

О значении неврастении в преступном поведении

Б.А.Спасенников

Научно-исследовательский институт ФСИН
России, Москва

Автор исследовал роль неврастении 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 раз реже, нежели в контрольной группе лиц, выявлена неврастения. Это свидетельствует о том, что неврастения не играет существенную роль в механизме преступного поведения, что противоречит ранее опубликованным данным. Вместе с тем, у осужденных, страдающих неврастением, выявлялись недостатки внимания, прогнозирования своих действий. При этом лицо полностью не лишено возможности саморегуляции поведения. У больных, страдающих неврастением, выявлена мелкоочаговая неврологическая симптоматика. При психологическом обследовании отмечалось повышение профиля ММП. По данным полиграфического исследования, у лиц, страдающих неврастением, выявляются нарушения биоэлектрической активности головного мозга в 42% случаев, повышение кожно-гальванического рефлекса. Эти данные показывают, что больные неврастением 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 неврастением, не нуждаются в применении принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания. Им показано добровольное лечение, психологическая помощь, направленные на улучшение нервно-психического здоровья, повышения качества жизни.

Ключевые слова: неврология, неврозы, неврастения, неврологический статус, электроэнцефалография, осужденный.

Neurasthenia in Criminal Behavior

B.A.Spasennikov

Science and Research Institute of the Russian
Federal Penitentiary Service, Moscow

The author investigates the role of neurasthenia in criminal behavior. The paper presents the results of long-term (1983-2014) comparative study of persons who had not been previously prosecuted (control group) and who had been convicted (study group). It shows that condemned persons 2.25 times less reveals neurasthenia in comparison to control group. These results indicate that neurasthenia has not significant role in criminal behavior, despite previous published data.

However, at condemned persons with neurasthenia, there are a lack of attention and a lack of acting prediction was detected. So persons are not completely deprived of behavior self-regulation. Small focal neurological symptoms were found in patients with neurasthenia. Increase in MMPI scale during psychological examination was shown. According to polygraphic study in neurasthenia patients, bioelectric brain activity disturbances were found in 42% cases, with concomitant increased galvanic skin reflex. These data show that neurasthenia patients have functional brain failure, that may cause committing rash crimes, and imprisonment led to the neurasthenia decompensation. So it was concluded that neurasthenia persons do not require concomitant treatment. Neurasthenia persons may only have treatment and psychological support of mere accord, in order to improve neurological and psychological health and quality of life.

Keywords: neurology, neurosis, neurasthenia, neurological status, electroencephalography, condemned person.

Поиск путей оптимизации ресоциализации осужденных, оказания им медико-психологической помощи, направленной на снижение рецидивоопасности, – одна из самых актуальных и далеко не решенных задач медицинской науки. Значимость поставленной проблемы обусловлена распространенностью нервно-психических расстройств у осужденных, а также уровнем рецидивной преступности, распространенностью 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, 3, 5, 7, 8, 13, 14, 17].

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 [2, 18, 20, 22, 23, 27, 30].

Выработка целостной концепции ресоциализации осужденных связана с решением ряда вопросов, имеющих самостоятельное значение для пенитенциарной науки. Среди них – распространенность влиятельной 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, 21, 22].

Эти проблемы недостаточно исследованы: одни из них остаются дискуссионными в научной среде, другие – лишь обозначены в целом, третьи – получили неточную трактовку. Они имеют межотраслевые аспекты, так как в ходе развития научного знания происходит дифференциация и интеграция наук [4, 6, 10, 11, 15].

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, то есть имеют 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 большое количество лиц, страдающих церебральными расстройствами. В-третьих, большая распространенность повторного совершения преступлений лицами, страдающими церебральной патологией [20–22].

Цели наказания, предусмотренные действующим законодательством, не будут достигнуты, если средства достижения цели не будут учитывать всех значимых сторон осужденного, характеризующих 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 – клинический анализ осужденных мужчин, страдающих неврастений. Оно выполнено в рамках научно-исследовательской программы, имеющей своей целью разработку концептуально-теоретических основ исполнения наказания, соединенного с принудительными мерами медицинского характера, что имеет фундаментальное значение в 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), приводившим к истощению нервной системы» [16]. 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 [9]. Мы относим неврастению к психическим расстройствам, не исключаям вменяемости [21].

Сформированный массив наблюдений составляет 250 мужчин в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст – $43,6 \pm 2,6$ лет).

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 диспансерном учете по поводу неврастений не состоял.

Из 250 обследованных основной и контрольной групп выявлено 20 лиц, страдающих неврастений.

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» [10]), тяжесть или шум в голове, «стук в висках».

Засыпание часто было затруднено, сон поверхностный. Утром они не чувствовали свежест, бодрость. Напротив, после сна чувствовали себя разбитыми.

Длительное напряжение внимания, памяти, становится для них невозможным. Ухудшалась память. Они становились нетерпеливы.

Часто у них «болит все», неприятные ощущения в голове, животе. При длительном течении заболевания появляются ипохондрические мысли о неизлечимости своей болезнью («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 неврастением, выявлялись недостатки внимания, прогнозирования своих действий. Эти особенности обуславливали совершение ими неосторожных преступлений, за которые они были осуждены. При этом лицо полностью не лишено возможности саморегуляции поведения.

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

Причиной развития неврастений 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 наследства, тревога за детей, которые остались с пьянствующей супругой, отсутствие постоянного жилья); тяжелое заболевание или смерть близких; уничтожение или повреждение имущества в результате пожара, действий третьих лиц; реальная угроза материальному благополучию семьи; уголовное преследование близких; исполнительное производство в результате (по мнению больного) неправомерного решения суда; необоснованный перевод на нижеоплачиваемую должность, неправомерное увольнение, закрытие предприятия, невостребованность специалиста на рынке труда; крах надежд, наступившая бедность, нищета; финансовая, сексуальная или иная зависимость; преступное посягательство на жизнь, здоровье, собственность лица, иные преступные действия 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, совершенное пьяным водителем). Неврастения возникла 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 собутыльников супруги).

Предрасполагающим фактором для развития неврастения были ослабляющие организм факторы: снижение качества жизни с однообразной 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 неврастением, до развития психического расстройства. На наш взгляд, неврастения возникает лишь на генетически подготовленной почве и 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 неврастением выявлено оживление сухожильных и периостальных рефлексов, повышенная плотность, легкое возникновение покраснения или побледнения лица, учащение сердцебиений, 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 неврастением.

У всех больных, страдающих неврастением, имелась 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 лиц, страдающих неврастением, 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, обеспечивающего приспособление организма человека к условиям внешней среды. При этом лицо полностью не лишено возможности сознательности и произвольности, 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 неврастения.

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

Во второй (основной) группе выявлено только два лица (4%), страдающих неврастением, то есть неврастения среди осужденных обнаружена в 2,25 реже, нежели в контрольной группе лиц. Полученный результат противоречит ранее опубликованным данным о том, что неврозы (например, неврастения) могут играть важную роль в преступном поведении. Отметим, что ранее мы также были сторонниками этой ошибочной позиции [22, 26, 29].

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

Клинический анализ осужденных показывает, что лица, страдающие неврастением, то есть психическим расстройством, не исключающим способности быть субъектом отбытия наказания, до развития невроза отличались повышенной впечатлительностью и чувственностью (сензитивностью), что препятствовало умышленному преступному поведению.

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 неврастением, не нуждаются в назначении принудительного амбулаторного наблюдения и лечения, соединенного с исполнением наказания. Добровольное амбулаторное наблюдение и лечение, включающее применение анксиолитиков с целью уменьшения выраженности психических расстройств, может существенно улучшить их психическое состояние, будет способствовать появлению условий по достижению целей наказания. Помимо медикаментозной терапии, всем обследованным показано психотерапевтическое воздействие, которое должно оказываться 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 [19, 28, 31].

Литература

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические аномалии. Под ред. В.Н. Кудрявцева. М.: «Спарк», 1998; 215.
2. Антонян Ю.М., Виноградов М.В., Голумб Ц.А. Преступное поведение лиц с психическими аномалиями и его профилактика. Вопросы борьбы с преступностью. М.: НИИ МВД СССР, 1980; 32: 24–38.
3. Антонян Ю.М., Гульдман В.В. Криминальная патопсихология. М.: Наука, 1991; 243.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988; 295.
5. Бородин С.В., Полубинская С.В. Уголовное право и психиатрия: некоторые области и проблемы взаимодействия. Уголовное право: новые идеи. М.: ИГП РАН, 1994; 83–99.
6. Вертоградова О.П., Поляков С.Э., Степанов И.Л. и др. Психосоматические соотношения в структуре пограничных нервно-психических расстройств. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989; 11: 70–75.
7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998; 252.
8. Казаковцева Б.А., Макушкиной О.А. Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации. Аналитический обзор. М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2012; 356.

9. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980; 448.
10. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Педагогика-Пресс, 1995; 608.
11. Малкин Д.А., Абрамов С.В., Дианов Д.А., Трубецкой В.Ф., Трифонов О.И., Шаклеин К.Н. Психические расстройства у осужденных, требующие стационарного психиатрического лечения. М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2011; 24.
12. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М.: Медицина, 1995; 256.
13. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и психиатрическая клиника. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1972; 3: 389–395.
14. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. М: НЦПЗ РАМН, 1996; 135.
15. Ливень Б.Н. Распространенность и характеристика так называемых психопатологических симптомов у здоровых людей: К вопросу о норме и патологии в психиатрии. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1980; 11: 1674.
16. Свядоц А.М. Неврозы и их лечение. М.: Медгиз, 1959; 451.
17. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999; 403.
18. Сергеев И.И. Динамика и исходы неврозов. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989; 11: 66–70.
19. Социальная и судебная психиатрия: история и современность. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1996; 200.
20. Спасенников Б.А. Принудительные меры медицинского характера. Автореферат диссертации на соискание ученой степени

- доктора юридических наук. Московская государственная юридическая академия. М.: 2004; 48.
21. Спасенников Б.А., Смирнов А.М., Тихомиров А.Н. Неврологический статус осужденных, состоящих на учете в уголовно-исполнительной инспекции. Медицинское право. 2014; 5: 28–31.
22. Спасенников Б.А., Тихомиров А.Н. Психические расстройства и их уголовно-правовое значение. Российская юстиция. 2014; 2: 20–23.
23. Brown G.W., Craig T.J., Harris T.O. Depression. Distress or disease? Some epidemiological considerations. Brit. J. Psychiat. 1985; 147: 12: 612–622.
24. De Girolano G., Reich J.H. Расстройства личности. Женева: ВОЗ. 1995. 87 с.
25. Leinard B. Fundamentals of Psychopharmacology. New York. 1998; 391.
26. Lloyd G.G. Psychiatric syndromes with a somatic presentation. J. Psychosom. Res. 1986; 30: 2: 113–120.
27. Pilkonis P.A., Feldman H., Himmelhoch J., Cornes C. Social anxiety and psychiatric diagnosis. J. Nerv. ment. Dis. 1980; 168: 1: 13–18.
28. Principles practice of Forensis Psychiatry. Ed. Bluglass R., Bowden R. London. 1990; 1408.
29. Raguram R., Bhide A.V. Patterns of phobic neurosis: A retrospective study. Brit. J. Psychiat. 1985; 147: 11: 557–560.
30. Reich J., Tupin J.P., Abramowitz S.I. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. Amer. J. Psychiat. 1983; 140: 11: 1495–1498.
31. Sorel E. Social Psychiatry: A Mission and a Vision for the 21st Century. Jutern Medical Journal. 1998; 5: 4: 247–249.

8 апреля, 2015

Научно-практическая конференция Многофакторная терапия сахарного диабета II типа

Председатели конференции

Мкртумян Ашот Мусаелович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ. Петунина Нина Александровна - заведующая кафедрой эндокринологии ИПО ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, профессор, доктор медицинских наук.

Основные темы для обсуждения:

- Новые медицинские технологии в лечении диабета;
- Эпидемиология сахарного диабета типа 2 и метаболического синдрома;
- Эволюция подходов к инсулинотерапии;
- Пероральные методы лечения: новейшие препараты;
- Современные возможности диагностики и лечения осложнений сахарного диабета;
- Профилактика сахарного диабета и его осложнений.

Место проведения конференции:

г. Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28, ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ, Большой конференц-зал (вход через проходную с Калошина пер., д.3, стр.2). Проезд до ст. метро Смоленская, Кропоткинская.

Начало регистрации и работа выставки с 09.00. Начало научной программы конференции в 10.00.

Регистрация и подробная информация

на сайте www.eecmedical.ru, по эл. почте: info@eecmedical.ru, или по телефонам: +7 [495] 592-06-59, +7 [916] 567-35-29