

На правах рукописи

КАМЕНСКОВ МАКСИМ ЮРЬЕВИЧ

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПАРАФИЛИЙ И ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

14.01.06 - Психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор **Ткаченко Андрей Анатольевич**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Менделевич Владимир Давыдович** – заведующий кафедрой медицинской и общей психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ;

доктор медицинских наук **Сиволап Юрий Павлович** – профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» МЗ РФ;

доктор медицинских наук **Алексеев Борис Егорович** – профессор кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Государственный северо-западный медицинский университет им. И.И.Мечникова» МЗ РФ.

Ведущее учреждение: «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН»

Защита диссертации состоится «__» января 2018 г. в 13.00 ч. на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 119991, г.Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» и на сайте: www.serbsky.ru.

Автореферат разослан «__» _____ 2017г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В связи со вступлением в силу Федерального закона РФ от 29.02.2012 г. №14-ФЗ, который предусматривает усиление контроля и наказания для лиц, совершивших половые преступления, расстройства сексуального предпочтения приобретают самостоятельное юридическое значение. Законодательные новации привели к тому, что диагностика и выбор лечебной тактики в отношении лиц с парафилиями стали предметом деятельности различных звеньев психиатрической службы – судебно-психиатрической, пенитенциарной и диспансерной.

Однако в настоящее время нельзя считать решенным вопрос о клинической систематике и месте парафилий в общей структуре психических расстройств, о чем свидетельствуют дискуссии при разработке диагностических указаний психосексуальных расстройств в рамках МКБ-11 (Егоров А.Ю., 2005; Fedoroff J.P. с соавт., 2013; Reed G.M. с соавт., 2016). Основная цель данной дискуссии заключается в том, чтобы сблизить представления о парафилиях с общей дефиницией психических расстройств.

Для решения возникающих клинико-диагностических трудностей предлагается рассмотрение парафилий с позиций аддиктивных расстройств. Аддиктивное поведение характеризуется стремлением к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций. В настоящее время в круг аддикций включается широкий спектр психических расстройств: химические, нехимические, смешанные формы зависимости (Короленко Ц.П. с соавт., 2000; Егоров А.Ю., 2005; Сиволап Ю.П., 2007). Были сформулированы диагностические критерии и сексуальных аддикций (Goodman A., 1990), которые отчасти пересекаются с клиническими указаниями современных классификаций и включают наличие эмоционального напряжения перед началом аддиктивного акта с последующей разрядкой по мере его

осуществления, при этом клинические проявления носят стойкий и пролонгированный характер.

Изучение парафилий позволяет сделать вывод о схожести их психопатологического оформления с другими аддиктивными расстройствами. В клиническом описании расстройств сексуального предпочтения имеются указания на аффективные, обсессивные и компульсивные расстройства (Ткаченко А.А., 1997; Амбарцумян Э.С., 2003; Яковлева Е.Ю., 2010), которые встречаются и при других аддикциях (Менделевич В.Д., 2003; Егоров А.Ю., 2005). Кроме этого, прослеживаются общие закономерности развития сексуальных и несексуальных аддиктивных расстройств и их нейрофизиологических механизмов (Tost H. с соавт., 2004; Bedi G. с соавт., 2015; Blum K. с соавт., 2015; Park S.M. с соавт., 2017).

Несмотря на длительный период изучения различных форм аддиктивного поведения, остается широкий круг вопросов, касающийся механизмов формирования аддикций (Бухановский А.О. с соавт., 2007; Рожнова Т.М. с соавт., 2010; Черепкова Е.В. с соавт., 2011; Weinstein A. с соавт., 2015; Borsetti S. с соавт., 2017), понимания их клинической сущности (Клименко Т.В., 1996; Семке В.Я. с соавт., 2006; Плоткин Ф.Б., 2013) и структурно-динамических особенностей (Благов Л.Н., 2005; Сиволап Ю.П., 2007; Чирко В.В. с соавт., 2009), связи с коморбидными психическими расстройствами (Семке В.Я. с соавт., 2006; Каменсков М.Ю., 2008; Яковлева Е.Ю., 2010). Недостаточно изучены биологические основы аддиктивного поведения, а в некоторых исследованиях получены противоречивые данные (Киренская А.В. с соавт., 2003; Kafka M.P., 2003; Spinella M., 2007; Habermeyer V. с соавт., 2013; Varson J.R. с соавт., 2015; Park S.M. с соавт., 2017).

Кроме того, мало изучены особенности осознанно-волевой регуляции поведения при сексуальных аддикциях с учетом их клинико-динамических особенностей (Яковлева Е.Ю., 2010). Особо затруднительна диагностика и экспертная оценка сексуальных аддиктивных расстройств в силу высокой частоты диссимуляции парафильных побуждений (Ткаченко А.А. с соавт.,

2015), что требует привлечения дополнительных (в частности, психофизиологических) методов обследования, позволяющих объективно верифицировать диагноз.

Таким образом, несмотря на потребности психиатрической и судебно-психиатрической практики, на современном этапе отсутствуют единые представления о механизмах формирования аддикций и их динамической клинической трансформации. Хотя биологические исследования весьма многообразны, однако до сих пор не подлежали детальному анализу связи между нейрофизиологическими и иммунохимическими нарушениями и особенностями клинического оформления парафилий. Нуждаются в уточнении некоторые методологические и методические подходы к психофизиологической диагностике сексуальных аддикций. Особого внимания заслуживает и целый круг проблем, связанных с отсутствием четких критериев нарушений осознанно-волевой регуляции у лиц с парафилией с разными вариантами динамики аддиктивного поведения.

Цель исследования. Выявление структурно-динамических закономерностей и патогенетических механизмов парафилий как модели аддиктивных расстройств и разработка критериев их клинической и психофизиологической диагностики и судебно-психиатрической оценки.

Задачи исследования:

1. Выделение структурно-динамических закономерностей расстройств сексуальных предпочтений.
2. Выделение социальных и биологических факторов в формировании сексуальных аддиктивных расстройств.
3. Выявление клинико-патогенетических (нейрофизиологических и нейрохимических) механизмов формирования сексуальных аддикций.
4. Выделение критериев экспертной оценки сексуальных аддикций с учетом их структурно-динамических особенностей и

патобиологических нарушений, влияющих на осознанно-волевую регуляцию.

5. Обоснование методологических и методических принципов психофизиологического обследования лиц с сексуальным аддиктивным поведением и выделение критериев психофизиологической диагностики сексуальных аддикций.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Механизмы формирования сексуального аддиктивного поведения связаны с комплексным воздействием биологических и социальных факторов, обуславливающих дисгармоничное формирование личности и сексуальной сферы, что впоследствии способствует фиксации аномальной сексуальной активности и объекта.
2. Расстройства сексуального предпочтения имеют ряд структурно-динамических особенностей, которые соответствуют общебиологическим закономерностям течения заболевания, включая преморбидный, инициальный, нозологический и терминальный периоды.
3. Психопатологическое оформление сексуальной аддикции на каждом из этапов ее динамики соотносится с нарушениями самосознания, в связи с чем клинический анализ парафилий целесообразно проводить с учетом трехкомпонентной системы самосознания (включающей когнитивную, эмоциональную и поведенческую составляющие) и патогенетического или патопластического влияния коморбидной психической патологии.
4. Методологический подход к инструментальной психофизиологической диагностике расстройств сексуального предпочтения, предусматривающий медицинские принципы построения исследования и базирующийся на комплексном предъявлении визуальных и вербальных стимулов, позволяет

минимизировать влияние ситуационных, психологических и психопатологических факторов на физиологическую реактивность и провести дифференцированный анализ данных.

5. Нейрофизиологические изменения при парафилиях характеризуются дисфункцией префронтальной коры (ПФК), которая играет важную роль в организации самосознания, различных вариантах его нарушения и психопатологическом оформлении парафилий в виде обсессивных, деперсонализационно-дереализационных расстройств, нарушений сознания и критических функций.
6. Нейроиммунохимические изменения при парафилиях, характеризующиеся нарушениями гуморального и клеточного иммунитета, активности трансмиссерных систем создают патобиологическую основу таких фенотипических проявлений сексуальных аддикций как обсессивно-компульсивные, деперсонализационные и аффективные расстройства.
7. Выявляемые нейрофизиологические и нейроиммунохимические изменения находятся в патогенетическом взаимоотношении с психопатологическими феноменами, имеющими экспертное значение, вследствие чего они могут быть использованы в качестве дополнительных аргументов при обосновании нарушений осознанно-волевой регуляции.

Степень достоверности результатов определяется объемом и научно-методическим уровнем проведенных исследований. Достоверность полученных данных обеспечена репрезентативностью выборки и применением методов статистической обработки материала.

Научная новизна работы. В работе развито научное направление, связанное с рассмотрением в рамках единой концепции и использованием общего принципа научного анализа клинических структурно-динамических особенностей сексуальных аддиктивных расстройств с позиций нарушений

когнитивной, эмоциональной и поведенческой компонент самосознания и их патобиологических основ. Использование комплексного подхода позволило систематизировать клинические проявления аддиктивных расстройств на примере парафилий, выявить предрасположительно-факторы их формирования, а также оценить клиничко-патогенетические закономерности. Впервые были проанализированы структурно-динамические особенности сексуальных аддикций с учетом нарушений самосознания, выделены различные клинические варианты и описаны основные их диагностические критерии. Представлены модели экспертной оценки ограниченной вменяемости и невменяемости с учетом клиничко-динамических закономерностей парафилий. Определено влияние коморбидных психических расстройств на динамическую трансформацию сексуальных аддикций. Выделены варианты коморбидности психических и сексуальных расстройств и установлена степень экспертной значимости коморбидной психической и психосексуальной патологии (первостепенное, паритетное, второстепенное значение), что способствует дифференцированному принятию экспертного решения у обвиняемых в сексуальных правонарушениях. Изучение нейрофизиологических механизмов парафилий с учетом их динамики позволило выделить клиничко-биологические взаимосвязи, объясняющие психопатологические нарушения при различных вариантах расстройств самосознания и особенности осознанно-волевой регуляции поведения. Установлена ведущая роль префронтальной коры в обеспечении такой высшей психической функции как самосознание, а также в организации аддиктивного поведенческого акта. Показано, что ее дисфункция соотносится с нарушениями произвольной регуляции. Нейроиммунохимические исследования дали возможность объяснить психопатологические феномены изменениями в функционировании основных нейротрансмиттерных систем головного мозга и, прежде всего, дофаминергической. Впервые были получены данные, указывающие на тесное взаимодействие иммунной и трансммиттерной систем у лиц с парафилиями, взаимосвязь клиничческого оформления парафильного акта и трансммиттерной

дисфункции. Были разработаны основные методологические и методические аспекты психофизиологической диагностики расстройств сексуального предпочтения, даны рекомендации по использованию данного метода при производстве судебно-психиатрических экспертиз. Впервые была оценена валидность метода психофизиологической диагностики парафилий с учетом влияния на физиологическую реактивность психической патологии. Описан перечень психиатрических ограничений к использованию данного метода. Разработан алгоритм проведения, анализа и интерпретации данных, получаемых в ходе тестирования, проводимого лицам, обвиняемым в сексуальных правонарушениях.

Теоретическая значимость работы. Получен ряд важных данных по широкому кругу принципиальных вопросов, связанных не только с судебно-психиатрической экспертной практикой, но и имеющих значение для психиатрической науки. Описана психопатология аддиктивных расстройств и разработана методология клинического подхода к их анализу, в рамках которой оцениваются основные нарушения функций самосознания с учетом каждой из его компонент (когнитивной, эмоциональной и поведенческой). Клинические проявления аддиктивной патологии, которые представлены широким спектром нарушений в различных составляющих психической сферы, рассматриваются как производные нарушений самосознания. С учетом этого сформулированы основные клинические критерии каждого варианта нарушения самосознания, а также описаны структурно-динамические особенности расстройств сексуального предпочтения. Отмечена специфика экспертного подхода к вынесению дифференцированной судебно-психиатрической оценки при различных вариантах нарушения самосознания. Выделены основные модели формирования аддиктивных расстройств с учетом комплексного влияния биологических, социальных, дизонтогенетических и личностных факторов. Описаны основные патогенетические – нейрофизиологические и нейрохимические – механизмы формирования парафилий и связанной с ними психопатологической симптоматикой, а также осознанно-волевой регуляцией

поведения. Выделены варианты клинико-психофизиологических взаимоотношений у лиц, совершивших сексуальные преступления, наблюдаемые при проведении психофизиологического исследования. Разработана методология психофизиологического исследования.

Практическая значимость работы. Выделенные психопатологические варианты клинической картины сексуальных аддикций с учетом нарушений самосознания, а также модели судебно-психиатрической оценки при решении вопроса о вменяемости позволяют оптимизировать процесс клинического и экспертного анализа при производстве экспертиз обвиняемым, совершившим сексуальные правонарушения. Сформулированные критерии экспертной оценки способствуют усовершенствованию как самой процедуры экспертной диагностики, так и обоснованию экспертного заключения, в том числе потенциальной общественной опасности и принудительных мер медицинского характера, снижая временные затраты при проведении экспертиз и позволяя избежать необоснованных экспертных решений. Использование результатов анализа клинико-психофизиологических взаимосвязей позволяют уточнить диагностические критерии парафилий и снизить количество повторных экспертиз. Выявляемые с помощью нейрофизиологического и нейрохимического методов варианты клинико-биологических взаимосвязей позволяют проводить не только дифференцированную диагностику расстройств сексуального предпочтения, но и аргументировать экспертный вывод о нарушении осознанно-волевой регуляции в юридически значимый криминальный период. Сформулированные клинические и экспертные модели имеют большое значение для совершенствования производства экспертиз и повышения качества и объективности экспертных оценок.

Реализация работы. Результаты исследования используются в педагогическом процессе и применяются в клинической деятельности и при производстве комплексных сексолого-психиатрических экспертиз обвиняемым в сексуальных преступлениях в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Апробация и публикация материалов исследования. Результаты работы доложены и обсуждены на 2-ой Всероссийской конференции «Мужское здоровье» (октябрь 2005 г., г. Москва), 4-ом Российском научном форуме «Мужское здоровье и долголетие» (февраль 2006 г., г. Москва), 5-ом Национальном конгрессе по социальной и клинической психиатрии: «Психическое здоровье – фактор социальной стабильности и гармоничного развития общества» (декабрь 2013 г., г. Москва), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: Миф или реальность?» (май 2014 г., г. Санкт-Петербург), Международном семинаре «Forensic Psychiatry in North America and the Russian Federation: Learning From One Another» (май 2016 г., Москва), заседаниях Проблемного совета по судебной психиатрии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России (01.06.2016 г., 10.05.2017 г.), Международном обучающем семинаре «Assessment and treatment of people with problematic sexual interests and behaviors» (май 2017г., г. Прага).

Основные положения исследования содержатся в 28 опубликованных работах, список которых приводится в конце автореферата. Из них – 13 опубликовано в журналах, рецензируемых ВАК Минобрнауки РФ, 1 – в иностранном журнале, входящем в перечень SCOPUS, и 2 патента по способу диагностики расстройств сексуального предпочтения.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 381 странице и состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, приложения и библиографического указателя, содержащего 513 наименований, из которых 252 – отечественных и 261 – зарубежное.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методологическая база работы. В рамках настоящего исследования предлагается рассмотрение закономерностей формирования и этапности развития сексуальных аддикций с позиций клинического описания

общебиологических закономерностей развития болезни, используемого в соматической и психиатрической практике (Адо А.Д., 1973; Веселкин П.Н., 1976). Данная модель описывает преморбидный, инициальный, нозологический и терминальный периоды болезни.

Нозологический этап сексуальной аддикции рассматривался с применением клинической модели нарушений самосознания, предложенной Т.А.Кафаровым (2000). Она интегрирует более ранние классификации нарушений самосознания (Снежневский А.С., 1970, 1983; Naug К., 1989) и описывает структурно-динамические особенности этих расстройств, начиная от наиболее легких – реагирования самосознания – и заканчивая глубокими нарушениями – трансформацией (схема 1).

Изучение аддиктивного сексуального поведения с учетом расстройств самосознания обосновано тем, что:

во-первых, расстройства самосознания являются базовыми нарушениями психической деятельности, в то время как другие феномены (аффективные, обсессивные) – производными (Аккерман В.И., 1936; Меграбян А.А., 1962);

во-вторых, нарушения самосознания выявлены при аддиктивных расстройствах в психиатрических и психологических исследованиях (Смирнов О.Г., 1982; Соколова Е.Т. с соавт., 1989; Козлова И.А., 1996; Грюнталь Н.А., 1998; Кущев Д.В., 2010);

в третьих, диссоциативные феномены, указывающие на расстройства самосознания, часто встречаются и при парафилиях (Ткаченко А.А., 1994; Яковлева Е.Ю., 2010), а нарушения половой идентичности играют значительную роль в развитии сексуальных отклонений, определяют стиль поведения больного и его отношение к болезни (Алексеев Б.Е., 2010).

В основу настоящего исследования была положена гипотеза о том, что психопатологическое своеобразие расстройств сексуального предпочтения находится в зависимости от нарушений самосознания на различных стадиях аддиктивного расстройства.

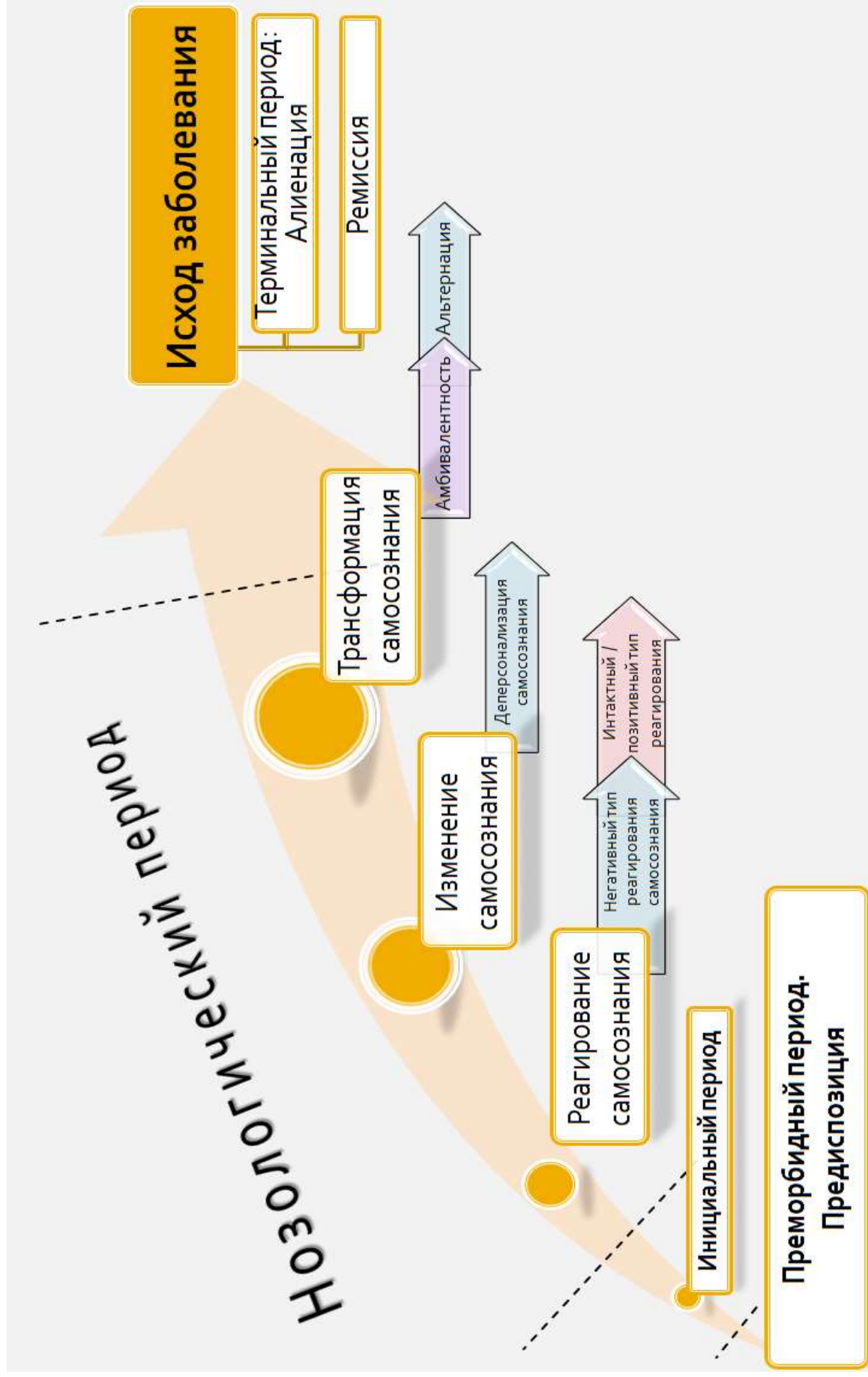


Схема 1. Схема анализа структурно-динамических особенностей парафилий

Материал исследования. Настоящее исследование основано на изучении 314 подэкспертных, привлекавшихся к уголовной ответственности за совершение сексуальных противоправных деяний (по ст.ст. 131, 132, 133, 134, 135 УК РФ). Из них 219 случаев составили лица с расстройствами сексуального предпочтения (основная группа) и 95 – без таковых (группа сопоставления).

В основной группе наиболее часто было диагностировано «Органическое психическое расстройство» (36,7%), основная доля которого приходилась на расстройства личности органического генеза (34%). В группе сопоставления среди органических психических расстройств чаще отмечались неглубокие нарушения, представленные эмоционально лабильным расстройством (10%). Психические расстройства шизофренического спектра (23,3% и 11,4%, $p=0,02$) и расстройства личности (21,3% и 7,1%, $p=0,006$) преобладали у лиц с парафилиями. В основной группе большую часть больных шизофренией составили подэкспертные с параноидной и психопатоподобной формой. Среди лиц с психопатией преимущественно отмечались смешанные расстройства личности (12% и 7,1%). Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в основном были представлены синдромом зависимости (18,7% и 31,4%, $p=0,03$). В основной группе 17,3% составили лица без признаков коморбидной психической патологии, в то время как во второй психически здоровыми являлись 31,4% подэкспертных ($p=0,02$).

В целом среди лиц основной группы наиболее часто встречалась патология личностного уровня, что составило 66% случаев. В группе сопоставления преобладала неглубокая психическая патология, изолированный синдром зависимости от ПАВ и случаи психически здоровых испытуемых (53%).

В первой группе более чем в половине случаев наблюдалось сочетание нескольких девиантных сексуальных форм активности и объекта, что позволяло диагностировать «Множественные расстройства сексуального предпочтения» (F65.6) (60%). Реже встречались изолированные формы парафилий,

представленные «Педофилией» (F65.4) (26%), «Садомазохизмом» (F65.5) (5,3%), «Раптофилией» (F65.8) (8,0%) и «Эксгибиционизмом» (F65.2) (0,7%).

Основными методами исследования являлись *клинико-психопатологический* и *сексологический*. В ходе *психофизиологического обследования* испытуемым предъявлялись визуальные эротические стимулы и вербальные тесты, в которых формулировка вопросов касалась сексуальных предпочтений. Одновременно регистрировались вегетативные физиологические показатели на психофизиологическом комплексе «Delta».

При *нейрофизиологическом обследовании* (проводилось совместно с Лабораторией клинической нейрофизиологии под руководством д.б.н. А.В.Киренской) применяли тест с произвольными саккадами. Электроэнцефалограмму регистрировали от 19 стандартных отведений, монополярно на нейрокатографе фирмы «МБН».

При *нейроиммунохимическом исследовании* (проводилось совместно с Лабораторией нейроиммунохимии под руководством д.б.н. О.И.Гуриной) оценивались параметры общего анализа крови, иммунного статуса (уровень IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, TNF- α , γ -INF), цитокинового профиля и обмена серотонина, норадреналина, диоксифенилуксусной кислоты (ДОФУК).

На основе карты обследования была создана база данных. Обработка проводилась с использованием нескольких методов *статистического анализа*: качественный индивидуальный анализ признаков; анализ частотности признаков (абсолютные и относительные их значения); непараметрические и параметрические методы (односторонний точный критерий Фишера, тест Вилкоксона, коэффициент Спирмена, критерий Стьюдента, дисперсионный анализ – однофакторный, многофакторный, логит-регрессия); корреляционные методы (многомерное шкалирование на базе создания корреляционных матриц, канонический анализ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Преморбидный период (предиспозиционные факторы)

Биологические факторы. У подэкспертных с расстройствами сексуального предпочтения гораздо чаще встречалась наследственная отягощенность по психическим расстройствам (62% и 34,3%, $p < 0,0001$), которые были представлены в основном химическими аддикциями (43,3% и 28,6%, $p = 0,02$).

Также была обнаружена частая встречаемость экзогенно-органических вредностей (68,7% и 32,9%, $p < 0,0001$), приуроченных преимущественно к перинатальному периоду. Отмечалось многофакторное экзогенно-органическое воздействие на каждом из этапов перинатального и постнатального периодов развития, в то время как в группе сопоставления это были единичные вредности.

У подэкспертных основной группы последствия патологии беременности и родов отмечались в первый год жизни и исчерпывались неврологическими нарушениями. В дошкольном и школьном возрастах присоединялись невротоподобные и гипердинамические нарушения. В раннем пубертатном возрасте на смену гипердинамическому синдрому приходило формирование патохарактерологических черт в виде раздражительности, агрессивности, конфликтности, импульсивности.

Социальные факторы. Наиболее значимыми социальными факторами для формирования парафилий явились особенности воспитания. При сексуальных аддикциях чаще отмечался девиантное воспитание в родительской семье (55,3% и 37,1%, $p = 0,008$), которое происходило по типу гипоопеки, гиперпротекции, гиперролевого типу, характеризующемуся жестоким обращением с подэкспертными в их детском возрасте. Полученные на основании корреляционного анализа данные позволяют говорить о том, что особенности разных девиантных стилей воспитания и наличие психопатологической отягощенности по аддиктивным заболеваниям

предрасполагает к формированию парафилий, в основе чего лежат нарушения развития эмоциональной сферы.

Дизонтогенетические состояния. Для сексуальных аддикций в отличие от группы сопоставления характерны отклонения на каждом из этапов полового развития и накопление нескольких дизонтогенетических predispositions, среди которых чаще отмечались искажения развития на этапе базовой (88,7% и 20% $p < 0.0001$) и полоролевой (72,7% и 50%, $p = 0,001$) идентичности.

На этапе психосексуальных ориентаций при расстройствах сексуального предпочтения была характерна инверсия фаз либидо (75,3% и 33,3%, $p < 0.0001$), при которой отмечалось несвоевременно раннее или опережающее другие фазы становление сексуального либидо. В целом, при парафилиях преимущественно выявлялась сложная дисгармония полового развития, в то время как в группе сопоставления – различные формы задержек.

Форма дизонтогенеза во многом была обусловлена особенностями воспитания детей, о чем свидетельствуют данные корреляционного анализа. Среди подэкспертных, воспитывающихся в детских домах, выявлялись признаки задержки психосексуального развития, а сложная дисгармония пубертата формировалась под воздействием патогенных социальных моментов:

- дефицита эмоциональных связей с отцом и/или матерью,
- воспитания в условиях чрезмерной строгости,
- жесткого иерархического распределения ролей внутри семьи,

что в целом обуславливало нарушение не только полового развития, но и формирования коммуникативных навыков.

Кроме дисгармоничного психосексуального развития отмечались также преморбидные личностные аномалии возбуждимого и тормозимого круга. Для подэкспертных основной группы была выявлена связь между личностными аномалиями возбуждимого круга и появлением во время правонарушения садистических элементов поведения вплоть до формирования у таких испытуемых агрессивно-садистических форм парафилий ($r = 0,7$; $p < 0.05$). Также

обнаружена связь между личностными аномалиями тормозимого круга и формированием расстройств сексуального предпочтения в виде педофилии ($r=0,76$; $p<0.05$).

Инициальный период

До начала формирования расстройств сексуального предпочтения в основной группе подэкспертных встречались различные формы расстройств влечений несексуального круга, а также психопатологические состояния, феноменологически сходные с некоторыми проявлениями сексуальных аддикций (компульсивные и обсессивные расстройства, сверхценные увлечения и др.). Первые их признаки были приурочены к $9,2\pm 3,2$ годам, а продолжительность самого этапа до начала формирования парафилии составляла $8,6\pm 3$ лет.

Обсессивно-фобические и сверхценные состояния были представлены навязчивыми страхами, тревожными опасениями, транзиторными тревожными расстройствами, эпизодами ритуализированного поведения, сверхценными увлечениями и отношением к сексуальной сфере.

Прoadдиктивные состояния характеризовались периодами злоупотребления алкогольными напитками, использования наркотической продукции, которые могли сочетаться с лудоманией, клептоманией, арифмоманией, дромоманией и др.

В сексуальной сфере к проаддиктивным состояниям были отнесены синдром ранней сексуализации поведения, обсессивная мастурбация, патологическое фантазирование эротического содержания, эпизоды аутоэротической активности, единичные случаи аномальных сексуальных фантазий и сновидений.

Обсессивно-фобические, проаддиктивные сексуальные и несексуальные состояния встречались гораздо чаще в основной группе, чем в группе сравнения, приходясь на детский и пубертатный возраст (82,7% и 35,7%, $p<0.0001$). Они отличались многообразием не только по группе в целом, но и в

каждом конкретном случае ($p < 0.0001$), а сексуальные проаддиктивные состояния были характерны только для лиц с парафилиями.

Нозологический период

При формировании парафилий наиболее часто встречались два варианта нарушений самосознания по типу его реагирования: негативный и интактный. Последующие структурно-динамические изменения характеризовались поэтапной сменой нарушений самосознания с появлением качественно новых вариантов: изменений (деперсонализации) и трансформации (амбивалентности, альтернации, алиенации).

I. Реагирование самосознания

Реагирование самосознания является наиболее легким клиническим вариантом нарушений самосознания, представляющим собой реакцию личности на болезнь (формирование расстройств сексуального предпочтения).

Негативный тип реагирования самосознания

При данном типе, встречающемся в 20%, отмечалось негативное восприятие изменений собственной сексуальности при формировании расстройств сексуального предпочтения. Для этой группы больных были характерны наличие критического отношения к навязчивым аномальным сексуальным фантазиям, желаниям, поведению. Само сексуальное противоправное поведение отличалось стереотипностью.

Формирование парафилий, которое происходило в основном по психогенным механизмам, было приурочено к 24,6 годам. После воздействия одного или нескольких психогенных факторов отмечалось появление навязчивых аномальных сексуальных фантазий, что отражало нарушение когнитивной компоненты самосознания. Аномальные эротические образы воспринимались как чуждые личности, ее желаниям и потребностям, отношение к ним было как к болезненным проявлениям. Представления возникали спонтанно, независимо от текущих переживаний личности и

ситуационного контекста и могли быть настолько интенсивными, что связь с реальными событиями частично утрачивалась за счет сужения сознания.

По мере динамики сексуальной аддикции отмечалась постепенная утрата критического отношения к парафильным фантазиям/побуждениям и появлялась тенденция к их принятию, что сопровождалось уменьшением интенсивности обсессивных нарушений. Однако эротические представления появлялись все чаще, что свидетельствовало о росте патосексуальной толерантности (по терминологии Бухановской О.А., 2003).

При анализе эмоциональной компоненты самосознания были обнаружены различные формы аффективных расстройств (60%): чаще всего выявлялись тревожные, депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, которые предшествовали эпизодам эротического фантазирования и совершению противоправных деяний. Фантазирование, сопровождавшееся мастурбацией или его реализацией, изменяло эмоциональное состояние, устраняя негативные переживания.

В период борьбы с аддиктивными сексуальными фантазиями/побуждениями появлялись вегетативные (пресомнические и интрасомнические) и усиливались аффективные расстройства, на фоне которых происходила реализация эротических представлений, причем чаще всего в утреннее и дневное время суток. Самой реализации сопутствовало аффективное сужение сознания: в момент деликта отмечалось ограничение восприятия пространства, его сужение с фиксированностью на жертве, нарушения чувствительности по типу гипестезий в одной или двух модальностях (зрительной, аудиальной).

В 23,3% отмечался переход негативного типа реагирования самосознания в другие клинические его формы: интактное реагирование, деперсонализацию самосознания (прогрессивные тенденции нарушений самосознания). Это отражало негативную динамику сексуальных аддикций за счет утяжеления клинической симптоматики. Однако даже в рамках рассматриваемого типа реагирования самосознания можно было говорить об утяжелении клинической

симптоматики за счет изменения интенсивности и частоты эротического фантазирования (линейная динамика).

Интактный и позитивный тип реагирования самосознания

При данных типах реагирования самосознания, наблюдавшихся в 59% случаев, отсутствовало осознание болезненных изменений собственной сексуальности при формировании парафилий. Был типичен сверхценный характер влечения. У большей части испытуемых наблюдалось полиморфное аномальное сексуальное поведение.

Возраст начала формирования психосексуального расстройства был приурочен к 15,8 годам. Формирование происходило по имитационным, импринтинговым механизмам и механизмам оперантного научения.

Эротическое фантазирование носило произвольный характер. Появление фантазий было преимущественно связано с половой потребностью, периодически возникающими желаниями реализовать аддиктивное влечение. Возникновению представлений также способствовали ситуационные факторы: встреча с объектом сексуального влечения, интоксикационные и психогенные воздействия.

В первое время фантазии выполняли заместительную функцию, удерживая от совершения противоправных поступков. В последующем они приобретали главенствующее значение, отодвигая на второй план другие потребности, мысли, имеющие до этого свою ценность. Зрительные образы были стойкими и интенсивными. На данном этапе формирования парафилии можно было говорить о доминирующем характере влечения, когда аномальные представления провоцировали противоправное поведение.

В последующем влечение становилось сверхценным: оно было связано с эмоциональной охваченностью, аддиктивная потребность и ее удовлетворение становились основным содержанием повседневной жизни подэкспертных, мешая выполнению профессиональных обязанностей и влияя на семейную адаптацию. Аномальное влечение начинало доминировать над потребностью к

совершению нормативных половых актов, которые все чаще оказывались неудачными, сопровождаясь функциональными сексуальными расстройствами.

Сверхценный характер сексуального аддиктивного влечения отражался и на поведенческой компоненте самосознания: появлялись аддиктивные увлечения, отмечалась пролонгация парафильного акта.

Аффективные расстройства у данной группы лиц встречались реже, чем среди подэкспертных с негативным типом реагирования самосознания (45,2% против 60%) и были представлены дисфорическими, тревожными, депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами. Однако наиболее часто наблюдались дисфорические реакции и состояния (27%) – в основном у лиц с агрессивно-садистическими формами парафилий.

Дисфорические расстройства предшествовали сексуальному правонарушению, которое сопровождалось сужением сознания, изменением восприятия окружающей обстановки, времени, а при поиске жертвы могло сменяться на чувство прилива сил, сопряженного с тревожно-радостным аффектом. После совершения нападения интенсивность дисфорических переживаний существенно снижалась.

Реализация аномальных сексуальных фантазий происходила в любое время суток. Иногда осуществлению парафильных представлений мог предшествовать период борьбы мотивов, связанный не с осознанием болезненности переживаний, а с перспективой привлечения к уголовной ответственности вследствие совершения правонарушения.

Почти в половине наблюдений выработывался индивидуальный аддиктивный ритм, когда фантазии, как и поведение, появлялись с одинаковым интервалом времени. В других случаях отмечался рост патосексуальной толерантности, характеризующийся учащением аномальных сексуальных фантазий и их реализаций.

В 30,1% случаев имел место переход рассматриваемых нарушений самосознания в другие клинические его формы: негативный тип реагирования

(под влиянием ситуационных факторов), деперсонализацию, альтернацию и алиенацию самосознания, что отражало негативную динамику.

В 36,6% динамика нарушений самосознания была линейной или волнообразной, когда утяжеление клинической симптоматики в рамках рассматриваемого типа реагирования самосознания сменялось периодами ее редукции. В остальных наблюдениях динамика была стационарной: качественных психопатологических изменений не наблюдалось.

II. Изменение самосознания

При данных нарушениях самосознания больные ощущают изменённость собственного образа «Я», однако, не наблюдается «психопатологического перевоплощения формальных признаков «Я» больного, сопровождающегося ощущением появления нового образа «Я» (Кафаров Т.А., 2000).

Деперсонализация самосознания

При деперсонализации самосознания в клинической картине парафилий отмечались транзиторные расстройства сознания, сопровождающиеся глубокими нарушениями самосознания, которые характеризовались субъективным отчуждением психических свойств «Я» и соматического образа «Я».

У лиц с сексуальными аддикциями деперсонализация отмечалась или с момента начала формирования парафилии, или являлась очередным этапом нарушений самосознания, которому предшествовали негативный, интактный или позитивный типы реагирования. Данная форма была квалифицирована в 18% наблюдений от общего числа больных. Возраст начала формирования парафилий относился к подростковому – 16,6 годам.

Наиболее выраженные нарушения самосознания по типу деперсонализации отмечались в момент правонарушения. Аномальному сексуальному поведению предшествовало появление навязчивых или доминирующих эротических представлений и побуждений. По мере борьбы с ними появлялись аффективные расстройства и нарушения психовегетативных

функций, характеризующиеся расстройствами сна и эректильной дисфункцией в нормативных гетеросексуальных отношениях.

Аффективные нарушения были достаточно разнообразны, и у одного и того же подэкспертного от одной реализации фантазий к другой они могли отличаться. Непосредственно перед деликтом во время поиска жертвы одно аффективное состояние сменялось другим. Эти расстройства были представлены тревожными, тревожно-депрессивными, депрессивными, дисфорическими, амфитимическими, паратимическими состояниями и трудно вербализуемыми аффективными расстройствами, сопровождающимися витальными и сенестопатическими переживаниями.

На фоне аффективных нарушений появлялись другие феномены, отражающие расстройства сознания и самосознания, причем последние были полиморфны. Расстройства сознания различной глубины наблюдались почти у всех подэкспертных, начиная от аффективного сужения и заканчивая его помрачением, и были сопряжены с вегетативными расстройствами, нарушением восприятия времени, ощущений, среди которых наиболее часто отмечалась гипестезия слуха, тактильных и болевых ощущений, зрения, что сопровождалось частичной или полной дезориентировкой в местности.

Во всех случаях отмечались признаки аутопсихической деперсонализации, в рамках которой выявлялись симптомы психической анестезии, проявляющиеся чувством утраты эмоциональных переживаний, принадлежности собственных действий, активности мышления.

При деперсонализации имели место не только симптомы психической анестезии, но и признаки отчуждения, которые касались когнитивной и моторной сфер, вплоть до появления ощущения императивности поведения.

Кроме этого, на момент деликта утрачивались представления о внешнем мире, появлялось чувство нереальности окружающей обстановки и происходящего, что квалифицировалось как аллопсихическая деперсонализация. После совершения противоправных деяний выявлялись признаки диссоциативной амнезии.

Между реализациями аномальных сексуальных побуждений эротическое фантазирование имело свои особенности: во-первых, фантазии возникали аутохтонно, вне связи с внешними факторами, в виде наплыва эротических образов, являясь триггером для аномальной поведенческой активности. Во-вторых, они были тесно связаны с нарушениями настроения, которые либо предшествовали появлению эротических образов, либо возникали одновременно с ними. В-третьих, представления и эротические побуждения носили императивный характер: фантазии постепенно нарастали по интенсивности, становились навязчивыми. Сам психический процесс фантазирования отчуждался от личности, образа «Я», и возникало ощущение чуждости этих представлений вплоть до навязанности их извне, их неподвластности и бесконтрольности.

Аномальное сексуальное поведение осуществлялось в определенное время суток (дневные или ночные часы) и носило сезонный характер. Отмечался рост патосексуальной толерантности на идеаторном и поведенческом уровнях.

III. Трансформация самосознания

При данных нарушениях самосознания больные ощущают трансформацию собственного образа «Я», которая сопряжена с ощущением появления нового образа «Я».

Альтернация и амбивалентность самосознания

При альтернации и амбивалентности, отмечавшихся в 14,7%, у лиц с сексуальными аддикциями утрачивалось сознание собственной идентичности, что было сопряжено с появлением ощущений формирования новой личности, отличающейся по своим характерологическим качествам, желаниям, потребностям. Это сопровождалось депрессивными, дисфорическими расстройствами или расстройствами по типу повышенного аффекта наряду с утратой критического отношения к парафилии.

Отличительной чертой альтернации самосознания являлось перемежающееся осознание «Я» в реальном и новом качестве. При

амбивалентности самосознания можно было говорить об одновременном осознании подэкспертными реального и нового образа «Я», их сосуществовании. Оба вида нарушений носили транзиторный характер и были приурочены к аддиктивной реализации.

Альтернация и амбивалентность являлись одним из этапов нарушений самосознания, которым предшествовали вышеупомянутые, в связи с чем в клинической картине наблюдались аналогичные феномены. Однако кардинальным отличием были качественные нарушения самосознания.

При альтернации выделены два подтипа: дисфорический и маниоформный, поскольку на предкриминальном этапе выявлялись аффективные расстройства по дисфорическому типу и по типу повышенного аффекта – экзальтации, эйфории, гипертимии.

При дисфорическом варианте нападения на жертв сопровождалось агрессивными и садистическими действиями. Интенсивные аномальные сексуальные побуждения воспринимались как чуждые личности, что сопровождалось переживаниями и ощущениями возникновения качественно новой личностной идентичности, с характерными только для нее аффективными переживаниями и аномальным поведением, которое подэкспертные присваивали не себе, а новому образу «Я», считая самих себя неспособными к агрессивным действиям. Аддиктивная реализация сопровождалась аллопсихической деперсонализацией и аффективным сужением сознания. Несмотря на то, что между противоправными деяниями подэкспертные прибегали к эротическому фантазированию, и в их представлениях имели место агрессивно-садистические сюжеты, тем не менее, в момент парафильной реализации противоправное поведение оценивалось как им несвойственное.

При маниоформном варианте перед совершением противоправного деяния подэкспертные ощущали резкий подъем настроения вплоть до чувства восторженности. В эти периоды они знакомились или встречались с уже знакомыми детьми и непосредственно перед сексуальными действиями

проводили с ними некоторое время в развлечениях, полностью разделяя их интересы. В эти моменты они ощущали психологическую близость с жертвами и изменения эмоционального состояния с появлением переживаний, свойственных детскому возрасту (наивности, беззаботности, жизнерадостности и т.п.). Сексуальные действия с потерпевшими оценивались как некая форма «шалости», «баловства».

При амбивалентности самосознания, которая наблюдалась у лиц с шизофренией, также отмечалось появление нового образа «Я» в момент аддиктивной реализации, однако, в отличие от предыдущего варианта больные свое состояние ощущали как раздвоение личности, одновременное сосуществование двух личностей с разными качествами.

При альтернации/амбивалентности аномальное сексуальное поведение осуществлялось только в определенное время суток. Аддиктивные реализации и фантазии появлялись с индивидуальным ритмом или же наблюдалось учащение аддиктивных реализаций.

Исход заболевания

Терминальный период: алиенация самосознания

При алиенации (от лат. alienation – отчуждение) самосознания в рамках сексуальных аддикций наблюдалось формирование нового «аддиктивного» мировоззрения при отсутствии критического отношения к расстройствам сексуального предпочтения с появлением сверхценных аддиктивных увлечений, подчиняющих себе профессиональную деятельность, и постепенным уходом от реальности в мир аномальных сексуальных переживаний и фантазий.

Данная форма нарушений самосознания, как конечный клинический этап аддикции, на момент обследования встречалась у небольшого числа испытуемых (3,3%), среди которых ранее наблюдались другие нарушения самосознания.

Наряду со сверхценным отношением к патологическому влечению со временем аномальные сексуальные фантазии начинали появляться самопроизвольно, и присоединялся навязчивый компонент представлений.

Аномальное сексуальное поведение отражало предпочитаемый, а иногда и единственно возможный, способ удовлетворения сексуальной потребности. Такие подэкспертные имели постоянных партнеров, ненормативных по половозрастным характеристикам, отношения с которыми ограничивались интимными контактами. Все устремления больных в течение дня были направлены на реализацию своего влечения, появлялись атипичные формы мастурбаторной активности. Профессиональная деятельность полностью подчинялась аддиктивным интересам.

Для данной стадии расстройства были характерны «оскудение» прежних личностных качеств и формирование таких особенностей, как замкнутость, необщительность, сужение круга интересов до аддиктивных, утрачивались прежние социальные связи. Наряду с этим происходило формирование нового «аддиктивного» мировоззрения, установление тесной связи патологического влечения с убеждениями и принципами со стремлением к доказательству своей правоты, отстаиванием аддиктивных интересов при убежденности в нормальности проявлений собственной сексуальности.

Присоединялись стойкие аффективные расстройства, представленные дистимическими состояниями. При этом целью поведенческого аддиктивного акта было устранение субъективно тяжелых аффективных переживаний. Поскольку изменения эмоционального состояния были кратковременны, отмечалось снижение патосексуальной толерантности на поведенческом уровне, но периодичность эротического фантазирования оставалась прежней.

В целом при динамике нарушений самосознания у лиц с парафилиями каждый последующий этап включал в себя психопатологические феномены предыдущего, в дополнении к которым появлялись другие, свидетельствующие о более глубоких уровнях нарушений (Схема 2).

Трансформация самосознания	Алиенация Аддитивное самосознание - регресс личности
Трансформация самосознания	Амбивалентность и альтернация +Транзиторные расщепления и регресс самосознания
Изменения самосознания	Деперсонализация + Диссоциативные расстройства
Реагирование самосознания	<ul style="list-style-type: none"> Негативный тип (НРС): обсессивные расстройства, депрессивные и тревожные расстройства, моноперверсии Интактный и позитивный тип (ИРС, ПРС): сверхценные и доминирующие идеи, дисфорические, субманьякальные расстройства, анозогнозия, формальная нозогнозия, полиперверсии

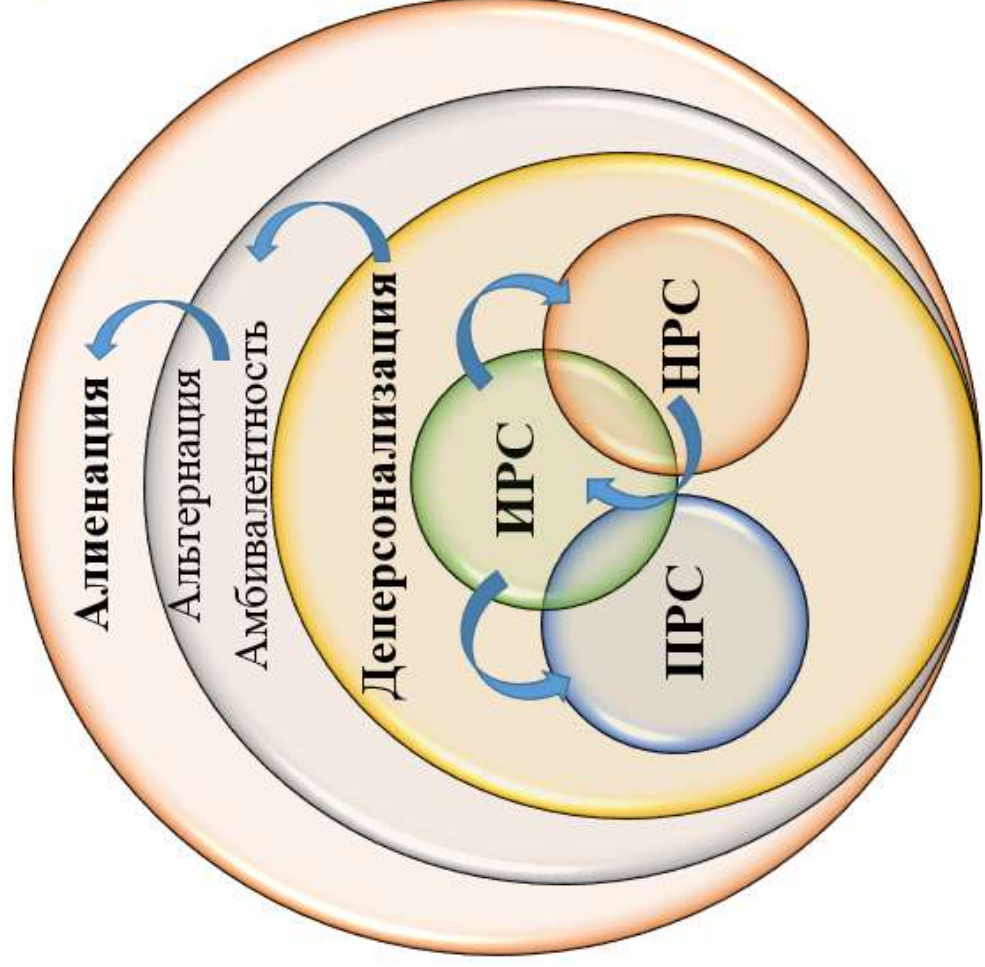


Схема 2. Динамика нарушений самосознания при парафилиях

Коморбидные психические расстройства

Были выделены общие патогенетические и патопластические формы коморбидности при различных вариантах нарушений самосознания. При прогрессивном течении органической патологии и нарастании негативно-личностных изменений при шизофрении отмечалось усложнение психопатологического оформления аддиктивных расстройств:

- ✓ появление обсессивного компонента при эротическом фантазировании или увеличение выраженности обсессивных нарушений, когда аномальные сексуальные фантазии спонтанно возникают на протяжении периода бодрствования, становятся субъективно неодолимыми, а стратегии совладания с влечением перестают быть эффективными;
- ✓ форма психической патологии тесно связана с характером аномального сексуального влечения. При шизофрении наиболее часто отмечается императивный и обсессивно-императивный характер влечения, в рамках которых аддиктивная реализация носит сезонный характер. При органических психических расстройствах выявляется связь с компульсивным характером и его динамикой: появление кроме аффективных нарушений, предшествующих парафильной реализации, аффективного сужения сознания, а также аутопсихической, соматопсихической деперсонализации и дереализации;
- ✓ психическая патология оказывает влияние на динамику нарушений самосознания. Так, выявляется линейная динамика самосознания, которая характеризуется утяжелением клинической симптоматики аддиктивных расстройств, а также – прогрессивные тенденции, сопряженные с появлением качественно новых нарушений самосознания.

Клинико-патогенетические механизмы

Нейрофизиологическое исследование с применением антисаккадического теста (тест с произвольными саккадами) проведено 47

подэкспертным с диагнозом расстройств сексуального предпочтения. Группа сравнения – психически здоровые добровольцы – 19 человек.

При анализе данных были выявлены отличия характеристик потенциалов у подэкспертных основной группы в зависимости от нарушений самосознания на раннем этапе преднастройки, связанном с когнитивными процессами, обеспечивающими подготовку поведенческого ответа (таблица 1).

При *негативном типе реагирования* амплитуда отклонения в некоторых лобных отведениях была выше, чем в группе сравнения (Fz, F3) и остальных клинических подгруппах, что связано с обсессивной симптоматикой. На это указывает наличие корреляции между активностью префронтальной коры (ПФК) и выраженностью обсессивных нарушений, определяемых по Шкале Йеля-Брауна ($r=-0.71$, $p=0.05$).

Таблица 1. Распределение потенциалов в I-ом интервале

Первый интервал (1000-800 мс)				
Отведение	Клиническая группа			Группа сравнения N=19
	Негативный тип реагирования самосознания N=9	Интактный тип реагирования самосознания N=28	Изменения/трансформация самосознания N=10	
FP1	0,13	0,03*	-0,07	0,54
FP2	0,49	0,16*	0,09	0,80
Fz	-1,29	-0,69	-1,13	-1,08
F3	-1,15	-0,40	-0,23	-0,73
F4	-0,65	-0,39*	0,09*	-0,90
Cz	-0,49*	-0,28*	-0,16*	-1,76
C3	-0,27	-0,27*	-0,21*	-0,78
C4	0,24*	0,01	0,12*	-0,51
Pz	-0,01	-0,37	-0,66	-0,51
P3	0,55	0,09	-0,11	-0,07
O1	-0,47*	-0,17*	-0,50*	1,09
O2	-0,24*	0,51*	0,93*	1,91
T3	-0,24**	-0,16**	0,22	0,16

* - достоверные различия по критерию Стьюдента между клинической группой и группой сравнения при $p \leq 0,05$. ** - различия на уровне математической тенденции.

Также у лиц с негативным типом реагирования отмечалась билатеральная активация в затылочной области (в норме – зона позитивности),

что отражает жесткую структуру программы поведенческого выхода и, вероятно, обуславливает стереотипность аномального поведения.

В остальных клинических подгруппах при *интактном/позитивном типе реагирования, деперсонализации и трансформации самосознания* амплитуда негативности в лобных (Fz, F3, F4) и центральных (Cz, C3, C4) отведениях была существенно снижена относительно группы сравнения ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о функциональном снижении ПФК при более глубоких нарушениях и отражает ее важную роль в обеспечении функций самосознания. Кроме того, снижение активности ПФК увязывалось с нарушением критических функций ($p \leq 0,05$), а диссоциативные феномены, наблюдаемые при деперсонализации – с активностью лобно-центральных и теменных отделов (отведения Fz, F7, F8, C3, Pz, P3, $p \leq 0,05$). Полученные данные демонстрируют важную роль лобных отделов коры в обеспечении процессов, связанных с волевым контролем поведения, и позволяют говорить о тесных связях активности ПФК с транзиторными расстройствами сознания и самосознания.

При *нейроиммунохимическом исследовании*, которое было проведено 15 подэкспертным, наблюдаемые изменения были весьма разнообразны по таким показателям, как лейкоцитарная формула, субпопуляции лимфоцитов, гуморальный и клеточный иммунитет, катехоламины. Однако они носили однонаправленный характер в сторону повышения средних значений, за исключением концентрации ДОФУК, содержание которой было снижено (таблица 2).

При анализе клинико-биологических связей была выделена триада синдромов, которая тесным образом коррелировала с дисфункцией иммунной и нейромедиаторных систем.

Во-первых, диссоциативные нарушения, наблюдаемые в момент аддиктивной реализации, и признаки структурно-динамического регресса поведения, отражающие стереотипизацию аномального поведения (например, аддиктивный ритм, симптом «охоты»), соотносились с уровнем ДОФУК, напрямую зависящего от концентрации центрального дофамина. Это позволяет

предположить существенную роль последнего в стереотипизации аномального сексуального поведения и развитии транзиторных нарушений самосознания.

Таблица 2. Нейроиммунохимический статус

Показатель	Значение	Норма
<i>Лейкоцитарная формула</i>		
Нейтрофилы	53,73±6,05	50-80
Лимфоциты	36,8±4	18-38
<i>Субпопуляции лимфоцитов</i>		
Фракция активных Т-клеток (фракция АЕ-РОК)	52,91±1,18	49,9±2
Фракция АЕ-РОК/Фракция ХЕ-РОК	0,85±0,03	0,8±0,02
Т-клетки (CD3), %	71,35±2,74	67±2,4
Т-хелперы (CD4), %	41,03±1,23	39±1,5
CD4/CD8	1,48±0,05	1,51±0,02
<i>Гуморальный иммунитет</i>		
В-IgM ⁺ (%)	5,83±0,48	5,34±0,41
В-IgG ⁺ (%)	3,78±0,27	3,6±0,13
CD ²⁺ DR ⁺	26,4±1,36	25,32±0,92
CD ⁴⁺ (%)	30,09±0,4*	28,44±1,04
<i>Интерлейкины</i>		
IL-1β	1,86±0,06*	1,64±0,04
IL-2	22,95±0,44*	22,02±0,28
αTNF	853,92±29,85	797,7±43,03
<i>Катехоламины</i>		
Норадреналин, мкг/сут. Моча	31,13±3,34*	16,8-24,5
ДОФУК, мкг/сут. Моча	324,34±22,71*	340-452
Серотонин, мкг/сут. Моча	173,46±5,24*	120-167

* - достоверные различия отмечены звездочкой при $p \leq 0,05$.

Во-вторых, обсессивные расстройства были связаны с изменениями концентрации серотонина и норадреналина, а аффективные расстройства, предшествующие криминалу, – с иммунохимическими показателями клеточного и гуморального иммунитета (таблица 3).

Полученные данные позволяют предполагать наличие сложных основ парафильного поведения, патобиологическими предпосылками которого являются нарушения во взаимодействии нервной и иммунной систем, дисбаланс во взаимоотношении фронтальных и диэнцефальных отделов головного мозга, что в целом обуславливает психопатологическое оформление

парафильного акта и нарушения произвольной осознанно-волевой регуляции поведения.

Таблица 3

Корреляционные связи между клиническими и нейроиммунохимическими характеристиками

Нейроиммунохимический показатель	Психопатологический феномен	Вероятность связи двух параметров, вычисленная методом логит-регрессии
Фракция активных Т-клеток (фракция АЕ-РОК)	Экзальтация	0,04
Т-хелперы (CD ⁴⁺) В-IgM ⁺ В-IgG ⁺	Утрата способности эмоциональных переживаний	0,05
	Депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства	0,05
CD ⁴⁺ IL-1β	Амфитимия	0,001
	Депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства	0,08
Норадреналин, серотонин	Рост патосексуальной толерантности Обсессивные нарушения	0,02
ДОФУК	Амфитимия	0,06
	Аддиктивный ритм идеаторной активности	0,067
	Симптом «охоты»	0,05
	Усиление интероцептивных ощущений	0,03
	Наплыв мыслей	0,03
	Гиперстезия зрения и слуха	0,07
	Парестезии	0,01
	Изменение течения времени	0,002

Психофизиологическая диагностика

В ходе психофизиологического исследования подэкспертным предъявлялись визуальные и вербальные эротические стимулы и одновременно регистрировались вегетативные изменения. Полученные данные сопоставлялись с результатами клинического интервью.

У лиц с расстройствами сексуального предпочтения отмечалось совпадение клинических данных с результатами вербальной стимуляции в 75,8%, а с результатами визуальной – в 66,7%. В группе лиц без расстройств сексуального предпочтения был получен высокий процент

ложноположительных реакций: от 30% до 65% в зависимости от вида стимуляции.

При оценке валидности метода было выявлено, что коэффициент гомогенности (валидности) при визуальной стимуляции составляет 0,54, при предъявлении вопросников – 0,71, т.е. вербальная стимуляция имеет большую диагностическую ценность.

Однако учет результатов двух методов стимуляции одновременно позволяет исключить ложноположительные реакции на девиантные стимулы, возникающие у лиц без клинических признаков парафилий. В этих случаях валидность метода оказывается достаточно высокой (0,79).

На валидность метода существенное влияние оказывает психическая патология. Проведенный корреляционный анализ, направленный на выявление связей между психопатологическими признаками, выявляющимися в актуальном психическом состоянии подэкспертных, и результатами психофизиологического исследования (особенностями реагирования на девиантные стимулы, характером ответов на вопросы тестов) позволил выделить психические расстройства, ограничивающие использование психофизиологического метода.

Абсолютные противопоказания

1. Шизофрения:

- ✓ дефицитарные состояния при шизофрении в виде:
 - «синдрома расщепления», проявляющегося выраженными нарушениями мышления по типу псевдобрадифрении, симптома-монолога, шизофазии, разорванности,
 - астенического, апатического дефекта,
 - психопатоподобного дефекта, сочетающегося с аффективными колебаниями;
- ✓ галлюцинаторно-параноидный синдром;

2. Органические психические расстройства, сопровождающиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями.

Относительные противопоказания

1. Шизофрения:
 - ✓ неполная ремиссия с галлюцинаторно-параноидной или параноидной симптоматикой;
 - ✓ сенесто-ипохондрический синдром;
2. Органические психические расстройства, сопровождающиеся:
 - ✓ Астеническим синдромом (вегетативный, гипо- и гиперстенический варианты);
 - ✓ Депрессивным синдромом;
3. Декомпенсация расстройства личности;
4. Расстройства настроения:
 - ✓ депрессии разной глубины;
 - ✓ смешанные тревожно-депрессивные расстройства;
 - ✓ панические атаки.

Судебно-психиатрическая оценка

Проведение многомерного шкалирования на основе создания корреляционных матриц позволило сконструировать модели судебно-психиатрической оценки лиц с сексуальными аддикциями при различных клинических вариантах нарушений самосознания с учетом нейрофизиологических и нейроиммунохимических данных.

При *негативном типе реагирования* в случаях ограниченной вменяемости, отмечающейся в 45,8%, экспертное значение имеют следующие признаки психических и психосексуальных расстройств:

- ✓ наличие дисфорических состояний на момент деликта у лиц с органическими психическими расстройствами, сочетающихся с обсессивными аномальными сексуальными побуждениями;
- ✓ импульсивность поведения при совершении правонарушения в состоянии опьянения лицами с коморбидной парафилией психической патологией в виде химической аддикции;

- ✓ аутохтонно появляющиеся фантазии, нарастающие по интенсивности, в совокупности с психопатоподобными расстройствами, связанными с эпилепсией, обуславливают аффективное напряжение перед деликтом и его совершение в состоянии аффективного сужения сознания.

В случаях невменяемости, отмечающейся в 20,8%, коморбидная психическая патология, представленная дефектными состояниями при шизофрении, принимает первостепенное экспертное значение.

Особенностью лиц с негативным типом реагирования самосознания было также то, что выборку экскульпированных от ограниченно вменяемых и вменяемых лиц отличала интенсивность навязчивых парафильных переживаний, для оценки которых была использована «Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна». Среди невменяемых преобладали лица с тяжелой степенью обсессивных нарушений, и средний балл по данной Шкале составил 62,66 (в то время как среди признанных вменяемыми – 38,95). Логистический анализ позволил доказать наличие высоковероятной связи между выраженностью обсессивных и волевых нарушений у лиц с аддикцией ($p=0,0001$).

Полученные при нейрофизиологическом и нейрохимическом исследовании данные дополнили клинические критерии экспертной оценки. Описанные выше особенности активации лобных отделов были связаны с обсессивными нарушениями ($r=-0.71$, $p=0.05$), степень которых, в свою очередь, соотносилась с концентрацией серотонина ($r=-0.59$, $p=0.05$) и норадреналина ($r=-0.41$, $p=0.05$).

При *интактном/позитивном типе реагирования* в случаях ограниченной вменяемости, констатированной в 43,2%, экспертное значение имеют следующие признаки сексуальной аддикции:

- ✓ сочетание расстройств личности и сверхценного характера влечения при синтоническом отношении к нему наряду с ростом патосексуальной толерантности;

- ✓ негативная динамика психосексуального расстройства: появление навязчивого компонента аномального сексуального фантазирования у лиц с формальной нозогнозией к расстройству при компульсивной аддиктивной реализации побуждений на фоне дисфорических или тревожных расстройств, аффективного сужения сознания и явлений психической анестезии;
- ✓ сочетание анозогнозии к сексуальной аддикции с импульсивностью поведения в ситуации противоправного деяния.

В случаях невменяемости, отмечающейся в 37,8%, коморбидная психическая патология (дефицитарные расстройства при шизофрении), также как и при негативном типе реагирования принимает первостепенное экспертное значение.

При *деперсонализации самосознания* большая часть подэкспертных подлежала экскульпации (79,2%), что отличало их от лиц с негативным и интактным типами реагирования ($p < 0,001$). Экспертное значение имели разнообразные аффективные нарушения, которые сочетались с сужением сознания и деперсонализационными феноменами, наблюдаемыми на момент деликта. Последние были представлены ощущением насильственности собственных действий, отчужденностью, психической анестезией, нарушениями восприятия времени и реальности.

В отличие от экскульпированных среди ограниченно вменяемых совокупность деперсонализационно-дереализационных феноменов и палитра аффективных нарушений в каждом случае была менее богатой. Отмечалось сочетание расстройств по типу гипо- или гиперстезии зрения и слуха с аутопсихической деперсонализацией.

При *альтернации и амбивалентности самосознания* половина подэкспертных была признана невменяемыми, что приближало их к когорте лиц с деперсонализацией самосознания. Поскольку эту группу составили подэкспертные, у которых ранее наблюдались другие структурно-динамические нарушения самосознания, то критерии экспертной оценки соотносились с теми,

что описаны на примере лиц с реагированием и деперсонализацией самосознания.

В группу ограниченно вменяемых (13,6%) вошли подэкспертные с альтернативой самосознания. Экспертное значение в этих случаях имела отрицательная динамика парафилии, в рамках которой наблюдалось появление импульсивности девиантного поведения, сверхценного характера влечения, рост патосексуальной толерантности наряду с утратой критического отношения, а также некоторые признаки компульсивной реализации, сопровождающиеся регрессом самосознания в момент деликта.

На терминальном этапе аддикций при *алиенации самосознания* наблюдались экспертно-значимые признаки сексуальной аддикции, позволяющие говорить о нарушении произвольной регуляции: негативная динамика расстройства характеризовалась формированием новой аддиктивной личности, интерес которой сосредотачивался на удовлетворении своего витализированного патологического влечения, вымещавшего прежние социально приемлемые увлечения, профессиональные устремления и социальные связи.

При нейрофизиологическом исследовании у лиц с интактным/позитивным типом реагирования самосознания и более глубокими его нарушениями (изменение/трансформация) отмечались общие закономерности. Выявляемая в этих подгруппах у ограниченно вменяемых и экскульпированных подэкспертных негативная динамика сексуальной аддикции, вероятно, отражает слабость осознанно-волевой регуляции поведения за счет дисфункции префронтальной коры, которая участвует в процессах программирования, регуляции и контроля сознательной деятельности (Лурия А.Р., 2003; Хомская Е.Д., 2005). Так, в данных подгруппах был низкий уровень активности ПФК, который корреляционно был связан с нарушениями критических функций, сознания и самосознания в момент деликта (таблица 4). Хотя эти данные не позволяют дифференцировать

ограниченно вменяемых и невменяемых подэкспертных, тем не менее, они свидетельствуют о роли лобных отделов в произвольной регуляции поведения.

Таблица 4

Корреляционные связи между клиническими и нейрофизиологическими параметрами

Клинический параметр	Отведение	Коэффициент корреляции (r) при $p \leq 0,05$
Степень нарушений критических функций (нозогнозия-анозогнозия)	F3	0,41
	F4	0,84
Степень нарушений волевых функций (рост патосексуальной толерантности на поведенческом уровне)	Fp2	0,91
Нарушения сознания на момент деликта	F3	0,31
	C3	0,75
Аутопсихическая и соматопсихическая деперсонализация	Fz	0,88
	Pz	0,79
	P3	0,78
	T4	-0,89
	T6	-0,71

Кроме того, выявлены связи деперсонализационно-дереализационных расстройств, нарушающими волевою регуляцию, с дисфункцией дофаминергической транзиттерной системы.

Таким образом, проведенное исследование позволило описать структурно-динамические особенности расстройств сексуального предпочтения, с учетом которых были выделены модели судебно-психиатрической оценки парафилий. Данные модели позволяют дифференцированно решать экспертные вопросы, поскольку базируются на комплексном подходе к оценке состояния психической и в том числе психосексуальной сферы, включая в себя результаты клинических и биологических направлений.

ВЫВОДЫ

1. Расстройства сексуального предпочтения (парафилии) имеют ряд структурно-динамических особенностей, соответствующих общебиологическим закономерностям течения заболевания, и проходят в своем развитии ряд стадий.

- 1.1. На *преморбидном этапе* в развитии парафилий имеет значение воздействие совокупности факторов: наследственных, экзогенно-органических и социальных в виде девиантного воспитания, обуславливающих психический и сексуальный дизонтогенез.
- 1.2. На *инициальном этапе* первые признаки расстройства носят малоспецифический характер и представлены психопатологическими состояниями, феноменологически сходными с проявлениями сексуальных аддикций: обсессивно-фобическими расстройствами и сверхценными образованиями, сексуальными и несексуальными проаддиктивными состояниями.
- 1.3. На *нозологическом этапе* клинико-динамические особенности парафилий тесно связаны с нарушениями самосознания и отражают поэтапную смену его расстройств – реагирование, изменение и трансформацию:
 - 1.3.1. Для *негативного типа реагирования* при формировании парафилий характерно отрицательное восприятие изменений собственной сексуальности, что сопряжено с появлением аутохтонно возникающих навязчивых аномальных сексуальных фантазий, монотематичных по содержанию и возникающих на фоне депрессивных, тревожных и смешанных аффективных расстройств.
 - 1.3.2. При *интактном и позитивном типе реагирования* отсутствует осознание болезненных изменений собственной сексуальности, что сопровождается формированием сверхценного характера влечения и появлением аддиктивных увлечений, обуславливающих частичную социальную и семейную дезадаптации.
 - 1.3.3. Глубокие нарушения самосознания (*деперсонализация, альтернация и амбивалентность*) носят транзиторный характер и приурочены к аддиктивной реализации, сопровождаясь

полиморфными аффективными расстройствами (депрессивными, дисфорическими, амфитимическими с витальным и сенестопатическим компонентом), аллопсихической, аутопсихической и соматопсихической деперсонализацией, сопряженными с постепенной утратой собственной идентичности.

1.4. **Исход заболевания** представлен *алиенацией самосознания*, проявляющейся формированием аддиктивного мировоззрения, сопряженного с прогрессированием клинической симптоматики аддикции и ее необратимостью.

2. Структурно-динамические закономерности сексуальных аддикций связаны с клиническими особенностями коморбидной психической патологии, что отражает патогенетические и патопластические формы взаимодействия.

2.1. При патогенетическом варианте коморбидности сочетанная психическая патология тесно связана с формированием аномального сексуального влечения: синтоническое отношение к аддикции соотносится с личностной дисгармонией и расстройствами шизофренического спектра, искажающими или препятствующими усвоению социально приемлемых форм поведения, в том числе сексуального.

2.2. При патопластическом варианте коморбидности прогрессивное течение органической патологии и нарастание негативно-личностных изменений в рамках шизофрении обуславливает различные варианты клинической динамики:

2.2.1. Линейная динамика нарушений самосознания характеризуется усложнением синдрома комплекса аддиктивных расстройств в виде появления диссоциативных феноменов в момент аддиктивной реализации, обсессивного компонента при эротическом фантазировании, увеличения интенсивности обсессивных переживаний, роста патосексуальной толерантности, проявляющейся формированием новых форм аддиктивного

поведения, учащением периодов аномального фантазирования и реализаций девиантных представлений.

2.2.2. Прогрессивные тенденции расстройств самосознания сопряжены с появлением качественно новых его нарушений – переходом реагирования самосознания в другие его типы – изменение, трансформацию.

3. Снижение уровня активации лобно-центральных отделов коры при интактном/позитивном типе реагирования, изменении и трансформации самосознания, а также повышение активации фронтальных кортикальных полей при негативном типе реагирования – демонстрирует важную роль префронтальной коры в обеспечении процессов, связанных с критическим отношением и волевым контролем парафильного поведения, поскольку характер ее дисфункции увязывается с обсессивными, диссоциативными расстройствами, отношением к влечению и нарушениями сознания.
4. Психопатологическая картина сексуального аддиктивного поведения складывается из синдромальной триады, включающей обсессивные, аффективные и диссоциативные расстройства, патобиологическими предпосылками которых являются дисфункция иммунной и трансмиссерных систем: обсессивные нарушения преимущественно связаны с катехоламинергической медиацией, аффективные – с особенностями клеточного и гуморального иммунитета, а гипоактивность центральных дофаминергических механизмов обуславливает флюктуации сознания при реализации парафильных побуждений, определяя феноменологию диссоциативных расстройств.
5. Психофизиологическое обследование, основанное на специфической стимуляции и регистрации вегетативных процессов, является высоко валидным методом диагностики расстройств сексуального предпочтения, надежность получаемых результатов которого зависит от влияния психических расстройств.

- 5.1. Продуктивные синдромы психических расстройств (гиперестетический и вегетативный варианты астенического синдрома, аффективный психоорганический, сенесто-ипохондрический, галлюцинаторно-параноидный синдромы) обуславливают физиологическую гиперреактивность и появление реакций на иррелевантные стимулы.
- 5.2. Негативные синдромы психических расстройств (гипостенический вариант астенического синдрома, апатический, апато-абулический синдромы) обуславливают физиологическую гипореактивность и отсутствие реакций на значимые стимулы.
6. Судебно-психиатрическая оценка осознанно-волевой регуляции сексуального аддиктивного поведения должна учитывать клинко-биологические признаки нарушений самосознания:
 - 6.1. При негативном типе реагирования экспертное значение имеет интенсивность обсессивных расстройств, которая обусловлена повышенной активностью префронтальной коры и зависит от уровня моноаминов.
 - 6.2. При интактном/позитивном типе реагирования экспертное значение принимает сверхценный характер влечения и степень нарушения критического отношения к психосексуальному расстройству, тесно связанная со снижением активации префронтальной коры.
 - 6.3. Степень нарушений осознанно-волевой регуляции поведения при изменении и трансформации самосознания в значительной мере определяется глубиной транзиторных нарушений сознания и самосознания в момент ООД, которые обусловлены низкой активностью префронтальной коры и дофаминергической медиации.
 - 6.4. Общими для различных форм нарушений самосознания психопатологическими признаками, имеющими экспертное значение, являются глубина коморбидной психической патологии и отрицательная динамика аддиктивного расстройства.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Каменсков, М.Ю. Методологические проблемы психофизиологического исследования в сексологии и психиатрии / М.Ю. Каменсков, Г.Е. Введенский // Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С. 18-27.
2. Каменсков, М.Ю. Патент на изобретение №2283029 от 10.09.2006 г. – «Способ диагностики нарушений сексуальных предпочтений» / А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, М.Ю. Каменсков, Л.Г.Алексеев.
3. Каменсков, М.Ю. Исследование лобной дисфункции у больных парафилией /А.В. Киренская, М.Ю. Каменсков, В.В. Мямлин, И.Е.Лазарев, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. – 2007. – №6. – С. 33-40
4. Каменсков, М.Ю. Механизмы формирования и динамики фиксированных форм аномального сексуального поведения / М.Ю. Каменсков // Российский психиатрический журнал. – 2008. – №1. – С. 38-46.
5. Каменсков, М.Ю. Патент на изобретение №2406441 от 21.01.2009 г. – «Способ диагностики расстройств сексуальных предпочтений» / А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, М.Ю. Каменсков.
6. Каменсков, М.Ю. Нейрофизиологические механизмы фиксированных форм аномального сексуального поведения / А.В. Киренская А.В., М.Ю. Каменсков А.А., А.А. Ткаченко, И.Е. Лазарев, В.В. Мямлин // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №1. – С. 53-62.
7. Каменсков, М.Ю. Нейробиологические основы стереотипного аномального сексуального поведения: клинические и иммунохимические аспекты / В.П.Чехонин, О.И. Гурина, М.Ю. Каменсков, А.А. Ткаченко, Г.Б. Агаларзаде, И.А. Ковалева, Т.С. Филатова, И.У. Юсупова // Российский психиатрический журнал. – 2011. – №5. - С. 90-99.
8. Каменсков, М.Ю. Ограничения к применению психофизиологического метода диагностики парафилий у лиц с психическими расстройствами / М.Ю. Каменсков // Российский психиатрический журнал. – 2012. – №5. - С. 14-22.
9. Каменсков, М.Ю. Опрос с использованием полиграфа: психиатрические противопоказания / Г.Е. Введенский, Ф.С. Сафуанов, М.Ю. Каменсков, И.С. Козлов, А.Ю. Николаев // Российский психиатрический журнал. – 2011. – №5. – с. 31-36.

10. Каменсков, М.Ю. Валидность психофизиологической диагностики парафилий / М.Ю. Каменсков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2013. – №3. – С. 32-37.
11. Kamenskov, M. The antisaccade task performance deficit and specific CNV abnormalities in patients with stereotyped paraphilia and schizophrenia / A. Kirenskaya, M. Kamenskov, V. Myamlin, V. Novototsky-Vlasov, A. Tkatchenko // Journal of forensic sciences. – 2013. – Vol. 58. – N. 5. – P. 1219-1226.
12. Каменсков, М.Ю. Инструментальная диагностика парафилий с применением полиграфа: методологические проблемы и рекомендации к их решению / М.Ю. Каменсков, Г.Е. Введенский // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №3. – С. 4-9.
13. Каменсков, М.Ю. Проблемы генеза и психопатологии сексуальных аддикций на современном этапе развития аддиктологии / М.Ю. Каменсков // Наркология. – 2015. – №10. – С. 104-110.
14. Каменсков, М.Ю. Нейрофизиологические механизмы нарушений самосознания у лиц с сексуальным аддиктивным поведением / М.Ю. Каменсков, А.В. Киренская, А.А. Ткаченко, В.В. Мямлин // Российский психиатрический журнал. – 2016. – №4. – С. 39-48.
15. Каменсков, М.Ю. Предиспозиционные факторы парафилий как сексуальных аддикций / М.Ю. Каменсков, Г.Е. Введенский, Л.Ю. Демидова, Т.Е. Макарова, Л.Н. Штарк, Г.А. Павлов // Наркология. – 2016. – №12. – С. 47-55.
16. Каменсков, М.Ю. Структурно-динамические особенности парафилий как модели аддиктивных расстройств / М.Ю. Каменсков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – №3. – С. 56-62.
17. Каменсков, М.Ю. Особенности формирования образа объекта сексуального влечения и видов сексуальной активности у лиц с гомицидным сексуальным поведением / А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, М.Ю. Каменсков // Психическое здоровье. – 2006. – №9. – С. 26-32.
18. Каменсков, М.Ю. Психофизиологические методы исследования нарушений сексуальных предпочтений / Г.Е. Введенский, М.Ю. Каменсков // «Расстройства сексуального поведения» под ред. А.А.Ткаченко. М., 2008. – С. 192-235.
19. Kamenskov, M. The antisaccades performance by patients with paraphilia / A.Kirenskaya, M. Kamenskov, I.E. Lazarev, V.V. Myamlin, V.Y. Novototosky-Vlasov, A.A. Tkachenko // The interface between forensic and general mental health, 8th Annual IAFMHS Conference, Conference programme and abstracts, 2008. – p. 93-94.

20. Kamenskov, M. Sexual addiction and psychiatric comorbidity / M. Kamenskov // European psychiatry / The journal of the association of European psychiatrists. 2009. Vol. 24. – Suppl. 1. – S. 830.
21. Kamenskov, M. Forensic psychiatric assessment of paraphilias / M. Kamenskov // 9th Annual IAFMHS Conference: Facing the future: forensic mental health services in change. Conference programme and abstracts. 2009. – P. 51.
22. Kamenskov, M. Disorders of sexual preference and schizophrenia / M. Kamenskov // The journal of the European Psychiatrists Association. 2010. Vol. 25 – Suppl. 1. – S. 1194.
23. Kamenskov, M. The antisaccadic CNV in patients with schizophrenia and paraphilia / A. Kirenskaya A., M. Kamenskov, V. Myamlin, A. Tkachenko // The journal of the European Psychiatrists Association. 2010. Vol. 25 – Suppl. 1. – S. 771.
24. Каменсков, М.Ю. Психофизиологическое исследование при парафилиях / Г.Е. Введенский, Ф.С. Сафуанов, М.Ю. Каменсков, И.С. Козлов, А.Ю. Николаев // Sveikatosmokslai. Health sciences. – 2012. Vol. 22. – N. 2. – P. 85-90.
25. Каменсков, М.Ю. Диагностические критерии педофилии – клинические, правовые и социокультурные проблемы / Л.Ю.Демидова, М.Ю. Каменсков // Психология и право. – 2014. – №4 – С. 14-22.
26. Каменсков, М.Ю. Алгоритм принятия экспертного решения у лиц, совершивших сексуальные преступления / М.Ю. Каменсков // Консультант врача. Образовательный модуль. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2135.html> [Электронный ресурс] (Дата обращения: 01.03.2017).
27. Каменсков, М.Ю. Психофизиологическая диагностика в сексологии / М.Ю. Каменсков // Консультант врача. Образовательный модуль. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-1814.html> [Электронный ресурс] (Дата обращения: 01.03.2017).
28. Каменсков, М.Ю. Комплексная сексолого-психиатрическая оценка лиц с педофилией / Г.Е. Введенский, М.Ю. Каменсков, Л.Н. Штарк, Л.Ю. Демидова, Т.Е. Макарова, Г.А. Павлов // «Судебно-психиатрическая диагностика» под ред. Е.В. Макушкина, А.А.Ткаченко. М., 2017. – С. 247-287.