнуты, если средства их достижения не будут учитывать все значимые стороны осужденного, характеризующие его во время исполнения наказания, в том числе его нервно-психическое здоровье.

Без межотраслевого анализа, требующего, в свою очередь, системно-методологической и содержательной комплексной разработки целостной концепции ресоциализации осужденных, нельзя обеспечить реализацию законодательства в соответствии с требованиями развития современного общества, его основными ценностями.

Цель нашего исследования — клинико-криминологический анализ осужденных мужчин, страдающих неврастениями. Оно выполнено в рамках научно-исследовательской программы, цель которой — разработка концептуально-теоретических основ исполнения наказания, соединенного с принудительными мерами медицинского характера, что имеет фундаментальное значение для реализации принципов законности, справедливости и гуманизма, а также для повышения эффективности профилактики общественно опасных деяний и преступности на теоретическом, законодательном и правоприменительном уровнях.

Неврастения (нервная слабость) в качестве самостоятельной нозологической формы была выделена в 1880 г. американским врачом Г. Бирдом, усматривавшим основную причину заболевания в «американском образе жизни» (напряженной борьбе за существование), приводившем к истощению нервной системы [15, с. 30].

По мнению Б.Д. Карвасарского, невроз — психогенное (как правило, конфликтогенное)

нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений [8, с. 15].

Мы относим неврастению к неврозам, т.е. психическим расстройствам, не исключающим вменяемости [19].

Сформированный массив наблюдений составляет 250 обследований мужчин в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст — $43,6 \pm 2,6$ года). В первую (контрольную) группу входили лица (200), которые не привлекались к уголовной ответственности. Во вторую (основную) группу входили лица (50), осужденные за преступления различной степени тяжести. Никто из обследованных лиц этой группы ранее на учете у психиатра не состоял; в период следствия и суда не проходил судебно-психиатрическую экспертизу.

Из 250 обследованных основной и контрольной групп выявлено 20 лиц, страдающих неврастениями. Больные отличались одновременно повышенной возбудимостью и легкой истощаемостью. Индифферентный раздражитель (громкий звук, яркий свет) вызывал вспыльчивость, раздражительность, конфликты с окружающими, о чем больные впоследствии зачастую искренно сожалели. Эмоциональные реакции (радость, печаль) становились кратковременными. Снижалась трудоспособность, повышалась утомляемость, отсутствовало чувство бодрости, энергии. Подчас они говорили, что за обедом «устают есть», «нет сил дотащить себя от столовой до отряда». Их беспокоила головная боль лобно-височной локализации сжимающего характера («обруч неврастеника» [9]), тяжесть или шум в голове, «стук в висках». Засыпание часто было затруднено, сон поверхностный. Утром они не чувствовали свежести, бодрости, напротив, после сна ощущали себя разбитыми. Длительное напряжение внимания делалось для них невозможным, ухудшалась память. Они становились нетерпеливы, часто жаловались, что у них «болит все», на неприятные ощущения в голове, животе. При длительном течении заболевания появляются ипохондрические мысли о неизлечимости своей болезни («Мне до воли не дожить»). Они становились слезливы, что не было им свойственно до заболевания. После долговременных свиданий осужденные отмечали, что у них возникало ускоренное наступление эякуляции.

У осужденных, страдающих неврастениями, выявлялись недостатки внимания, прогнозирования своих действий. Эти особенности обуславливали совершение ими неосторожных преступлений, за которые они были осуждены. При этом лицо не лишено полностью возможности саморегуляции поведения.

Продолжительность заболевания неврастением у большинства обследованных составляла менее пяти лет. У осужденных она развивалась до начала исполнения наказания, которое всегда способствовало декомпенсации неврастения.

Причиной развития неврастения у обследованных лиц была психическая травма. Чаще всего она заключалась в семейных проблемах (алкоголизм или измена супруги, ее уход из семьи, развод с последующим несправедливым разделом имущества, тревога за детей, которые остались с пьянствующей супругой, отсутствие постоянного жилья); в переживании тяжелого заболевания или смерти близких, уничтожения или повреждения имущества в результате пожара, действий третьих лиц; в реальной угрозе материальному благополучию семьи; в уголовном преследовании близких; в исполнительном производстве в результате (по мнению больного) неправосудного решения суда; в необоснованном переводе на нижеоплачиваемую должность, неправомерном увольнении, закрытии предприятия, невостребованности специалиста на рынке труда; в крахе надежд, наступившей бедности, нищеты; в финансовой, сексуальной или иной зависимости; в преступном посягательстве на жизнь, здоровье, собственность лица и иных преступных действиях в отношении него.

Заболевание развивалось в результате однократной сверхсильной психической травмы (одномоментная гибель в дорожно-транспортном происшествии жены и двух детей) или неоднократных подпороговых психических травм (наркозависимость супруги; переживание последствий причинения тяжкого вреда здоровью сыну в дорожно-транспортном происшествии, совершенном пьяным водителем). Неврастения возникала сразу после психической травмы или спустя некоторое время (запоздалое развитие).

Особо неблагоприятным было сочетание нескольких психогенных факторов (пьянство супруги, ее измены с собутыльниками во время запоя, безразличие матери к детям, жестокость по отношению к ним в состоянии алкогольного

опьянения, продажа пьянствующей супругой вещей из дома, угрозы причинения смерти или вреда здоровью от собутельников супруги).

Предрасполагающими к развитию неврастении были ослабляющие организм факторы: снижение качества жизни с однообразным питанием (картошка, хлеб, чай), 10–12-часовой рабочий день, недосыпание, острые респираторные и иные инфекции (перенесенная на ногах гриппозная инфекция) и интоксикации.

Повышенная впечатлительность и чувственность (сензитивность [24; 25]) отличали лиц, страдающих неврастениями, до развития психического расстройства. На наш взгляд, неврастения возникают лишь на генетически подготовленной почве и при предрасполагающих условиях, формирующихся на протяжении всей жизни. Социализация человека, его образование, жизненный опыт, взгляды, идеалы могут уменьшать или усиливать тяжесть психической травмы.

В объективном неврологическом статусе у больных неврастениями выявлено оживление сухожильных и периостальных рефлексов, повышенная потливость, легкое возникновение покраснения или побледнения лица, учащение сердцебиения, дрожание век, пальцев вытянутых рук. Патология VII и XII пар черепно-мозговых нервов встречалась соответственно в 8 и 10 % случаев. Патологические рефлексы на верхних конечностях обнаружены у 7 % лиц, страдающих неврастениями. У всех больных имела сопутствующая желудочно-кишечная или сердечно-сосудистая патология. Регистрировались колебания систолического артериального давления. По данным миннесотского многопрофильного теста исследования личности (MMPI) отмечалось повышение его профиля. При полиграфическом (электроэнцефалография, кожно-гальванический рефлекс, электрокардиография) исследовании у лиц, страдающих неврастениями, выявлялась десинхронизация электроэнцефалограммы с преобладанием бета-активности в 64 % случаев, ослабление реакции активации, появление полиморфных медленных волн, что свидетельствовало о нарушениях биоэлектрической активности головного мозга. Существенно увеличивался размах кожно-гальванических реакций. Регистрировалась тахикардия при электрокардиографии.

На наш взгляд, неврастения — нарушение деятельности головного мозга, обеспечивающе-

го приспособление организма человека к условиям внешней среды. При этом лицо не лишено полностью сознательности и произвольности, возможности саморегуляции поведения; его способность осознавать свои действия или руководить ими не утрачена совсем, но по сравнению с психически здоровым человеком существенно уменьшена.

Лишение свободы (пенитенциарный синдром) способствовало декомпенсации неврастении.

В первой (контрольной) группе выявлено 18 человек (9 %), страдающих неврастениями.

Во второй (основной) группе выявлено только два лица (4 %), страдающих неврастениями, т.е. неврастения среди осужденных обнаружена в 2,25 раза реже, нежели в контрольной группе лиц. Полученный результат противоречит ранее опубликованным данным о том, что невротизм (например, неврастения) могут играть важную роль в преступном поведении. Отметим, что ранее мы также были сторонниками этой ошибочной позиции [21; 26; 29].

Можно сделать вывод, что неврастения не играют существенную роль в механизме преступного поведения. Осужденные, страдающие неврастениями, совершили преступление по неосторожности. В ходе судебного заседания они признали свою вину, деятельно раскаивались в содеянном.

Нужно уточнить, что жалобы невротического спектра, помимо больных, страдающих неврастениями, предъявляли лица, страдающие расстройством личности. В контрольной группе выявлено 2 лица (1 %), страдающих диссоциальным расстройством личности, 14 лиц (7 %) — эмоционально неустойчивым расстройством личности, 6 лиц (3 %) — параноидным расстройством личности, 2 лица (1 %) — эпилептоидным расстройством личности, 1 лицо (0,5 %) — шизоидным расстройством личности, 6 лиц (3 %) — истерическим расстройством личности. Среди осужденных выявлено 18 лиц (36 %), страдающих диссоциальным расстройством личности, 12 лиц (24 %) — эмоционально неустойчивым расстройством личности, 5 лиц (10 %) — параноидным расстройством личности, 4 лица (8 %) — эпилептоидным расстройством личности, 3 лица (6 %) — шизоидным расстройством личности, 1 лицо (2 %) — истерическим расстройством личности. Во второй (основной)

группе обследованных количество лиц, страдающих расстройством личности, было в 5,5 раза больше, чем в первой (контрольной) группе, что указывает на высокую частоту расстройств личности у осужденных, что соответствует опубликованным ранее результатам.

Если у больных неврастениями страдает часть личности (парциальность нарушений) с сохраняющимся критическим отношением к болезни, то при психопатии страдает вся личность (тотальность нарушений), осознание болезни отсутствует.

Клинико-криминологический анализ осужденных показывает, что лица, страдающие неврастениями, т.е. психическим расстройством, не исключающим способности быть субъектом отбывания наказания, до развития невроза отличались повышенной впечатлительностью и чувственностью (сензитивностью), что препятствовало умышленному преступному поведению.

На основании наших исследований, которые не вошли в представленный материал, можно сделать вывод, что неврастения среди мужчин молодого возраста встречается чаще, чем среди пожилых.

Согласно ч. 2 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации, если во время отбывания лишения свободы будет установлено, что осужденный страдает психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которое связано с опасностью для себя

или других лиц, администрация учреждения, исполняющего наказание, может направить в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания.

Неврастения не играет существенной роли в механизме преступного поведения. Это психическое расстройство не влечет аутоагрессию или гетероагрессию (не опасно для себя и окружающих). Осужденные, страдающие неврастениями, не нуждаются в назначении принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра, соединенного с исполнением наказания. Добровольное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра, включающее применение анксиолитиков с целью уменьшения выраженности психических расстройств, может существенно улучшить их психическое состояние, будет способствовать появлению условий для достижения целей наказания. Помимо медикаментозной терапии, всем обследованным показано психотерапевтическое воздействие, которое должно оказываться врачом-психиатром или психологом ФСИН России.

Неврастения в стадии компенсации, достигнутой за счет оказания медико-психологической помощи, определяет высокую возможность ресоциализации, социальной адаптации, выбора социально приемлемого поведения в сложной жизненной ситуации [18; 28; 31].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонян Ю.М. Криминальная патопсихология / Ю.М. Антонян, В.В. Гульдан. — М. : Наука, 1991. — 243 с.
2. Антонян Ю.М. Преступное поведение и психические аномалии / Ю.М. Антонян, С.В. Бородин ; под ред. В.Н. Кудрявцева. — М. : Спарк, 1998. — 215 с.
3. Антонян Ю.М. Преступное поведение лиц с психическими аномалиями и его профилактика / Ю.М. Антонян, М.В. Виноградов, Ц.А. Голумб // Вопросы борьбы с преступностью. — М. : НИИ МВД СССР, 1980. — Вып. 32. — С. 24–38.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. — Л. : Наука, 1988. — 295 с.
5. Бородин С.В. Уголовное право и психиатрия: некоторые области и проблемы взаимодействия / С.В. Бородин, С.В. Полушинская // Уголовное право: новые идеи. — М. : ИГП РАН, 1994. — С. 83–99.
6. Вертоградова О.П. Психосоматические соотношения в структуре пограничных нервно-психических расстройств / О.П. Вертоградова, С.Э. Поляков, И.Л. Степанов и др. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1989. — № 11. — С. 70–75.
7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. — СПб. : Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. — 252 с.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. — М. : Медицина, 1980. — 448 с.
9. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер. — М. : Педагогика-Пресс, 1995. — 608 с.
10. Ливень Б.Н. Распространенность и характеристика так называемых психопатологических симптомов у здоровых людей: к вопросу о норме и патологии в психиатрии / Б.Н. Ливень // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1980. — № 11. — С. 1669–1678.
11. Малкин Д.А. Психические расстройства у осужденных, требующие стационарного психиатрического лечения : метод. рекомендации / Д.А. Малкин, С.В. Абрамов, Д.А. Дианов, В.Ф. Трубецкой, О.И. Трифонов, К.Н. Шаклеин. — М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2011. — 24 с.
12. Мальцева М.М. Опасные действия психически больных / М.М. Мальцева, В.П. Котов. — М. : Медицина, 1995. — 256 с.

13. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и психиатрическая клиника / Д.Е. Мелехов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1972. — № 3. — С. 389–395.
14. Петраков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств / Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков. — М. : НЦПЗ РАМН, 1996. — 135 с.
15. Свядош А.М. Неврозы и их лечение / А.М. Свядош. — М. : Медгиз, 1959. — 451 с.
16. Семке В.Я. Превентивная психиатрия / В.Я. Семке. — Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.
17. Сергеев И.И. Динамика и исходы неврозов / И.И. Сергеев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1989. — № 11. — С. 66–70.
18. Социальная и судебная психиатрия: история и современность / под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1996. — 200 с.
19. Спасенников Б.А. Неврологический статус осужденных, состоящих на учете в уголовно-исполнительной инспекции / Б.А. Спасенников, А.М. Смирнов, А.Н. Тихомиров // Медицинское право. — 2014. — № 5. — С. 28–31.
20. Спасенников Б.А. Принудительные меры медицинского характера : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Б.А. Спасенников ; Моск. гос. юрид. акад. — М., 2004. — 48 с.
21. Спасенников Б.А. Психические расстройства и их уголовно-правовое значение / Б.А. Спасенников, А.Н. Тихомиров // Российская юстиция. — 2014. — № 2. — С. 20–23.
22. Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации : аналит. обзор / под ред. Б.А. Казаковцева, О.А. Макушкиной. — М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2012. — 356 с.
23. Brown G.W. Depression. Distress or disease? Some epidemiological considerations / G.W. Brown, T.J. Craig, T.O. Harris // British Journal of Psychiatry. — 1985. — Vol. 147, № 12. — P. 612–622.
24. Girolano G. de. Расстройства личности / G. de Girolano, J.H. Reich. — Женева : BO3, 1995. — 87 с.
25. Leinard B. Fundamentals of Psychopharmacology / B. Leinard. — N. Y., 1998. — 391 p.
26. Lloyd G.G. Psychiatric syndromes with a somatic presentation / G.G. Lloyd // Journal of Psychosomatic Research. — 1986. — Vol. 30, № 2. — P. 113–120.
27. Pilkonis P.A. Social anxiety and psychiatric diagnosis / P.A. Pilkonis, H. Feldman, J. Himmelhoch, C. Cornes // Journal of Nervous and Mental Disease. — 1980. — Vol. 168, № 1. — P. 13–18.
28. Principles practice of Forensic Psychiatry / ed. by R. Buglass, R. Bowden. — L., 1990. — 1408 p.
29. Raguram R. Patterns of phobic neurosis: A retrospective study / R. Raguram, A.V. Bhide // British Journal of Psychiatry. — 1985. — Vol. 147, № 11. — P. 557–560.
30. Reich J. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients / J. Reich, J.P. Tupin, S.I. Abramowitz // American Journal of Psychiatry. — 1983. — Vol. 140, № 11. — P. 1495–1498.
31. Sorel E. Social Psychiatry: A Mission and a Vision for the 21st Century / E. Sorel // Jutern Medical Journal. — 1998. — Vol. 5, № 4. — P. 247–249.

REFERENCES

1. Antonyan Yu.M., Gul'dan V.V. *Kriminal'naya patopsikhologiya* [Criminal pathopsychology]. Moscow, Nauka Publ., 1991. 243 p.
2. Antonyan Yu.M., Borodin S.V., Kudryavtsev V.N. (ed.). *Prestupnoe povedenie i psikhicheskie anomalii* [Criminal behavior and mental abnormalities]. Moscow, Spark Publ., 1998. 215 p.
3. Antonyan Yu.M., Vinogradov M.V., Golumb Ts.A. Criminal behavior of people with mental abnormalities and its prevention. *Voprosy bor'by s prestupnost'yu* [Crime counteraction issues]. Moscow, NII MVD SSSR Publ., 1980. Iss. 32, pp. 24–38. (In Russian).
4. Berezin F.B. *Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka* [Mental and psycho-physiological adaptation of the person]. Leningrad, Nauka Publ., 1988. 295 p.
5. Borodin S.V., Polubinskaya S.V. Criminal law and psychiatry: some areas and the interaction problem. *Ugolovnoe pravo: novye idei* [Criminal law: new ideas]. Moscow, IGP RAN Publ., 1994, pp. 83–99. (In Russian).
6. Vertogradova O.P., Polyakov S.E., Stepanov I.L. et al. Psychosomatic correlation in the structure of borderline neuro-psychiatric disorders. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakoff's Journal of Neuropathology and Psychiatry*, 1989, no. 11, pp. 70–75. (In Russian).
7. Kabanov M.M. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i sotsial'naya psikiatriya* [Psychosocial rehabilitation and social psychiatry]. St Petersburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 1998. 252 p.
8. Karvasarskiy B.D. *Nevrozy* [Neuroses]. Moscow, Meditsina Publ., 1980. 448 p.
9. Krechmer E. *Stroenie tela i kharakter* [Body structure and character]. Moscow, Pedagogika-Press Publ., 1995. 608 p.
10. Liven' B.N. Prevalence and characteristics of the so-called psychopathological symptoms in healthy people: on the issue of norm and pathology in psychiatry. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakoff's Journal of Neuropathology and Psychiatry*, 1980, no. 11, pp. 1669–1678. (In Russian).
11. Malkin D.A., Abramov S.V., Dianov D.A., Trubetskoy V.F., Trifonov O.I., Shaklein K.N. *Psikhicheskie rasstroystva u osuzhdennykh, trebuyushhie statsionarnogo psikiatricheskogo lecheniya* [Mental disorders in convicted requiring inpatient psychiatric treatment]. Moscow, GNTSSP im. V.P. Serbskogo Publ., 2011. 24 p.
12. Mal'tseva M.M., Kotov V.P. *Opasnye deystviya psikhicheskii bol'nykh* [Dangerous actions of mentally ill]. Moscow, Meditsina Publ., 1995. 256 p.
13. Melekhov D.E. Social psychiatry and psychiatric clinic. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakoff's Journal of Neuropathology and Psychiatry*, 1972, no. 3, pp. 389–395. (In Russian).
14. Petrakov B.D., Tsygankov B.D. *Epidemiologiya psikhicheskikh rasstroystv* [The epidemiology of mental disorders]. Moscow, NTPZ RAMN Publ., 1996. 135 p.

15. Svyadoshh A.M. *Nevrozy i ikh lechenie* [Neuroses and its treatment]. Moscow, Medgiz Publ., 1959. 451 p.
16. Semke V.Ya. *Preventivnaya psikiatriya* [Preventive psychiatry]. Tomsk University Publ., 1999. 403 p.
17. Sergeev I.I. Neuroses dynamics and outcomes. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakoff's Journal of Neuropathology and Psychiatry*, 1989, no. 11, pp. 66–70. (In Russian).
18. Dmitrieva T.B. (ed.). *Sotsial'naya i sudebnaya psikiatriya: istoriya i sovremennost'* [Social and forensic psychiatry: past and present]. Moscow, GNTSSP im. V.P. Serbskogo Publ., 1996. 200 p.
19. Spasennikov B.A., Smirnov A.M., Tikhomirov A.N. Neurologic status of convicted males registered in the criminal-executory inspectorate. *Meditinskoe pravo = Medical law*, 2014, no. 5, pp. 28–31. (In Russian).
20. Spasennikov B.A. *Prinuditel'nye меры медицинского характера. Avtoref. Dokt. Diss.* [Compulsory medical measures. Doct. Diss.]. Moscow, 2004. 48 p.
21. Spasennikov B.A., Tikhomirov A.N. Mental disorders and their criminal-legal meaning. *Rossiyskaya yustitsiya = Russian Justice*, 2014, no. 2, pp. 20–23. (In Russian).
22. Kazakovtsev B.A., Makushkina O.A. (eds). *Sudebno-psikhiatricheskaya profilaktika v Rossiyskoy Federatsii. Analiticheskiy obzor* [Forensic psychiatric prevention in the Russian Federation. Analytical review]. Moscow, GNTSSP im. V.P. Serbskogo Publ., 2012. 356 p.
23. Brown G.W., Craig T.J., Harris T.O. Depression. Distress or disease? Some epidemiological considerations. *British Journal of Psychiatry*, 1985, vol. 147, no. 12, pp. 612–622.
24. Girolano G. de, Reich J.H. *Personality disorders*. Geneva, The World Health Organization Publ., 1995. 87 p.
25. Leinard B. *Fundamentals of Psychopharmacology*. New York, 1998. 391 p.
26. Lloyd G.G. Psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 1986, vol. 30, no. 2, pp. 113–120.
27. Pilkonis P.A., Feldman H., Himmelhoch J., Cornes C. Social anxiety and psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, vol. 168, no. 1, pp. 13–18.
28. Bluglass R., Bowden R. (eds). *Principles practice of Forensic Psychiatry*. London, 1990. 1408 p.
29. Raguram R., Bhide A.V. Patterns of phobic neurosis: A retrospective study. *British Journal of Psychiatry*, 1985, vol. 147, no. 11, pp. 557–560.
30. Reich J., Tupin J.P., Abramowitz S.I. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *American Journal of Psychiatry*, 1983, vol. 140, no. 11, pp. 1495–1498.
31. Sorel E. Social Psychiatry: A Mission and a Vision for the 21st Century. *Jutern Medical Journal*, 1998, vol. 5, no. 4, pp. 247–249.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Спасенников Борис Аристархович — главный научный сотрудник НИИ ФСИН России, доктор юридических наук, доктор медицинских наук, профессор, г. Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Spasennikov, Boris A. — Chief Researcher, Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Doctor of Law, Doctor of Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ

Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ неврастении у осужденных / Б.А. Спасенников // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. — 2014. — № 4. — С. 31–37. — DOI: 10.17150/1996-7756.2014.8(4).31-37.

REFERENCE TO ARTICLE

Spasennikov B.A. Clinical criminological analysis of neurasthenia among convicts. *Criminology Journal of Baikal National University of Economics and Law*, 2014, no. 4, pp. 31–37. (In Russian). DOI: 10.17150/1996-7756.2014.8(4).31-37.