

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМ. В.П.СЕРБСКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

---

КАМЕНСКОВ МАКСИМ ЮРЬЕВИЧ

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

14.01.06 – Психиатрия

Д и с с е р т а ц и я  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Научный консультант –  
доктор медицинских наук,  
профессор  
Ткаченко А.А.

Москва – 2017

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> .....	5
<b>Глава 1. Современные представления о клинико-патогенетических механизмах аддиктивных расстройств</b>	
Предиспозиционные факторы аддикций.....	33
Психопатология аддикций и осознанно-волевая регуляция аддиктивного поведения.....	37
Представления о динамике аддикций.....	49
Нейрофизиологические механизмы аддикций.....	52
Нейроиммунохимические механизмы аддикций.....	57
Психофизиологическая диагностика.....	63
<b>Глава 2. Характеристика объекта и методов исследования</b> .....	71
<b>Глава 3. Предиспозиционные факторы формирования сексуальных аддиктивных расстройств и их структурно-динамические особенности</b> .....	89
Преморбидный период. Предиспозиционные факторы.....	89
Биологические патогенные факторы.....	90
Социальные патогенные факторы.....	93
Дизонтогенетические состояния.....	99
Преморбидные личностные аномалии.....	110
Инициальный период .....	112
Нозологический период .....	123
I. Реагирование самосознания.....	129
Негативный тип реагирования самосознания.....	129
Интактный и позитивный тип реагирования самосознания.....	138
II. Изменения самосознания.....	152
Деперсонализация самосознания.....	152

III. Трансформация самосознания.....	162
Альтернатива и амбивалентность самосознания.....	162
Исход заболевания.....	169
Терминальные период: алиенации самосознания.....	169
Реинтеграции самосознания.....	175
Коморбидные психические расстройства при сексуальных аддикциях.....	177
<b>Глава 4. Клинико-патогенетические (нейрофизиологические и нейрохимические) механизмы сексуальных аддикций.....</b>	<b>187</b>
Нейрофизиологические механизмы сексуальных аддикций .....	188
Нейроиммунохимические механизмы сексуальных аддикций .....	201
<b>Глава 5. Методологические и методические принципы психофизиологического исследования .....</b>	<b>218</b>
Оценка экспериментальной валидности психофизиологического исследования и параклинические критерии диагностики сексуальных аддикций.....	220
Влияние психических расстройств на экспериментальную валидность метода.....	225
Алгоритм психофизиологического исследования.....	247
<b>Глава 6. Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций... ..</b>	<b>257</b>
Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при негативном типе реагирования самосознания.....	258
Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при интактном и позитивном типах реагирования самосознания.....	268
Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций глубоких нарушениях самосознания.....	276
Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при деперсонализации самосознания.....	276

Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при амбивалентности и альтернации самосознания.....	278
Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при алиенации самосознания.....	283
<b>Заключение</b> .....	293
<b>Выводы</b> .....	319
<b>Приложение</b> .....	324
<b>Список литературы</b> .....	330

## Введение

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., 2015; 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.

В соответствии с новыми рекомендациями предлагается выделить понятия парафилий и парафильных расстройств. Первое увязывается с социально неопасными формами аномального сексуального поведения, например, фетишизм, трансвестизм, садомазохистские формы половой активности, практикуемые по обоюдному согласию, которые не следует рассматривать как психическое расстройство, чтобы не стигматизировать лиц с «нетипичными сексуальными формами деятельности» (Richters J. с соавт., 2008; Wright S., 2010; Reed G.M. с соавт., 2016). Рекомендуется удалить из МКБ такие расстройства, как фетишизм, трансвеститский фетишизм. Они уже были исключены из официального списка психических заболеваний в нескольких странах (Швеция, Финляндия, Норвегия, Дания) (Reed G.M. с соавт., 2016). Их рекомендуется не причислять к категории психических расстройств в связи с тем, что сам парафильный акт не сопровождается

«сильным дисстрессом» и травматизацией (Reiersol O. с соавт., 2006). Однако в DSM-V указанные формы парафилий все еще фигурируют в рубрике психических расстройств.

Понятие «парафильных расстройств» предлагается соотносить с социально опасными формами сексуального поведения, например, с педофилией, когда делинквентное поведения сопровождается дисстрессом и осуществляется без согласия жертвы (Fedoroff J.P., 2011; Reed G.M. с соавт., 2016).

В предлагаемой версии МКБ-11 «Парафильные расстройства характеризуются продолжительными **и** интенсивными атипичными паттернами сексуального возбуждения, включающими эротические мысли, фантазии, побуждения или поведение,

- в центре внимания которых находятся те индивиды, чей возраст или состояние делает их безвольными или неспособными к обоюдному согласию, **и** в отношении которых совершены действия,
- **или** от которых он или она (лицо с парафильным расстройством) испытывают заметный дистресс.

Парафильные расстройства могут включать только те паттерны возбуждения (предусматривающие одиночные эпизоды или обоюдное согласие), которые связаны:

- с выраженным дистрессом, который является не просто результатом неприятия или боязни неприятия паттернов возбуждения другими,
- **или** со значительным риском травматизации или смерти».

Как видно, данные диагностические указания исключают из рассмотрения такие формы парафилий, которые подразумевают манипуляции с неодушевленными предметами (фетишизм, уролагния, фетишистский трансвестизм и др.) или которые осуществляются по добровольному согласию без причинения морального и физического ущерба (например, добровольные садомазохистские практики). Также исключаются те варианты

педофилии, при которых отмечается аномальное эротическое фантазирование, не сопровождающееся реализациями и дисстрессом.

Из МКБ-11 предлагается также изъять диагноз «Множественных расстройств сексуального предпочтения», поскольку эта категория является «клинически неинформативной» (Reed G.M. с соавт., 2016). Однако, как показали ранее проведенные исследования (Амбарцумян Э.С., 2004; Каменсков М.Ю., 2008), данное расстройство отмечается приблизительно в половине случаев от общего числа обследуемого контингента и имеет характерные клинико-динамические особенности и связи с коморбидной психической патологией.

Схожие диагностические критерии расстройств сексуального предпочтения были введены в DSM-V, в рамках которой уже фигурирует термин «парафильных расстройств». Однако общие указания выглядят более скупо, чем в МКБ-11, что подробно рассматривается в критическом обзоре P.Fedoroff с соавт. (2013): «Парафильные расстройства характеризуются наличием у индивида парафильных побуждений *и* признаков дисстресса, дисфункции, *и/или* он поступает в соответствии с этими побуждениями».

Для решения возникающих клинико-диагностических трудностей предлагается рассмотрение парафилий с позиций аддиктивных расстройств<sup>1</sup>. 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 под понятием «аддикции» рассматривает широкий спектр психических расстройств. Выделяют несколько групп аддикций: первая, которая составляет предмет клинической наркологии, – химические формы зависимости, вторая – нехимические аддикции (в т.ч. парафилии),

---

<sup>1</sup> Addiction – зависимость, пристрастие, привычка; синонимы: аддиктивное заболевание/расстройство, зависимое поведение/поведенческая зависимость; происходит от лат. addictus – слепо преданный, пристрастившийся, обреченный.

третья – смешанные (пищевая аддикция). Особую группу составляют «социально приемлемые аддикции», например, экстремальные виды спорта (Сиволап Ю.П., 2007).

Распространенность аддиктивных расстройств колеблется в широких пределах в зависимости от возраста, пола и формы зависимого поведения. В целом нехимические виды аддиктивного поведения встречаются в 5% случаев от общей популяции (Егоров А.Ю., 2007), патологическое пристрастие к азартным играм – с частотой 1,4-5,1% (Volberg R.A., 1996; «National...», 2003), интернет-аддикции среди лиц молодого возраста – 18% (Шумихин А.К., 2012; Бахтин И.С. с соавт., 2014).

Наблюдается рост числа лиц, страдающих различными формами аддиктивных расстройств, что придает актуальность изучению клинико-патогенетических аспектов зависимого поведения с целью своевременной их профилактики. Обнаруживается тенденция роста потребления психоактивных веществ, включая алкоголь среди военнослужащих США – 20% (Mattiko M.J. с соавт., 2011), РФ – 35,8% (Юсупов В.В., 2005). Отмечено увеличение лиц, страдающих лудоманией, причиняющей значительный медико-социальный урон обществу как в плане социальной дезадаптации пациентов, так и в плане совершения ими противоправных деяний (Зайцев с соавт., 2003; Менделевич В.Д., 2003; Малыгин В.Л. с соавт., 2005; Шемчук Н.В. с соавт., 2005; Сидоров П.И., 2006).

Наблюдается рост числа и сексуальных противоправных деяний. Уровень правонарушений в отношении детей возрос на 30% в разных странах мира. Наряду с этим среди сексуальных преступников отмечается высокая рецидивность противоправных деяний. Около 17% осужденных сексуальных правонарушителей, не прошедших лечение, вновь подвергаются аресту в течение первых 2 лет нахождения в обществе с увеличением до 25% в течение 5 лет (Soothill K. и соавт., 2000). Сексуальный правонарушитель в среднем совершает не менее 7 преступлений, а содеянные ранее сексуальные

преступления являются статистически значимым предиктором рецидива такого же рода криминалов (Marshall W.L. и соавт., 1994, 1995; Thornton D. и соавт., 2003). Например, эксгибиционисты совершают около 500 парафильных актов (Murphy W.D. с соавт., 1980).

При изучении predisпозиционных, этиологических факторов и структурно-динамических особенностей аддикций были обнаружены общие закономерности формирования различных форм зависимого поведения (Grant G.E. с соавт., 2014). На это обращают внимание современные классификации психических расстройств. Согласно МКБ-10, химические формы зависимости – нарушения психической деятельности, вызванные употреблением ПАВ, объединены в одну рубрику – F1. Нехимические аддикции – «Расстройства влечений и привычек» (дромомания, клептомания, пиромания, несексуальная гомоцидомания и др.) и сексуальные аддикции – «Расстройства сексуального предпочтения» расположены в рубриках F63 и F65 соответственно. Смешанные формы аддиктивного поведения – пищевая аддикция – была помещена в рубрику «Поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями...» (F50). Однако, несмотря на разрозненное размещение аддикций, их объединяют особенности клинической картины, что отражено в диагностических критериях МКБ. Среди них можно обнаружить указания на наличие аффективных расстройств в рамках зависимостей, обсессивных и компульсивных нарушений.

Особенности формирования аддикций и схожесть их клинической картины позволяют предположить существование единого универсального механизма патологического зависимого поведения (Бухановский А.О. с соавт., 2002; Егоров А.Ю., 2005, 2007). В связи с этим расстройства зависимого поведения могут быть признаны особой группой поведенческих расстройств (Короленко Ц.П., 1991; Менделевич В.Д., 2003).

На современном этапе развития аддиктологии, психосексуальные расстройства, представленные парафилиями, также рассматривают в качестве

одной из подгрупп аддиктивных расстройств. Данный взгляд является вполне обоснованным, поскольку в пользу этого свидетельствуют многочисленные научные данные, показавшие общность патогенетических и клинических нарушений, встречаемых при парафилиях, с другими формами аддикций (Ткаченко А.А. с соавт., 1997, 2001).

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).

В нейрофизиологических исследованиях при различных аддикциях были выявлены общие закономерности; при парафилиях обнаружены поражения височных отделов головного мозга и нарушения межполушарного взаимодействия (Dressing H. и соавт., 2001; Tost H. и соавт., 2004), как и при пищевой, алкогольной или игровой зависимостях (Бухановский А.О. с соавт., 2007; Чухрова М.Г. с соавт., 2008). При каннабиноидной зависимости, гемблинге отмечается дисфункция и морфологическая незрелость префронтальной коры (Blumberg H.P. с соавт., 1999; Potenza M.N. с соавт., 2003; Bedi G. с соавт., 2015; Blum K. с соавт., 2015; Park S.M. с соавт., 2017). При расстройствах сексуального предпочтения также выявлена дисфункция префронтальной коры (Каменсков М.Ю., 2008). В недавних исследованиях лиц с пищевой и алкогольной аддикцией были раскрыты некоторые нейрофизиологические закономерности (Чухрова М.Г. с соавт., 2008), которые позволяют объяснить ряд клинических феноменов: алекситимические расстройства, расстройства сознания и самосознания,

которые нередко встречаются и в рамках сексуальных аддикций (Ткаченко А.А., 1997).

Таким образом, есть все основания говорить о том, что парафилии являются вариантом аддиктивного поведения, ввиду чего и генез парафилий, и их психопатологическое своеобразие следует рассматривать с позиций аддиктологии.

Ранее был сформулирован перечень диагностических критериев сексуальных аддикций, которые также предлагалось использовать для диагностики и других аддиктивных расстройств (Goodman A., 1990). Данные критерии отчасти пересекаются с клиническими указаниями современных классификаций и включают в себя наличие напряжения перед началом сексуального поведения (которому индивид периодически оказывается неспособен противостоять) с последующей разрядкой по мере реализации акта и др. Немаловажным является то, что клинические проявления носят стойкий пролонгированный характер.

Несмотря на длительный период изучения различных форм аддиктивного поведения, остается широкий круг вопросов. Так, вопрос о психопатологической природе аддиктивных феноменов и их месте в общей структуре психических нарушений относится к числу противоречивых (Сиволап Ю.П., 2007), а само клиническое понятие раскрыто в общих чертах. В МКБ-10 и современной литературе представлено скудное психопатологическое описание аддикций, в то время как при данных расстройствах выявляется широкий спектр психопатологических и патопсихологических нарушений: от амбивалентности самооценки (Тхостов А.Ш. с соавт., 2001), нарушений семантики внутреннего восприятия (Елшанский С.П., 1999), низкого уровня развития блока личностно-средовых копинг-ресурсов (Ялтонский В.М., 1995; Сирота Н.А. с соавт., 2003) до дефицитарности внутреннего контроля (Тхостов А.Ш. с соавт., 2001),

изменений личности (Братусь Б.С., 1974) и когнитивных процессов (Зенцова Н.И., 2009).

Несмотря на то, что по богатству «синдромальной палитры» аддиктивные расстройства не уступают, а даже превосходят эндогенные заболевания (Чирко В.В. с соавт., 2009), психопатологическая терминология, используемая для описания аддиктивных нарушений, лишена единообразия. Многие авторы одну и ту же психиатрическую дефиницию насыщают различным клиническим содержанием, само же описание психиатрической феноменологии оказывается фрагментарным, нередко носит метафорический характер («аддикция без аддикции», «шаг назад в творческом развитии», «погружение в зависимость») и не опирается на существующие психопатологические квалификации, что создает затруднения для клинического понимания этих расстройств и их коррекции.

В последние годы идет речь о том, что необходимо психопатологическое осмысление аддиктивных расстройств и описание их феноменологии, однако работы, посвященные данной тематике, единичны (Благов Л.Н., 2005; Сиволап Ю.П., 2007; Чирко В.В. с соавт., 2009).

Кроме того, существует разнообразие диагностических критериев аддикций (Благов Л.Н. с соавт., 2003; Семке В.Я., 2005). Например, диагностические указания синдрома зависимости, содержащиеся в МКБ-10, звучат клинически неопределенно («использование другого вещества для избежания... синдрома отмены», «прогрессирующее забвение других интересов...») и оставляют без внимания нарушение осознания болезни (Чирко В.В. с соавт., 2009). То же касается и диагностических указаний расстройств сексуальных предпочтений, некоторые критерии которых выглядят искусственно, что особенно наглядно при рассмотрении общих временных критериев парафилий (F65) или педофилии (F65.4) – возрастной границы между инцестуозными и собственно педофильными действиями.

Описание этапов развития аддикции, встречающееся в современной литературе, является фрагментарным и отличается своеобразием: некоторые авторы, опираясь на классические представления о формировании синдромов зависимости от психоактивных веществ, экстраполируют их на становление других видов аддикций и выделяют при них синдромы измененной реактивности, психической и физической зависимости (Сидоров П.И., 2006). Другие в связи с многообразием клинических проявлений зависимого поведения вводят новую терминологию и иначе рассматривают стадии развития заболевания: аддиктивные реакции, аддиктивные состояния, аддиктивное развитие, патос (Семке В.Я., 2005).

Ю.П.Сиволап (2007) оценивает динамику аддиктивных расстройств в системе координат «предиспозиция – клиника – прогноз», выделяя проаддиктивные психопатологические феномены, включающие преморбидный склад личности и коморбидные психические расстройства, собственно аддиктивные расстройства (болезненное влечение) и метааддиктивные расстройства (совокупность психопатологических последствий ввиду наличия аддиктивного заболевания, которые могут быть фармакогенными, психогенными и токсикогенными).

В.Я.Семке с соавт. (2006), описывая «этапность вхождения в полосу физической или эмоциональной зависимости», указывает на «постепенный переход от вредной привычки к рабскому подчинению всесильному пороку». Подобные представления не позволяют описать клиническую динамику аддикций, поскольку само понятие «привычки» предполагает наличие уже укоренившегося в деятельности человека навыка, который он приобрел в результате регулярного воспроизведения той или иной формы активности, что вообще приближает понятие «привычки» к аддикции.

Существуют и прочие попытки описать аддиктивные расстройства, выделяющие для каждой формы аддикции уникальные, свойственные только ей, этапы формирования (Короленко Ц.П. с соавт., 2000).

В некоторых исследованиях представлены клинические данные трансформации заболевания с подробной характеристикой обсессивного, компульсивного и импульсивного этапов влечения (Ткаченко А.А., 1994; Клименко Т.В., 1996).

Такое разнообразное клиническое описание аддиктивных расстройств обусловлено тем, что исследователи опираются на феноменологически разные проявления заболевания: либо на описание аддиктивного поведения, либо на глубину волевых расстройств и др.

В большинстве случаев делается акцент на аддиктивном *поведении*, что упрощает медицинский подход к данной проблематике и оставляет за рамками рассмотрения те *клинические* нарушения, которые наблюдаются еще до появления девиантного поведения, поскольку еще до первой реализации девиантной потребности у аддикта происходит формирование аномальных поведенческих схем на идеаторном уровне, в который вовлечены и психическая, и биологическая составляющие. Возможно, такой подход объясняется тем, что при обсуждении аддикций подразумевается в первую очередь импринтинговый механизм их формирования (Бухановский А.О. с соавт., 2003), сосредотачивая внимание специалистов на изучении именно поведенческой составляющей. Так, при описании этапов развития аддикции на инициальной стадии болезни отмечается переживание «интенсивного настроения» от совершенного поведенческого акта, что способствует фиксации в сознании данной связи и ее упрочнению при повторных реализациях (Короленко Ц.П. с соавт., 2000; Семке В.Я. с соавт., 2006). Последующее изложение стадий расстройства сконцентрировано на формальных характеристиках поведения: второй этап отличается выработкой аддиктивного ритма, третий – формированием стереотипа аддиктивного поведения, четвертый описывается как «полная доминанта аддиктивного поведения».

Однако не все исследователи согласны с таким рассмотрением. Следует отметить, что поведение является лишь феноменологически частным проявлением аддикции, поскольку само оно определяется, прежде всего, такими статусными характеристиками как сознание и мышление наряду с иными психическими функциями – эмоциональными и мнестическими (Благов Л.Н., 2008).

Другие авторы также подчеркивают, что рассмотрение болезней зависимостей в качестве поведенческих расстройств является в корне неверным, поскольку не существует изолированных поведенческих нарушений, а таковые являются *результатом* нарушений психики (Гофман А.Г. с соавт., 2008). Аддикции представляют собой обширное психопатологическое образование, которое «охватывает образ жизни пациента, основанный на сформировавшемся мировоззрении» (Плоткин Ф.Б., 2013), аддиктивном самосознании.

В настоящее время существуют разные представления и об отнесении аддиктивных расстройств к тому или иному регистру заболеваний: первая точка зрения преимущественно распространена на Западе и описывает болезненное влечение как обсессивно-компульсивный феномен (O'Brien С.Р., 1996; Nordegren Т., 2002).

Вторая основывается на представлениях об аддикциях как о сверхценном образовании (Альтшуллер В.Б., 1994). Предлагается рассмотрение аддиктивной триады: наличие патологического влечения, абстиненции и снижения критики, причем первому признаку отводится основное синдромообразующее положение сверхценного регистра (Чирко В.В. с соавт., 2009).

Третьи считают, что аддиктивные нарушения имеют лишь внешнее сходство со сверхценными образованиями и обсессивно-компульсивными нарушениями, и их нельзя отнести ни к одной из этих психопатологических

категорий, а аддиктивные феномены составляют отдельный регистр и принадлежат к сфере мотивационных расстройств (Сиволап Ю.П., 2007).

Некоторыми авторами аддиктивные расстройства рассматриваются как *процессуальное* (не эндогенное) заболевание (Благов Л.Н., 2008): в патогенезе зависимости находится сложный комплекс психопатологических расстройств, развивающихся по определенному сценарию и закономерностям с формированием дезадаптации, устойчивых психопатоподобных нарушений, нарушений коммуникации и всех функций социальной личности. Заболевание может иметь разные варианты течения, прогрессивность и склонность к хронизации (Благов Л.Н. с соавт., 2003). При этом патологическое влечение охватывает все сферы психической деятельности, включая идеаторный, аффективный, сенсорный, волевой уровни и влияет на прогностические и критические способности (Клименко Т.В., 1996).

В рамках зависимостей выявляется ряд клинических признаков, которые сближают их с процессуальными заболеваниями: при аддикциях отмечаются нарушения мышления, занимающие значительное место в их клинической картине (когнитивные искажения, переориентация функций мышления на удовлетворение аддиктивных доминант, приводящая к искажению процесса накопления опыта и стойкой деструкции интеллектуальной функции), а психопатологическая симптоматика в большей степени носит эндоморфный характер (Врублевский А.Г., 1989; Благов Л.Н. с соавт., 2003, 2008). Кроме того, при аддикциях выявляются аффективная патология, которая носит фазовый характер, грубые изменения личности и иерархии ценностей, ассоциированные с динамикой патологического процесса (Семке В.Я. с соавт., 2006; Бисалиев Р.В., 2007).

Согласно другой точке зрения, аддикции являются *хроническим психогенным непсихотическим расстройством личности и поведения*, которое заключается в этапном патологическом развитии личности: возникновении, закреплении и трансформации патологической потребности в

совершении трудно контролируемых поведенческих актов, мотивы которых не имеют ясной рационализации. Имея психогенную природу, это психическое расстройство со временем подвергается *непроцессуальной эндогенизации* и приобретает специфическое прогрессирующее течение, что усматривается в появлении признаков оскудения личности и вытеснении физиологического эквивалента патологической деятельности. На психогенную природу заболевания указывают особенности формирования лудомании, когда имеют значение особенности знакомства с игрой, которая происходила на фоне изменения жизненного уклада: смена места проживания, наличие интерперсонального или интраперсонального конфликта, затяжная конфликтная ситуация в семье (Бухановский А.О. с соавт., 2007).

В целом разнородное понимание клинической сущности аддикций во многом определено тем, что до сих пор не выделено стержневого психопатологического компонента зависимости. Таким образом, в настоящее время продолжает оставаться актуальным выявление структурно-динамических закономерностей и разработка критериев их клинической диагностики.

Кроме указанных клинических вопросов следует отметить, что в рамках существующих направлений психиатрии и наркологии нет концепции, которая могла бы полностью объяснить генез аддиктивного поведения, не прибегая к использованию утверждений гипотетического характера (Бисалев Р.В., 2007). В настоящее время существует около 70-ти теорий, объясняющих формирование зависимого поведения: социально-гигиеническая, социально-психологическая, генетическая, адренохромная, психопатологическая, системная и др. Это многообразие подчеркивает необходимость именно мультидисциплинарного подхода к исследованию аддикций (Сидоров П.И., 2006).

Считается, что аддиктивные заболевания представляют собой мультифакторное расстройство: взаимодействие социально-психологического, конституционально-биологического и экзогенного факторов играет роль в генезе и является основным звеном мультфакториальной модели (Иванец Н.Н. с соавт., 1991; Edwards G., 1986). Сравнительно недавно была предложена синергетическая концепция аддикций, согласно которой зависимое поведение формируется благодаря уникальному взаимодействию факторов социогенеза (нарушения созревания в родительской семье и искажение социализации личности), биогенеза (соматогенез) и психогенеза (особенности становления психических функций, влияние наследственности, психических расстройств) (Сидоров П.И., 2006). Таким образом, при исследовании аддиктивного (в т.ч. сексуального) поведения следует рассматривать констелляции социальных и биологических факторов, что нередко остается за рамками современных научных разработок, уделяющих внимание только одному из названных аспектов.

Можно встретить и другие представления о механизмах развития зависимого поведения (которые следует обозначить как мотивационно-потребностный генез аддикций), указывающие на наличие у пациента неудовлетворенной (психогенной) потребности, которая находит свою реализацию в карикатурной форме: потребность в пище обуславливает аддиктивное переедание или голодание, потребность в сохранении – сектантство, в достижениях – работоголизм и т.п. (Семке В.Я., 2005).

При рассмотрении формирования аддиктивного поведения немалый интерес вызывает изучение влияния социальных факторов – особенностей раннего развития, микросоциального окружения (семейные и внесемейные взаимодействия) и т.п., - поскольку идентичность и стиль жизни человека во многом обусловлены социальной группой и ее динамикой (Короленко Ц.П. с соавт., 2000, 2005). Риск формирования аддиктивного поведения во многом связан с условиями воспитания в детском возрасте: отсутствием

родительского внимания, нарушением эмоциональных связей внутри семьи, асоциальными проявлениями в семьях, доминирующим влиянием матери (Верещагина Н.В., 2003). Особое значение придается тем эмоциональным отношениям внутри семьи, в которых воспитывался аддикт (Pico B., 2000). К сожалению, работы, направленные на изучение эмоциональных связей внутри семьи как детерминанте аддиктивного поведения, малочисленны (Бисалиев Р.В., 2007).

Следует учитывать, что социальные и биологические предпосылки определяют не только формирование аддикции, но и ее *прогредиентность*, которая зависит от уникального для каждого индивида сочетания био-психосоциальных факторов, эффективности защитно-компенсаторных и адаптационных механизмов (Сидоров П.И., 2006).

Не менее актуальны вопросы и параклинической диагностики зависимостей с помощью инструментальных методов. Особенно остро эта проблема стоит в судебнопсихиатрической практике в связи с частотой диссимуляции. Привлечение дополнительных способов диагностики позволяет объективно оценить сексуальные предпочтения.

При ***психофизиологическом обследовании*** сексуальных правонарушителей используется несколько методических подходов: пениальная плетизмография, изучение трекинга глаз и времени реакции при просмотре эротических изображений, опрос с использованием полиграфа, который базируется на регистрации нескольких физиологических параметров.

Последний метод приобрел широкое распространение, прежде всего, в юридической практике. Несмотря на это, данные, касающиеся его методологии, весьма противоречивы (Пеленицын А.Б. с соавт., 2011). Объяснение биологических механизмов, лежащих в основе наблюдаемых в ходе тестирования реакций, в настоящее время является одной из наиболее актуальных научных и прикладных проблем, стоящих перед учеными и специалистами, работающими в данной области (Холодный

Ю.И., 2005). Остается нерешенным вопрос, касающийся естественнонаучных основ метода, объекта исследования (Введенский Г.Е., с соавт., 2009), природы происхождения физиологических изменений и интерпретации данных, научного обоснования применяемых методик (тестов, вопросников, стимульного материала) (Ben-Shakhar G., 2002). Одно из руководств приводит более пяти классов теоретических концепций, объясняющих психофизиологические явления, наблюдаемые во время тестирования на полиграфе (Matte F., 2003), а о широко используемом способе по выявлению скрываемой информации – «Методике контрольных вопросов» – специалисты пишут, что ее применение является спорным и научно необоснованным. Кроме того, данная методика «страдает обвинительным уклоном» (Ben-Shakhar G., 2002).

Данные, касающиеся валидности метода, также неоднозначны. Одни авторы отмечают высокую информативность применяемых в ходе опроса с использованием полиграфа методов, позволяющих обнаружить факт сокрытия информации – свыше 90% (Селиванов Н.А., 1998). Согласно другим исследованиям, использование полиграфа для расследования преступлений и других событий характеризуется приблизительно такой же точностью, как и медицинская диагностика, которая колеблется в пределах 70-80% (Crewson P., 2003).

Эффективность применения полиграфа для диагностики сексуальной направленности влечения у сексуальных правонарушителей составляет 98% (Baranowski G. 1998; Williams V., 1999), а по данным R.Card с соавт. (1995) – около 80%. А.Ю.Хавкин (2003) также показал, что совпадение результатов тестирования с клиническими признаками парафилий отмечается приблизительно в 70%, при этом высок уровень ложноположительных результатов. Схожие данные были получены и криминалистами при обследовании правонарушителей на предмет выявления скрываемой информации (Lykken D., 1981).

В литературе отражено разнообразие методологических подходов в использовании психофизиологического исследования в практических и научных целях, начиная от особенностей регистрации динамики физиологических процессов, способов крепления датчиков, количества каналов и требований к проведению тестирования, и заканчивая разнообразием стимульного материала, способов его демонстрации, анализом и интерпретацией данных. Например, только в России существует несколько методологических подходов в использовании полиграфа («Инструкция...», 1994, 1997).

Таким образом, в настоящее время актуальным является разработка методологического подхода и методических рекомендаций при применении психофизиологического опроса с использованием полиграфа с целью диагностики сексуальных аддикций, уточнение валидности применяемых методик с учетом влияния психического состояния на результаты тестирования на полиграфе.

Для решения диагностических вопросов аддикций, поставленных выше, может помочь изучение патогенетических их механизмов с привлечением биологических методов. Поскольку аддиктивное заболевание является системным многоуровневым расстройством, имеющим характер сложного психопатологического процесса (Благов Л.Н., 2005), то для его всестороннего изучения представляется необходимым его рассмотрение на нейрофизиологическом и нейрохимическом уровнях.

Немаловажными является изучение **нейрофизиологических механизмов** аддиктивного поведения, поскольку психопатологическое своеобразие парафилии, включающее их стереотипный и клишированный характер, зависимость от аффективных нарушений, обсессивную насильственность и неодолимость побуждений, возможность реализации на фоне диссоциативных искажений сознания, позволяет предполагать определенную специфику функциональной активности мозга и церебральной

организации психических процессов, а также нарушение нейрофизиологических механизмов, обеспечивающих произвольность поведения.

Исследователями были обнаружены существенные отличия в активации зон головного мозга у лиц с парафилиями (Waismann R. и соавт., 2003), изменения в системной организации интегративной деятельности мозга, заключающиеся в доминировании активности правого полушария (Киренская-Берус А.В. с соавт., 2002), характерный зональный паттерн распределения спектральной мощности в коре головного мозга в лобно-центральных и париетальной областях правого полушария и височных регионах неокортекса (Елисеев А.В., 1997).

Нейрофизиологические исследования позволяют говорить о том, что свойственный для девиантного сексуального поведения регрессивный характер может объясняться ведущей ролью в его организации филогенетически старых подкорковых структур – лимбической системы и базальных ганглиев (Киренская А.В., 2003). Это согласуется с некоторыми представлениями о формировании аддикции как о расстройстве, развивающемся на основании наиболее филогенетически древних потребностей (Семке В.Я., 2005).

При аддикциях отмечаются изменения не только на нейрофизиологическом, но и на *нейрохимическом уровне*. На протяжении полувековой истории изучения нейротрансмиттерных систем и их роли в патогенезе душевных заболеваний накоплен значительный материал (Rasmussen S.A. с соавт., 1987; Rogeness G.A. с соавт., 1990; Mine K. с соавт., 1993; Faraj B.A. с соавт., 1993).

Для судебно-психиатрической практики особое значение имеют исследования, направленные на оценку связей агрессивного поведения (в т.ч. при парафилиях) с нейрохимическими изменениями. Большая часть подобных работ посвящена изучению серотонинергических систем,

поскольку именно они принимают участие в формировании поведения и эмоциональных проявлений, контролируют двигательные акты, играют существенную роль в оформлении поведения (Mehlman P.T. с соавт., 1994; Spooont M.R., 1992). Было показано, что при парафилиях отмечается изменение концентрации серотонина (Praag H.M., 1994), снижение активности серотонинергических пресинаптических нейронов и 5-НТ2А/2С рецепторов наряду с повышенной концентрацией нор- и эpineфрина в периферической крови (Maes M. с соавт., 2001). Однако существенную роль в патогенезе парафилий играют не столько изолированные нарушения серотонинергической системы, сколько нарушения взаимодействия нейротрансмиттерных и гормональных систем (Brunner H.G. с соавт., 1993; Cossaro E.F., 1999; Sanchez C., 1999).

Несмотря на длительную историю нейрохимических исследований, работы, посвященные исследованию взаимосвязей клинических характеристик аддиктивных расстройств и биологических параметров, малочисленны (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003), а исследования, нацеленные на изучение иммунохимических процессов при аддикциях, единичны и ограничиваются контингентом лиц с синдромом алкогольной зависимости. Работ, посвященных иммунным изменениям при сексуальных аддикциях, в настоящее время нет.

В научных публикациях также не удалось обнаружить результатов, описывающих взаимосвязи динамики аддиктивных расстройств и сопутствующих патобиологических (на нейрофизиологическом и нейрохимическом уровнях) изменений. Исследования в этой области представляются весьма перспективными, особенно с учетом юридической значимости сексуальных аддикций, поскольку это позволило бы выделить объективные признаки, отражающие глубину аддиктивных нарушений.

Клинические критерии экспертной оценки аддиктивного сексуального поведения в настоящее время описаны подробно (Радченко Н.А., 2002;

Амбарцумян Э.С., 2005; Яковлева Е.Ю., 2003, 2010). Несмотря на это, существуют единичные работы, которые посвящены изучению нарушений осознанно-волевой регуляции у лиц с расстройствами сексуального предпочтения в зависимости от стадии формирования сексуальной аддикции (Яковлева Е.Ю., 2010). Было показано, что степень аддиктивности (зависимости личности от влечения) у ограниченно вменяемых лиц соответствует начальным стадиям формирования аддикции, а у экскульпированных лиц – конечным, при которых отмечается переход влечения в разряд витальных потребностей, изменение смысла и значения своих действий ввиду рационализации влечения, появление сверхценных увлечений, связанных с аддикцией.

В указанных публикациях рассмотрение клинических аспектов экспертной оценки отчасти было представлено только в теоретическом ключе, и учитывались не все психопатологические характеристики динамики аддикции, поэтому дальнейшее проведение научных исследований в этом направлении является актуальным.

Разработка принципов судебно-психиатрической оценки лиц с аддиктивной сексуальной патологией с учетом клинической динамики расстройств перспективна еще и потому, что на примере наркотической аддикции ранее уже была показана необходимость учета динамической картины заболевания для оценки осознанно-волевой регуляции поведения в криминальной ситуации (Клименко Т.В., 1996).

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.

### **Объект исследования**

Настоящее исследование было основано на изучении 314 случаев. Из них 219 человек составили лица с расстройствами сексуального предпочтения и 95 подэкспертных без таковых. Дополнительно было обследовано 19 психически здоровых добровольца нейрофизиологическим методом исследования.

### **Методы исследования**

1. Клинико-психопатологический;
2. Сексологический (оценка комплекса признаков, характеризующих сексуальное развитие в допубертатном и пубертатном возрастах, формирование расстройств сексуальных предпочтений и их динамику);
3. Психофизиологический (оценка значимости вербальных и визуальных эротических стимулов путем регистрации совокупности вегетативных показателей с помощью полиграфа);
4. Нейрофизиологический – применение теста с антисаккадами, позволяющего оценить высшие когнитивные функции и использовать его в качестве адекватной модели для изучения патофизиологии девиантного поведения (совместно с д.б.н. А.В.Киренской);
5. Нейрохимический – исследование иммунного статуса, цитокинового профиля и параметров обмена серотонина и катехоламинов (совместно с д.б.н. Гуриной О.И.).

### **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-формированные факторы их формирования, а также оценить клинко-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 клинко-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 клинико-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 транзиттерной систем у лиц с парафилиями, взаимосвязь клинического оформления парафильного акта и транзиттерной 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 интерпертации данных, получаемых в ходе тестирования, проводимого лицам, обвиняемых 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 симптоматики, а также осознанно-волевой регуляции 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 клинко-психофизиологических взаимосвязей позволяют уточнить диагностические критерии парафилий и снизить количество повторных экспертиз. Выявляемые с помощью нейрофизиологического и нейрхимического методов варианты клинко-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 «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

### **Объем и структура работы**

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 – зарубежных. В первой главе приводится анализ работ, посвященных развитию представлений об аддиктивных расстройствах, описанию подходов

к их формированию, психопатологии, динамике, осознанно-волевой регуляции, а также диагностике и патогенетическим механизмам. Вторая глава содержит общую характеристику материала и методов исследования. Каждая последующая глава отражает результаты исследования: описание predispositional факторов формирования сексуальных аддиктивных расстройств, их структурно-динамических особенностей (глава 3); клинико-патогенетические (нейрофизиологические и нейрохимические) механизмы сексуальных аддикций (глава 4); методологические и методические принципы психофизиологического исследования (глава 5). Глава 6 является интегрирующей, и в ней описываются модели судебно-психиатрической оценки сексуальных аддикций с учетом клинических и биологических данных. Заключение отражает обобщенные результаты исследования. Далее представлены выводы. В приложении размещены рекомендованные к использованию в рамках психофизиологического исследования тесты, бланки заявлений и заключения.

## ГЛАВА 1

### Современные представления о клинико-патогенетических механизмах аддиктивных расстройств

#### Предиспозиционные факторы аддикций

В настоящее время существует около 70 клинико-психопатологических, генетических, социально-психологических и психоаналитических теорий, которые предлагают различное объяснение формирования аддиктивного заболевания (Кекелидзе З.И. с соавт., 2008).

Выделяют социальные, биологические (генетические, органические) и дизонтогенетические предиспозиционные факторы (Иванец с соавт., 1991; Семке В.Я., 1999; Семке В.Я. с соавт., 2005; Edwards G., 1986), которые определяют дисгармоничное развитие, обуславливающее несовершенство сознания и самосознания, системы отношений к окружающей действительности, потребностей и мотивов поведения (Коченов М.М., 1980; Шостакович Б.В. с соавт., 1991, Borsetti S. с соавт., 2017).

В *социогенезе* аддикций рассматриваются макросоциальный (социально-экономическое положение в стране и социальная политика государства), микросоциальный (стиль жизни семьи, трудового и учебного коллектива, молодежных групп) и социально-психологический, или личностный (особенности нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер) причинные комплексы (Сидоров П.И., 2001, 2006; Сиволап Ю.П., 2007).

О возможном участии *макросоциальных факторов* в формировании зависимого поведения упоминалось еще в работах А. Maslow (1970), который отмечал, что при разрушении социального строя депримируются несколько высших ценностей: значимость жизни, ее осмысленность, справедливость, понятность, правда, социальная коммуникация. В результате наиболее психологически беспомощными оказываются подростки, вследствие чего у них легко формируется химическая зависимость. О влиянии

макросоциальных факторов на развитие аддикций говорится и в работах отечественных исследователей (Личко А.Е. с соавт., 1991; Дудко Т.Н. с соавт., 2006). Особое место отводится телевидению, поскольку демонстрация в средствах массовой информации сцен насилия провоцирует возникновение соответствующих фантазий, идентификацию с негативными персонажами, что способствует становлению агрессивного поведения (Bandura A., 1989).

К *микросоциальным факторам* относят неблагоприятное окружение – родительскую семью и коллектив сверстников в детском и подростковом возрастах (Farrington D.P., 1995). В развитии аддикций в первую очередь отводится ключевая роль нарушениям внутрисемейного взаимодействия: неполная семья, отсутствие эмоциональных связей между ее членами, девиантные типы воспитания и пр.

J. Bowlby (1940) было показано, что результатом ранней разлуки матери и ребенка становится нарушение эмоционального развития, а непоследовательное отношение родителей к детям или их отвержение создает ощущение, что мать и отец физически и эмоционально «недоступны», что обуславливает переживание гнева и способствует формированию делинквентной модели поведения.

Нарушения эмоционального развития отмечаются и в неполных семьях, в которых со временем появляется отчим, что является стрессовой ситуацией для ребенка, вызывающей в нем отрицательные эмоции. Чтобы сделать ситуацию менее значимой, ребенок должен разорвать связь своего «Я» и травмирующей среды, чему способствует механизмы отстранения. В результате ребенок воспринимает мать как «жену некоего мужчины» (Кон И.С., 1989).

Девиантное воспитание детей с жестоким обращением в физической, эмоциональной и сексуальной форме способствует развитию агрессивности и склонности к воспроизведению подобных же форм поведения в последующем (Koski P.R., 1987; Scudder R.G. с соавт., 1993; Widom C.S., 1991).

В контексте неблагоприятных социальных predisпозиций следует также упомянуть наследственную отягощенность, поскольку особенности эмоциональной сферы и поведения родителя, страдающего психическим расстройством, сказываются на формировании эмоциональной и психосексуальной сферы, обуславливая искажение онтогенеза. Так, среди лиц с парафилиями чаще встречаются случаи с отягощенной наследственностью по психическим заболеваниям, особенно по химическим формам аддикций (Бухановская О.А., 2003). То же обнаружено при лудомании и опийной наркомании (Клименко Т.В., 1996; Бухановский А.О. с соавт., 2007), когда ребенком происходит усвоение (запечатление) аддиктивных поведенческих стереотипов родителей (Скворцова Е.С. с соавт., 1999).

Таким образом, в результате фрустрации, переживания ребенком чувство стыда из-за блокады потребностей, недостаточности родительской ласки, депривации от семьи и др. появляются первые клинические признаки расстройств: утрата ребенком возможности удовлетворять эмоциональные потребности восполняется в ходе «иллюзорной» деятельности – стереотипной активности (сосание пальца, детская псевдомастурбация, трихотилломания) (Шалиткина Л.А. с соавт., 1996).

В формировании аддикций играет роль и внесемейное окружение. Это показательно на примере химических аддикций, когда регулярное употребление психоактивных веществ почти всегда связано с групповыми формами поведения (Гофман А.Г., 2005).

Кроме социальных факторов predisпозиции следует учитывать и **биологические предпосылки** в формировании зависимого поведения. Экзогенно-органическая патология при развитии аддикций является существенной и играет ключевую патопластическую роль в утяжелении и усложнении заболевания (Семке В.Я. с соавт., 2005). Отмечается высокая частота патологии беременностей и родов у матерей пациентов с гомицидным сексуальным поведением (Бухановский А.О. с соавт., 2007), показана высокая

встречаемость органической патологии при интернет-зависимости (Weinstein A. с соавт., 2015).

В последнее время популярны стали генетические исследования, результаты которых подтверждают состоятельность генетической модели формирования аддикций. Считается, что химические аддикции являются вариантами генетически единого заболевания, а вид ПАВ влияет лишь на вариабельность генетического вклада (Bienvenu O.J. с соавт., 2011). Определенные нарушения были обнаружены в отдельных локусах 1-ой, 2-ой, 10-ой и 13-ой хромосомах у лиц, страдающих алкоголизмом (Agrawal A. с соавт., 2008), а также отмечались особые варианты гена моноаминоксидазы типа А и низкая активность гена моноаминоксидазы типа В (Nilsson K.W. с соавт., 2008).

Предполагается, что психические нарушения и зависимое поведение взаимосвязаны и имеют общие патогенетические механизмы. Возможно, что генетические особенности нейромедиаторных систем проявляются в фенотипе симптомами психических расстройств, поведенческих и аддиктивных нарушений (Черепкова Е.В. с соавт., 2011).

В этой связи некоторые исследователи указывают, что дихотомический подход к изучению predispositional факторов аддиктивных расстройств с разделением их на биологические и средовые является упрощенным: средовые влияния, переживаемые человеком, являются не случайными, а коррелируют с особенностями генотипа или даже обусловлены им. Если среда многообразна, и общество предоставляет человеку возможность выбора, то каждый делает этот выбор (выбор среды), соответствующий его генетически обусловленной индивидуальности (Рожнова Т.М. с соавт., 2010).

Таким образом, в генезе аддиктивных расстройств имеет значение сочетание нескольких predispositional, которые приходятся на определенный этап развития и обуславливают дизонтогенетические состояния. Последние, в свою очередь, искажают формирование личности, усвоение социальных и

моральных норм, создавая предпосылки для становления зависимых форм поведения.

### **Психопатология аддикций и осознанно-волевая регуляция аддиктивного поведения**

Клиническая картина аддиктивных расстройств отличается многообразием и включает в себя нарушения со стороны различных сфер (когнитивной, эмоциональной, поведенческой), которые представлены разнородными психопатологическими состояниями.

Считается, что психопатологической основой аддиктивных расстройств является патологическое влечение. Теория патологического влечения была разработана в начале 1990-х гг. В.Б.Альтшулером (1994) на модели алкоголизма и в последующем экстраполирована на наркоманию. С того времени представления об аддиктивном влечении как о сложном психопатологическом образовании стало доминирующим теоретическим положением (Менделевич В.Д., 2010).

Патологическое влечение при аддикциях рассматривалось как «сверхценное образование» (Альтшулер В.Б., 1999), «сверхценная структура доминантного типа» (Иванец Н.Н., 2002) или «сверхценная синдромальная структура» (Чирко В.В. с соавт., 2009), в рамках которой сверхценные идеи благодаря сильной аффективной окраске получают в сознании человека на длительное время не соответствующие их реальному значению преобладающее положение (Смулевич А.Б., 1972; Попов Ю.В., 1997; Морозов Г.В., 1998). В связи с этим патологическое влечение занимает доминирующее положение в системе субъектных ценностей, во многом определяя поведение.

Однако некоторые авторы не склонны относить аддикции к сверхценным образованиям, поскольку они являются мотивационным расстройством (Сиволап Ю.П., 2007). Поэтому аддикции определяются как витальное влечение.

Другие приравнивают аддиктивное влечение к бредовым расстройствам (Михайлов М.А., 2010). В своих поздних работах В.Б.Альтшулер (2008) отмечает, что при патологическом влечении «суждения больных в пользу потребления ПАВ... являются ошибочными, не поддаются коррекции, возникают на болезненной основе, систематизированы, монотематичны, эмоционально заряжены и определяют поведение больного», также как это можно наблюдать и при бредовых расстройствах.

Попытки рассматривать аддикции как процессуальное заболевание встречают ряд возражений (Менделевич В.Д., 2008; Пятницкая И.Н., 2008). Имеющиеся разногласия скорее обусловлены тем, что в каждом случае речь идет о различных этапах аддиктивного влечения. Внешне противоречивые интерпретации оказываются понятны при рассмотрении заболевания с позиций его структурно-динамических особенностей. Например, при парафилиях на терминальных стадиях у больных выявляются трудно корригируемые когнитивные искажения, оправдывающие их влечение, а парафильная реализация становится жизненно необходимой потребностью (Яковлева Е.Ю., 2010). Если в начале болезни речь может идти о сверхценном характере влечения, то по мере ее динамики появляются бредоподобные идеи (Карвасарский Б.Д.; Михайлов М.А., 2010), понятия и представления приобретают искаженный характер, толкование действительности, самооценка, интерпертации выглядят неадекватными, страдает чувственно-образный компонент (Благов Л.Н. с соавт., 2003).

Динамику патологического влечения рассматривают в свете смены обсессивного, компульсивного и импульсивного синдромокомплексов (Ткаченко А.А., 1994; Клименко Т.А., 1996; Альтшулер В.Б. с соавт., 1999; Бухановский А.О. с соавт., 2007, Яковлева Е.Ю. 2010), которые включают идеаторную (мысли о поведении, борьба мотивов, аномальные фантазии и сновидения), эмоциональную (аффективные расстройства) и поведенческую компоненты.

В соответствии с указаниями МКБ-10, одним из основных проявлений различных форм зависимого поведения являются овладевающие мысли и представления (син.: фантазии, ментальные или мысленные образы, наглядно-образные представления) о девиантном акте, которые со временем могут интенсифицироваться, что отражает нарушение идеаторной компоненты влечения.

Воображение в таких случаях становится основным регулятором поведения, поскольку фантазии выступают в качестве «мотива деятельности». Наиболее ярко это представлено при сексуальных аддикциях, когда эротические представления могут замещать или провоцировать девиантные акты. В первом случае фантазирование, сопровождаясь мастурбацией, выступает в качестве суррогатного способа, позволяющего уменьшить или снять проявления психофизического дискомфорта, связанного с потребностью (Екимов М.В., 2006).

При парафилиях фантазирование сопровождается появлением положительно окрашенных эмоций – от благодушия и эйфории до экстатических переживаний. Учащение фантазий является признаком актуализации патологического влечения и высокой вероятности рецидива. У лиц с расстройствами сексуального предпочтения в фантазиях происходит своеобразное «проигрывание предстоящих действий», моделирование девиантного поведения, кроме того, аномальная идеаторная активность является одним из факторов, способствующим формированию различных форм парафилий. Определяющая роль в возникновении повторяющихся воспоминаний и фантазий, содержательно связанных с сексуальным насилием, отводится механизмам импринтинга и оперантного обусловливания (Короленко Ц.П. с соавт., 2000; Бухановский А.О., 2001; Каменсков М.Ю., 2008).

Фантазирование отмечается и при других формах зависимого поведения. В частности, при нервной анорексии и булимии ведущую роль

играют фантазии «телесного совершенствования», сюжеты которых ассоциируются со стремлением к достижению идеального телосложения (Крылов В.И., 2012). При лудомании пациенты в подробностях представляют процесс игры, отмечают произвольные воспоминания событий, связанных с их игровой деятельностью, что отражает идеаторный компонент компульсивного влечения (Солдаткин В.А., 2010).

В настоящее время предлагается выделять несколько клинических вариантов аддиктивных фантазий (Крылов В.И., 2012, 2014):

- *произвольные образы воображения* вызываются произвольно, сопровождаются переживанием эмоций гипертимного ряда и выполняют заместительную роль;

- *навязчивые фантазии* связаны с нарастанием интенсивности патологического влечения и их сюжетом становятся в большей степени не воспоминания девиантных актов, а появление новых образов воображения. Представления приобретают произвольный, насильственный характер, отмечается избирательность критического отношения к факту утраты произвольности психических переживаний при отсутствии критики к содержанию навязчивости;

- при *овладевающим фантазировании* влечение приобретает императивный характер, выступая в качестве триггерного провоцирующего фактора аддиктивной реализации. При этом конкурирующие побуждения ослабевают, критическое отношение к состоянию утрачивается, настроение приобретает угрюмо-подавленный характер.

Таким образом, аддиктивные фантазии могут рассматриваться в качестве клинического маркера патологического влечения, и их содержание всегда привязано к определенной тематике. В зависимости от психопатологического оформления фантазирования оно может брать на себя заместительную функцию, удерживая от аддиктивной реализации, или, наоборот, являться триггером девиантного поведения. Сам процесс

фантазирования способствует изменению эмоционального состояния аддикта и тесно связан с аффективными расстройствами, составляющими основу нарушения эмоциональной компоненты влечения.

Неоднократно подчеркивалась связь аддиктивных расстройств с эмоциональными нарушениями, которые не только сопутствуют эротическому фантазированию, аддиктивной реализации, но и способствуют формированию аддикций, поскольку нарушения эмоционального развития в детском возрасте являются одним из факторов риска развития зависимого поведения (Выготский Л.С., 2004; Лебединский В.В. с соавт., 1996; Castro V. с соавт., 2007).

Так, считается, что недоразвитие эмоциональной сферы является одним из патогенетических звеньев нервной анорексии. При kleптомании, наркомании, токсикомании эмоционально-тягостные тревожные, депрессивные аффективные состояния предшествуют расстройствам влечений (Макушкин Е.В. с соавт., 1996; Измаилова Н.Т. с соавт., 1996; Калинина М.А. с соавт., 1996).

Появление определенных аффективных расстройств в клинической картине аддикций увязывается со стадией заболевания. В психопатологии химических аддикций выделяют несколько нарастающих по глубине основных типов эмоционального реагирования (Чирко В.В. с соавт.; 2009):

- *кататимный тип* аффективного реагирования и поведения характеризуется непродолжительностью и лабильностью. При этом диссоциации между высшими гностическими (эстетические, нравственные, познавательные и др. переживания) и низшими протопатическими (малодифференцированные переживания удовольствия или неудовольствия) эмоциями не отмечается;

- при *голотимном типе* выявляются стойкие, продолжительные и полярные по направленности эмоциональные переживания – депрессивные, маниакальные, смешанные, протопатические;

- *эксплозивный тип* реагирования характеризуется сочетанием инертности и тугоподвижности аффекта со взрывчатостью и импульсивностью; содержание аффективной сферы определяют мрачная тоскливость, злобность, страх.

Указанные типы реагирования можно наблюдать и при парафилиях. Отмечена высокая встречаемость аффективных расстройств при садизме, при котором наиболее часто имеют место дистимические и дисфорические расстройства (Куниковский Ю.Е., 1999). Кроме того, эти нарушения приобретают экспертное судебно-психиатрическое значение: дисфорические состояния определяют ограничение волевой регуляции поведения (Каменсков М.Ю., 2008).

Аффективные расстройства наблюдаются в клинической картине и других форм зависимого поведения: при лудомании отмечаются расстройства тревожного, депрессивного и дисфорического спектра (Дудко Т.Н. с соавт., 2006; Бухановский А.О. с соавт., 2007; Кекелидзе З.И. с соавт., 2008; Aasved M., 2003; Grant J.E. с соавт., 2003); при пищевой, интернет-зависимости и алкоголизме – преимущественно тревожно-депрессивные нарушения (Аведисова А.С. с соавт., 2015; Fidalgo T.M. с соавт., 2008; Weinstein A. с соавт., 2015).

Аддиктивные расстройства в некоторых случаях оказываются настолько тесно связанными с аффективными, что в клинической картине аддикций появляются некоторые их характерные черты: сезонность, суточные колебания, вегетативные нарушения, аффективные фазы в анамнезе (Иовчук Н.М. с соавт., 1996; Кривулин Е.Н., 1996; Антонян Ю.М., Шостакович Б.В., 2002; Леонова О.В., 2005). Некоторые авторы отмечают также связь актуализации патологического влечения с аффективными расстройствами: эмоциональная неустойчивость, тревожность, дисфории, депрессивные расстройства, декомпенсации психопатии, сопровождающиеся в том числе расстройствами аффекта, являются причинами срыва в

постабстинентном периоде у лиц с химической зависимостью, что рекомендуется учитывать при реабилитации таких пациентов (Рохлина М.Л. с соавт., 1991; Иванец Н.Н., 2002; Израелян А.Ю. с соавт., 2010; Tull M.T. с соавт., 2007; Li S.X. с соавт., 2009).

Отмечающийся при аддикциях переход одних психопатологических состояний в другие, характеризующийся сменой obsessивных и компульсивных синдромов, сверхценных образований, а также определенной динамикой аффективных расстройств позволяет предположить, что указанные феномены являются только частными и производными феноменами от такой базисной структуры как самосознание. Вероятно, что именно нарушения самосознания, частью которого являются иерархическая структура ценностей и потребностей человека, личностные качества и восприятие внешнего мира, представляют собой стержневой феномен, создающий каркас для формирования и проявления других синдромов. Ранее В.И.Аккерман (1936) и А.А.Меграбян (1962) указывали, что нарушения самосознания лежат в основе развития ряда других симптомов психических расстройств.

Некоторые авторы полагают, что именно самосознание является субстратом для развития аддиктивных расстройств (Соколова Е.Т. с соавт., 1989; Грюнталь Н.А., 1998; Кущев Д.В., 2010), и нарушения в его структуре и функционировании служат причиной декомпенсаций, приводящих к психологическим проблемам и кризисам (Кущев Д.В., 2010). Специалисты отводят ведущую роль в психопатологической структуре расстройств влечений восприятию собственного «Я» (Козлова И.А., 1996; Кущев Д.В., 2010).

Как подмечает А.Г.Гофман (2005), если бы «все дело было в биологической модели, то основным средством лечения должны быть... препараты..., которые воздействуют на *патологическое влечение*... Однако мировой опыт свидетельствует, что подобная практика дает мало

обнадеживающие результаты. Если не принимаются попытки изменить отношение больного к своему заболеванию, к окружающим, если нет стремления изменить *мотивы поведения*... лечение малоэффективно».

Данную точку зрения разделяют и другие отечественную и зарубежные специалисты, подчеркивающие слабую эффективность психотропной терапии аддиктивных расстройств (Мосолов С.Н., 1996; Анохина И.П., 2002; Сиволап Ю.П., 2005; Koob G.F., 2003; Nestler E.J. с соавт., 2004), поскольку препараты неспособны воздействовать на «деформированную иерархию ценностей» аддикта (Сиволап Ю.П., 2007).

При аддикциях происходит смена одних мировоззренческих ценностей другими, что сопровождается депрессивными, обсессивными, психотическими расстройствами, которые таким образом являются маркерами глубинных перестроек самосознания, происходящих на уровне восприятия себя и внешнего мира, своего места в нем. В результате на конечном этапе аддикции формируется новая личность, которая по своим качествам уступает донозологической личностной структуре аддикта, характеризуясь узостью социальных и профессиональных интересов, эмоциональной холодностью, бедностью и схематичностью мышления (Волков Е.Н., 1996; Клименко Т.В., 1996; Бухановский А.О. с соавт., 2002; Семке В.Я. с соавт., 2006; Бондарев Н.В., 2006; Ryan L.J., 1977).

Исследования самосознания позволили взглянуть на образ «Я» как на целостную трехкомпонентную систему с когнитивной (познавательной), эмоциональной и поведенческой составляющими (Rosenberg M., 1965). Эти компоненты, обозначенные американским исследователем как «автономные формальные измерения», используются в психологии для сравнения уровня самосознания у разных людей или у одного и того же человека на разных стадиях его развития, что позволяет их анализировать и в контексте *психопатологического* описания расстройств самосознания.

В клинической психиатрии самосознание рассматривается в связи с такими понятиями, как критика к болезни, деперсонализация, диссимуляция, внутренняя картина болезни, нозогнозия, анозогнозия (Лурия Р.А., 1935, 1977; Жислин С.Е., 1965; Снежневский А.В., 1970, 1983; Кон И.С., 1978; Чудновский В.С., 1992; Ясперс К., 1997; Кафаров Т.А., 1998, 2000). Каждая из представленных психопатологических характеристик имеет клиническое и экспертное значение при аддикциях.

Во-первых, феномены деперсонализация и дереализация отмечаются при различных аддиктивных расстройствах. При гемблинге во время игры имеет место состояние отрешенности, появления чувства «единения» с автоматом на фоне аффективно суженного сознания (Бухановский А.О. с соавт., 2007). Диссоциативные феномены также описаны и при парафилиях. Были подробно рассмотрены расстройства сознания и самосознания при реализации парафильных фантазий и выделены критерии экспертной оценки осознанно-волевой регуляции поведения (Ткаченко А.А., 1997; Яковлева Е.Ю., 2001, 2010; Амбарцумян Э.С., 2004).

Во-вторых, связь нарушений самосознания с критикой к болезни, диссимуляцией, психологической защитой отмечена рядом исследователей (Кондратьев Ф.В., 1980). Выделяют такие формы нозогнозии, как формальную, амбивалентную нозогнозию, анозогнозию, альтернирующее сознание болезни, когда критическое отношение к проявлениям заболевания то появляется, то вновь исчезает, что напоминает феномен множественной личности (Жмуров В.А., 2002). Некоторые из указанных форм осознания болезни соответствуют таким понятиям, используемым в сексологии, как эгодистоническое и эгосинтоническое отношение к влечению (Ткаченко А.А., 1997). Однако перечисленные характеристики осознания болезни не всегда позволяют в должной мере описать критическое отношения к парафилии, что обедняет дифференцированный подход к судебнопсихиатрической оценке и

обоснованию экспертного решения и требует введения новых понятий, базирующихся на представлениях о нозогнозии.

Еще одно понятие, которое описывает критическое отношение к болезни, – когнитивные искажения. Данный термин впервые был использован в 1963 г. А.Т.Веск, которой данный феномен рассматривается как специфические систематические ошибки, возникающие в структуре автоматических мыслей и являющиеся источником дисфункциональных эмоций и девиантного поведения (Glaser R., 1984; MacLeod C. с соавт., 1986). У лиц с парафилиями они могут быть разнообразными: одни связаны с оправданием собственного поведения, другие – с обвинением жертвы в провокации противоправных действий (Ward T. с соавт., 1999; Ward T., 2000). Когнитивные искажения появляются до совершения противоправных деяний, во время деликта и после него, облегчая девиантное поведение (Saradjian A. с соавт., 2003). Таким образом, когнитивные искажения влияют на критическое отношение к болезни, нарушая саморегуляцию поведения.

В-третьих, нарушения самосознания при аддикциях представлены *алекситимией*, являющейся комплексом аффективных и когнитивных нарушений, обуславливающих неспособность человека описать собственные телесные и эмоциональные переживания и их дифференцировать (Плоткин Ф.Б., 2001). Высокий уровень алекситимического радикала в структуре личности способствует снижению адаптивных возможностей человека и является одним из факторов развития синдрома зависимости (Лукьянов В.В., 2007; Плоткин Ф.Б., 2009). Нередко алекситимия встречается и у лиц с расстройствами сексуального предпочтения (Ткаченко А.А., 1997).

В-четвертых, расстройства самосознания тесно связаны с патохарактерологическими особенностями. При нехимических аддикциях на поздних стадиях болезни отмечаются личностные изменения, которые развиваются по определенному стереотипу: заострение личностных качеств сменяется деформацией личности, которая, в свою очередь, - оскудением с

нарастающей психосоциальной дезадаптацией. Заострение проявляется в заметном нарастании преморбидных черт, а деформация – в появлении новых качеств: возбудимости со склонностью к эксплозивным реакциям и истероидности в виде эгоцентризма и аффективной непоследовательности. Оскудение личности («руинирование») происходит за счет нравственных категорий. У таких лиц формируется равнодушие к семье, учебе или работе, бессердечность, исчезновение ответственности и чувства долга, сужение круга интересов, нивелировка сексуальной потребности (Снежневский А.В., 1983; Игонин А.Л. с соавт., 2003; Дудко Т.Н. с соавт., 2006; Бухановский А.О. с соавт., 2007).

Таким образом, изменения личности могут служить своеобразным маркером, свидетельствующим об изменениях самосознания в процессе динамики аддиктивных расстройств. Определенное значение имеет структура личности на донозологическом этапе аддикций, поскольку предполагается, что зависимое поведение имеет не внешнее, а внутренне происхождение, и все формы аддикций базируются на индивидуально-личностных качествах человека (Иванец Н.Н. с соавт., 1981; Менделевич В.Д. с соавт., 2011). Большинство специалистов сходится в той точке зрения, что существуют личностные, предпатологические особенности, в силу которых формируется зависимость, и предлагается обозначать их как аддиктивные нарушения, развившиеся на базе личностного расстройства (Короленко Ц.П. с соавт., 2006).

Особенности самосознания человека имеют прямое отношение к регуляции поведения. Так, А.Г.Спиркин (1977) подчеркивал, что самосознание – активный процесс, который лежит в основе саморегуляции поведения человека и предполагает знание и отношение к объективной реальности, постоянное ощущение в ней самого себя. В ряде экспериментов было показано, что *самопознание* и *саморегуляция* поведения личности – разные стороны одного и того же процесса. Поэтому для формирования и

развития самосознания на каждом возрастном этапе большое значение имеет самопознание своих отдельных качеств, в том числе и личностных, которое отчасти происходит посредством сопоставления себя с образом других людей или требованиями сообщества в целом. Таким образом, социально-психологический контекст влияет на мотивационно-оценочные и когнитивные элементы «Я» (Кон И.С., 1989), и в норме единство «Я» означает не только согласованность отдельных элементов внутри образа «Я», но и гармоничность образа «Я» и поведения в целом.

В случаях рассогласованности поведения и образа «Я», например, при асоциальном поведении, личность может устранить этот конфликт посредством изменения собственной позиции к поступку с помощью механизмов психологической защиты, например, рационализации (Кон И.С., 1989), что обуславливает нарушения саморегуляции поведения в соответствии с социальным контекстом. У аддиктивных личностей также срабатывает механизм психологической защиты – рационализации собственного поведения, что в клинической картине расстройств наркоманий проявляется парциальной интеллектуальной слабостью – когнитивными искажениями, содержание которых оказывается весьма разнообразным, начиная от изменения собственных социальных установок до ссылки на мнения других источников (Клименко Т.В., 1996).

Схожие механизмы можно наблюдать и при расстройствах сексуального предпочтения. В литературе подмечалось, что преступники оправдывают свое собственное аномальное сексуальное поведение через призму сопоставления себя с другими правонарушителями, совершившими более агрессивные сексуальные действия (Колоколов А.В., 2015). В результате этого регулирующая роль самосознания представляется искаженной: образцом для сравнения выступает не нормативное сексуальное поведение, а содержательно иное, но тоже аномальное.

Клинико-психопатологический анализ аддиктивных расстройств, в частности сексуальных аддикций, с учетом нарушений самосознания позволяет найти новый подход не только к их клиническому описанию, но и судебно-психиатрической оценке.

### **Представления о динамике аддикций**

Одна из более ранних систематизаций патологического влечения была предложена еще в 60-70-х годах (Портнов А.А., 1959; Пятницкая И.Н., 1975). Авторами выделялись три типологических варианта, которые оказались последовательными этапами единого психопатологического образования: этап обсессивного, компульсивного и импульсивного влечения. Особенности динамики патологического влечения имеют определенное экспертное значение, поскольку на первом этапе отмечаются преимущественно идеаторные нарушения, на втором – аффективные и вегетативные, а на третьем – поведенческие, что отражает расширение диапазона расстройств, входящих в структуру влечения, и появление нарушений более глубокого уровня (Клименко Т.В., 1996).

Более подробное психопатологическое описание предложенной типологии можно найти в работах А.О.Бухановского с соавт. (2003), которые выделяли «предиспозицию» (измененная биосоциальная почва), «латентный этап», характеризующийся воспоминаниями, реминисценциями об импринтинговой девиантной ситуации; «инициальный» – продром развернутой клинической картины; собственно этап «развернутой клинической картины» и «исходный» – обратный патокинез. Признаки зависимости могут обуславливать совершение общественно опасных деяний и проявляются в следующих синдромах: *синдром измененной реактивности* (рост толерантности, оскудение нормативной социальности), *синдром психической зависимости* (обсессивное влечение и изменения эмоционального состояния в рамках аддиктивного акта), *синдром физической*

*зависимости* (представлен компульсивным влечением, «синдромом отмены», изменением аддиктивного поведения). В литературе рассматриваются и другие клинические модели динамики (Семке В.Я. с соавт., 2005; Солдаткин В.А., 2010).

В перечисленных исследованиях не нашлось должного описания инициального этапа аддикций, который упоминается в отдельных работах. На данном этапе еще в детском и подростковом возрасте могут наблюдаться некоторые прообразы расстройств влечений в виде вегетативно-инстинктивных расстройств: у детей встречаются эпизоды булимии, анорексии, извращение аппетита, изменения инстинкта самосохранения, рефлекс Моро, отсутствие страха высоты, псевдомастурбация, элементы kleptomании и дромомании (Шевченко Ю.С., 1996; Горюнова А.В. с соавт., 1996).

Клиническая картина аддиктивных состояний во многом определяется наличием коморбидной патологии и ее патодинамическими особенностями, которые не всегда учитываются при изучении зависимостей (Семке В.Я., 2005; Богданов А.С., 2011). При описании динамики расстройств влечений подчеркивается наличие *процессуальных* признаков в психопатологии аддикций у больных шизофренией: приступообразность, наличие аффективных аутохтонных симптомов, охваченность переживаниями, связанными с влечением, отсутствие внутренней переработки побуждений и учета конкретной ситуации (Голик А.Н., 1996), личностные изменения (Семке В.Я., 2001).

Также отмечено, что при глубоких органических психических расстройствах, проявляющихся, в частности, гебоидными нарушениями, уже в детско-подростковом возрасте формируются стойкие расстройства влечения. При менее же выраженных нарушениях расстройства влечений проявляются только в рамках декомпенсации психического расстройства (Буторина Н.Е., 1996; Куприн И.В., 1996; Пушков В.В., 1996).

Для больных эпилепсией характерны такие расстройства влечений как дромомания, клептомания, алкоголизм и расстройства сексуальных предпочтений (Усюкина М.В., 2003). Наиболее обширный анализ влияния психической патологии на динамику аддиктивных расстройств был проведен Т.В.Клименко (1996) на примере опийной наркомании.

Таким образом, описание клинических проявлений аддиктивных расстройства в литературе представлено фрагментарно: в одних исследованиях делается акцент на эмоциональных и личностных изменениях, наблюдаемых в рамках зависимого поведения, в других – клинический анализ сосредоточен на нарушениях когнитивной сферы и влиянии коморбидной патологии на течение аддикций. Описания трансформации аддикций неполны, поскольку попытки их классифицировать базируются на рассмотрении только одного (частного) феномена – оценке obsessивных и компульсивных нарушений, сверхценного отношения к влечению или внешних его проявлений – поведения. Это дает основания для дальнейшего изучения и клинической систематизации тех психопатологических нарушений, которые наблюдаются при аддикциях.

Изучение аддиктивного поведения на примере именно сексуальной аддикции позволит наиболее полно рассмотреть возможные механизмы формирования аддиктивного поведения, проследить этапы развития аддикции, выделить клинические типы динамики этого расстройства и установить связь клинико-динамических особенностей с внешними и внутренними факторами. Это обусловлено тем, что накопленный к настоящему времени научный материал позволяет говорить о многообразии патогенетических механизмов формирования парафилий и их клинических характеристик (Ткаченко А.А., 1994; Введенский Г.Е., 2000; Амбарцумян Э.С., 2004; Радченко Н.А., 2002; Яковлева Е.Ю., 2001 и др.).

## Нейрофизиологические механизмы аддикций

Объективные нейробиологические исследования позволяют обнаружить морфофункциональные изменения в работе головного мозга у лиц с психическими расстройствами, что в совокупности с клиническими данными дает возможность дифференцированно подходить к психодиагностике. Изучение нейробиологических факторов антисоциального поведения в будущем позволит найти объективные подходы и к судебно-психиатрической оценке различных психопатологических состояний (Рорта А. с соавт., 2006).

Хотя вопрос о роли объективных исследований при обосновании экспертной оценки является дискуссионным (Gazzaniga M., 2004, 2006), тем не менее, значение нейробиологических парадигм при решении психиатрически-правовых вопросов будет во многом определяться тем, насколько самим специалистам удастся сформировать благоприятную среду для распространения нейробиологических знаний внутри самой судебной психиатрии (Silva A., 2007). Возникающие на настоящий момент противоречия и отсутствие связанности клинических и биологических данных должны быть устранены совместными усилиями различных дисциплин, что приведет к научно обоснованной судебной практике (Ткаченко А.А., 2016).

В настоящее время уже достигнуты значительные успехи в нейровизуализации, которые позволяют обнаружить нейробиологические изменения при психических расстройствах (Мотов В.В., 2007; Silva A., 2007).

При парафилиях и химических аддикциях были найдены такие нарушения, которые позволили предположить, что в формировании зависимого поведения участвуют не только конституционально-биологические и социальные факторы, но и нейрофизиологические особенности, определяющие тип реагирования на раздражение и скорость фиксации поведенческих стереотипов:

- пароксизмальная активность в стволовых и височных отделах головного мозга (Бухановский А.О. с соавт., 2007);
- нарушения взаимоотношений между полушариями, а также – височными отделами коры и лимбической системой (Елисеев А.В. с соавт., 1997; Леутин В.П. с соавт., 1999; Киренская А.В., 2003; Mendez M.F. с соавт., 2000);
- гиперактивация правого полушария и нарушение переноса эмоциогенной информации из правой гемисферы в левую, что приводит к формированию застойных очагов, подавляет другие формы влечений, прежде всего, нормативные, и обуславливает склонность к состояниям изменённого сознания (Чухрова М.Г. с соавт., 2008);
- дисфункция не только височного и лимбического отделов головного мозга, но и фронтальной области (Regard M. с соавт., 2003; Waismann R. с соавт., 2003; Spinella M., 2006; Imperatori C. с соавт., 2015);
- дисфункция одновременно лобно-височных отделов левого полушария (в т.ч. префронтальной коры) и нарушения межполушарного взаимодействия (Dressing H. с соавт., 2001; Tost H. с соавт., 2004);
- врожденный синдром дефицита системы вознаграждения, обуславливающий высокий порог нейрофизиологического реагирования (Невидимова Т.И. с соавт., 2008).

Обобщая представленные результаты, следует отметить, что для развития различных форм аддиктивных расстройств большинство авторов придает значение дисфункции лобных и височных отделов коры головного мозга и их взаимодействию с лимбической системой.

Проводимые МРТ-исследования лиц с расстройствами сексуального предпочтения в форме педофилии подтверждают данные нейрофизиологических исследований, поскольку выявили морфофункциональные изменения в лобных отделах головного мозга, а также в тех отделах, которые тесно связаны с лимбической системой (включая височную кору), и их заинтересованность при предъявлении аномальных стимулов (Ponseti J. с соавт., 2006; Schiffer В. с соавт., 2007; Schiltz К. с соавт., 2007; Walter М. с соавт., 2007; Sartorius А. с соавт., 2008; Cantor J. с соавт., 2008, 2012; Роеррl Т.В. с соавт., 2011, 2013, 2015; Habermeyer В. с соавт., 2013a, 2013b; Krüger С. с соавт., 2013; Kärgel С. с соавт., 2015).

Полученные результаты позволили разработать нейрофизиологическую концепцию парафилий, согласно которой межполушарные отношения тесно связаны с организацией и регуляцией аномального сексуального поведения. Предполагается, что в левом полушарии формируются эротические вербально-идеаторные схемы, которые затем передаются в контрлатеральное полушарие, где они преобразуются в моторные. Возникновение аномальных форм поведения связано либо с дефицитностью нейрофизиологических процессов формирования в левом полушарии нормативных схем, либо с нарушением передачи этих моделей в правое, либо с недостаточностью правополушарных механизмов. При этом определенное значение отводится эпилептиформной активности в височной области (Flor-Henry Р., 1991). Последние исследования также указывают на наличие пароксизмальной активности в темпоральной зоне у лиц с педофилией (Роеррl Т.В. с соавт., 2015).

Нейрофизиологические особенности церебральной организации у лиц с аддиктивными расстройствами сопряжены с определенными психопатологическими состояниями. Так, дисфункциональное межполушарное взаимодействие оказывается связано с нарушением формирования эмпатийного компонента эмоций при парафилиях (Marshall

W.L., 1997). На примере лиц с гомоцидным сексуальным поведением, у которых также определяются выраженные нарушения в эмоциональной сфере, при ЭЭГ-исследовании были показаны изменения в тета-диапазоне, тесно связанном с эмоциогенными структурами головного мозга (Киренская-Берус А.В. с соавт., 2002). М.Р.Кafka с соавт. (2003) также обнаружили связь между нарушениями функционирования лимбической системы и навязчивыми страхами, дистимическими, дисфорическими, генерализованными тревожными расстройствами при расстройствах сексуального предпочтения.

Не исключено, что особенности функционирования лимбико-кортикальной системы при парафилиях тесно сопряжены с особенностями развития. Предполагается, что дизонтогенетически обусловленные патофизиологические сдвиги на корковом уровне регуляции поведения могут формироваться преимущественно у мужчин, у которых наиболее уязвимы «мотивационные» лимбико-фронтальные системы. Определенные варианты органического поражения головного мозга на ранних стадиях способны приводить к задержке развития, в основе чего лежат нарушения корково-подкорковых взаимодействий. Следствием этого является замедление роста левого полушария и компенсаторное развитие правого с относительной гиперактивацией его структур и десинхронизацией в нем биоэлектрической ритмики (Ткаченко А.А., 1997).

Таким образом, выявляемое нарушение взаимодействий корково-подкорковых структур, в частности, зон неокортекса и филогенетически древних образований лимбической системы, определяют искажение сексуального развития и фиксацию аномальных форм сексуального поведения, а повышенная активность правого полушария обуславливает закрепление девиантной активности и последующее ее воспроизведение и стереотипизацию.

На протяжении последних лет на когорте лиц с аддиктивными расстройствами стали проводиться такие нейрофизиологические исследования, которые отличаются от прежних своим методическим подходом. В некоторых из них предлагается оценивать особенности нейрофизиологической активности мозга у аддиктов с химической зависимостью с диагностической целью. В одной из таких работ в ходе эксперимента испытуемым демонстрировали нейтральные, контрольные и релевантные слайды, связанные с аддиктивной тематикой, и одновременно регистрировали ЭЭГ по 128 каналам, а в последующем анализировали P300. Известно, что P300, называемый когнитивным потенциалом, включает в себя лобные механизмы *ориентации* и *внимания*, связанные с допаминергическим процессом (P3a), и темпоропаритетальный холинергический механизм *перераспределения внимания* и *переработки информации* (P3b) (Nieuwenhuis S. с соавт., 2005; Golob E.J. с соавт., 2007; Duncan C.C. с соавт., 2009). При аддикциях были обнаружены изменения амплитуды и латентности P3a в лобных и P3b в центральных и паритетальных отведениях по сравнению с группой нормы (Sokhadze E. с соавт., 2008), а также показана связь дисфункции префронтальной коры с химическими аддикциями (Rebec G.V. с соавт., 2005; Sonto C.L. с соавт., 2014). Снижение амплитуды вызванных потенциалов негативной и позитивной волн и их локальный (а в норме – генерализованный) характер при выполнении тестов обнаружены и в других работах при обследовании лиц с различными формами зависимого поведения, в т.ч. сексуального (Morie K.P. с соавт., 2014; Duven E.C. с соавт., 2015; Mori A. с соавт., 2015; Prause N. с соавт., 2015), что отражает нарушение семантической памяти, обработки и структуризации информации при аддикциях (Yu H. с соавт., 2008).

Однако до сих пор остается открытым вопрос, касающийся церебральных механизмов осознанно-волевой регуляции. В последнее время большинство исследователей при различных формах зависимого поведения

обнаруживает нарушения в функционировании в том числе лобных отделов головного мозга, в частности префронтальной коры (9-12, 46, 47 поля по Бродману), ответственной за организацию поведенческого акта и прогнозирование/контролирование деятельности. Ее дисфункция выявлена и при других психических расстройствах: эндогенных депрессиях (Bakker N. с соавт. 2015), шизофрении (Radhu N. с соавт. 2015, Киренская А.В. с соавт., 2015).

Наблюдаемые схожие нейрофизиологические особенности при этих заболеваниях отличаются степенью их выраженности. Вероятно, что дисфункция этой области является не столько патогномоничной для конкретного расстройства, сколько обуславливает при различных нозологиях нарушения одних и тех же психических функций, с которыми она связана и имеющими отношение к произвольной регуляции. Это дает основания для дальнейших нейрофизиологических исследований с целью выделения объективных критериев нарушения саморегуляции.

### **Нейроиммунохимические механизмы аддикций**

Нервная, иммунная и эндокринная системы не являются автономными и представляют собой компоненты общей системы реагирования на внешние стимулы и раздражители. Реализация функций этих систем опосредована гипоталамус–гипофизарно–надпочечниковой осью. Высвобождение биологических активных веществ влияет на активность иммунной и нейротрансмиттерной систем. Поэтому при разных формах психических расстройств наблюдаются изменения функционирования каждой из них (Чехонин В.П. с соавт., 2009).

Были получены данные, указывающие на изменения уровня катехоламинов при аффективных расстройствах (Kienzl с соавт., 1990; Mine с соавт., 1993), болезни Паркинсона (Kienzl с соавт., 1990), наркоманиях (Faraj с соавт., 1993), психопатиях (Rogeness с соавт., 1990), обсессивно-

компульсивных расстройствах (Siever с соавт., 1983; Rasmussen с соавт., 1987), при которых обнаружена дисфункция норадренергической и дофаминергической системы, недостаточность индоламиновой медиации, обуславливающих отклонения в моторной сфере и симптомы ангедонии (van Praag Н.М., 1990).

Наибольший интерес представляют исследования серотонинергической системы, которая контролирует двигательные акты, системы положительного подкрепления, играет заметную роль в пищевом, половом, исследовательском поведении, участвует в формировании аффективных компонентов поведенческих актов (Azmitia E.C. с соавт., 1986; Spooont M.R., 1992), контролирует агрессию (Oliver J.W. с соавт., 1992) и выраженность тревоги (van Praag Н.М. с соавт., 1990).

Оказалось, что сниженная концентрация 5-оксииндолуксусной кислоты, основного метаболита серотонина, в ликворе является весьма частым спутником суицидальных тенденций и импульсивности (van Praag Н. М., 1990; Cremniter с соавт., 1994; Mehlman с соавт., 1994), повышенной агрессивности (Linnoila M. с соавт., 1983; McBride с соавт., 1994; Mehlman с соавт., 1994) и тревожности (van Praag Н.М. с соавт., 1990), навязчивых и компульсивных состояний (Wright A.M. с соавт., 2016). В свою очередь, изменения уровня серотонина обусловлены характерным генотипом – короткими аллелями VNTR-полиморфизма (Pereza M. с соавт., 2005; Koch W. С соавт., 2007).

Исследования, посвященные изучению медиаторных систем при расстройствах сексуального поведения, также показали, что при парафилиях отмечается общая тенденция изменения значений серотонина в плазме (Дроздов А.З., 1996; Коган Б.М. с соавт., 1997; Linnoila M. с соавт., 1983; Dubovsky S.L., 1994; Praag Н.М. с соавт., 1994; Markowitz P. с соавт., 1995; Cossaro E.F., 1999).

Существенную роль в патогенезе психических расстройств, в т.ч. парафилий, играет нарушение взаимодействия нейротрансмиттерных систем в целом. В зависимости от целей и задач каждого из проводимых исследований были выявлены определенные нейрохимические изменения, подтверждающие это положение: обнаружены особенности распределения серотониновых рецепторов в головном мозге (McBride P.A. с соавт., 1994; Blumensohn R. с соавт., 1995; Coccaro E.F. с соавт., 1997; Maes M. с соавт., 2001), связи серотонинергической и норадренергической трансмиссии (Kogan В.М. с соавт., 1995; Gorea E. с соавт., 1988; Done С.Ј. с соавт., 1992; Brunner Н.С. с соавт., 1993; Coccaro E.F., 1999; Sanchez С., 1999), серотонинергической и дофаминергической трансмиссии (Fink J. и Smith G., 1980) и нейропептидных систем (Varson J.R. с соавт., 2015), которые имели значение для развития агрессии, импульсивности и аномального стереотипного поведения.

На основании многочисленных данных в качестве патофизиологической модели расстройств сексуального влечения М.Р.Кafka (2003) предложил «моноаминовую гипотезу». Данная модель базируется на следующих посылах:

- ✓ моноаминергические нейротрансмиттеры (норэпинефрин, дофамин, серотонин) участвуют в регуляции сексуального поведения у человека;
- ✓ нейрорептики, антидепрессанты, психостимуляторы, оказывающие влияние на нейротрансмиттерную медиацию, изменяют сексуальную мотивацию, сексуальное либидо и поведение;
- ✓ изменение функционирования нейротрансмиттерных систем тесно связано с проявлениями сексуальной агрессии.

Другой пласт работ посвящен исследованию иммунной системы при психических расстройствах. Эти исследования особо актуальны, поскольку доказано, что существуют связи между иммунной и нервной системой:

цитокины участвуют в передаче нервного импульса и осуществляют взаимодействие между нейронами и иммунными клетками, органы иммунной системы посредством синтезируемых цитокинов, интерлейкинов, интерферонов оказывают влияние на активность мозга, медиаторных систем и модулируют поведенческие реакции (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003; Krueger J.M. с соавт., 1994).

В то же время особенности иммунного ответа, включающего в себя пролиферацию иммунокомпетентных клеток, выработку антител, секрецию и синтез цитокинов, находятся под влиянием различных нейротрансмиттеров (Идова Г.В., 1994; Абрамов В.В. с соавт., 1996; Liang X. с соавт., 2016) и отделов центральной нервной системы – фронтальной коры (Kang D.H. с соавт., 1991), затылочных областей (Абрамов В.В. с соавт., 1996), гиппокампа (Nance D.M. с соавт., 1987).

В связи со сказанным, вполне закономерно выглядят те находки, которые были обнаружены при психических расстройствах разными исследователями. В литературе указывается на нарушения клеточного и гуморального иммунитета при депрессиях (Anisman H. с соавт., 1999; Connor T.J. с соавт., 2000), химических (Ульянова Л.И. с соавт., 2010) и нехимических аддикциях (Vousooghi N. с соавт., 2015), гомосексуальности (Sears C. с соавт., 1982; Reddy M.M. с соавт., 1984).

На протяжении последних 15 лет в связи с появлением новых методов интерес в области нейробиологических исследований сместился в сторону изучения полиморфизма генов. Появляются работы, в которых пытаются оценить вклад генетических факторов, предрасполагающих к формированию аддикций, поскольку считается, что существует высокая степень наследуемости расстройств аддиктивного характера (Аксенова М.Г., 2001). Молекулярно-генетические исследования позволяют говорить о вовлеченности нескольких нейромедиаторных систем мозга (дофаминергической, холинергической, глутаматной) в патогенетические

механизмы аддиктивных расстройств (Галеева А.Р. с соавт., 2000, 2001, 2002; Анохина И.П., 2001; Гареева А.Е., 2002; Бочков Н.П. с соавт., 2003; Анохина И.П. с соавт., 2004; Голимбет В.Е. с соавт., 2005; Алфимова М.В. с соавт., 2006; Черепкова Е.В. с соавт., 2011; Bloom K. с соавт., 1990, 2000; ; Rothhammer F. с соавт., 2000; Chen T.J. с соавт., 2005; Storvik M. с соавт., 2008; Banerjee N., 2014; Tenbergen G. с соавт., 2015). Последние генетические исследования подтверждают роль не только дофаминергической, но и эндогенной опиоидной системы в формировании развития пищевой аддикции (Davis C., 2013, 2014; Piccinni A. с соавт., 2015).

При психических расстройствах, в рамках которых наблюдаются психопатологические феномены, схожие с теми, что и при аддикциях, в частности при обсессивно-компульсивных расстройствах, а также при химических аддикциях был выявлен полиморфизм гена моноаминоксидазы типа А и В (Moeller S.J. с соавт., 2014; Matosic A. с соавт., 2016; McGregor N.W. с соавт., 2016).

Появляются сведения, указывающие на связь полиморфизма гена ANKK1, отвечающего за регуляцию дофаминовых рецепторов первого и второго типов, с формированием аддиктивных расстройств (Ponce G. с соавт., 2015; Hoeniccka J. с соавт., 2015).

Близнецовые исследования позволяют говорить о генетической составляющей и при развитии сексуальных отклонений (Långström N. с соавт., 2010; Alanko K. с соавт., 2010). Однако убедительных генетических исследований, которые бы позволили говорить о значительном вкладе генетического фактора в развитие расстройств сексуального предпочтения, пока еще нет (Tenbergen G. с соавт., 2015).

Несмотря на многообразие проводимых исследований, наиболее перспективным к изучению патогенеза аддиктивных расстройств представляется комплексный подход, позволяющий учитывать нейрофизиологические и нейрохимические данные, однако подобные работы

единичны. Так, было доказано наличие взаимоотношений между клиническими характеристиками аддиктивных расстройств и нейрофизиологическими/нейрохимическими показателями: агрессивное поведение у лиц с расстройствами влечений разного спектра тесно увязывается с активностью префронтальной коры и лимбической системы, а также с уровнем нейромодуляторов – дофамином, норэпинефрином, серотонином и опиатами (Hahn С. с соавт., 2014).

В другой работе выявлены связи между активностью серотониновых рецепторов и орбитофронтальной коры: вследствие нарушения серотонинового контроля в этой области отмечается снижение критичности к расстройству и нарушается адекватное самовосприятие (Nasehi М. с соавт., 2016).

Приведенные результаты позволяют сделать предположение о том, что аддикции являются результатом перестройки нейромедиаторных, нейроэндокринных, биохимических и иммунологических процессов организма. Данные изменения приводят к нарушению взаимосвязи между нервной и иммунной системами, дисфункции Т-лимфоцитарного звена иммунитета, нарушению синтеза цитокинов иммунокомпетентными клетками, а также к повышению уровня мозгоспецифических белков и антител к ним, нарушению механизмов элиминации из организма иммунных комплексов (Гамалея Н.Б. с соавт., 2000; Ветлугина Т.П. с соавт., 2006).

Психопатологическое своеобразие парафилий, включающее зависимость их от аффективных нарушений, обсессивность и неодолимость побуждений, возможность их реализации на фоне диссоциативных искажений сознания, периодический, стереотипный и клишированный характер поведения позволяет предполагать определенную специфику функциональной активности мозга и церебральной организации психических процессов, а также нарушение нейрофизиологических и нейроиммунохимических механизмов, обеспечивающих произвольность

поведения. Поэтому исследование биологических основ девиантного сексуального поведения может оказаться эффективным и позволит говорить о биологических механизмах становления парафилий и нарушениях произвольной регуляции поведения.

### **Психофизиологическая диагностика**

В рамках комплексной оценки расстройств сексуального влечения широко используются методы психофизиологической диагностики, применение которых особо актуально при сексологических экспертизах в связи с диссимуляцией психосексуального расстройства. При обследовании сексуальных правонарушителей применяется несколько методических подходов, которые отличаются способом регистрации физиологических процессов и предъявления стимульного материала.

Высокую диагностическую точность продемонстрировали фаллоплетизмография (Freund K. с соавт., 1991; Blanchard R. с соавт., 2001), измерение времени просмотра при демонстрации релевантных стимулов (Abel G. с соавт., 1998), а также методика отслеживания движений глаз (айтрекинга), описанная P.Fromberger с соавт. (2012).

Фаллоплетизмография, или пениальная плетизмография, базируется на регистрации изменений объема полового члена при предъявлении визуальных эротических стимулов (Mokros A. с соавт., 2012b). Она показала высокую диагностическую ценность и является золотым стандартом для диагностики педофилии в Северной Америке: Канаде и США (Murphy L. с соавт., 2015). Кроме того, метод позволяет оценить предпочтение частей мужского и женского обнаженного тела, возможность сексуального возбуждения, а также такие нюансы полового влечения, которые не только не реализуются в интимных отношениях, но и не полностью осознаются (Freund K. с соавт., 1991; Blanchard R. с соавт., 2001). Однако валидность этого метода все еще дискутируется, поскольку в настоящее время недостаточно

разработаны способы оценки получаемых реакций и стандартизован стимульный материал (Murphy L. с соавт., 2015). Кроме того, в зависимости от способа регистрации изменений объема полового члена валидность и надежность метода колеблется в пределах 60-95% (Blanchard R. с соавт., 2001; Hughes J.R., 2007).

Этот способ не лишен недостатков, поскольку физиологическая реактивность тесно связана со способностью к эротическому фантазированию, уровнем внимания, эмоциональным состоянием, вязкостью крови и диаметром сосудов (Введенский Г.Е. с соавт., 2003). Кроме того, изменение кровенаполнения полового члена может быть зарегистрировано и при предъявлении недевиантных стимулов (Card R.D. с соавт., 1990).

Другим косвенным подходом, известным с 1942 года, является метод измерения времени просмотра эротических стимулов. Согласно литературным данным, педофилы рассматривают девиантные сексуальные стимулы значительно дольше, чем нормативные раздражители (Abel G. с соавт., 1998).

Методика отслеживания движений глаз (айтрекинг) основана на изучении пути следования взора и его длительности фиксации при рассматривании эротических изображений. Хотя анализ саккад используется с конца 19-го век, данный метод стал применяться в медицине для изучения больных парафилиями сравнительно недавно. В связи с этим в литературе существуют лишь единичные исследования, в которых показано, что при педофилии наблюдается сниженная сложность зрительного поведения при просмотре эротических стимулов, т.е. зрительное поведение составляет меньше паттернов, которые проявляются более сконцентрировано, чем у здоровых (Fromberger P. с соавт., 2012). Схожие результаты были получены в рамках других исследований (Jordan K. с соавт., 2016). Кроме того, оценить сексуальные предпочтения позволяет не только анализ особенностей просмотра стимульного материала, но и изучение реакции зрачка: была

обнаружена связь между расширением зрачка при предъявлении значимого стимула и сексуальными предпочтениями (Rieger, G. с соавт., 2012).

С развитием технологий стали появляться новые методы детекции значимых стимулов с применением ЭЭГ, ПЭТ, МРТ (Ganis G. с соавт., 2003; Bles M. с соавт., 2008). Так, при демонстрации значимых релевантных стимулов был обнаружен нейрофизиологический паттерн, регистрируемый с помощью ЭЭГ, в виде появления P300 и других специфических изменений (Farwell L.A. с соавт., 2001, 2006).

С помощью ПЭТ также установлено, что при сокрытии информации и при даче правдивого ответа активируются различные зоны головного мозга и значение имеют, прежде всего, изменения в активности правой верхней лобной и передней части поясной извилин (Carter C.S. с соавт., 1998).

Еще одним из видов психофизиологических исследований является опрос с использованием полиграфа (ОИП), который достаточно широко используется в криминалистической практике для выявления лиц, причастных к расследуемым противоправным деяниям, начиная с 30-х годов XX века (Cross T. с соавт., 2001). В 80-х годах тестирование на полиграфе стало использоваться для оценки направленности полового влечения. В настоящее время данный способ практикуется в разных странах и имеет даже большую валидность и надежность, чем клинические и психологические методики (Старович З., 1991; Card R.D. с соавт., 1995; Abrams S. с соавт., 1993).

Однако, несмотря на широкое применение полиграфа в криминалистических и медицинских целях на протяжении более чем 100-летней истории этого метода, до сих пор остается широкий круг методологических и методических проблем.

Основная проблема связана с неясностью происхождения и значения изучаемых параметров (кожно-гальванического рефлекса, сердечно-

сосудистых реакций, дыхания<sup>2</sup>), а также их интерпретацией. В современных руководствах по психофизиологии указывается на зависимость обозначенных показателей от целого ряда факторов (Александров Ю.И., 2006). В первую очередь, высокий уровень возбуждения может быть результатом не только чувства вины у испытуемого, но связан с появлением страха перед ложным обвинением и негативной перспективой – осуждением (Фрай О., 2005), наличием или отсутствием актуальных психопатологических переживаний (Лакосина Н.Д., 1959; Свириновский Я.Е., 1961). В частности, было показано, что способность к реагированию на вербальные стимулы, описывающие психопатологические переживания, связана не с фактом симуляции или диссимуляции психического расстройства, а с наличием этих переживаний. Так, у больных с параноидным синдромом беседа на тему, связанную с их бредом, закономерно вызывает увеличение КГР, что не зависело от того, высказывает больной бред или диссимулирует его. При симуляции во время клинического интервью значимых изменений в электрической активности кожи не наблюдалось. Данное исследование примечательно тем, что оно демонстрирует независимость вегетативных реакций от факта «сокрытия»

<sup>2</sup> Кожно-гальваническая реакция (КГР). Современная психофизиология пользуется другим термином – электрическая активность кожи (ЭАК), которая впервые была подмечена С.Феге (1888) и J.Tarchanoff (1890). В последующем было установлено, что эккринные потовые железы, сосредоточенные на ладонях и подошвах, реагируют на внешние раздражители и стресс в большей степени, чем на колебания температуры, а интенсивность реагирования зависит от латеральности (Myslobrodsky M.S. с соавт., 1975). В настоящее время выделяют два параметра КГР: фазический и тонический, которые отражают эмоциональный статус и активность ретикулярной формации (Аминов Н.А., 1980; Хэссет Д., 1981; Данилова Н.Н. с соавт., 1997). Представители прикладной психофизиологии высоко оценивают значимость КГР, которая изменяется независимо от когнитивных факторов и мотивации, имеет высокую чувствительность (Elaad E. с соавт., 1989; Furedy J. с соавт., 1994). Сердечно-сосудистые параметры. Впервые изменение сосудистых реакций в ответ на значимые раздражители было показано еще Ч.Ломброзо (1876) при обследовании подозреваемых. В последующем установлено, что сосредоточение внимания на внешних/внутренних стимулах ведет к изменению и деятельности сердца – частоты сокращений (Lacey J.I., 1959). В сексологических исследованиях установлено различие в изменениях систолического и диастолического давления у мужчин с гомо- и гетеросексуальным поведением при предъявлении им картинок соответствующего содержания (Freund K., 1963). Дыхание. Исследования дыхательного компонента показали, что в большинстве случаев изменения глубины и частоты дыхания достоверно никак не сопряжены со специфическим раздражителем. Большинство психофизиологов регистрирует дыхание только для исключения артефактов (Хэссет Д., 1981). Однако, по мнению S. Svebak (1975), одновременная регистрация грудного и диафрагмального дыхания позволяет судить о значимости стимулов. E. Elaad с соавт. (1992) сравнивали валидность длины дыхательных движений и амплитуды КГР при обследовании преступников. Авторы пришли к выводу, что точность метода повышается, если учитываются результаты анализа нескольких физиологических процессов.

или «лжи». Вследствие этого постановка вопроса об обнаружении «лжи» данным методом вызывает большие сомнения, поскольку ложь является психологическим феноменом и ее критерии могут определяться только в этом аспекте. Кроме того, показано, что паттерна физиологической активности, характерного для «лжи», не существует (Saxe L., 1991).

Есть ряд других проблем, с которыми приходится сталкиваться при производстве психофизиологического обследования. Имеется достаточное количество работ, свидетельствующих о связи реактивности с различными психическими расстройствами. При заболеваниях, сопровождающихся клиническими признаками выраженного коркового торможения (инфекционный психоз, психоз шизофренического типа, ступорозные состояния в рамках депрессии, острый период тяжелой ЧМТ), наблюдается резкое снижение КГР на сильные световые и словесные раздражители (Страумит А.Я., 1955, Каллинер С.С., 1960).

При неврозоподобной шизофрении, наоборот, часто имеют место спонтанные КГР, колебания которого коррелируют с усилением ипохондрических жалоб (Баскина Н.Ф., 1959). Зарубежными исследователями также было установлено, что при шизофрении могут наблюдаться неустойчивые и спонтанные КГР, скорость угасания которых медленнее, чем у здоровых (Zahn с соавт. Т.Р., 1968; Chong L.L. с соавт., 1999), в то время как при нарастании негативной симптоматики, нарушений мышления отмечается феномен «гипореактивности» КГР (Perry W. с соавт., 1998).

Была отмечена повышенная реактивность КГР и при других заболеваниях: на ранних стадиях болезни Паркинсона (Sariahmetoglu H. с соавт., 2014), у больных заболеваниями аутистического спектра при выполнении экспериментальных задач (O`Haire M.E. с соавт., 2015), при биполярном аффективном расстройстве в период ремиссии (Wang X. с соавт., 2016).

В последнее время стали появляться исследования, в рамках которых предлагается использовать реактивность КГР в качестве эндофенотипа психопатий. Так, на репрезентативной выборке близнецов выявлено, что снижение КГР тесно увязывается с аффективно-личностными расстройствами у психопатических мужчин (Wang P. с соавт., 2015).

Психические заболевания оказывают влияние и на реактивность сердечно-сосудистых реакций: при шизофрении, тревожно-депрессивных расстройствах с галлюцинаторными и/или бредовыми эпизодами сосудистого генеза, биполярном аффективном расстройстве реакции на раздражители либо отсутствуют, либо парадоксальны (Ефименко В.Л., 1955; Старицын А.А., 1955; Wang X. с соавт., 2016).

На особенности психофизиологического реагирования влияют не только психические заболевания, но и особенности сексуальности. Описанные у лиц с нарушениями половой идентичности когнитивные расстройства в виде искажения осознания собственных эмоций (Введенский Г.Е., 2000), подтверждают важность фактора неосознаваемости компонентов сексуального влечения при проведении тестирования. F.Pettersson и C.Jung (1907) рассматривали КГР как объективное физиологическое «окно» в бессознательные процессы. Было показано, что величина электрической реакции кожи отражает степень эмоционального переживания и их осознаваемость (Syz H., 1926-1927; McCusdy H.D., 1950). Таким образом, при психофизиологическом обследовании сексуальной сферы могут наблюдаться реакции, которые необязательно связаны с осознаваемыми эротическими предпочтениями, что создает определенные трудности в их интерпретации и параклинической диагностике.

Кроме этого, проблемой анализа психофизиологических реакций является отграничение сексуального возбуждения от неспецифического (реакций на стресс, экспертную ситуацию). Зачастую психофизиологические реакции отражают только личностную тревожность, реакцию на новизну

стимула (Malmo R. с соавт., 1957; Sarason J., 1960; Cattell R., 1966; Zahn T.P. с соавт., 1968; Spielberger C., 1971; Zuckerman M., 1972). Личностная и незначительно выраженная ситуационная тревожность способна усиливать сексуальное возбуждение и обуславливать появление реакций на эротические стимулы (Wolchik S.A. с соавт., 1980; Barlow D.H., 1986).

Таким образом, широкий спектр психопатологических состояний, индивидуально-личностных особенностей, ситуационных факторов влияет на физиологическую реактивность, определяя как появление спонтанных реакций, не связанных со значимостью стимула, так и гипореактивность, что сказывается на валидности метода. Проведенное А.Ю.Хавкиным (2003) обследование сексуальных правонарушителей позволило говорить о том, что существует большой процент ложноположительных реакций на девиантные стимулы. В связи с этим актуальным является определение валидности психофизиологической диагностики и выявление тех факторов, которые могут влиять на реактивность.

Следует отметить, что серьезной проблемой является отсутствие стандартизированных методов психофизиологического исследования и анализа результатов. Существует ряд методических проблем, такие, например, как различие способов предъявления стимулов и их модальности, а также влияние психологического фактора – личности исследователя, мотивации испытуемого, обстановки эксперимента, что нуждается в дальнейшем рассмотрении (Furedy J., 1987; Введенский Г.Е. с соавт., 2009).

Анализ данных литературы по проблеме психофизиологического исследования показывает, что на сегодняшний день отсутствует четкая теоретическая концепция, объясняющая как природу регистрируемых показателей, так и их соотношение с процессами восприятия предъявляемых стимулов (Холодный Ю.И., 2005; Введенский Г.Е. с соавт., 2009; Ben-Shakhar G., 2002; Matte F., 2003).

С учетом широкой распространенности тестирования на полиграфе в прикладных областях необходима разработка комплексной программы по изучению психофизиологического метода и возможностей его использования в экспертизе. Комплексность подхода должна выражаться в мультидисциплинарном изучении проблемы (психофизиология, физиология высшей нервной деятельности, психология, психиатрия). Конечным результатом должны быть научное обоснование метода, определение его возможностей, показаний и противопоказаний к его применению, стандартизация процедуры и интерпретации результатов.

## ГЛАВА 2

### Характеристика объекта и методов 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). Среди указанных подэкспертных 219 выставлялся диагноз расстройств сексуального предпочтения, у 95 данное расстройство отсутствовало.

Также в рамках нейрофизиологического исследования дополнительно было обследовано 19 психически здоровых добровольцев.

Для решения клинических задач при описании социальных особенностей лиц с сексуальными аддикциями, специфики формирования и структурно-динамических закономерностей парафилий были изучены подэкспертные с расстройствами сексуального предпочтения. В эту *основную клиническую группу* были отобраны только те испытуемые, у которых не отмечались признаки диссимуляции психопатологических переживаний, в том числе касающихся сексуальной сферы (150 человек).

Для *группы сопоставления* отобрано 70 подэкспертных без клинических признаков парафилий, совершивших сексуальные преступления.<sup>3</sup>

Полученные в процессе работы данные заносятся в оригинальную карту обследования, которая состояла из следующих блоков: биографический, преморбидный, предиспозиционный, клинические разделы, учитывающие психопатологические и сексологические характеристики, криминологический, экспертно-диагностический, психофизиологический, нейрофизиологический и нейроиммунохимический блоки.

*Возраст* подэкспертных в обеих группах был сопоставим ( $34,1 \pm 11$  и  $31,7 \pm 11$  года).

---

<sup>3</sup> Используемый в настоящем исследовании метод сопоставления признаков (точный критерий Фишера) допускает существенное различие между количественным составом групп.

Анализ *нозологического состава* выявил его неоднородность. В основной группе наиболее часто было диагностировано «Органическое психическое расстройство» (36,7%), основная доля которого приходилась на расстройства личности органического генеза (34%) (таблица 1). В группе сопоставления среди органических психических расстройств чаще отмечались неглубокие психические заболевания, представленные эмоционально лабильным расстройством ( $p=0.0003^4$ ).

В обеих группах также имели место эндогенные психические расстройства шизофренического спектра (23,3% и 11,4%,  $p=0,02$ ) и расстройства личности (21,3% и 7,1%,  $p=0,006$ ), которые преобладали у лиц с парафилиями. В основной группе большую часть составили параноидная и психопатоподобная формы шизофрении. Среди лиц с психопатией преимущественно отмечались смешанные расстройства личности (12% и 7,1%).

Также выявлялись признаки психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в основном представленные синдромом зависимости (18,7% и 31,4%,  $p=0,03$ ). Указанные расстройства, как правило, были коморбидны другой психической патологии, но могли встречаться и изолированно. 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%).

---

<sup>4</sup> Здесь и далее указаны достоверные различия между основной группой и группой сопоставления, оцениваемые посредством точного критерия Фишера. В скобках на первом месте указано относительное значение встречаемости признака в первой группе, на втором – в группе сопоставления.

Таблица 1  
Нозологический состав

Психические расстройства	1-ая группа n=150		2-ая группа n=70		Достоверные различия по критерию Фишера, p
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	
<b>Органические психические расстройства (F0)</b>	<b>55</b>	<b>36,7</b>	<b>23</b>	<b>32,9</b>	
Деменция (F02.8)	1	0,7	-	-	
Органические расстройства настроения (F06.36)	2	1,3	-	-	
Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.68)	-	-	7	10,0	0,0003
Легкое когнитивное расстройство в связи со смешанными заболеваниями (F06.78)	1	0,7	-	-	
Органическое расстройство личности (F07.0*)	51	34,0	16	22,9	
пседопсихопатический тип в связи с травмой головного мозга (F07.00)	5	3,3	-	-	
пседопсихопатический тип в связи с эпилепсией (F07.02)	10	6,7	1	1,4	
пседопсихопатический тип в связи с другими заболеваниями (F07.07)	6	4,0	-	-	
пседопсихопатический тип в связи со смешанными заболеваниями (F07.08)	26	17,3	15	21,4	
органический психосиндром (F07.9)	4	2,7	-	-	
<b>Психические расстройства..., связанные с употреблением психоактивных веществ (F1)</b>	<b>28</b>	<b>18,7</b>	<b>22</b>	<b>31,4</b>	<b>0,03</b>
Синдром зависимости от алкоголя, начальная стадия (F10.211)	8	5,3	4	5,7	
Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия (F10.212)	15	10,0	7	10,0	
Синдром зависимости от других психоактивных веществ (F1*.2) (опиоидов, амфетамина, токсико-химических веществ, нескольких веществ)	3	2,0	5	7,1	
Пагубное употребление психоактивных веществ (F1*.1)	2	1,3	6	8,6	0,01
<b>Шизофрения, бредовые и шизотипические расстройства (F2)</b>	<b>35</b>	<b>23,3</b>	<b>8</b>	<b>11,4</b>	<b>0,02</b>
Параноидная шизофрения (F20.0)	11	7,3	4	5,7	
Недифференцированная шизофрения (F20.3)	2	1,3	-	-	
Простой тип шизофрении (F20.6)	-	-	1	1,4	
Шизотипическое расстройство (F21)	4	2,7	-	-	
Неврозоподобная шизофрения (F21.3)	3	2,0	-	-	
Психопатоподобная шизофрения (F21.4)	12	8,0	2	2,9	
«Бедная симптомами» шизофрения (F21.5)	1	0,7	-	-	
Шизотипическое личностное расстройство (F21.8)	1	0,7	-	-	
Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1)	1	0,7	1	1,4	
<b>Расстройства личности (F60-F61)</b>	<b>32</b>	<b>21,3</b>	<b>5</b>	<b>7,1</b>	<b>0,006</b>
Параноидное расстройство личности (F60)	1	0,7	-	-	
Шизоидное расстройство личности (F60.1)	6	4,0	-	-	
Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3)	4	2,7	-	-	
Истерическое расстройство личности (F60.4)	2	1,3	-	-	
Инфантильное расстройство личности (F60.8)	1	0,7	-	-	
Смешанные расстройства личности (F61.0)	18	12,0	5	7,1	
<b>Умственная отсталость легкой степени (F70.1)</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	<b>4</b>	<b>5,7</b>	
<b>Не было</b>	<b>26</b>	<b>17,3</b>	<b>22</b>	<b>31,4</b>	<b>0,02</b>
<b>Итого<sup>5</sup></b>	<b>150</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	

<sup>5</sup> несовпадение указанного количества с предыдущими показателями объясняется наличием разных форм психических расстройств у одного и того же испытуемого

Рассматривая *нозологический состав по расстройствам сексуального предпочтения*, можно отметить, что у подэкспертных первой группы более чем в половине случаев наблюдалось сочетание нескольких девиантных форм активности и объекта, что позволяло диагностировать «Множественные расстройства сексуального предпочтения» (F65.6) (60%). Реже встречались изолированные формы парафилий, представленные:

- ✓ «Педофилией» (F65.4) (26%),
- ✓ агрессивно-садистическими предпочтениями (13,3%), – «Садомазохизмом» (F65.5) (5,3%) и «Раптофилией», относимой к рубрике «Других расстройств сексуального предпочтения» (F65.8) (8,0%),
- ✓ и «Эксгибиционизмом» (F65.2) (0,7%).

В рамках множественных расстройств сексуального предпочтения квалифицировался синдром недифференцированного объекта сексуального влечения по половозрастным характеристикам (бисексуальная педоэфебофилия) и комбинации редких девиантных форм половой активности и объекта: эксгибиционизм, урологания, копролагния, фетишистский трансвестизм, визионизм, фетишизм, фроттеризм, ринофлер, мазохизм, вампиризм, каннибализм, зоофилия, некрофилия/некросадизм, гомицидомания, аутогинефилия, аутоасфиксифолия.

При проведении корреляционного анализа коморбидны друг другу оказались такие расстройства сексуального предпочтения, как: гомосексуальная педофилия и эфебофилия ( $r=0,34$ ;  $p<0.05$ ), раптофилия и садизм с выбором в деликте нормативного гетеросексуального объекта ( $r=0,36$ ;  $p<0.05$ ), садизм и гомицидомания ( $r=0,36$ ;  $p<0.05$ ), эксгибиционизм и фетишистский трансвестизм, сочетающийся с несколькими или одной из редких форм парафилий ( $r=0,34$ ;  $p<0.05$ ), визионизм и фетишизм, сочетающийся с фроттеризмом ( $r=0,42$ ;  $p<0.05$ ).

Группу сопоставления отличала большая частота выбора в ситуации правонарушения нормативного объекта (37,3% и 62,9%,  $p=0,005$ ), а также – естественной (вагинальной) половой активности (30% и 47,1%,  $p=0,01$ ), при наличии корреляционной связи между ними ( $r=0,44$ ;  $p<0.05$ ).

### **Психофизиологический метод**

При проведении психофизиологического обследования был соблюден ряд условий, указанных в литературе (Оглоблин С.И. с соавт., 2004):

- ✓ помещение, в котором проводилось исследование, имело звуковую изоляцию, и его площадь не превышала 16 м<sup>2</sup>;
- ✓ освещение в кабинете было искусственным;
- ✓ стены кабинета имели блеклый оттенок, чтобы оказывать минимальное влияние на внимание подэкспертного;
- ✓ в поле зрения обследуемого не попадали посторонние предметы, привлекающие внимание (рис. 1).

Исследование проводилось на системно-аппаратном психофизиологическом комплексе «Delta» фирмы «Novo», представляющим собой систему датчиков, передающих сигналы с обследуемого в ноутбук, на экране которого в виде графических изображений представлялись обработанные импульсы.

Суть данного метода состояла в следующем. Проводилась предтестовая беседа, в ходе которой подэкспертный получал инструкции относительно поведения в ходе обследования, знакомился с вопросами, которые будут предъявляться. Обязательность предтестовой беседы обусловлена необходимостью прояснения смысла релевантных вопросов для испытуемого, что позволяет избежать неоднозначного их толкования.



**Рис. 1.** Психофизиологический кабинет

1 – место расположения подэкспертного, 2 – место расположения специалиста за полиграфом, 3 – набор датчиков, 4 – сенсорный блок, 5 – монитор для предъявления визуальных стимулов.

Испытуемый садился в кресло, на нем закреплялись датчики грудного и диафрагмального дыхания, плетизмографии, кожно-гальванических реакций (КГР), регистрируемых по Фере (Fere С., 1888), мышечной активности, голосовых реакций.

Однократно предъявлялись тесты в следующем порядке:

1. Тест звуковых сигналов для определения уровня тревожности на момент обследования. Некоторые авторы рассматривают тревожность как набор ситуационно специфичных черт, которые определяют различную интенсивность тревожности в различных обстоятельствах – «тестовая» тревожность (Sarason J., 1960). M.Zuckerman (1972), исходя из представлений о ситуативной специфичности тревожности, разработал соответствующие вопросники, предусматривающие оценку реакций субъекта в различных ситуациях. Показано, что дисперсия оценок в большей степени зависит от

характера ситуации, чем от индивидуальных различий в уровне тревожности (Endler N. и соавт., 1962). Ситуационно специфичные оценки тревожности не менее прогностичны, чем общие. В качестве показателей тревожности используются интенсивность КГР в ситуации ожидаемой боли; количество смысловых единиц с тревожным содержанием в рассказе по тематическому апперцептивному тесту, звуковые сигналы, сопоставимые по своим физическим характеристикам. Тест звуковых сигналов как показатель «тестовой», «ситуативной» тревожности был предложен Б.В.Кулагиным (1984).

2. При предъявлении визуальных стимулов использовалось время экспозиции слайда не менее 5 с, что достаточно для распознавания изображаемого объекта или действия на слайде (Старович З., 1991).

3. С целью определения уровня «личностной» тревожности предъявлялся модифицированный тест Леонгарда. В данном тесте вопросы на тревожность чередовались с нейтральными стимулами.

4. Далее предъявлялись вопросники, содержащие проверочные (релевантные) вопросы, которые касались часто встречаемых видов ненормативной активности (садистическая, вуайеристская, эксгибиционистская) и выбора ненормативного объекта (педофильный, гетеросексуальный геронтофильный, гомосексуальный, зоофильный, некрофильный, фетишистский). Всего предъявлялось 6 тематических вопросников: предпочтения по возрасту (1), по полу (1), по активности (4). За основу создания тестов была взята методика «Контрольных вопросов», разработанная J.Reid (1947).

Уровень реагирования на стимулы оценивался по показателям КГР (максимальная амплитуда, энергия сигнала, скорость изменений сигнала), грудного и диафрагмального дыхания (амплитуда максимальной волны дыхания, дисперсия периода дыхания на интервале отрезка времени, амплитуда минимальной волны дыхания, величина разности грудного и

диафрагмального дыхания), сердечно-сосудистых реакций (амплитуда, средняя частота на отрезке анализа, амплитуда изменений давления крови, дисперсия частоты сокращений сердца), речевых реакций (амплитуда), мышечной активности (энергия двигательной активности).

При обработке данных исключались артефактные группы вопросов. В данном случае артефакт – заметное (по сравнению с фоном) изменение контролируемого физиологического процесса, не связанное с предъявлением в ходе обследования стимула и обусловленное воздействием эндогенных и экзогенных факторов<sup>6</sup>.

Затем осуществлялся автоматический статистический анализ психофизиологических реакций, предусмотренный программой «Delta». Статистически значимыми считались те психофизиологические реакции, вероятность выделения которых была равна или превышала 0,95 по сравнению с реакциями, полученными в тестах, направленных на определение уровня тревожности. Были учтены также те реакции, которые не являлись статистически достоверными, но на проверочный вопрос был получен положительный вербальный ответ.

Всего было проведено 155 психофизиологических исследований. При анализе полученных результатов были выделены следующие группы:

1-ая группа – подэкспертные с расстройствами сексуального предпочтения (66 человек);

2-ая группа – подэкспертные без клинических признаков парафилий, совершившие сексуальные противоправные деяния (34 человека);

---

<sup>6</sup> В канале регистрации кожно-гальванических рефлексов артефактами следует считать реакции, возникшие позже, чем через 7 секунд после завершения времени экспозиции стимула; реакции, возникшие раньше, чем через 1 секунду с момента предъявления слайда; реакции, обусловленные глубоким вдохом, движением тела, руки, посторонними звуками, электромагнитными волнами и сетевыми помехами. В канале регистрации дыхания артефакты, чаще эндогенной природы, связаны с совершением глубоких вдохов или с попыткой контроля дыхания, что определяется по появлению куполообразных кривых. В канале фотоплетизмографии артефактами считаются: произвольные или непроизвольные движения пальцем, на котором расположен датчик, аперидическая экстрасистолия.

3-ю группу составили подэкспертные, результаты психофизиологического обследования которых были не информативны для дачи заключения о наличии у них расстройств сексуального предпочтения вследствие противодействия или существенного влияния на их физиологическую реактивность психического расстройства (55 человека).

### **Нейрофизиологический метод**

При нейрофизиологическом обследовании<sup>7</sup> применяли тест с антисаккадами. Тест с антисаккадами широко используется в клинических исследованиях для оценки функционального состояния префронтальной коры и нарушений произвольного контроля поведения.

Существует два типа саккад: первый тип - зрительно-управляемые или рефлексивные, т.е. возникающие как непроизвольная реакция на появление зрительного стимула; второй - произвольные саккады (антисаккады). В последнем тесте необходимым условием выполнения горизонтальных саккад произвольного типа в соответствии с инструкцией является торможение рефлекторных ответов. При этом инструкцию можно рассматривать как аналог социальных нормативов и правил, а рефлекторные ответы – как аналог реактивного поведения в ответ на внешнюю стимуляцию (Goldman-Rakic P., 1987).

При произвольных саккадах предъявляются высокие требования к когнитивным ресурсам, что приводит к повышенной сложности паттерна мозговой активации и вовлечению пространственного внимания, пространственной рабочей памяти, мотивации (Broerse A. и соавт., 2001). Ведущая роль в осуществлении этих функций принадлежит лобным отделам коры мозга. Лобная кора определяет цель моторной программы, обеспечивает необходимый уровень возбуждения, формирует стратегию движения и

---

<sup>7</sup> данная часть исследования выполнена совместно с Лабораторией клинической нейрофизиологии под руководством д.б.н. А.В.Киренской.

программирует его (Лурия А.Р., 2003). В ходе теста с антисаккадами испытуемому дается инструкция совершить саккаду в точку, расположенную симметрично (относительно центра) периферическому стимулу в противоположное зрительное поле. По данным S.Everling и соавт. (1998), выполнение этого теста тесно связано с высшими когнитивными функциями, что позволяет его применять для изучения поведения.

У здоровых испытуемых выполнению саккады предшествуют два основных компонента: медленный негативный и медленный позитивный потенциалы (Everling S. и соавт., 1997). Медленный негативный потенциал, наблюдающийся в зависимости от парадигмы стимуляции за 0,5-3 сек до начала саккады, отражает процессы кортикальной активации, связанной с процессами зрительно-пространственного внимания и программирования саккады (Birbaumer N. и соавт., 1990; Klein C. и соавт., 2000). Пресаккадический медленный позитивный потенциал, соответствующий премоторной позитивности, начинается за 150 мс до начала саккады и, как полагают, имеет прямое отношение к самой реализации саккады (Klein C. и соавт., 2000). При обратном усреднении ЭЭГ от момента предъявления периферического стимула получают медленное негативное отклонение, аналогичное условно-негативной волне (УНВ), которая связана с фасилитацией процессов внимания, принятием решения и подготовкой поведенческого ответа. Количественный анализ потенциалов ЭЭГ позволяет оценивать уровень корковой активации, ее топографию и динамику развертывания мозговых процессов.

Таким образом, применение регистрации и анализа медленных негативных потенциалов ЭЭГ в тесте с антисаккадами является адекватным подходом для оценки функционального состояния префронтальной коры и системы произвольного контроля поведения как в норме, так и при психической патологии, в первую очередь при нарушениях произвольного контроля поведения (Киренская А.В. с соавт., 2015).

В настоящем исследовании данным методом было обследовано 47 подэкспертных с расстройствами сексуального предпочтения. Группа сравнения была представлена 19 психически здоровыми добровольцами.

Суть метода заключалась в следующем: испытуемый располагался в кресле в затемненной комнате. Электроэнцефалограмму (ЭЭГ) регистрировали от 19 стандартных отведений, монополярно (референтные электроды - ушные) на нейрокартографе фирмы «МБН» (Россия) с постоянной времени 0,3 с. Регистрацию движений глаз осуществляли методом электроокулографии (ЭОГ).

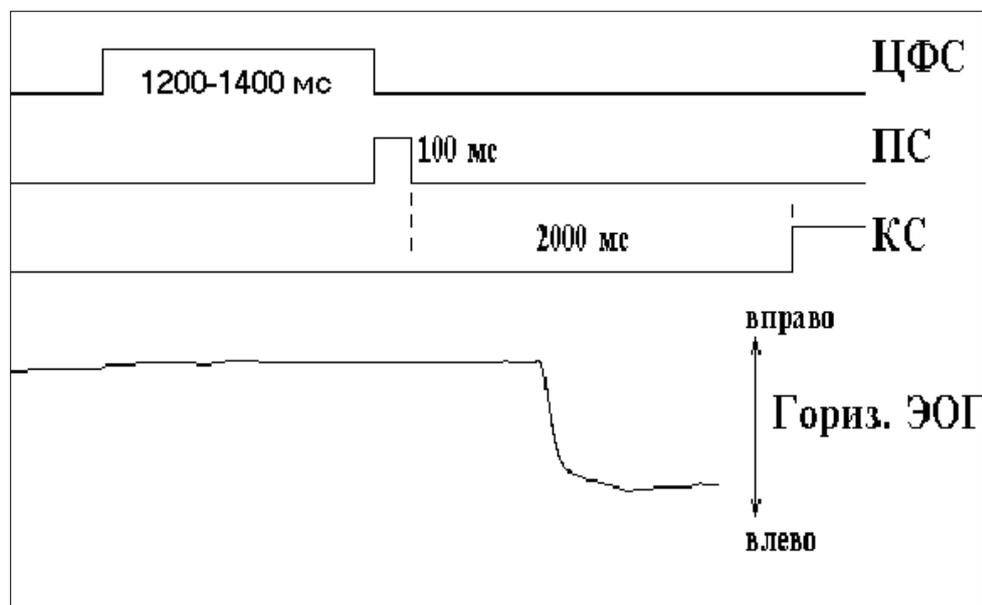
В ходе анализа ЭЭГ предварительно производили полуавтоматическое подавление окулографических артефактов с использованием специально разработанной программы, основанной на факторном анализе ЭЭГ, с последующей визуальной отбраковкой реализаций, в которых артефакты оставались. Начало саккадических движений определяли автоматически по сигналу ЭОГ.

В качестве зрительных стимулов использовали три светодиода красного цвета, расположенные на табло по горизонтали на уровне глаз испытуемого. Расстояние от табло до глаз составляло 120 см. Светодиод в центре зрительного поля служил центральным фиксационным стимулом (ЦФС), а два светодиода, расположенные на расстоянии в 10 угловых градусов справа и слева от ЦФС, являлись периферическими стимулами-мишенями (ПС).

Каждая реализация стимулов инициировалась испытуемым нажатием клавиши, закрепленной на подлокотнике кресла, после чего через 1500-2000 мс включался ЦФС. Испытуемый выполнял инструкцию удерживать взор на ЦФС, а при включении ПС как можно быстрее совершить саккадическое движение в точку, расположенную в противоположном зрительном поле симметрично ПС.

Длительность ЦФС варьировала от 1200 до 1400 мс, ПС включался лишь на 100 мс, а через 2000 мс после этого включался корректирующий

стимул (КС) в противоположном зрительном полу-поле, двукратное уменьшение яркости которого служило сигналом отпустить клавишу и перевести взор на ЦФС (рис. 2).



**Рис. 2.** Схема зрительной стимуляции в тесте с антисаккадами

ЦФС – центральный фиксационный стимул, ПС – периферический стимул, КС – коррекционный стимул, ЭОГ – электроокулограмма

Пресаккадические ЭЭГ-потенциалы исследовали только в реализациях с правильными регулярными саккадами. Усредняли отрезки записи ЭЭГ на интервале 1000 мс до и 500 мс после триггера. Амплитуду пресаккадических потенциалов оценивали количественно в интервале 1000 мс до включения периферического стимула. В качестве базовой линии при этом использовали среднее значение потенциалов за 100 мс перед началом эпохи анализа.

Для проведения количественной обработки данных с учетом динамики изменений потенциалов было выбрано 2 интервала анализа: от 1000 до 800 мс до ПС (*1-й интервал*), соответствующий *когнитивному этапу* выполнения задачи, и последние 200 мс до момента предъявления ПС (*2-й интервал*), соответствующие *подготовке моторного выхода*. В интервале от 800 до 200 мс оценивалась динамика нейрофизиологических процессов.

### Нейрохимический метод

В работе данным методом<sup>8</sup> было обследовано 15 подэкспертных с диагнозом расстройств сексуального предпочтения. Спектр нейрохимических показателей и исследование параметров цитокинового профиля проводили на базе Отдела фундаментальной и прикладной нейробиологии Центра В.П.Сербского.

Определяли следующие параметры иммунного статуса: уровень IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, TNF- $\alpha$ ,  $\gamma$ -INF в супернатантах культур периферических мононуклеаров из цельной крови.

Забор крови у пациентов проводили в стерильные пробирки с гепарином. Из цельной крови выделяли периферические мононуклеары.

#### *Алгоритм выделения периферических мононуклеаров*

1. Готовят градиент: в центрифужную пробирку (объем 10-15 мл, с пробкой) вносят 3.0 мл смеси метризоат-фиколл. Пробирку оставляют на столе до тех пор, пока градиент не примет комнатную температуру.

2. Кровь забирают в пробирку, обработанную гепарином. Пробирку осторожно вращают кистью руки до тех пор, пока кровь не свернется.

3. Разбавляют дефибрированную кровь равными объемами среды (PBS или BSS) при комнатной температуре.

4. С помощью пастеровской пипетки аккуратно наслаивают разбавленную дефибрированную кровь на градиент. Кончик пастеровской пипетки загнут под углом 90° и отрезан алмазным ножом вблизи изгиба, чтобы избежать при наслаивании перемешивания градиента с кровью.

5. Центрифугировали при 1500 g в течение 15 минут при комнатной температуре.

6. Гранулоциты оседают на дно пробирки, а на границе раздела фаз находятся мононуклеарные клетки. Отсасывают прозрачный слой среды,

---

<sup>8</sup> данная часть исследования выполнена совместно с Лабораторией нейрохимии и иммунохимии под руководством д.б.н. О.И.Гуриной.

расположенный непосредственно над опалесцирующим слоем мононуклеаров. Затем по всей площади сечения пробирки на границе раздела фаз собирают слой мононуклеаров. Мононуклеары переносят в чистую центрифужную пробирку.

7. Разбавляют смесь мононуклеаров не менее чем четырехкратным избытком среды и тщательно перемешивают. С этого момента обработку клеток проводили при 4° С. Чтобы сконцентрировать мононуклеары периферической крови, взвесь центрифугируют при 300 g в течение 10 минут.

8. Часть полученных периферических мононуклеаров отбирают для исследования параметров клеточного иммунитета, оставшиеся клетки культивируют для количественной оценки компонентов иммуномедиаторных систем по следующему протоколу:

#### ***Исследование ИЛ-1***

Мононуклеары получают из свежей культуры гепаринизированной крови путем центрифугирования в градиенте плотности «Histopaque-1077» («Sigma», США).  $5 \times 10^6$  мл<sup>-1</sup> клеток были суспендируют в обогащенной культуральной среде RPMI-1640 («Invitrogen», США) с 5% термоинактивированной сывороткой телят (FCS) и инкубируют при температуре 37°С в течение 1 часа. Неадгерентные клетки отмывают из культурального планшета, а оставшиеся клетки пассируют в обогащенной среде RPMI-1640 с добавлением 10 мкг/мл липополисахарида (ЛПС) в течение 6 часов. Отбирают супернатант для определения уровня ИЛ-1 при помощи ELISA. Количественное определение ИЛ-1 проводили методом ELISA («Immunotech», Франция).

#### ***Исследование ИЛ-2***

Мононуклеарные клетки человека в количестве  $5 \times 10^6$  мл<sup>-1</sup> клеток суспензируют в обогащенной культуральной среде RPMI-1640 («Invitrogen», США), содержащей 10% термоинактивированной FCS, а также 2 ммоль L-глутамина, 10 ммоль незаменимых аминокислот, 2 ммоль пирувата натрия, 5

ммоль  $\beta$ -меркаптоэтанола и инкубируют при 37° С в присутствии 1 мкг/мл фитогемаглютинина («РНА», фирма «Invitrogen», США) в течение 48 часов. Супернатант собирают и хранят при 4° С до количественного исследования IL-2. Количественное определение IL-2 проводят методом ELISA («Immunotech», Франция).

#### ***Исследование IL-6***

Для изучения секреции и анализа IL-6 в культуре периферические мононуклеары выделяют аналогично методике выделения IL-2. Для стимуляции секреции IL-6 использовали ЛПС. Количественный анализ IL-6 в первичном супернатанте осуществляли при помощи ELISA («Immunotech», Франция).

#### ***Исследование $\alpha$ -TNF и $\gamma$ -INF***

Культуру мононуклеаров для определения TNF- $\alpha$  и INF- $\alpha$  готовили, как описано для IL-1. Стимуляцию секреции проводят с помощью ЛПС. Количественный анализ TNF- $\alpha$  и INF- $\alpha$  в первичном супернатанте осуществляли при помощи ELISA («Immunotech», Франция).

Для количественного определения IL-1, IL-2, IL-6, IL-10,  $\alpha$ TNF,  $\gamma$ INF в биологических образцах применяли твердофазный вариант иммуноферментного анализа.

#### ***Определение катехоламинов (КА)***

Методика определения свободных и конъюгированных форм катехоламинов в моче основана на известных принципах горячего кислотного гидролиза биологических жидкостей и распространенных приемах выделения биогенных аминов из неочищенных биологических препаратов.

В работе использовали высокоэффективную хроматографию с добавлением ион-парного компонента в подвижную фазу. Система ВЭЖХ состояла из насоса высокого давления Gilson, модель 305 (Франция), Инжектора Reodyne 7125 с петлей на 50 мкл, колонки Sherisorb ODS 5 микрон

150\*4,6 мм фирмы Alltech (США), детектора LC4В фирмы BAS (США), интегратора на базе персонального компьютера. Потенциал рабочего электрода (углеродный, стекло) составлял +0,65 – +0,8 V против Ag/AgCl электрода сравнения. Скорость потока -0,6 -1 мл/мин, температура комнатная. Рабочее давление при этих режимах было в пределах 140-250 атм. Перед рабочей колонкой была установлена преколонка фирмы Alltech Inc. (США) с материалом, аналогичным материалу колонки.

Принцип предлагаемого метода. Известно, что катехоламины в определенных условиях хорошо адсорбируются и на катионообменной смоле RioREx 70, и на специально обработанной  $Al_2O_3$ . Использование сочетания ионообменной смолы и окиси алюминия позволяет, во-первых, очистить катехоламины от мешающих определению веществ, и, во-вторых, сконцентрировать катехоламины в малом объеме, что повышает чувствительность метода.

Определение КА в моче. Мочу, собранную за определенный временной интервал (суточная моча), подкисляют до pH 3 6M HCL, отбирают 20 мл, добавляют 200 мкл 5% раствора  $Na_2$ ЭДТА и хранят до исследования при  $-20^0$  C. После размораживания 5 мл мочи доводят до pH 6,2-6,6 1M NaOH, затем добавляют 7,4 мл фосфатного буфера pH 6,5 и 50 мкл раствора ДГБА (0,5 мкг в 1 мл) и наносят на колонку с ионно-обменной смолой «Biogex-70». Колонку промывают 5 мл воды и 0,8 мл 0,7M  $H_2SO_4$ , после чего свободные формы катехоламинов снимают 4 мл 2M  $(NH_4)_2SO_4$ .

К 2 мл элюата – 1,5 мл 3M Трис/ЭДТА буфера pH 8,6, во все образцы вносят по 50 мг активированной окиси алюминия, интенсивно (в вортекс-миксере) встряхивают 15 мин., центрифугируют 30 сек при 3000 об/мин и убирают надосадочную жидкость с помощью водоструйного насоса. Окись алюминия дважды промывают 0,05 M фосфатным буфером pH 8,5, после чего добавляют 500 мкл 0,1  $HClO_4$  для элюции катехоламинов. После интенсивного встряхивания в течение 10 минут, центрифугирования и

микрофльтрации на фильтрах 0,2 мкм, кислотный экстракт вносят в хроматографическую систему высокого давления. Кислотный экстракт катехоламинов и метаболитов можно хранить в холодильнике (4<sup>0</sup> С) в течение суток.

Содержание веществ в моче рассчитывают с учетом процента выхода внутреннего стандарта (ДГБА). Средний процент выхода стандартов катехоламинов с окиси алюминия составляет 65-70%. Калибровку детектора проводят по стандартным растворам каждого из веществ 3-5 раз в день.

Во всех методиках использовали сухие реактивы фирмы «Sigma», США. В качестве стандартов использовали стандартные растворы («Sigma», США): Epinephrine Bitartrate, 3-Hydroxytyramine Hydrochloride, Norepinephrine Bitartrat.

Определение серотонина в моче. Размороженную мочу центрифугируют. К 5,0 мл мочи добавляют фосфатный буфер (рН 6.5) до 10 мл и наносят на колонку с катионообменной смолой Биорекс-70. Колонку поочередно промывают 5мл H<sub>2</sub>O, 5мл H<sub>3</sub>BO<sub>3</sub>, 0.8 мл 4М HCOOH. Элюцию свободных форм катехоламинов, включая серотонин, проводят 1,0 мл 4М HCOOH. Полученный экстракт вносят в колонку хроматографа ВЭЖХ. Фаза для ВЭЖХ: Na<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub> x 2 H<sub>2</sub>O – 2.24 г, лимонная кислота безводная – 2.4 г, этанол – 3 мл. Приготовление фазы проводят в 250 мл деионизированной воды.

Параметры иммунного статуса оценивали с помощью проточного цитофлюориметра «FACScan».

### Статистический метод

На основе карты обследования была создана база данных по соответствующим карте разделам. Обработка проводилась с использованием нескольких методов статистического анализа:

1. *качественный индивидуальный анализ признаков;*

2. *анализ частотности* анализируемых признаков (абсолютные и относительные их значения);

3. *непараметрические методы* статистического анализа: односторонний точный критерий Фишера ( $\phi$ ), тест Вилкоксона, коэффициент Спирмена;

4. *параметрические методы* – критерий Стьюдента, *однофакторный дисперсионный анализ, дисперсионный анализ ANOVA* – использовались для оценки результатов нейрофизиологического и нейрохимического исследования с предварительной проверкой нормальности распределения параметров;

5. *корреляционные методы* статистического анализа. Применялся метод *многомерного шкалирования* на базе создания *корреляционных матриц* для выявления связей между величинами, *канонический анализ* – для исследования зависимостей между наборами переменных, *линейная регрессия (логит-регрессия)*, задачей которой является построение линейной модели между набором качественных и количественных переменных. Последний метод позволяет выявить связь между набором бинарных величин и абсолютными значениями, что необходимо для установления связи между параметрами, зафиксированными в клинической картине и параклиническими данными.

## ГЛАВА 3

### **Предиспозиционные факторы формирования сексуальных аддиктивных расстройств и их структурно-динамические особенности**

В рамках настоящей работы предлагается рассмотрение закономерностей формирования и этапности развития парафилий с позиций клинического описания общих закономерностей развития болезни, используемого в соматической и психиатрической практике и предложенной А.Д.Адо (1973) и П.Н.Веселкиным (1976).

Первый этап заболевания определяется как латентный, или скрытый этап (преморбидный период), и представляет собой период до появления первых симптомов болезни. Он включает в себя те факторы, которые способствуют развитию заболевания.

Следующий этап – «инициальный» (продром развернутой клинической картины) – период появления первых признаков болезни, которые могут носить неопределённый малоспецифический характер.

Третий этап – этап полного развития болезни или «нозологический период».

Последний этап – исход заболевания, который может быть представлен клинической дихотомией:

- ✓ терминальный период заболевания, отличающийся прогрессированием клинической симптоматики и ее необратимостью,
- ✓ период обратного развития болезни и реконвалесценции, характеризующийся постепенным исчезновением клинической симптоматики, обратным патокинезом.

#### **Преморбидный период. Предиспозиционные факторы**

Были рассмотрены биосоциальные воздействия, которым подвергается человек на различных этапах онтогенеза, включая внутриутробный период, и

которые обуславливают формирование парафилий. К ним были отнесены *биологические* и *социальные* воздействия, влекущие за собой развитие *дизонтогенетических состояний*.

### *Биологические патогенные факторы*

Психопатологическая отягощенность. У подэкспертных с расстройствами сексуального предпочтения была выявлена наследственная отягощенность по аддиктивным и личностным расстройствам (65,3% и 31,5%,  $p < 0,0001$ ) преимущественно по мужской линии, которые были представлены эмоционально неустойчивым расстройством личности, в ряде случаев сочетающимся с синдромом зависимости от алкоголя, который проявлялся запойными состояниями и делириозными расстройствами (таблица 2).

Таблица 2  
Наследственная отягощенность

Психические расстройства	1-ая группа n=150		2-ая группа n=70		Достоверные различия по критерию Фишера, p
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	
Эндогенные заболевания	22	14,7	5	7,1	
Аддиктивные расстройства	65	43,3	20	28,6	0,02
Невротические расстройства	2	1,3	-	-	
Личностные расстройства	33	22,0	2	2,9	0,0001
Умственная отсталость	3	2,0	-	-	
Не было	57	38,0	46	65,7	<0,0001

В основной группе у родственников встречались и другие виды аддиктивного поведения, представленные наркоманией, токсикоманией, парафилией (отцы подэкспертных неоднократно привлекались к уголовной ответственности за совершение изнасилований и сексуальных притязаний в отношении детей).

Среди других заболеваний у родственников больных были обнаружены эндогенные психические расстройства в форме шизофрении и генуинной эпилепсии, а также невротические расстройства.

Группу сравнения отличала вообще редкая встречаемость наследственной отягощенности по психическим расстройствам (62% и 34,3%,  $p < 0,0001$ ).

Органические патогенные факторы. Воздействие органических вредностей (патология раннего внутриутробного периода, перинатального периода, черепно-мозговые травмы) является одним из факторов, способствующих формированию аддиктивного поведения, в частности парафилий. В литературе нередко упоминается о развитии расстройств сексуального предпочтения непосредственно после воздействия травматического фактора. При этом немаловажное значение имеет зональное повреждение головного мозга лобных и височных областей (Bianchi-Demicheli F. с соавт., 2010). R.Langevin (2006) указывает на высокую встречаемость среди лиц, совершивших сексуальные преступления, органических повреждений головного мозга различного генеза. При этом наиболее существенным predisпозиционным фактором к развитию аддикции является возраст воздействия повреждающего фактора – до 13 лет, и в первую очередь, - патология пренатального периода (Blanchard R. с соавт., 2003).

В настоящем исследовании оценивались особенности внутриутробного развития подэкспертных и влияние органических вредностей на сексуальное развитие уже в постнатальном периоде.

В основной группе встречалась разнородная патология пренатального периода. В первой половине беременности, включающей в себя закладку и дифференцировку тканей, формирование органов и систем, в т.ч. половой системы, отмечались: ранний токсикоз и воздействие интоксикационных факторов (злоупотребление матерью алкогольными напитками, прием психотропных препаратов, хронические инфекционные заболевания).

Во второй половине беременности в перинатальном периоде (начиная с 22-й недели) также отмечалось токсическое воздействие на плод, появление у матери анемии, сопровождавшейся хронической гипоксией плода, соматических нарушений в рамках позднего токсикоза беременности, проявляющихся стойкой артериальной гипертензией, эклампсией.

Интранатальная патология (нарушение физиологического течения родовой деятельности) встречалась реже и была представлена асфиксией и родовыми травмами.

Воздействие органических факторов – интоксикационных и травматических – отмечалось и в более поздние периоды полового развития, провоцируя выпадение тех или иных этапов в формировании сексуальности (интереса к межполовым различиям, дистинкции, периода юношеской гиперсексуальности, редукцию сексуального либидо).

В целом, в основной группе была обнаружена частая встречаемость экзогенно-органических вредностей (68,7% и 32,9%,  $p < 0.0001$ ), приуроченных преимущественно к пренатальному периоду. Более того, в группе лиц с парафилиями имело место многофакторное воздействие на каждом из этапов перинатального и постнатального развития, в то время как в группе сопоставления это были единичные органические вредности.

Среди лиц с парафилиями последствия патологии беременности и родов отмечались уже в первый год жизни. У них выявились неврологические нарушения (косоглазие, признаки повышенного внутричерепного давления, гипертонус или гипотонус конечностей), плаксивость, синдром гипервозбудимости.

По мере становления моторной и вегетативной сфер ведущее место в клинической картине занимали неврозоподобные расстройства (ночной энурез, снохождение, сноговорение и тики). В последующем проявлялись неусидчивость, нарушения внимания при выполнении заданий и нарушения в освоении навыков письма и устной/письменной речи.

В целом можно отметить следующую динамику: последствия перинатальной патологии в младенческом и раннем детском возрасте в основном исчерпывались неврологическими нарушениями. В дошкольном и школьном возрастах присоединялись неврозоподобные, а затем – гипердинамические нарушения. В раннем пубертатном возрасте на смену им

приходили психопатоподобные расстройства. Так, ближе к пубертатному возрасту на фоне гипердинамических нарушений отмечалось формирование патохарактерологических черт в виде раздражительности, агрессивности, конфликтности, импульсивности.

Ранее другими авторами также были отмечены связи между гипердинамическими нарушениями и формированием в пубертатном возрасте патохарактерологических особенностей, обуславливающих школьную дезадаптацию (Заваденко Н.Н. с соавт., 2003).

### *Социальные патогенные факторы*

Основная часть исследователей останавливаются на том, что для развития аддикции необходимо воздействие нескольких predispositional факторов, обуславливающих развитие болезни и, прежде всего, социальных (Иванец Н.Н. с соавт., 1991; Семке В.Я., 1999; Семке В.Я. с соавт., 2005; Edwards G., 1986). Поэтому представляется также необходимым рассмотрение особенностей микросоциальной среды.

Семейное микросоциальное окружение. С момента своего рождения подэкспертные воспитывались в полных семьях с участием биологических или приемных родителей, или биологической матери и отчима, проживающего с подэкспертным с его раннего детства (75,3% и 82,9%).

Однако нередко можно было говорить о девиантном типе воспитания в семье (55,3% и 37,1%,  $p=0,008$ ). В основной группе он имел свои особенности. Воспитание происходило по *гиперролевому типу* (типология семейного воспитания по В.В.Кришталь с соавт., 2002). Отцы подэкспертных, в анамнезе которых нередко отмечалось злоупотребление алкогольными напитками, поддерживали внутри семьи жесткие иерархические отношения, занимали ведущую позицию, проявляли агрессивное отношение (вплоть до садистического), в т.ч. и к обследуемым. При этом матери на протяжении многих лет поддерживали брачные отношения, переносили неоднократные акты

агрессии и не препятствуя избиению детей. Впоследствии они начинали также злоупотреблять алкогольными напитками, и такие особенности склада их личности, как пассивность, слабОВОлие, неуверенность в себе определяли формирование созависимости.

**Пример.** Испытуемый Л., рассказывая об отце, сообщил, что тот над ним издевался: «выкручивал и выламывал» руки и ноги, при этом говорил: «Когда придут фашисты и будут тебя мучить, тоже орать будешь!?!». Обучая сына плавать, топил его. Когда испытуемый в возрасте 6 лет упал с велосипеда, отец «с удовольствием» прокрутил колесо, в котором застряла нога сына, тем самым сломав ее.

В группе сравнения отцы демонстрировали агрессивное поведение только в состоянии опьянения и в единичных случаях, в то время как будучи трезвыми, отличались спокойствием, были уравновешенными.

Воспитание также протекало по типу *гипоопеки*, когда дети были предоставлены сами себе, и близкие не принимали активного участия в их развитии, или по типу *гиперпротекции*, когда матери устанавливали над сыновьями гиперопеку, не давая ребенку проявить самостоятельность, что могло касаться даже обычных бытовых вопросов.

*Оргиастический тип* воспитания наблюдался только среди лиц основной группы, при котором подэкспертные с детства подвергались сексуальным притязаниям со стороны близких.

**Пример.** Когда подэкспертному Д. (Диагноз: «Органическое расстройство личности. Педофилия») было 5 лет, приемный отец стал обнажать его, класть к себе в постель, «массажировал» половые органы, ягодицы, спину, иногда просил обнаженным ходить по квартире. В качестве воспитания за неудовлетворительное поведение обнажал испытуемого и «ставил в угол». Данные действия продолжались в течение 6 лет. Интимные отношения с отчимом «нравились», а в последующем, с 9-летнего возраста, приносили сексуальное удовлетворение. С того момента, как между испытуемым и отчимом начались интимные отношения, он стал играть «в больницу» с мальчиками своего возраста или моложе себя, а во время игр их обнажал: было «любопытно» наблюдать за обнажением, приятно прикасаться к ягодицам, половому члену. С 9 лет во время этих игр стал испытывать сексуальное возбуждение, а приходя домой мастурбировать, вспоминая произошедшее. В подростковом и молодом возрасте продолжил совершать подобные сексуальные действия с детьми.

Известно, что на институт семьи возлагается эмоциональная и психотерапевтическая функция, обеспечивающая удовлетворение потребности личности в эмоциональной поддержке, привязанности (Гарифуллина М.М., 2006). Неблагоприятная семейная обстановка обуславливает появление у детей, проживающих в дисфункциональных семьях с нарушенными эмоциональными связями, психологических проблем и психических расстройств (в т.ч. аддиктивных); причем в качестве ведущих причин негативных процессов в семье является злоупотребление ее членами психоактивными веществами (Вострокнутов Н.В., 2002; Бисалиев Р.В., 2007). Даже если только один член семьи страдает аддиктивным расстройством, то все остальные оказываются созависимы с ним (Москаленко В.Д., 2000). Это повышает риск формирования аддиктивного и аутоагрессивного поведения у детей (Верещагина Н.В., 2003). Кроме того, подростки, лишенные тесной привязанности к родителям и испытывающие негативное влияние со стороны отца, формируют искаженные модели «социального мира и собственного Я», что повышает шансы формирования аддикции (Pico B., 2000).

В настоящем исследовании в основной группе особенности воспитания отражались на взаимоотношениях между родителями и подэкспертными, препятствуя формированию тесных эмоциональных связей, необходимых для полноценного развития ребенка (Выготский Л.С., 2004; Шапиро Л., 2005). Отцы, которые нередко страдали психическими расстройствами, чаще зависимостью от психоактивных веществ, являлись источником конфликтов. В результате эмоциональные контакты между членами семьи были формальными, а у подэкспертных отмечалось искаженное усвоение полоролевых стереотипов маскулинного поведения в виду негативного отношения к мужскому образу.

Формированию аддикции также могут способствовать и другие особенности воспитания, встречающиеся у подэкспертных, и указания на

которые имеются в литературе (Короленко Ц.П. с соавт., 1990): гипоопека и гиперпротекция, обуславливающие незрелость.

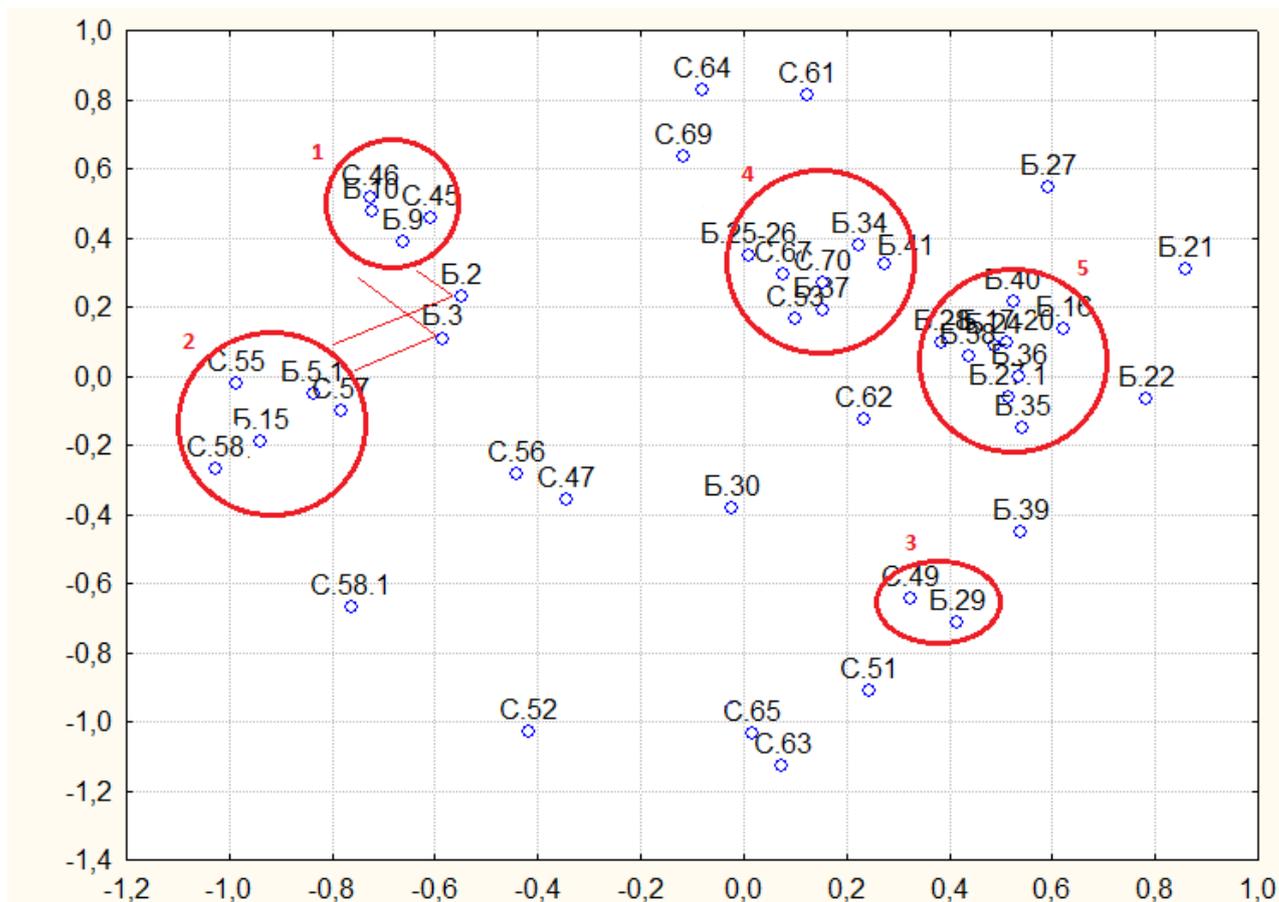
Таким образом, полученные в исследовании данные позволяют говорить о том, что особенности разных девиантных стилей воспитания и наличие психопатологической отягощенности по аддиктивным заболеваниям предрасполагает к формированию зависимого поведения у детей, в основе чего могут лежать нарушения нормального формирования эмоциональной сферы ребенка.

Проведение многомерного шкалирования позволило подтвердить этот вывод. Так, в основной группе в родительской семье подэкспертных, где отец занимал ведущую позицию, нередко демонстрируя в отношении своих домочадцев физическую и вербальную агрессию, выстраивались жесткие иерархические отношения между членами семьи. Воспитание происходило в условиях чрезмерной строгости (Рис. 1, Кластер 1). В других семьях оба родителя нередко страдали психическими расстройствами. Взаимодействие между членами семьи также было дисгармоничным, и подэкспертные подвергались физическому наказанию (Рис. 1, Кластер 2). Оба кластера располагаются по соседству с двумя другими параметрами – психопатологической отягощенностью по эндогенным заболеваниям и аддиктивным расстройством (Рис. 1, параметры Б.2 и Б.3). Это свидетельствует о том, что гиперролевой тип воспитания был тесным образом связан с наличием психических расстройств либо шизофренического спектра, либо с аддиктивной патологией.

Приведенный ниже пример демонстрирует связь между особенностями воспитания подэкспертного и его агрессивным поведением.

**Пример.** Подэкспертный В. родился в полной семье. Воспитывался в основном матерью. К родителям испытывал негативное отношение: до 15-16 лет подвергался с их стороны физическим наказаниям, – когда те находились в состоянии алкогольного опьянения, то «швыряли его о батарею». По данному поводу переживал, неоднократно убегал из дома, отсутствуя по несколько дней. С 8-9 до 16

лет «любил мучить животных как бы в отместку» за то, что его избивали родители: вводил в лягушек через шприц зеленку и наблюдал за их умиранием, было «интересно посмотреть на смерть». Кроме того, скальпелем резал лягушек и ящериц, так как «было любопытно изучить их внутренности». Со смехом сообщал, как однажды «размозжил голову кошки палкой» и как «вешал кошек». При совершении данных действий испытывал облегчение.



**Рис. 1.** Взаимодействие биологических (Б) и социальных (С) predispositional факторов

Корреляционный анализ также позволил выявить связи между некоторыми биологическими факторами, психопатологической симптоматикой детского возраста и формированием познавательной сферы и коммуникативных навыков. Так, перинатальная патология оказалась связана с появлением в детском возрасте неврологических, неврозоподобных расстройств и нарушениями формирования познавательной сферы (усвоения навыков счета, письма). Матери этих испытуемых ввиду наличия у детей

психических отклонений проявляли в отношении них особую заботу, и воспитание протекало по типу гиперпротекции (рис. 1, Кластер 4).

Конфликтные отношения внутри семьи сказываются и на внесемейном микросоциальном взаимодействии. Достаточно часто отмечалось нарушение социальной адаптации в школьной среде и среде своих ровесников за пределами учебного заведения (57,3% и 22,9%,  $p < 0.0001$ ), когда подэкспертные сами провоцировали конфликтные ситуации с ровесниками и учителями или же являлись объектом буллинга<sup>9</sup> (по терминологии Д.Лейна с соавт., 2001).

В коллективе подэкспертные занимали подчиненное положение или же старались вообще избегать общения со сверстниками, предпочитая одиночество либо поддержание социальных контактов с лицами значительно старше и/или младше себя по возрасту.

Конфликтные отношения в родительской семье и со сверстниками наряду с имеющимися органическими факторами перинатального и раннего антенатального периодов вызывали затруднения в школьной адаптации в процессе обучения и освоении новых навыков, что служило поводом к переводу на полное/частичное индивидуальное обучение или во вспомогательную школу. В результате испытуемые имели неполное среднее образование или получали образование в специализированных учреждениях (таблица 3). После завершения обучения в ряде наблюдений подэкспертные не работали по полученной специальности, а занимались низко квалифицированным физическим трудом.

Хотя уровень образования в основной группе и группе сопоставления не отличался, тем не менее, лица без парафилий в отличие от испытуемых с расстройствами сексуального предпочтения выбирали ту трудовую деятельность, которая соответствовала их образовательному уровню.

---

<sup>9</sup>Буллинг (англ. *bullying*) – агрессивное преследование одного из членов коллектива (особенно коллектива школьников и студентов, но также и коллег) со стороны остальных членов коллектива или его части.

Таблица 3  
Образование и трудовая занятость

Образование и трудовая занятость	1-ая группа n=150		2-ая группа n=70		Достоверные различия по критерию Фишера, p
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	
Специализированное вспомогательное образование	4	2,7	3	4,3	
Среднее общее образование	54	36,0	25	35,7	
Среднее специальное образование	57	38,0	26	37,1	
Высшее образование	35	23,3	16	22,9	
Физический труд	100	66,7	42	60,0	
Интеллектуальный труд	17	11,3	10	14,3	
Воспитательная деятельность	15	10,0	1	1,4	0,02
Военная, правоохранительная деятельность	5	3,3	3	4,3	
Учащийся	7	4,7	9	12,9	0,03
Безработный	6	4,0	5	7,1	

### *Дизонтогенетические состояния*

В контексте дизонтогенетических состояний были рассмотрены нарушения полового развития, формирования половой идентичности<sup>10</sup> и аномалий личности.

Нарушения полового развития и формирования половой идентичности. При анализе особенностей полового развития в подавляющем большинстве случаев обнаруживались *отдельные* признаки психосексуального и/или соматосексуального дизонтогенеза. В связи с этим квалифицировать эти состояния в соответствии с имеющимися клиническими представлениями о нарушениях темпа развития при первичных расстройствах нейрогуморальной составляющей (Васильченко Г.С., 1977; Скородок Л.М. с соавт., 1984) не представлялось возможным за исключением единичных случаев.

Тем не менее, для лиц с расстройствами сексуального предпочтения в отличие от испытуемых группы сопоставления было характерно наличие отклонений на каждом из этапов полового развития и накопление к моменту формирования парафилий нескольких дизонтогенетических predispositions.

<sup>10</sup>При анализе полового развития и половой идентичности клинические данные оценивались в соответствии со Шкалой дизонтогенеза и половой идентичности, разработанной в Лаборатории судебной сексологии (Ткаченко А.А. с соавт., 2001).

Были обнаружены следующие закономерности. В период формирования *базовой половой идентичности* у подэкспертных обеих групп были недостаточно сформированы представления о межполовых различиях, касающихся внешнего вида, особенностей первичных и вторичных половых признаков. Как замечали сами подэкспертные, они не испытывали интереса к половым признакам, относились к таковым нейтрально, что свидетельствует о нарушении фазы научения на этом этапе (43,3% и 44,3%). Это влекло за собой и отсутствие фазы реализации, которая в норме направлена на удовлетворение любопытства к межполовым различиям и проявляется в детской игровой деятельности, сопровождающейся обнажением гениталий.

В некоторых случаях отмечалась фаза реализации при отсутствии научения. Это было связано с тем, что родители подэкспертных проводили гигиенические процедуры подэкспертных вместе с их сестрами, или испытуемые становились участниками детских сексуализированных игр по инициативе сверстниц. Однако в этих случаях отношение к межполовым различиям оставалось нейтральным, а происходящее не стимулировало появление соответствующего интереса. Факт того, что испытуемые становились участниками общих гигиенических процедур или игр, был настолько для них безразличен, что в ходе клинического интервью они нередко вспоминали о нем только после целенаправленных вопросов, в то время как в беседе с «открытыми вопросами-ответами» о них не упоминали.

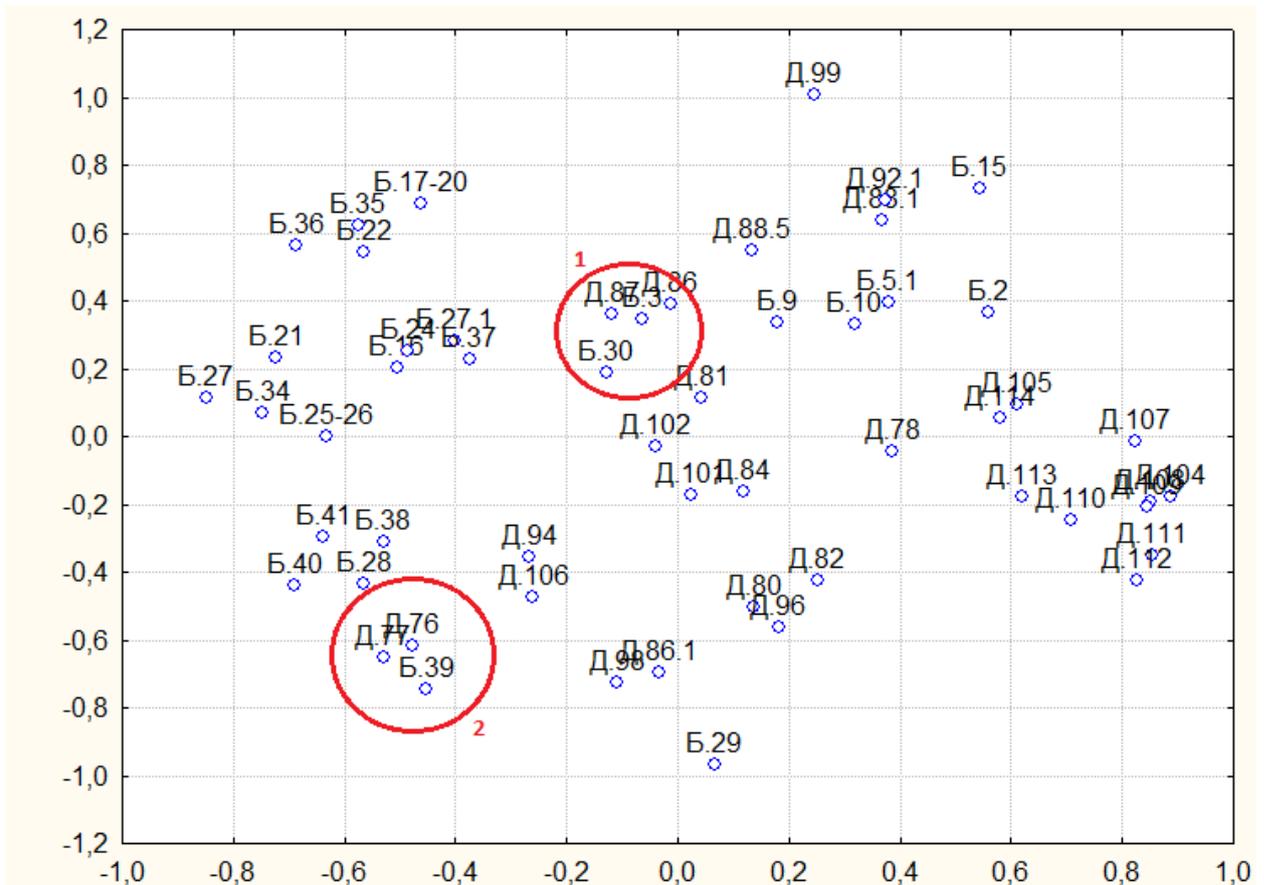
Нарушениям фазы научения и реализации сопутствовали отклонения в формировании базовой половой идентичности, что отличало две выборки (88,7% и 20%  $p < 0.0001$ ). Встречались отклонения становления психической и физической составляющей «Я»: одни подэкспертные предпочитали участвовать в игровой деятельности вместе с девочками, используя во время игр куклы, мягкие игрушки, исполняя роль отца или даже женские роли в играх. Они с удовольствием принимали участие в театральных постановках, в которых также могли выполнять женские роли, а в некоторых случаях

наблюдались эпизоды переодевания в женскую одежду, использование косметических средств, чего никогда не отмечалось среди подэкспертных без парафилий.

Другие испытуемые предпочитали проводить время в одиночестве, используя в игровой деятельности наравне с игрушками, выбор которых соответствовал их полу (машинки, солдатики и т.п.), мягкие игрушки и куклы, которым давались имена и придумывалась индивидуальная история.

Известно, что нарушение физиологического течения беременности и родов искажает половое развитие на биологическом уровне, нарушая дифференцировку мозга в критические периоды развития плода (Vitale A., 1996). В норме результатом половой дифференцировки является формирование нейроэндокринной предрасположенности к полоспецифическому поведению, а ее нарушение ведет к формированию различных аномалий сексуальности. Наличие раннего и позднего токсикозов беременности препятствует развитию познавательной сферы, в т.ч. сферы межполовых отношений, и способствует искажению половой идентичности.

В основной группе были обнаружены схожие корреляционные связи между отклонениями полового развития и перинатальной патологией. В случаях раннего или позднего токсикоза беременности, патологии родовой деятельности отмечались нарушения становления психомоторных навыков, невротоподобные и гипердинамические расстройства, а в половом развитии – нарушения базовой половой идентичности и ее становление по фемининному типу, выпадение периода любопытства к межполовым различиям (Рис. 1, Кластер 5; Рис. 2, Кластер 2). Выявленные корреляционные связи позволяют предположить наличие причинно-следственной связи между перинатальной патологией и дизонтогенетическими состояниями.



**Рис. 2.** Взаимодействие биологических (Б) и дизиготических (Д) predispositional факторов.

В период формирования *полоролевых стереотипов* происходит усвоение маскулинных и фемининных форм поведения, принятых в данной культуре, чему способствует группирование детей по половым признакам (период гомосоциальной сегрегации), сопровождающееся проявлением нормативной межполовой агрессии (период дистинкции).

В целом для подэкспертных основной группы было характерно выпадение гомосоциальной сегрегации (60,7% и 4,3%,  $p < 0.0001$ ), что сопровождалось трудностями установления контактов с ровесниками и выбором в качестве группы общения лиц старше или младше себя по возрасту. Обследуемые испытывали дискомфорт в общении со сверстниками и нередко отдавали предпочтение уединению. Они могли выбирать в качестве группы общения девочек своего возраста и конфликтовали с мальчиками,

если те проявляли агрессию в отношении сверстниц. Они с осуждением относились к такому поведению ровесников и сами не проявляли межполовую агрессию, объясняя это воспитанием. Таким образом, отсутствие периода дистинкции встречалось достаточно часто (62% и 42,9%,  $p=0.005$ ).

На этапе формирования полоролевых стереотипов в одних случаях увлечения подэкспертных смещались в сторону фемининного полюса, и им нравилось заниматься приготовлением блюд, вязанием, с удовольствием выполняли и другие традиционно женские бытовые обязанности. Данные особенности увязывались с условиями воспитания: была получена связь, демонстрирующая отношения между воспитанием подэкспертных в неполной семье лицами женского пола и нарушениями половой идентичности на этапе усвоения стереотипов полового поведения с интериоризацией фемининных черт (Рис. 1, Кластер 3).

В других случаях формировались утрированные представления о мужской половой роли, и образ мужчины наделялся агрессивными характеристиками. В последующем это сказывалось на их межпартнерских отношениях, внутри которых выстраивалась жесткая иерархическая система. Начиная с подросткового возраста, нарушения в усвоении полоролевых стереотипов поведения по гипермаскулинному типу проявлялись в раннем начале половой жизни, частой смене партнерш, поддержании эротико-сексуальных отношений одновременно с несколькими партнершами. Испытуемые участвовали в групповых сексуальных контактах. Во взаимоотношениях с партнершами демонстрировали вербальную и физическую агрессию. Помимо этого, их увлечения сводились к усиленным занятиям физическими упражнениями, что могло сочетаться со злоупотреблением алкогольными напитками и курением.

В целом по завершении этого периода преимущественно у лиц первой группы были сформированы искаженные представления о мужском половом образе (72,7% и 50%,  $p=0,001$ ).

В период *психосексуальных ориентаций*, для которого характерно поэтапное формирование платонического, эротического и сексуального либидо, у большинства лиц с расстройствами сексуального предпочтения отмечалась инверсия фаз (75,3% и 33,3%,  $p < 0.0001$ ). Она характеризовалась формированием сексуальной компоненты влечения прежде платонической и эротической. В половине случаев сексуальное влечение появлялось несвоевременно рано, и было приурочено к препубертатному, а иногда и к парапубертатному (до 7 лет) периодам, и проявлялось ранней мастурбацией, сопровождающейся психическим оргазмом. Это, в свою очередь, способствовало фиксации интереса на получаемых эротико-сексуальных переживаниях и блокировало формирование нормативных представлений о сексуальности человека и его сексуальном поведении (половых, возрастных аспектах формирования мужской и женской сексуальности и межполовом взаимодействии) и затрудняло становление платонического и эротического влечения.

Вероятно, это связано с тем, что полученный в раннем детстве сексуальный опыт достаточно прочно фиксируется в сознании и становится объектом дальнейшего внимания человека (Abel G.G. с соавт., 2008). В виду этого становление платонического и эротического влечения происходило гораздо позже (к моменту завершения пубертата или в молодом возрасте) и в редуцированной форме. Нередко эротическое либидо не было сформировано вообще, подэкспертные негативно относились к эротическим формам активности и старались их избегать во время интимной близости с женщинами. Указанные особенности инверсии фаз традиционно рассматриваются как признаки преждевременного психосексуального развития (Ткаченко А.А. с соавт., 2001).

В первой группе были получены взаимоотношения между психопатологической отягощенностью, особенностями воспитания в семье и описанными дизонтогенетическими состояниями (Рис. 2, Кластер 1). В тех

семьях, в которых родители страдали аддиктивными расстройствами и совершали в отношении собственных детей агрессивные поступки, у подэкспертных отмечалось нарушение формирования психосексуальных ориентаций, характеризующихся ранним появлением мастурбаторной активности и инверсией фаз либидо в виде первоначального становления сексуальной фазы. Вероятно, манипуляция с собственными гениталиями в препубертатном периоде являлась своеобразным способом эмоциональной саморегуляции для испытуемых, находящихся в конфликтной, фрустрирующей ситуации. Переживаемые ими сексуальные, оргастические ощущения позволяли изменить свое состояние и избавиться от негативных переживаний.

В обеих группах значительно реже встречались другие отклонения полового развития, которые могут рассматриваться в рамках задержки формирования психосексуальных ориентаций: гипертрофия платонического или эротического компонента либидо, редукция сексуального влечения (7,2% и 17,3%,  $p=0,01$ ). В первой группе в случаях гипертрофии эротического влечения подэкспертные в половых контактах предпочитали практику поверхностного петтинга, а в ситуации деликта в отношении женщин прибегали именно к эротическим контактам: насильственным поцелуям, крепким объятиям, сопровождающимся трением гениталий о тело жертвы, чего не наблюдалось в группе сравнения.

В основной группе также отмечались нарушения сексуальной сферы, которые свидетельствовали об искажении половой идентичности на этом этапе: интермиттирующие функциональные расстройства, представленные в основном эректильной дисфункцией или задержкой эякуляции, пассивная роль в сексуальных контактах с женщинами, использование деперсонифицирующих форм половой активности. В группе сопоставления указанные признаки наблюдались значительно реже (74,7% и 12%,  $p<0.0001$ ).

Выявляемые в основной группе нарушения половой идентичности обуславливали дезадаптацию в браке. К моменту обследования 68% подэкспертных не состояло в супружеских отношениях, а в семьях женатых мужчин отношения внутри семьи были конфликтными. В некоторых случаях можно было говорить о полной гетеросексуальной дезадаптации, когда подэкспертные либо не имели интимных отношений с женщинами, либо в их сексуальном анамнезе было зафиксировано 1-2 неудачных опыта половой близости. В группе сопоставления около половины испытуемых также не состояли в брачных отношениях (54,3%), однако при индивидуальном анализе оказалось, что это было обусловлено их молодым возрастом, но не с дисгамией.

При оценке соматосексуального развития оказалось, что в основной группе только у 4% подэкспертных обнаруживались признаки преждевременного соматосексуального развития в виде несвоевременно раннего появления поллюций, оволосения, а в 22% - задержка, которая была представлена пороками развития уrogenитальной сферы (фимоз, короткая уздечка), эндокринными нарушениями (гипогонадизм), поздним появлением эякуляций и оволосения. В группе сопоставления отклонения в соматосексуальном развитии отмечались в единичных случаях.

Обобщая полученные данные, следует отметить, что наиболее часто среди лиц с парафилией встречается сочетание признаков задержки и опережения психосексуального развития, что квалифицировалось как сложная дисгармония (50% и 15,7%,  $p < 0.0001$ ). Приблизительно в одинаковом количестве наблюдений следовало говорить о других формах дизонтогенеза: задержке психосексуального развития, сочетанной задержке полового развития, включающей в себя признаки задержки психо- и соматосексуального развития, преждевременном психосексуальном развитии (таблица 4).

Для подэкспертных группы сопоставления были характерны различные формы задержек полового развития (психосексуальной и/или соматосексуальной компоненты) в отличие от лиц с парафилиями (24,7% и 45,5%,  $p=0,001$ ).

Таблица 4  
Дизонтогенетические состояния

Формы дизонтогенеза	1-ая группа n=150		2-ая группа n=70		Достоверные различия по критерию Фишера, p
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	
Имело место:	140	93,3	55	78,6	0,09
Сложная дисгармония	75	50,0	11	15,7	<0,0001
Задержка психосексуального развития	21	14,0	13	18,6	
Задержка соматосексуального развития	-	-	2	2,9	
Сочетанная задержка полового развития	16	10,7	18	24,0	0,005
Преждевременное психосексуальное развитие	20	13,3	11	15,7	
Преждевременное соматосексуальное развитие	-	-	-	-	0,0003
Сочетанное преждевременное половое развитие	8	5,3	-	-	
Не было	10	6,7	15	21,4	0,09

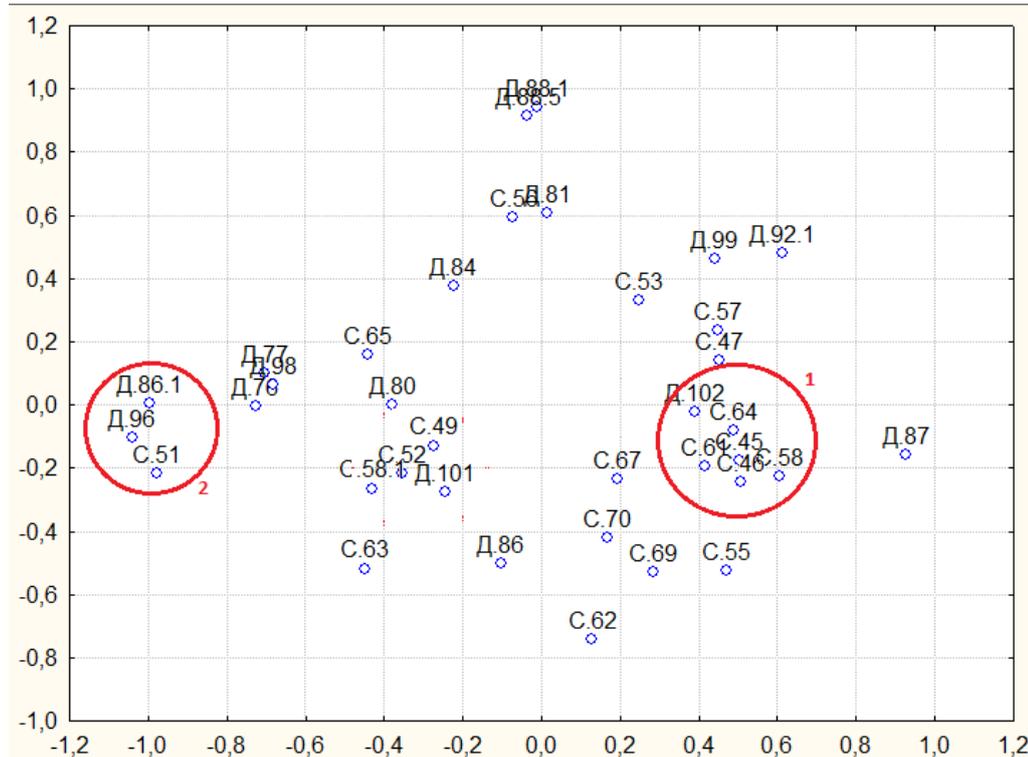
Можно предположить, что для формирования расстройств сексуального предпочтения большее значение имеет сложная дисгармония полового развития, поскольку данная предрасположенность встречается чаще, чем в группе сопоставления. Данный результат был получен и в других исследованиях, в которых была показана высокая частота встречаемости данного признака (Амбарцумян Э.С., 2004; Каменсков М.Ю., 2008; Колоколов А.В., 2015).

Форма дизонтогенеза была во многом обусловлена особенностями воспитания детей. Так, среди подэкспертных, воспитывающихся без родителей в детских домах, выявлялись признаки задержки психосексуального развития (Рис. 3, Кластер 2), а сложная дисгармония пубертата формировалась под воздействием патогенных социальных моментов (Рис. 3, Кластер 1):

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

что в целом обуславливает нарушение не только полового развития, но и формирования коммуникативных навыков:

- конфликтных отношений с ровесниками,
- подчиненного положения в коллективе.



**Рис. 3.** Взаимодействие социальных (С) и дизонтогенетических (Д) predispositional факторов.

Следует отметить еще одну закономерность: нередко биологические и дизонтогенетические факторы группируются отдельно друг от друга и нарушения полового развития оказываются в большей степени связаны с патогенным влиянием именно социальных факторов (Рис. 2, 3).

Анализ корреляционных взаимоотношений только дизонтогенетических факторов позволил выявить тесные связи между дизонтогенетическими признаками на ранних этапах развития с нарушениями полового развития на поздних. Нарушения, отмечающиеся на этапе базовой половой идентичности, обуславливали искаженное становление полоролевых стереотипов, представлений о мужской и женской половой роли, что, в свою

очередь, отражалось на этапе психосексуальных ориентаций и обуславливало инверсию фаз либидо (Рис. 4, Кластер 1-4). Выпадение некоторых этапов полового развития (интереса к межполовым различиям) не позволяло успешно пройти этап психосексуальных ориентаций, на котором отмечались признаки редукции сексуального либидо, гипертрофия платонического влечения (Рис. 4., Кластер 5).

Полученные данные согласуются с общими закономерностями полового развития, которым присуща преемственность и взаимосвязь стадий и их нарушений, проявляющаяся в том, что выпадение любого этапа или фазы искажает течение последующих и, в итоге, всей сексуальности.

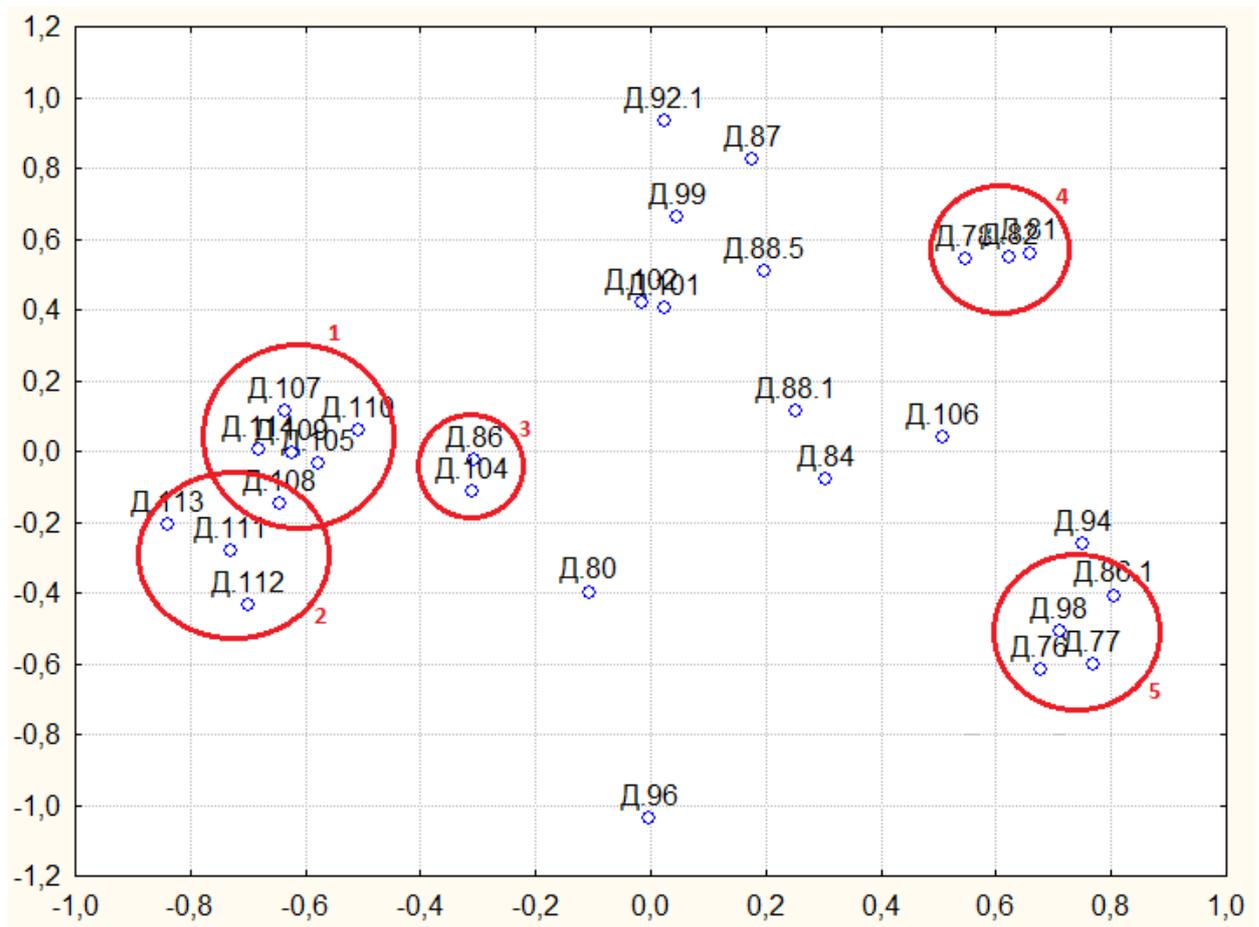


Рис. 4. Взаимодействие дизонтогенетических (Д) predispositional факторов.

В группе сопоставления не обнаруживалось клинических взаимоотношений, описанных выше у лиц с парафилиями. Отмечались единичные скопления признаков (кластеры), которые отражали связи

частного порядка. Особенности сексуального развития оказались связаны только с социальными факторами: на формирование феминной половой идентичности влиял тип воспитания в семье по типу гиперпротекции ( $r=0.34$ ,  $p<0.05$ ).

### *Преморбидные личностные аномалии*

У подэкспертных отмечались преморбидные личностные аномалии возбудимого и тормозимого круга. Среди первых (38,7% и 35,7%) отмечались истерические, эмотивно-лабильные, гипертимные, эпилептоидные и неустойчивые черты. Однако группу сравнения от основной отличало то, что в ней в два раза чаще имели место эпилептоидные аномалии (10,7% и 21,4%,  $p=0,03$ ), которые проявлялись уже с детского возраста эмоциональной лабильностью, конфликтностью, агрессивным поведением в отношении ровесников (а в группе лиц с парафилией – и зооцидным, агрессивно-садистическим поведением), импульсивностью или слабой мотивированностью поступков.

В обеих группах лица с возбудимыми чертами характера чаще совершали агрессивные нападения на жертв в ситуации деликта, сопровождающиеся нанесением побоев, понуждением к сексуальной близости в естественной и суррогатной формах половой активности. Для подэкспертных основной группы была выявлена связь между личностными аномалиями и формированием агрессивно-садистических форм парафилий ( $r=0,7$ ;  $p<0.05$ ).

На особенности становления характера в значительной степени влияло микросоциальное окружения и, прежде всего, родительская семья, в которой происходило усвоение наблюдаемых шаблонов поведения. Ниже приводится пример, демонстрирующий связи между особенностями воспитания, нарушением формирования коммуникативных навыков и патохарактериологическими особенностями у подэкспертного с садизмом.

**Пример.** Подэкспертный Ш. (31 год), описывая условия своего воспитания, отмечал, что его родной отец отличался «суровостью», «замкнутостью», «строгостью нравов», «пунктуальность», «подозрительностью». Всегда «всё нес в дом». Участвуя в воспитании подэкспертного, неоднократно избивал его, полностью контролировал поведение сына, даже запрещая встречаться с девушками. Строгое, и порой жестокое, воспитания со стороны отца, сказывалось на особенностях взаимодействия с ровесниками. С детского возраста конфликтовал с мальчиками и девочками, задирался к ним, вступал в драки. Во время обучения в школе дрался с одноклассниками, «случайно бил между ног», удивлялся и расстраивался, если это не приносило им боль. По характеру сформировался замкнутым, уступчивым, конфликтным, злопамятным, раздражительным, что особенно проявлялось в конфликтных ситуациях с партнершами, во время ссор с которыми припоминал «все грехи» сожительниц и наносил им побои. Особенности его характера откладывали отпечаток на профессиональной деятельности: в течение жизни часто менял места работы и специализацию, так как с трудом адаптировался в новом коллективе, особенно в мужском.

Среди личностных аномалий тормозимого круга, которые почти втрое чаще отмечались у больных основной группы (40% и 15,7%,  $p=0.0002$ ), имели место шизоидные, ананкастные и психастеничные черты, а также промежуточные их формы. В основной группе была обнаружена связь между личностными аномалиями тормозимого круга и формированием расстройств сексуального предпочтения в форме педофилии/эфебофилии ( $r=0,76$ ;  $p<0.05$ ).

Случаи смешанных форм личностных аномалий (одновременно и тормозимого и возбуждимого круга) встречались в единичных случаях (3,4% и 4,3%). В первой группе обнаруживались те же закономерности между личностными чертами и выбором в последующем сексуального объекта и активности: так, у подэкспертных с истерическими и психастеничными чертами наблюдалось формирование садизма в отношении педофильного объекта.

Следует отметить, что выявленные корреляционные связи настолько сильные (функциональные), что позволяют говорить о патогенетических отношениях между формированием определенных форм сексуальных аддикций и личностными аномалиями.

Подводя итог описанию предрасположенных факторов, следует отметить, что в ходе анализа были обнаружены обширные связи между биологическими, личностными особенностями, дизонтогенетическими состояниями и социальными влияниями, участвующими в генезе парафилий.

Наследственная отягощенность по аддиктивным расстройствам, шизофрении и расстройствам личности имеет значение не только как биологический фактор, но и как социальный, поскольку дети подвергаются в таких семьях девиантному типу воспитания. Взаимоотношения с родителями выстраиваются без формирования тесных эмоциональных связей, что в дальнейшем мешает адаптации в среде сверстников, приводит к социальному одиночеству, формированию личностных аномалий и усвоению дисфункциональных способов эмоциональной саморегуляции.

Органическая патология, воздействующая на особенности познавательной сферы, формирование коммуникативных навыков, и ведущая к нарушениям поведения и психопатоподобным расстройствам, наравне с социальными факторами отражается на формировании половой идентичности и психосексуальном развитии, искажения которых преобладают в группе лиц с парафилией.

### **Инициальный период**

На инициальном этапе парафилий до начала формирования расстройств сексуального предпочтения в основной группе подэкспертных встречались различные формы расстройств влечений несексуального круга, а также такие психопатологические состояния, которые феноменологически были сходны с некоторыми проявлениями сексуальных аддикций, например: компульсивные и обсессивные расстройства, сверхценные увлечения и др.

Первые признаки указанных психопатологических состояний 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. Проявления данных расстройств у лиц первой группы встречались в половине случаев, приходясь на детский и ранний подростковый возраст (52% и 21,4%,  $p=0,001$ ), и были гораздо разнообразнее, чем в группе сравнения: так, частота встречаемости всех указанных психопатологических нарушений, была существенно выше в группе лиц с сексуальными аддикциями, и у каждого из подэкспертных в отдельности, и в целом по группе ( $p^{KW}=0,0001^{11}$ ).

Клинические проявления обсессивных нарушений в детском возрасте были представлены навязчивыми действиями, например, эпизодами псевдомастурбации в виде поглаживаний, массажа собственных гениталий, не сопровождающихся сексуальными и оргастическими переживаниями. Подобные «патологически привычные действия» (Шевченко Ю.С., 1996) нередко проявляются во фрустрирующей ситуации и их расценивают как группу специфических для детей нарушений, в основе которых лежит болезненная фиксация произвольных действий, свойственных детям раннего возраста (Ковалев В.В., 1979). Данные нарушения относят к продуктивно-дизонтогенетическим феноменам регрессивного характера: их возникновение отражает особенности созревания структур и функциональных систем мозга (Ковалев В.В., 1985) и связано с психическим дизонтогенезом (Сухарева Г.Е., 1955). В группе лиц с парафилиями, в тех случаях, в которых удалось выявить эпизоды псевдомастурбаторной активности, отмечалось воздействие биологических патогенных факторов во внутриутробном периоде их развития, а онтогенетическое развитие, в частности сексуальной сферы, было дисгармоничным.

Позже в дошкольном возрасте появлялись другие психопатологические состояния: страх высоты, одиночества, темноты, перед конкретными вещами, животными, отрицательными сказочными персонажами, которые, по мнению подэкспертных, могли нанести им физический ущерб. В группе сравнения

---

<sup>11</sup> Достоверность различий оценивались с помощью критерия Вилкоксона.

страх темноты составил основную часть психопатологических нарушений обсессивного-фобического круга.

**Пример.** Подэкспертный Г. сообщал, что в детском возрасте боялся оставаться дома один, особенно в вечерние часы, так как казалось, что кроме него присутствует еще «кто-то», хотя знал, что никого кроме него в квартире быть не может. Несмотря на это, включал везде свет, проверял, нет ли кого; включал телевизор, чтобы отвлечься от испытываемого страха и мыслей. Вовремя нахождения на крыше вместе с ровесниками в детском и подростковом возрасте возникал страх высоты, дуновение даже слабого ветра заставляло переходить в центральную часть крыши, при этом усиливалось потоотделение, учащалось дыхание и появлялось сердцебиение.

У лиц с фобическими переживаниями помимо этого встречались различного рода тревожные опасения, эпизоды тревожных состояний, которые могли быть связаны с психогенными факторами. При этом отмечалось компенсаторное фантазирование, когда подэкспертные, оставаясь в одиночестве, могли длительное время представлять себя в главной роли сказочных героев, мечтать о будущем.

**Пример.** Подэкспертный С. воспитывался в полной семье. Мать по характеру крайне «вспыльчивая, несдержанная», провоцировала конфликты с мужем, во время которых тот вел себя индифферентно – «игнорировал ее», иногда уходил из дома. В детстве С. «боялся» матери, поскольку она довольно жестоко наказывала его за проступки и шалости. В свое личное время увлекался чтением фантастической литературы и вплоть до 16-летнего возраста по несколько часов в день фантазировал, представляя себя на месте «героя» из прочитанных книг.

В препубертатном возрасте появлялись навязчивые желания, которые порой носили сексуальный подтекст, эпизоды ритуализированного поведения, коллекционирование и увлечения, которые со временем принимали сверхценный характер. Вначале эти сверхценные образования были рудиментарны, характеризуются психопатологической незавершенностью. Однако в последующем становились эмоционально насыщенными, и им уделялась большая часть времени.

**Пример.** Подэкспертный Ш. с 12-летнего возраста начал коллекционировать пневматическое оружие, самостоятельно создавал новые модели. Отмечает, что

больше нравился процесс изготовления оружия, чем его дальнейшее применение: стрельба по птицам, банкам и т.д. Был настолько «погружен», увлечен своей работой, что мог «механически» что-либо делать, а мысли об оружии постоянно «крутились» в голове.

В препубертатном-пубертатном возрасте появлялись дисморфофобические переживания. По своему содержанию они могли быть полиморфными и касались наличия мнимого дефекта во внешнем облике: телосложении, отдельных частях лица (носа, губ), конечностей, гениталий. Размышления о дефектах сопровождались негативными аффективными переживаниями, которые могли быть настолько интенсивными, что отражались на поведении: подэкспертные смущались принимать участие в гигиенических процедурах в общественных местах, выжидая удобного момента для их осуществления, пытались исправить изъяны, выполняя интенсивные физические упражнения или используя специальные приспособления для «коррекции».

**Пример.** В возрасте 11-12 лет подэкспертный Н. стал считать свое тело «не мужским», чувствовал себя хилым, непропорционально сложенным: «плечи были узкими, зад большим, руки тонкими». Занимался различными видами спорта с целью исправить свое телосложение. В последующем стал переживать по поводу размеров полового члена, стыдился переодеваться в присутствии сверстников. В компании ровесников всегда прислушивался к обсуждаемым сексуальным темам, «вслушивался в каждое слово», особенно, если вопрос касался размеров гениталий. Будучи убежденным в их небольших размерах, стал подвешивать к пенису груз, и стоял так до тех пор, пока не начинал чувствовать нестерпимую боль.

Кроме того, у подэкспертных наблюдались различные проявления социофобии. Зачастую это были навязчивые опасения внимания со стороны сверстников, поэтому больные избегали общения в компаниях одноклассников, не хотели отвечать на уроках перед ровесниками, боялись публичных выступлений. В последующем по характеру они формировались мнительными, стеснительными, застенчивыми, неуверенными. Данные навязчивые опасения не могут психологически объясняться складом

характера, и отечественными психиатрами относятся к обсессивно-фобическим расстройствам (Личко А.Е., 1985).

Несексуальные проаддиктивные состояния<sup>12</sup> встречались реже (32,7% и 21,4%,  $p=0,05$ ). В основной группе лиц они были представлены химическими и нехимическими проаддиктивными состояниями, в то время как в группе сравнения – только химическими формами проаддиктивного поведения.

В препубертатном и раннем пубертатном периодах подэкспертные начинали использовать различные психоактивные вещества для достижения состояния опьянения. Среди больных отмечались случаи злоупотребления алкогольными напитками, использование наркотических и токсических веществ.

Среди нехимических проаддиктивных состояний наблюдались случаи арифмомании, неоднократные эпизоды совершения краж и поджогов, бродяжничества, увлеченность компьютерными играми, за которыми испытуемые проводили до нескольких часов, лишая себя сна и пропуская прием пищи.

На инициальном этапе также выявлялись агрессивные действия, причем агрессивное поведение могло быть направлено на окружающих (сверстников или родственников), животных, а также отмечались эпизоды аутоагрессии при отсутствии суицидальной мотивации. Во всех этих случаях в последующем наблюдалось формирование парафилий агрессивно-садистического круга.

**Пример.** Подэкспертный И. во время нахождения в школе неоднократно совершал агрессивные действия, часто наносил себе телесные повреждения. Так, нередко был агрессивен в отношении тех, кто был младше него и слабее; был замечен в

---

<sup>12</sup>Понятие «проаддиктивные состояния» было заимствовано из литературы (Сиволап В.П., 2007). В контексте настоящего исследования проаддиктивные состояния были разделены на сексуальные и несексуальные. Под ними понимаются отдельные клинические признаки расстройств влечений, соответствующие различным формам химических и нехимических аддикций и предшествующие формированию расстройств сексуального предпочтения.

жестоким отношении к животным: разрубал щенков, изготавливал специальные «крючки для их вскрытия». Среди детей выбирал себе жертву и начинал ее терроризировать, избивал, оскорблял. Порой проявлял аутоагрессию: прижигал самого себя зажигалкой, сдирал заживающие раны, выжигал себе на плече узор. Постоянно изготавливал заточки, которыми угрожал. Был склонен к бродяжничеству, постоянно пытался уйти из интерната. В последующем был замечен в употреблении алкоголя, возвращался в интернат в нетрезвом состоянии.

Описанные виды нарушений влечения были рудиментарны, психопатологически незавершенны, носили эпизодический характер, поэтому в большинстве случаев невозможно было говорить о сформировавшемся патологическом влечении. Тем не менее, данное поведение сопровождалось изменением эмоционального состояния – появлением чувства «радости», повышением настроения.

**Пример.** Подэкспертный Н. в детском возрасте часто подходил к розетке и смотрел на нее, при этом возникало желание засунуть в отверстие шпильку. Понимая, что это опасно, все равно совершал эти действия. При этом звук, издаваемый при коротком замыкании, был «завораживающим», «успокаивал». В последующем, когда уже у подэкспертного сформировалось расстройство сексуальных предпочтений, с тем, чтобы избавиться от посещающих его аномальных сексуальных фантазий, посещал высоковольтные линии, под которыми длительное время стоял и слушал «треск электричества», который его успокаивал и отвлекал от аномальных эротических фантазий.

Представленные состояния чаще всего встречались у подэкспертных с сопутствующей психической патологией в рамках гебоидного синдрома у лиц с шизофренией или органическим психическим расстройством. При эндогенной патологии, как правило, эти проявления были полиморфными, отмечалось сочетание клинических признаков синдрома зависимости от психоактивных веществ, дромомании, клептомании и других расстройств влечений.

Проведение шкалирования позволило выявить некоторые тенденции в сочетании различных форм несексуальных проаддиктивных состояний. Так, пиромания могла сосуществовать одновременно с клептоманией (Рис. 5,

Кластер 1), лудомания – с трихотиломанией и арифмоманией (Рис. 5, Кластер 2), вдыхание токсических веществ – с зооцидным поведением (Рис. 5, Кластер 3).

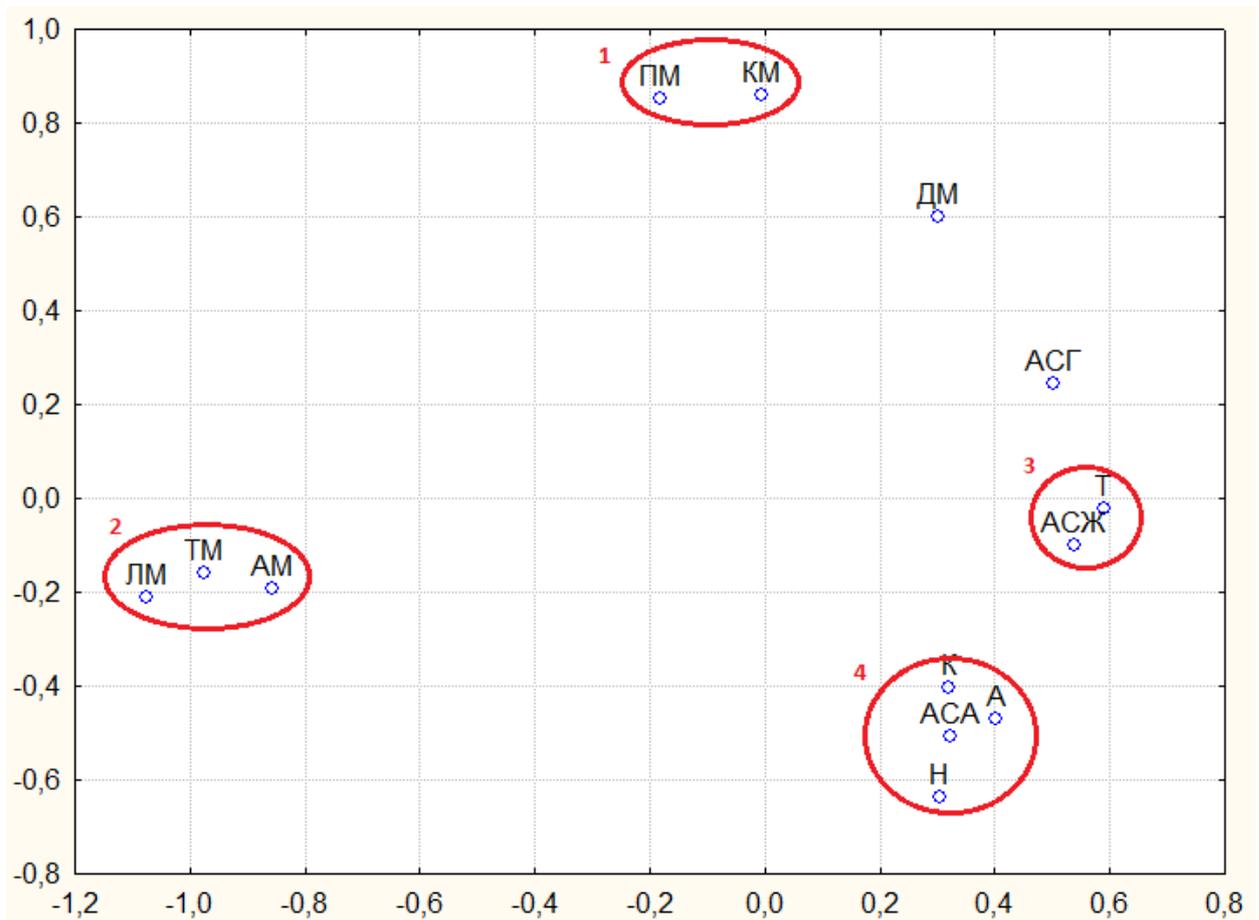


Рис. 5. Несексуальные проаддиктивные состояния

Также встречалось сочетание злоупотребления алкоголя и наркотиков с аутоагрессивным поведением (Рис. 5, Кластер 4). В основной группе лиц при совершении актов членовредительства, которое могло проявляться нанесением неглубоких порезов на предплечье острыми предметами, прижиганием участков кожи, подэкспертные испытывали изменение эмоционального состояния, устранение негативных эмоций. В литературе такое поведение рассматривается как одна из форм синдрома зависимости (Kądziela-Olech H. с соавт., 2015).

Отечественными авторами также была показана высокая частота встречаемости аутоагрессивного поведения у лиц с опийной наркоманией

(Польская Н.А., 2012): самоповреждения являются «привычной практикой» лиц, страдающих наркотической зависимостью, при этом мотивация такого поведения может быть разной: от преодоления влечения к наркотику до «поиска новых ощущений».

Сексуальные проаддиктивные состояния в основной группе были чрезвычайно разнообразны по сравнению с группой сопоставления (63,3% и 4,3%,  $p < 0.0001$ ), начиная с синдрома ранней сексуализации поведения и заканчивая единичными парафилными актами, которые могли отмечаться за 1-2 года до формирования сексуальной аддикции.

Наиболее онтогенетически ранним предиктором парафилий являлся синдром ранней сексуализации поведения, который носил имитационный характер и нередко наблюдался у лиц со сложной дисгармонией полового развития. В препубертатном возрасте подэкспертные становились свидетелями сексуальных отношений своих родителей, наблюдали эротические сцены в транслируемых фильмах, а в последующем повторяли увиденное со своими сверстниками. Уединяясь, они имитировали половые контакты и прибегали к эротическим поцелуям. Находясь в кругу своих сверстников, инициировали игры с сексуальным подтекстом, во время которых обнажали ровесников, трогали их гениталии, испытывая сексуальное возбуждение. Иногда они инициировали разговоры на половые темы, совершали агрессивные эротические действия со сверстниками. Кроме этого, отмечалась ранняя допубертатная мастурбация, к которой подэкспертные прибегали, испытывая приятные эротико-сексуальные переживания вплоть до психического оргазма.

Мастурбаторная активность носила эксцессивный характер, а в некоторых случаях у лиц с расстройствами шизофренического спектра отмечались эпизоды обсессивной мастурбации, которая принимала вычурный характер, сопровождаясь использованием бытовых предметов, введением инородных предметов в мочеиспускательный канал, заднепроходное

отверстие и т.п. Кроме этого, имели место эпизоды аутоэротической активности, когда мастурбация происходила перед зеркалом, и фиксировались собственные сексуальные манипуляции на видеокамеру или фотоаппарат.

**Пример.** Подэкспертный П. с дошкольного возраста имел любимую игрушку – плюшевого «гномика», которого называл «Тима». Примерно с 7-8 до 10 лет в одни моменты бил его и «швырял, долбал об стену», а в другие – «занимался с ним сексом», т.е. терся об игрушку до наступления оргастической разрядки и позднее – эякуляции. Нередко одновременно бил и совершал сексуальные действия с игрушкой.

**Пример.** Подэкспертный К. при мастурбации «экспериментировал со способами» стимуляции половых органов: «закатывал трусы до пережатия гениталий, перевязывал эрегированный половой член и мошонку майкой, резиновым бинтом», раздражая остававшуюся свободной крайнюю плоть, ложился на живот и пытался поднять ноги, «возбуждал лобковую кость давлением на угол стола» и т.п. Также прибегал к онанизму, создавая «из складок одеяла, подушки муляж» женских половых органов. Порой фотографировал описанные действия, мастурбировал перед зеркалом, в том числе, «загибая назад перекрученный половой член и мошонку», что «создавало вид половых губ».

При ипсациии (син. мастурбации) содержание эротических фантазий было представлено нормативными формами половой активности. В некоторых случаях фантазирование отличалось своеобразием, и его можно было обозначить как калейдоскопическое эротическое фантазирование: подэкспертные в представлениях при составлении образа объекта сексуального влечения использовали части тела различных знакомых девушек, к которым испытывали симпатию. Иногда при фантазировании эротические образы независимо от желания больного быстро чередовались, сменяя один сюжет сексуального взаимодействия другим, что напоминало нарушения мышления по типу ментизма. Такая специфика фантазирования наблюдалась у лиц с эндогенной патологией.

**Пример.** Подэкспертный Г., «чтобы усилить кровоток в области половых органов», стал «культивировать» в себе «эротические фантазии». При этом представлял ласки с «абстрактными» женщинами с «полускульптурными лицами», образы которых

складывался в воображении из «различных элементов» античных статуй. При подобном фантазировании испытывал сексуальное возбуждение с эрекцией или достигал «просто какого-то эмоционального оживления».

Кроме описанных особенностей фантазирования могли встречаться и другие отличительные черты: эротические представления эпизодически появлялись спонтанно, вне связи с сексуальным возбуждением, специфической (эротической) ситуацией, и держались некоторое время, что приближало их к обсессивному фантазированию.

По содержанию эротические фантазии чаще хотя и были нормативными, однако у некоторых больных отмечались единичные эпизоды аномального фантазирования задолго до формирования парафилий.

Эротические сновидения в группе лиц с парафилиями также отличались своеобразием: возникновение эротических образов в сновидениях предшествовало появлению интереса к сексуальной сфере вообще. Так, случайно увиденные днем эротические сцены привносились в сновидения, которые сопровождались психическим оргазмом. В некоторых случаях присутствовали аномальные сексуальные сцены, включающие в себя парафильные формы половой активности с ненормативным объектом. В то же время в бодрствующем состоянии аномальные фантазии отсутствовали.

В основной группе подэкспертных также наблюдались единичные эпизоды сексуальной активности, напоминающей парафильную, которой не предшествовал период аномального сексуального фантазирования. У больных встречались акты подглядывания за половой активностью взрослых, случаи обнажения гениталий в общественных местах, ощупывания половых органов знакомых девочек, сестер. Такое поведение напоминало импульсивные поступки, когда самому действию не предшествовали какие-либо соответствующие побуждения или возникшие желания тут же воплощались в реальности без периода их осмысления и противодействия им.

**Пример.** Приблизительно в дошкольном возрасте подэкспертный К., испытывая сексуальное возбуждение, спонтанно дал лизать случайно попавшейся в поле зрения собаке свои половые органы, получив «необычные ощущения».

**Пример.** Подэкспертный П., начиная с детского сада вплоть до средних классов, эпизодически пытался «насильно обнять и поцеловать» девочек. В последующем, в юношеском возрасте у подэкспертного появились агрессивно-садистические фантазии.

**Пример.** Подэкспертный П. сообщал, что, будучи в подростковом возрасте, у него изредка при виде женщины возникало желание подойти к ней обнаженным, чтобы она «взяла» его и рассказала обо всех особенностях интимных отношений между представителями разных полов. В последующем у подэкспертного начал формироваться эксгибиционизм в отношении недифференцированного объекта.

Начиная с препубертатного или раннего подросткового возраста, у испытуемых отмечался повышенный (близкий к сверхценному) интерес к сексуальной сфере, проявляющийся фиксацией внимания на особенностях полового развития, сексуальных отношениях, при этом большие коллекционировали эротические рассказы, собирали порнографическую продукцию. Нередко у них же наблюдались периоды эксцессивной мастурбации, в подростковом возрасте вели список своих половых партнерш, практиковали групповые контакты, а половая активность носила промискуитетный характер.

При проведении статистического анализа каких-либо взаимоотношений между различными клиническими проявлениями сексуальных проаддиктивных состояний не было обнаружено, что может быть обусловлено высокой рассеянностью разнородных признаков по группе. Отмечалась некоторая тенденция в сочетании эксцессивной и атипичной ипсаци.

Таким образом, на инициальном этапе парафилий обсессивно-фобические, проаддиктивные сексуальные и несексуальные состояния встречались гораздо чаще, 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 ( $p^{KW} = < 0.0001$ ). Так, для группы сравнения было характерно наличие из всего спектра обсессивно-фобических расстройств – скудной фобической симптоматики детского возраста в виде страхов темноты и одиночества, а среди проаддиктивных состояний в основном встречались случаи употребления психоактивных веществ.

Таким образом, на инициальном этапе парафилий обсессивные расстройства и проаддиктивные состояния были транзиторными, эпизодическими и встречались за несколько лет до формирования психосексуального расстройства. При этом они отличались разнообразием, и на каждом из этапов полового развития имело место сочетание фобических и проаддиктивных состояний – как сексуальных, так и несексуальных. Сексуальные проаддиктивные состояния были характерны только для лиц с парафилиями. Одни их клинические проявления отражали нарушения сексуального онтогенеза, входя в структуру сложной дисгармонии развития, другие – эпизоды аномальной идеаторной или поведенческой активности, сверхценное отношение к сексуальной сфере – напрямую указывали на возможность развития расстройств влечений в будущем, являясь прогностическим признаком.

### **Нозологический период**

При аддикциях происходит смена одних мировоззренческих ценностей другими, что сопровождается депрессивными, обсессивными расстройствами, которые являются маркерами глубинных перестроек самосознания. На конечном этапе аддикции формируется новая личность, которая по своим качествам уступает той личностной структуре, которая была у аддикта до болезни (Клименко Т.В., 1996; Бухановский А.О. с соавт., 2002; Семке В.Я. с соавт., 2006).

Исследования психологов указывают на неадекватную самооценку, когнитивную недифференцированность, подверженность внешним влияниям, характерные для больных с аддикциями, что отражает вовлеченность структур самосознания в патологический процесс формирования зависимости (Кущев Д.В., 2010).

Предполагается, что именно самосознание является субстратом для развития аддиктивных расстройств (Соколова Е.Т. с соавт., 1995; Грюнталь Н.А., 1998), и нарушения в его структуре и функционировании служат причиной декомпенсаций, приводящих к психологическим проблемам и кризисам (Алиев Н.А. с соавт., 2006; Кущев Д.В., 2010). В частности, существуют связь нарушений самосознания и формирования алкоголизма, представляющего собой «кризис самосознания». При этом уровень самосознания определяет своевременность лечения и длительность ремиссии (Смирнов О.Г., 1982). Поэтому некоторые клиницисты отводят ведущую роль в психопатологической структуре расстройств влечений восприятию собственного «Я» (Козлова И.А., 1996).

В связи со сказанным становится понятным, почему В.И.Аккерман (1936, цит. по Т.А.Кафарову, 2000) и А.А.Меграбян (1962, 1972) считали, что нарушения самовосприятия включают в себя не отдельные и самостоятельные клинические феномены, а являются базисными расстройствами, лежащими в основе развития ряда других симптомов психических расстройств, которые, в частности, относятся к диссоциативным феноменам (Janet P., 1907).

Диссоциативные феномены, отмечающиеся у лиц с парафилией, указывают на наличие связи парафилий с расстройствами самосознания. В литературе были рассмотрены расстройства сознания и самосознания при реализации парафильных фантазий и выделены критерии экспертной оценки осознанно-волевой регуляции поведения (Яковлева Е.Ю., 2001, 2010).

Тот факт, что изменения сознания достигаются или сопровождаются аномальными формами именно сексуального поведения, свидетельствуют о том, что в данных случаях речь идет об уязвимости тех составляющих самосознания, которые служат структурным фундаментом этих поведенческих реализаций, то есть связанных, прежде всего, с половозрастными идентичностями (Ткаченко А.А. с соавт., 1997). Было показано, что у лиц с парафилиями отмечаются нарушения половой идентичности на каждом из этапов формирования полового самосознания (Введенский Г.Е., 2000) и они играют значительную роль в развитии сексуальных отклонений, определяют стиль поведения больного и его отношение к болезни (Алексеев Б.Е., 2010).

Таким образом, проведенные исследования дают основания полагать, что психопатологическое своеобразие аддиктивных расстройств, и парафилий в частности, находится в тесной связи с особенностями формирования самосознания и его расстройствами.

В настоящее время нарушения самосознания рассматриваются в разных клинических аспектах. Выделенные еще К.Ясперсом нарушения самосознания («чувство деятельности», «осознание собственного единства» и др.) в дальнейшем К.Науг (1939, цит. по Т.А.Кафарову, 2000) были систематизированы и обозначены как явления деперсонализации и дереализации. Были предприняты и другие попытки классификации расстройств самосознания (Снежневский А.С., 1970, 1983).

В клинической психиатрии самосознание рассматривается и в связи с другими понятиями: диссимуляцией, психопатологической защитой, внутренней картиной болезни, сознанием болезни, нозогнозией-анозогнозией (Лурия А.Р., 1935; Жислин С.Е., 1965; Снежневский А.В., 1970; Кон И.С., 1978; Чудновский В.С., 1992; Ясперс К., 1997; Кафаров Т.А., 1998).

В последующем была разработана классификация типов расстройств самосознания (Кафаров Т.А., 2000), которая включила в себя ранее

предложенные классификации нарушений самосознания (К.Ясперса, А.С.Снежневского, К.Науг) и позволила их систематизировать.

С учетом вышеизложенного при проведении клинического структурно-динамического анализа парафилий в основу была положена гипотеза о том, что психопатологическое своеобразие расстройств сексуального предпочтения находится в зависимости от нарушений самосознания, отмечающихся у больных на различных стадиях аддиктивного расстройства.

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

во-первых, по мнению некоторых специалистов, расстройства самосознания являются базовыми нарушениями психической деятельности, в то время как другие феномены (аффективные расстройства, обсессивные нарушения) являются только производными.

Во-вторых, нарушения самосознания выявлены при аддиктивных расстройствах в психиатрических и психологических исследованиях.

В-третьих, диссоциативные феномены, указывающие на расстройства самосознания, часто встречаются и при парафилиях.

В данном исследовании нозологический этап сексуального аддиктивного поведения рассматривался с применением клинической модели нарушений самосознания, предложенной Т.А.Кафаровым (2000). Эта модель не только интегрирует другие классификации нарушений самосознания, но и описывает структурно-динамические особенности этих расстройств, начиная от наиболее легких – реагирования самосознания – и заканчивая глубокими нарушениями – трансформацией. Ниже приведена схема, в соответствии с которой были описаны структурно-динамические особенности парафилий. (схема 1).

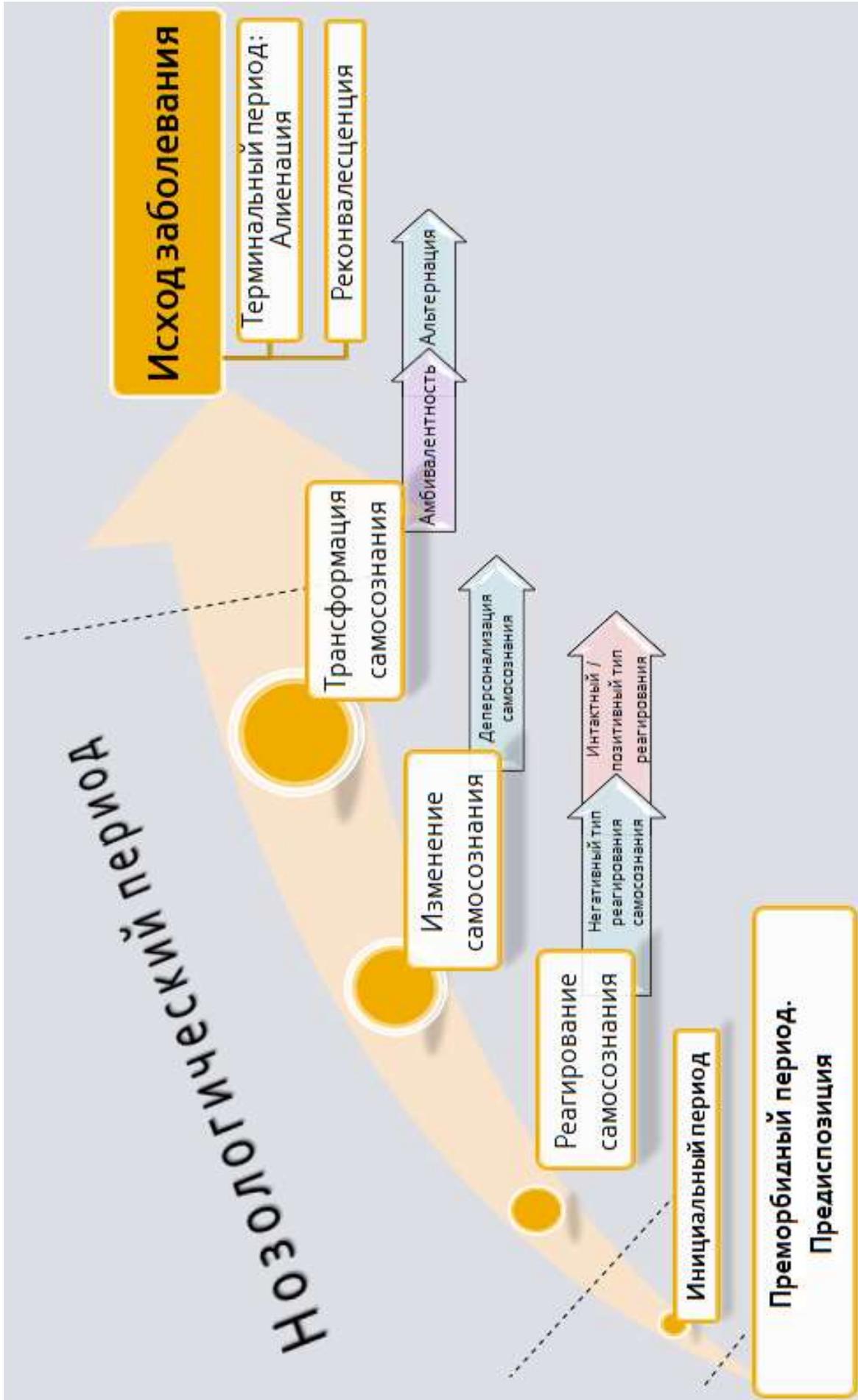


Схема 1. Схема анализа структурно-динамических особенностей парафиллий.

Развитие в психологии представлений об установочных системах, основные принципы которых были разработаны Д.Н.Узнадзе (1966), позволили взглянуть на образ «Я» как на некую установочную систему, включающую когнитивную (познавательную), эмоциональную и поведенческую компоненты (Rosenberg M., 1965).

В норме компоненты самосознания согласованы друг с другом, в то время как при нарушениях самосознания может наблюдаться рассогласование поведения индивида и когнитивно-эмоциональной составляющей самосознания. Это, в свою очередь, обуславливает эмоциональные нарушения, что нашло отражение в теории когнитивного диссонанса (Фестингер Л., 1999).

Данные компоненты подробно анализируются в отечественной литературе наркологами, которые указывают, что при патологическом влечении в рамках нарушения идеаторной составляющей отмечается изменение критического отношения к болезни (Чирко В.В. с соавт., 2009).

Компоненты самосознания используются также в психологии для сравнения уровня самосознания у разных людей или у одного и того же человека на разных стадиях его развития, что позволяет применять ее в контексте психопатологического описания расстройств самосознания.

В связи с этим с целью решения клинических задач в контексте исследования предлагается описание клинических нарушений самосознания с учетом когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих.

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, представляющим собой реакцию личности на болезнь (формирование расстройств сексуального предпочтения).

### ***Негативный тип реагирования самосознания***

При данном типе, встречающемся в 20% случаев, отмечалось негативное восприятие изменений собственной сексуальности при формировании расстройств сексуального предпочтения (появления эротических фантазий и побуждений аномального содержания).

Для этой группы больных были характерны наличие критического отношения к навязчивым аномальным сексуальным фантазиям, желаниям, поведению, которое было высоко стереотипным. Эту группу составили преимущественно те подэкспертные, у которых отмечалась только одна форма парафилии (70%<sup>13</sup>): педофилия, раптофилия, эксгибиционизм или садизм. Остальная часть испытуемых были лица с множественными расстройствами сексуального предпочтения (30%).

Механизмы формирования парафилии. Возраст начала формирования парафилий был приурочен к 24,6 годам, а длительность нозологического этапа к моменту обследования составляла 9,4 года.

Формирование парафилии чаще происходило по психогенному механизму, который подробно описан на примере химических форм аддиктивного поведения, когда вслед за воздействием психотравмирующей ситуации аддикт прибегает к использованию психоактивных веществ по атарактическим мотивам, связанным с желанием нейтрализовать негативные переживания – напряжение, тревогу, страх (Бабаян Э.А. с соавт., 1990). По данному механизму возможно развитие и других форм аддиктивного

---

<sup>13</sup> Здесь и далее относительное значение рассчитывалось от количества испытуемых с негативным типом реагирования самосознания.

поведения: указывается на наличие связей между формированием лудомании и психотравмирующими событиями (Leppink E.W. с соавт., 2015).

У лиц с негативным типом реагирования в детском возрасте появлялись неврозоподобные расстройства, черты характера тормозимого круга, среди которых отмечались склонность к длительным и навязчивым переживаниям, неуверенность в себе, стеснительность, малообщительность и замкнутость. Указанные особенности склада личности имели патогенетическое значение в развитии аддиктивных расстройств. Так, ранее было отмечено, что психические заболевания, обусловленные психогенными факторами, представляют собой «болезнь *развития личности*», поэтому важным внутренним условием возникновения, в частности, неврозов является наличие особых черт характера, обозначаемых как невротический характер (психастеничные, ананкастные личности) (Ковалев В.В., 1985).

У подэкспертных половое развитие протекало дисгармонично в виде задержки и/или опережения психосексуального развития. В подростковом возрасте присоединялись аффективные расстройства. После воздействия психогенных факторов (как правило, это неудачный опыт эротико-платонических, сексуальных отношений) появлялись аномальные по содержанию эротические фантазии, что соответствовало началу формирования парафилий.

**Клиническая картина.** Появление навязчивых аномальных сексуальных фантазий отражало нарушение когнитивной компоненты самосознания.

Фантазии воспринимались как чуждые личности, ее желаниям и потребностям, подэкспертные относились к ним как к болезненным проявлениям. Представления возникали спонтанно, независимо от текущих переживаний личности и вне связи с ситуационным контекстом. Однако их появление могло провоцироваться и внешними факторами (просмотром

фильмов с эротическими сюжетами, прочтением криминальных хроник, встречами с объектом влечения).

В большинстве случаев навязчивые образы были стереотипны по своему содержанию, будучи представлены каким-то одним видом эротического объекта и формой половой активности.

Представления могли быть настолько интенсивными, что все внимание было сосредоточено на них, а связь с реальными событиями частично утрачивалась (28,1%), что свидетельствовало о сужении сознания. Фантазии принимали столь выраженный навязчивый характер, что воспринимались больными как овладевающие ими, а критическое к ним отношение частично утрачивалось. В эти периоды невозможно было выполнение какой-либо текущей деятельности, и больные были полностью поглощены фантазированием. Представления доминировали в сознании различный промежуток времени, по истечению которого их интенсивность самопроизвольно уменьшалась или же они обрывались сразу после их реализации.

Схожие закономерности были отмечены и другими авторами. А.Г.Гофман (2005) пишет, что навязчивые представления часто бывают яркими и пугающими, а в некоторых случаях на высоте «овладевающих представлений» больной может принимать их за реальные события, и в этом случае частичность критики сближает навязчивые образы со сверхценными идеями.

**Пример.** Подэкспертный Б. сообщал, что после совершения первого нападения на девочку воспоминания о криминальной ситуации помимо его воли «врывались» в сознание. Несмотря на «внутреннюю борьбу» с фантазиями реализовывал их. Желание возникало «внезапно» и «очень сильное». В этих случаях «не контролировал себя», «не понимал, как всё происходит»: тут же подходил к девочке и «ощупывал» ее половые органы. После происшедшего сразу чувствовал «в душе пустоту», боялся таких «своих выходов».

По мере динамики аддикции отмечалась постепенная утрата критического отношения к болезненным проявлениям парафилий, в частности, к содержанию фантазий, и появлялась тенденция к их принятию, чему сопутствовало уменьшение интенсивности обсессивных нарушений.

Если в начале формирования парафилий при появлении обсессивных представлений подэкспертные старались отвлечься от них, прибегая к различным стратегиям совладания, то через короткий промежуток времени мастурбация становилась единственным способом их устранения, а сами фантазии принимали особое функциональное значение, беря на себя роль заместителя аддиктивной реализации. Тем не менее, впоследствии они становились уже провоцирующим фактором к совершению противоправных деяний.

Менялась и частота возникновения фантазий: со временем аномальные эротические представления появлялись все чаще, что свидетельствует о росте патосексуальной толерантности (по терминологии О.А.Бухановской, 2003) на когнитивном уровне. Иногда навязчивые фантазии становились настолько стойкими, что после совершения подэкспертными мастурбаторного акта или правонарушения появлялись вновь через короткий промежуток времени, и в течение суток испытуемый мог неоднократно прибегать к онанизму или совершать повторные противоправные деяния.

Учитывая высокую частоту встречаемости обсессивных нарушений в группе лиц с негативным реагированием самосознания, в большинстве наблюдений был квалифицирован обсессивный и обсессивно-компульсивный характер влечения (76,7%).

К моменту обследования отношение у подэкспертных к имеющемуся у них расстройству сексуальных предпочтений было разным, но в подавляющем большинстве случаев отмечалась нозогнозия или гипонозогнозия (80%).

При нозогнозии подэкспертные осознавали наличие у них заболевания сексуальной сферы, старались отвлечься от своих патологических переживаний. При этом были обнаружены две основные стратегии копингового поведения<sup>14</sup> – когнитивные и поведенческие. При возникновении эротических представлений испытуемые волевым усилием старались изменить содержание мыслительного процесса, фокусируя внимание на воспоминаниях, бытовых трудностях, текущей деятельности и т.п. (когнитивные стратегии). В других случаях они занимали себя каким-либо видом деятельности: чаще всего они прибегали к выполнению бытовых обязанностей. Иногда такая деятельность отражала нарушения половой идентичности, поскольку могла быть направлена на приготовление блюд, уборку, стирку и выполнение других, традиционно женских, бытовых обязанностей (поведенческие стратегии).

Указанные стратегии совладания редко оказывались эффективны, и, как правило, навязчивое эротическое фантазирование прекращалось после мастурбаторного акта.

При гипогнозии факт наличия заболевания сексуальной сферы также осознавался, однако не все проявления заболевания принимались во внимание. Так, подэкспертные не оценивали навязчивый компонент фантазирования как патологическое явление или не учитывали дальнейшей динамики расстройства и прогрессирования заболевания, надеясь, что возникшее «отклонение» самопроизвольно подвергнется обратному развитию. При гипогнозии также отмечались когнитивные и поведенческие копинговые стратегии.

---

<sup>14</sup>В психологии выделяют понятие «копинг», или «копинговые стратегии», которые представляют собой набор шаблонов, к которым человек прибегает, чтобы справиться со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии (Lazarus R.S., 1991).

В 73,3% к моменту проведения экспертизы у подэкспертных отмечалось эгодистоническое отношение<sup>15</sup> к влечению. В других наблюдениях имел место переход дистонического в синтоническое или недифференцированное отношение к расстройству. При последнем подэкспертные были обследованы на экспертизе фактически через короткий промежуток времени с момента начала формирования парафилии и ввиду их молодого возраста, обуславливающего недостаточность опыта и незрелость, затруднялись оценить свое отношение к различным аспектам парафильного поведения и когнитивным нарушениям самосознания.

При анализе эмоциональной компоненты самосознания были обнаружены свои особенности. В большинстве случаев отмечались различные формы аффективных нарушений (60%). Чаще всего выявлялись тревожные, депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, колебания настроения в течение суток в сторону пониженного. Высокая встречаемость тревожных и депрессивных расстройств вполне закономерна, поскольку, как было отмечено некоторыми специалистами, среди больных с обсессивными нарушениями часто встречаются подобные аффективные расстройства (Минутко В.Л., 2011). У подэкспертных они носили реактивный характер, поскольку удавалось проследить связь с психогенными факторами.

Аффективные расстройства предшествовали эпизодам эротического фантазирования и совершению противоправных деяний. Фантазирование, сопровождавшееся мастурбацией или реализацией, изменяло эмоциональное состояние, устраняя негативные переживания.

Поведенческая компонента самосознания. При рассмотрении поведения анализировались не только противоправные деяния, за которые подэкспертные привлекались к уголовной ответственности ранее и по

---

<sup>15</sup> Эгодистоническое отношение характеризуется наличием критики к влечению, которое воспринимается как чуждое личности, обуславливая внутриличностный конфликт и борьбу с влечением. Эгосинтоническое отношение отражает «спаянность» личности с аномальным влечением и невозможность критического отношения к нему.

которым они проходили судебно-психиатрическое обследование в настоящее время, но и другие аспекты сексуального поведения, например, мастурбаторная активность. По мнению некоторых исследователей, ипсация, которая сопровождает аномальные сексуальные фантазии, фактически является суррогатным способом реализации девиантных представлений (Крылов В.И., 2012).

По мере динамики аддиктивного влечения все чаще наблюдались эпизоды произвольного фантазирования, сопровождающиеся мастурбацией. В поведении появлялся целенаправленный поиск порнографической аномальной продукции, длительный просмотр эротических сюжетов вплоть до нескольких часов.

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

Длительность борьбы с аномальными представлениями составляла, как правило, неделю, в редких случаях – до 3-х недель, но никогда не более месяца. В других работах по аддикциям было показано, что если по независящим от больного опийной наркомании обстоятельствам не представлялось возможным реализовать свое влечение к приему наркотика (в среднем 4-6 дней, в некоторых случаях до 2-3 недель), то это завершалось критически. На непродолжительное время развивались состояния по типу дисфорий или дистимий с головными болями и сенестопатическими ощущениями, после которых следовал поиск и прием наркотика (Кондратьев

Ф.В. с соавт., 1991). В другом исследовании на примере больных парафилией также было обнаружено, что длительность периода борьбы при обсессивном характере влечения не превышает одного месяца (Яковлева Е.Ю., 2010).

На отдаленных этапах нозологического периода совершению противоправных деяний не предшествовал период борьбы с возникшими навязчивыми побуждениями или фантазиями. Они реализовывались тут же, что приближало парафильное поведение к импульсивному, характерному для незрелых личностей и детей, у которых возникшие побуждения без их когнитивного анализа тут же реализуются (Стоименов Й. с соавт., 2003).

Со временем в некоторых случаях отмечался рост патосексуальной толерантности не только на когнитивном, но и на поведенческом уровне (30%). Такие подэкспертные все чаще прибегали к мастурбации и совершали противоправные деяния.

В 23,3% отмечался переход негативного типа реагирования самосознания в другие клинические его формы: интактное реагирование, деперсонализацию самосознания и др. Это отражало негативную динамику аддикции за счет утяжеления клинической симптоматики.

Однако даже в рамках рассматриваемого типа реагирования самосознания можно говорить об утяжелении клинической симптоматики у больных.

Таким образом, в 23,3% случаев отмечались прогрессивные тенденции нарушений самосознания (переход одних нарушений самосознания в качественно иные), а в остальных – динамика была либо стационарной (качественных психопатологических изменений с момента формирования парафилий не наблюдалось) (63,4%) или линейной (13,3%) в сторону утяжеления симптоматики в рамках негативного типа реагирования самосознания.

Динамические особенности расстройств сексуального предпочтения были сопряжены с изменениями содержания парафильных фантазий и

поведения: в клинической картине отмечалось появление новых форм аномального влечения с формированием множественных расстройств сексуального предпочтения (прогрессирующая динамика парафилии).

Ниже представлены основные признаки негативного типа реагирования самосознания:

### **1. Когнитивная компонента самосознания**

#### **A. Навязчивые эротические представления**

- ✓ Аутохтонность возникновения
- ✓ Стереотипное содержание аномальных сексуальных фантазий
- ✓ Стойкие навязчивые зрительные образы, препятствующие осуществлению текущей деятельности, интенсивность которых может обуславливать сужения сознания
- ✓ Наличие критического к ним отношения

#### **B. Рост патосексуальной толерантности**

#### **C. Наличие стратегий совладания (копинг-стратегий)**

#### **D. Наличие критического отношения к психосексуальному**

расстройству

### **2. Эмоциональная компонента самосознания**

#### **A. Связь эротических фантазий с аффективными расстройствами**

#### **B. Депрессивные расстройства**

#### **C. Тревожно-депрессивные расстройства**

#### **D. Тревожные расстройства**

### **3. Поведенческая компонента самосознания**

#### **A. Реализация происходит в утреннее или дневное время суток**

#### **B. Аддиктивной реализации сопутствуют аффективное сужение**

сознания

#### **C. Рост патосексуальной толерантности**

### ***Интактный и позитивный тип реагирования самосознания***

При интактном типе реагирования самосознания, наблюдавшемся в 52,3% случаев, отсутствовало осознание болезненных изменений собственной сексуальности при формировании парафилий: появления у них эротических аномальных сексуальных фантазий или побуждений к совершению противоправных деяний. Отмечался сверхценный характер влечения наряду с отсутствием критического отношения к расстройству сексуального предпочтения.

В эту же клиническую подгруппу больных были включены случаи с позитивным типом реагирования самосознания (6,7%), который ранее был выделен Т.А.Кафаровым (2000). В виду схожести формирования и клинической картины парафилий у этой группы больных и лиц с интактным типом реагирования самосознания, рассматривать указанные когорты в отдельности не было необходимости. При позитивном типе реагирования также отсутствовало осознание болезненных изменений собственной сексуальности при формировании парафилий. Подэкспертных отличало только то, что наряду со сверхценным характером влечения выявлялось положительное восприятие собственной перверсной сексуальности, что нашло отражение в эмоциональной компоненте самосознания.

У большей части испытуемых наблюдалось *полиморфное* аномальное сексуальное поведение, и данную группу составили преимущественно испытуемые с множественными расстройствами сексуального предпочтения (70%). Также встречались случаи с педофилией, парафилиями агрессивно-садистического круга – раптофилией и садизмом.

Механизмы формирования парафилий. Возраст начала формирования парафилий чаще всего был приурочен к 15,8 года. Длительность нозологического этапа к моменту обследования составляла 14,2 года.

Поскольку у большинства подэкспертных в клинической картине выявлялось предпочтение различных аномальных сексуальных форм активностей и объектов, формирование аддикции происходило по различным механизмам: механизмам импринтинга, оперантного научения и онтогенетического регресса.

При формировании по имитационным механизмам подэкспертные, приобретая сексуальный опыт в препубертатном или пубертатном возрасте, становились участниками или свидетелями противоправных действий, подвергаясь неоднократному воздействию специфических (сексуальных) факторов:

- ✓ длительные сексуальные притязания в отношении испытуемых, совершаемые родственниками или знакомыми лицами;
- ✓ присутствие в качестве свидетеля при актах сексуального насилия;
- ✓ просмотр порнографической продукции девиантного содержания.

При воздействии каждого фактора в сознании постепенно запечатлевалось аномальное сексуальное поведение, а в дальнейшем оно уже практиковалось самими подэкспертными в отношении знакомых лиц, благодаря тому, что аномальное поведение усваивалось как приемлемая модель половых взаимоотношений, встраиваясь в структуру эротических предпочтений. Это, в свою очередь, препятствовало формированию представлений о нормативных отношениях, поскольку однажды усвоенный опыт прочно фиксируется в сознании и препятствует освоению иных аспектов сексуальности, противоречащих первоначальному опыту.

Формирование парафилий происходило и при регулярном просмотре порнографической продукции девиантного содержания. У таких подэкспертных расстройство формировалось в молодом возрасте уже после завершения этапа психосексуальной ориентации, когда нормативные половые взаимоотношения входили в структуру предпочтений. Отмечалась

этапность в развитии парафилий. Вначале, благодаря ознакомлению и эпизодическому просмотру девиантной порнографической продукции, отрицательная установка менялась на нейтральную. После этого неприемлемый образ действий проигрывался в воображении и постепенно начинал вызывать сексуальное возбуждение. В дальнейшем просмотр видеосюжетов становился регулярным, сопровождаясь мастурбацией и, в конечном счете, появлялись аномальные побуждения, которые претворялись в противоправное поведение.

Схожие механизмы формирования несвойственных личности сексуальных предпочтений были описаны ранее (Byrne D., 1977). При этом индивид при легкой доступности порнографической продукции со временем перестает подавлять «социально неприемлемые импульсы». В этих случаях, как было показано в экспериментах, в рамках которых добровольцам предъявлялись сцены изнасилования, девиантные материалы способствуют формированию антисоциальных установок, а в эротические фантазии «встраиваются насильственные сексуальные мотивы» (Malamuth N.M. с соавт., 1977; Malamuth N.M., 1981, 1983).

При формировании парафилий по механизмам полового импринтирования подэкспертные подвергались воздействию специфических факторов, приуроченных к сенситивному периоду<sup>16</sup> (чаще к подростковому – к моменту появления полового влечения), в результате чего происходила *одномоментная* фиксация аномальной сексуальной активности. Понятие импринтинга было предложено К.Лоренцом (1994), который под данным термином имел в виду раннее запечатление событий. Возможности для запечатления приурочены к ограниченному периоду времени, а сам процесс совершается очень быстро, и иногда для него достаточно единственной встречи с объектом запечатления. А.Е.Личко (1985) указывал на то, что в

---

<sup>16</sup> Сенситивный период - это определенный период в жизни индивида, на протяжении которого существуют оптимальные условия для развития его качеств и видов деятельности, то есть это период, благоприятный для наиболее действенного формирования какого-либо свойства психики.

становлении половых перверсий, в частности эксгибиционизма, играет роль механизм импринтинга, т.е. моментальное и прочное запечатление раздражителей данного рода, падающих на предуготовленную почву. Результат импринтинга, как правило, необратим (Имелинский К., 1986).

Для прочной фиксации в сознании аномальной сексуальной активности недостаточно воздействия специфического фактора в критический период. Необходимым условием для этого является положительное подкрепление воздействия. В изучаемой группе подэкспертные наиболее часто подвергались воздействию следующих специфических факторов:

- ✓ *однократные* гомосексуальные притязания, в момент которых у подэкспертных появлялись тревога, сопряженная с сексуальным возбуждением, или паратимии (экзальтация у больных шизофренией). М.Я.Серейский (1934) отмечал, что в развитии сексуальных девиаций имеют значение те переживания, которые связаны с насилием: в детском возрасте, когда половые предпочтения еще недифференцированы, сексуальные травмы легко могут привести к «ассоциированным перверсиям, глубоко застревающим наподобие... рефлексов»;
- ✓ участие в качестве свидетеля в акте сексуальных притязаний и просмотр аномальной продукции. Н.Sullivan (1953) делает акцент на том, что запечатление аномального поведения становится наиболее вероятным в том случае, если индивид занимает роль пассивного зрителя, так как за счет этого усиливается психологическая значимость происходящего;
- ✓ участие в детском возрасте в играх с сексуальным подтекстом, во время которых появлялось интенсивное сексуальное возбуждение или психический оргазм; тогда происходила фиксация объекта и сексуальной активности.

Половое импринтирование происходило в различных ситуациях у одного и того же подэкспертного, что способствовало формированию множественных расстройств сексуального предпочтения.

Механизм оперантного научения скорее являлся дополнительным механизмом, способствующим укреплению в сознании связи с пережитым сексуальным опытом, и сочетался с имитационным или импринтинговым механизмом. Подэкспертные неоднократно вспоминали произошедшие события, а спустя некоторое время – уже испытывали сексуальное возбуждение при этих воспоминаниях, что сопровождалось мастурбацией. Таким образом, повторное переживание эротических ощущений или оргазма при мастурбации обуславливает закрепление аномальной связи.

При формировании парафилии по механизмам онтогенетического регресса фиксировались онтогенетически ранние формы полового поведения, что было связано с дизонтогенетическими состояниями (как правило, в рамках задержки полового развития).

Клиническая картина. Когнитивная компонента самосознания. При формировании расстройств сексуального предпочтения эротическое фантазирование носило произвольный характер: представления, фантазии вызывались самостоятельно, а критическое отношение к ним отсутствовало. Появление фантазий в своем большинстве было связано с половой потребностью, периодически возникающим желанием реализовать свои аддиктивные побуждения. Появлению фантазий также способствовали ситуационные факторы: встреча с объектом влечения, интоксикационные воздействия, а также психогенные факторы, когда вслед за стрессовой ситуацией появлялись аффективные расстройства и эротические фантазии.

В первое время представления выполняли заместительную функцию, удерживая от совершения противоправных поступков. В последующем, они приобретали главенствующее значение, отодвигая на второй план другие потребности, идеи, мысли, имеющие до этого свою ценность. Зрительные

образы были стойкими и интенсивными, что провоцировало аномальное сексуальное поведение. На данном этапе можно было говорить о доминирующем характере влечения.

**Пример.** Подэкспертный Д. сообщал, что перед совершением нападения во время поиска жертвы «быстрее думалось», в голове «вертелась единственная» мысль: «напугать», «изнасиловать» женщину, и «больше ни о чем думать не мог».

По мере динамики аддикции влечение принимало сверхценный характер: патологическое влечение было связано с аффективной охваченностью, потребность и ее удовлетворение были основным содержанием повседневной жизни, 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.

Сверхценный характер сексуального аддиктивного влечения отражался и на поведенческой компоненте самосознания. От одной реализации к другой отмечалось удлинение парафильного акта.

**Пример.** Подэкспертный Ш. в качестве наказания отводил мальчика к себе в кабинет, где в течение 10 минут избивал его по ягодцам палкой, обтянутой кожаными ремнем. В последующем преподаватель (Ш.) «воспитывал» мальчика каждый день: ставил в угол на 5 часов, что продолжалось в течение года. В дальнейшем Ш. стал больше проводить время с этим мальчиком, совместно изготавливал с ним оружие, иногда усаживал мальчика на стул и читал книгу об оружии или заставлял его на протяжении нескольких часов читать подобные книги. Иногда будил потерпевшего по ночам и вступал с ним в многочасовые орально-генитальные контакты.

Реализация парафильных фантазий сопровождалась сооружением в помещении необходимых конструкций, видеосъемкой или фотографированием собственных манипуляций, коллекционированием сюжетов со своим участием и их неоднократным просмотром вне эпизодов реализаций, написанием девиантных эротических рассказов.

**Пример.** У подэкспертного Б. было изъято 6 тетрадей, в которых содержались эротические произведения испытуемого. При анализе данных работ было отмечено следующее: изложение событий ведётся по единому алгоритму и имеет некоторую стереотипность. В ряде рассказов отмечается незавершённость. В части из них имеются автобиографические элементы. При описании эротических сцен возраст партнёрш варьирует от 10 до 20 лет. Описывая их, автор использует преимущественно уменьшительно-ласкательные формы слов: «губки», «язычок», «глазки», «шейка», «ножки», «животик», «фигурка», «сосочек». Описание женских гениталий своеобразное: «конструкция между ног», «губы». Девственную плеву автор обозначает, как «мембрану» или «перепонку», «мягкое и упругое препятствие». При стимуляции клитора партнёрш, автор именуется его «пульсирующей жилкой». Эякулят называет – «жидкость», а половой член всегда обозначает местоимением «он», при этом встречаются такие описания: «"Он" её явно хотел». Подэкспертный подробно, детализировано описывал эротические контакты персонажей, ласки половых органов и введение пальцев во влагалище партнёрш. В большинстве рассказов отдельным аспектом является то, что лирический герой вступает в сексуальную близость с лицами, сохранившими до того момента девственность, что сочетается с последующими благодарностями от них в адрес подэкспертного: «Ты мне пропуск выписал... во взрослую жизнь». После описания эротических контактов следует повествование об орально-генитальной близости, вагинальных или анальных контактов.

Подэкспертные коллекционировали найденные в интернет-сетях фотографии и фильмы аномального содержания, причем подобное собирание материалов постепенно трансформировалось в расстройство влечений, когда они начинали классифицировать порнографические сюжеты, неоднократно их просматривая и находясь в многочасовых поисках новых сюжетов. В последующем они удаляли накопленный материал, испытывая одновременно «сожаление» и «облегчение», а через некоторое время старались восполнить утрату новыми снимками и видеопродукцией.

Со временем аномальные сексуальные фантазии появлялись аутохтонно, независимо от желания испытуемого и в ситуациях, не предрасполагающих к их появлению (при выполнении бытовых или профессиональных обязанностей), терялась связь с собственно физиологическими сексуальными импульсами (возбуждением и потребностью). Больным было трудно отвлечься от них и переключить

внимание на текущую деятельность. В отличие от obsessions к данным фантазиям отсутствовало критическое отношение, и они все-таки воспринимались как некоторые сюжетные образы, свойственные личности и ее потребностям. Таким образом, они занимали промежуточное положение между навязчивостями и сверхценными идеями.

Появление навязчивого компонента было связано с динамикой самой аддикции и вообще психопатологической близостью сверхценных идей и obsessивных состояний. Так, Е.Блейлер (1920) подчеркивал клиническое сходство между сверхценными и навязчивыми идеями.

Таким образом, для подэкспертных был характерен сверхценный характер аддиктивного влечения. При рассмотрении их анамнеза оказалось, что уже в инициальном периоде выявлялись сверхценные увлечения сексуального и несексуального содержания, проаддиктивные состояния в виде лудомании, употребления психоактивных веществ, агрессивнo-садистических форм поведения. Поэтому предпосылки для описанного психопатологического обрамления парафилий можно было наблюдать в более ранних возрастных периодах.

Таким образом, аномальные сексуальные фантазии, аддиктивные побуждения и поведение – собственно и составляли предпочтения подэкспертных, вплетаясь в структуру их личности. В связи с этим критическое отношение к ним и другим психопатологическим проявлениям аддикций было нарушено. Ввиду этого отмечались формальная нозогнозия или анозогнозия. При формальной нозогнозии оценка проявлений собственной сексуальности как болезненных основывалась только на внешних обстоятельствах той ситуации, в которых оказался правонарушитель – ситуация судебно-психиатрической экспертизы. Подэкспертные формально соглашались или сообщали, что их влечение болезненно, однако при этом никак не могли пояснить, в чем именно заключается его патологичность. Из возможных аргументов приводили только их привлечение к уголовной

ответственности. Аномальные фантазии/побуждения оценивались как индивидуальная «особенность», которая их отличает от большинства людей. Даже анализируя свое криминальное поведение, давали ему характеристику с некоторой долей сомнения («наверное, это плохо», «может быть, это неправильно, если есть такая статья»).

При анозогнозии, когда отмечалось полное отсутствие осознания болезни, было типично отрицание болезненности не только аномальных сексуальных фантазий, но и асоциальности криминального поведения, а привлечение к уголовной ответственности оценивалось как ошибка.

**Пример.** Подэкспертный П. при обследовании отмечал, что считает себя здоровым в сексуальном плане. С улыбкой и оживлением описывал коллекцию порнографического видео педофильного содержания, при этом в голосе появлялись «теплые» интонации. Говорил, что при осознании «такой большой коллекции» испытывает «чувство большее, чем радость, страсть». Волнуясь, говорил, что «не понимает, как художественные фотографии могут причинить вред, быть противозаконными». Утверждал, что любоваться «красотой детского тела» является прекрасным, называл свои снимки и видео «эстетической ценностью». Отмечал, что только с «мальчиками» чувствовал себя «по-настоящему легко и комфортно». Был убежден, что те относились к нему как к ровеснику, и он с ними был «на равных». Считал, что сексуальные отношения с детьми приносят им пользу, поскольку ведут к «половой раскрепощённости» и дают «сексуальный опыт», который им пригодится в будущем. Утверждал, что сексуальные действия с потерпевшими «не несли в себе ничего дурного», поскольку «совершались всегда только по взаимному согласию».

**Пример.** Подэкспертный Д. был убежден, что его действия являются одним из аспектов «полового воспитания». В подтверждение своих суждений приводил довод о том, что в результате данных действий ребенку будет проще найти общий язык с девушками, будет знать, «как и что делать».

Иногда отмечалась парциальная нозогнозия, которая появлялась на отдаленных этапах заболевания. Данный вид нарушения критического отношения к парафилии характеризовался тем, что осознание болезненности появлялось только в отношении некоторых проявлений психосексуального расстройства. Так, появление обсессивного компонента фантазий,

аутохтонность их возникновения расценивались болезненными, поскольку воспринимались как утрата контроля над влечением.

Учитывая особенности восприятия психосексуального расстройства, было квалифицировано эгосинтоническое отношение к влечению. В отдельных случаях можно было говорить о недифференцированном отношении, когда подэкспертные в силу недостаточности рефлексии опыта вообще затруднялись отнести различные проявления аддикции к варианту нормы или признакам болезни.

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

Дисфорические реакции возникали вслед за воздействием психотравмирующего фактора (конфликтные отношения с коллегами по работе, внутри семьи) характеризовались появлением злобного аффекта, сочетающегося с повышенной раздражительностью, конфликтностью, инициированием ссор. Иногда поведение носило деструктивный характер и отражалось на близких людях, в отношении которых проявлялась вербальная и физическая агрессия. На фоне дисфорических реакций возникали аномальные сексуальные представления агрессивно-садистического содержания, которые в последующем реализовывались.

При анализе дисфорических состояний не выявлялось каких-либо факторов, способствующих их появлению, и в этих случаях они возникали спонтанно, характеризовались тоскливо-злобным или тревожно-злобным аффектом, существующим на протяжении большей части дня. Такое

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

**Пример.** Подэкспертный Д. сообщал, что в течение нескольких часов перед совершением правонарушения у него постепенно изменялось самочувствие: становился злым, раздражительным, грубым, возбужденным, беспокойным и суевливым; возникало тягостное ощущение «будто что-то важное не сделал». После выхода на улицу для прогулки, агрессивно реагировал на замечания окружающих. Идя по дороге, резко и четко слышал окружающие звуки, а также ощущал, как громко и быстро бьется его сердце, четко слышал собственные шаги. Отмечал особую яркость окружающих красок, листвы, четкость очертаний. Сообщает, что при виде жертвы, сразу напал, испытывая приятные переживания того, что угрожал ей. После совершения изнасилования и ограбления успокаивался, испытывал «расслабление», «становился добрее и апатичнее ко всему». Казалось, что ночь «моментально пролетела», хотя по возвращении домой понимал, что прошло всего пару часов.

Аффективные расстройства наблюдались как между противоправными деяниями или эпизодами аномального сексуального фантазирования, так и непосредственно перед ситуацией деликта, почти никогда не находясь в связи со временем суток, изменением метеорологических условий, сезонными факторами.

Указанные клинические особенности были характерны для лиц с интактным типом реагирования самосознания. При позитивном типе отмечались свои особенности: для большинства подэкспертных были характерны другие аффективные нарушения – экзальтация, гипертимия, гипомания, которые предшествовали ситуации правонарушения. Если экзальтация встречалась на предкриминальном этапе у лиц с агрессивно-садистическими формами парафилий, то иные расстройства – при педофилии.

В последнем случаи реализации девиантных фантазий предшествовал длительный период совместной активной игровой деятельности с детьми.

Поведенческая компонента самосознания. Реализация аномальных сексуальных фантазий происходила в любое время суток, а само поведение запускалось появляющимися эротическими представлениями. Реже парафильное поведение было импульсивным: испытуемые могли длительное время бесцельно наблюдать и следить за жертвой, а в последующем внезапно нападали на нее; только в момент нападения появлялось желание совершить какое-либо конкретное сексуальное действие.

Реализации парафильных представлений мог также предшествовать период борьбы мотивов, связанный не с осознанием болезненности парафильных переживаний, а с перспективой привлечения к уголовной ответственности вследствие совершения правонарушения. Борьба мотивов была сопряжена с аффективными нарушениями по типу депрессивных, тревожно-депрессивных, дисфорических состояний, а само аномальное поведение – с сужением сознания, явлениями аутопсихической деперсонализации по типу утраты сознания собственной активности: обследуемые отмечали, что при нападении действовали «как роботы», их движения были «автоматическими». Характер влечения квалифицировался как компульсивный.

Т.В.Клименко (1996) в своем исследовании выделяла группу лиц с аддиктивными расстройствами, у которых перед употреблением психоактивных веществ отсутствовала борьба мотивов, однако само поведение происходило на эмоционально измененной почве и сопровождалось сужением сознания. Несмотря на отсутствие основного проявления компульсии (борьбы мотивов), ею предлагается рассматривать данные варианты как компульсивное поведение. В рамках настоящего исследования были обнаружены схожие случаи, когда у подэкспертных на предкриминальном этапе также выявлялись аффективные расстройства при

отсутствии борьбы мотивов, а интенсивность влечения в момент правонарушения обуславливала сужение сознания.

По мере динамики расстройства почти в половине наблюдений выработывался индивидуальный аддиктивный ритм, когда фантазии, как и поведение, появлялись с одинаковым интервалом времени. У остальных больных отмечался рост патосексуальной толерантности, характеризующийся учащением появления аномальных сексуальных фантазий и их реализаций. Иногда выявлялась высокая патосексуальная толерантность, при которой аддиктивная потребность не исчезала после реализации аномальных сексуальных фантазий или только ослабевала на короткий промежуток времени. Затем аномальные эротические представления появлялись вновь, провоцируя очередное правонарушение, в связи с чем больные могли совершать до нескольких аддиктивных актов в течение суток. Описанные явления предлагается обозначать термином аддиктивной рефрактерности.

В 30,1% отмечался переход интактного/позитивного типа реагирования самосознания в другие клинические его формы: негативный тип реагирования (под влиянием ситуационных факторов), деперсонализацию, альтернацию и алиенацию, 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 выявлялось.

Динамические особенности психосексуального расстройства, как и у лиц с негативным типом реагирования, были сопряжены с изменениями содержания парафильных фантазий и поведения – появлением новых форм аномального сексуального влечения (прогрессирующая динамика парафилий).

Ниже представлены основные признаки интактного/позитивного типа реагирования самосознания:

### **1. Когнитивная компонента самосознания:**

А. Эротическое фантазирование носит произвольный характер

- ✓ Идентификация фантазий как собственных, без чувства чуждости, насильственности и навязчивости
- ✓ Содержание аномальных фантазий отличается полиморфизмом
- ✓ Критическое отношение отсутствует
- ✓ Рост патосексуальной толерантности на когнитивном уровне или наличие аддиктивного ритма

В. Отсутствие стратегий совладания

С. Отсутствие критического отношения к психосексуальному расстройству

### **2. Эмоциональная компонента самосознания:**

А. Как правило, аффективные расстройства отсутствуют

В. Чаще других отмечаются аффективные расстройства дисфорического спектра (при интактном типе реагирования), а также повышенный аффект – экзальтация, гипертимия и др. (при позитивном типе реагирования)

### **3. Поведенческая компонента самосознания:**

А. Существенное влияние на мотивы поступков и деятельность имеют:

- ✓ Появление сверхценных аддиктивных сексуальных увлечений
- ✓ Влияние аддиктивных интересов на профессиональную занятость и гетеросексуальную адаптацию

В. Реализация происходит независимо от времени суток

С. Отмечается рост патосексуальной толерантности на поведенческом уровне или имеется индивидуальный аддиктивный ритм.

## II. Изменение самосознания

При данных нарушениях самосознания больные ощущают изменённость собственного образа «Я», однако, в соответствии с классификацией Т.А.Кафарова, в то же время у них *не* наблюдается «психопатологического перевоплощения формальных признаков «Я» больного, сопровождающегося ощущением появления нового образа «Я».

### *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».

Данная форма нарушений самосознания была описана ранее L.Dugas (1898, цит. по Т.А.Кафарову, 2000), который понимал под этим термином ощущение потери «Я». Выраженность деперсонализации может колебаться от приглушенности, блеклости самосознания до полного отчуждения мыслей, чувств, представлений, воспоминаний, переживаемых больным как сделанные извне (Цыганков Б.Д. с соавт., 2011). В таком виде деперсонализация близка к синдрому психического автоматизма Кандинского–Клерамбо. А.А.Меграбян (1962, 1972) характеризует ее как синдром отчуждения и придает ей решающее значение в патогенезе психических нарушений при шизофрении.

Однако деперсонализация наблюдается в виде самостоятельного синдрома при различных психических заболеваниях. Ю.Л.Нуллер (1981) описывает деперсонализационные состояния в формировании депрессивных фаз биполярного расстройства, выделяя случаи, когда деперсонализация оказывается единственным синдромом, полностью определяющим клиническую картину болезни. Входит она и в структуру других синдромов, например, дисморфомании.

У лиц с парафилиями деперсонализация отмечалась или с момента начала формирования, но чаще являлась очередным этапом нарушений самосознания, которому предшествовали негативный, интактный или позитивный типы реагирования самосознания. Данная форма была квалифицирована в 18% наблюдений от общего числа больных.

Для большей части испытуемых были характерны множественные расстройства сексуального предпочтения (73,1%), а также изолированные – педофилия, садизм и раптофилия.

Механизмы формирования парафилий. Возраст начала формирования парафилий относился к подростковому возрасту – 16,6 годам, а длительность нозологического этапа составляла всего 9,7 лет.

Формирование расстройств сексуального предпочтения происходило в основном по имитационным, импринтинговым механизмам и механизмам оперантного научения. В некоторых случаях прослеживалась связь между манифестацией эндогенного процесса в форме шизофрении и формированием аддикции. Появление перверсных сексуальных предпочтений, не свойственных личности, или совпадало с началом шизофренического процесса (в подростковом возрасте), или следовало за перенесенным психотическим эпизодом на фоне нарастания негативной симптоматики (в молодом/зрелом возрастах).

Клиническая картина. Наиболее выраженные нарушения самосознания по типу деперсонализации отмечались в момент совершения противоправных деяний, и носили транзиторный характер. 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 аномальных фантазий к другой они могли отличаться. Аффективные расстройства были представлены тревожными, тревожно-депрессивными, депрессивными, дисфорическими в рамках эндогенных и эндореактивных расстройств. На предкриминальном этапе они сменялись экзальтацией или чувством отсутствия переживаний.

Витальные аффективные переживания в виде тоскливого, тоскливо-злобного аффектов сочетались с неприятными соматическими ощущениями (сенестопатического ряда): стеснением в области груди, сердца, ощущением пустоты. Амфитимические и паратимические (экзальтация) состояния сопровождалась расстройствами висцеральной и кожной чувствительности. Подобные явления в литературе квалифицируются как протопатическая аффективность (Эпштейн А.Л., 1937).

**Пример.** Подэкспертный Н., описывая свое состояние перед деликтами, отмечал, что на фоне страха, сочетающегося с подавленностью, испытывал «высасывающее внутри чувство», тело было как в «агонии», «судороге», «все горело».

На фоне аффективных нарушений появлялись другие феномены – расстройства сознания и самосознания, причем последние были полиморфны. *Расстройства сознания* различной глубины наблюдались почти у всех подэкспертных, начиная от аффективного сужения сознания и заканчивая его помрачением. В одних случаях такие состояния имели ундулирующий характер, когда нарушения сознания постепенно нарастали, а затем возвращались к исходному уровню. В других – отмечалось постепенное нарастание глубины нарушений сознания вплоть до его помрачения.

Расстройства сознания были сопряжены с нарушениями ощущений, среди которых наиболее часто отмечалась гипестезия зрения, когда внимание подэкспертных было полностью сосредоточено на жертве, в то время как восприятие окружающей обстановки было нарушено, что сопровождалось

частичной или полной дезориентировкой в местности, при этом возникало ощущение ограниченности пространства, субъективное его сужение.

Наблюдалась гипестезия слуха, при которой посторонние звуки воспринимались доносящимися издалека, как «гул», были приглушенными. Реже наблюдались другие нарушения чувствительности – осязания, болевой и проприоцептивной чувствительности. Так, несмотря на длительные многочасовые поиски жертв, подэкспертные не ощущали мышечной усталости, а при нападении на потерпевших – боли от наносимых ими ударов или укусов, их веса.

Психопатологические расстройства восприятия протекали и по типу гиперестезии обоняния, слуха или зрения: обострялось восприятие запахов, исходящих от жертв, усиливалось восприятие звуков от шагов жертвы или собственной походки, окружающая обстановка казалась контрастной, и цвета – насыщенными и яркими. Усиливались интероцептивные ощущения, при которых обострялось восприятие собственных соматических процессов (сердцебиения, дыхания).

Среди прочих нарушений отмечались парестезии по типу чувства бегания мурашек, сенестопатии в виде неприятных ощущений в коже, граничащих с ноцицептивными, элементарные слуховые галлюцинации («бульканье», «треск»).

Расстройства сознания были также сопряжены с вегетативными нарушениями: усилением потоотделения, сердцебиения, дисфункцией желудочно-кишечного тракта в виде частых позывов к тошноте, мочеиспусканию или дефекации.

Во всех случаях отмечались признаки *аутопсихической деперсонализации*, в рамках которой выявлялись симптомы психической анестезии, проявляющиеся утратой эмоциональных переживаний, принадлежности собственных действий (возникало чувство автоматичности

поведения), активности мышления («голова пустая», «мыслей никаких нет» и т.п.).

Указанные нарушения могли быть не только приурочены к предкриминальному и криминальному периоду деликта, но отмечаться задолго до совершения правонарушения и в последующем ему сопутствовать, нося не транзиторный, а протрагированный (в течение нескольких месяцев) характер. В таких случаях деперсонализационные явления отмечались на фоне депрессивных и тревожно-депрессивных аффективных расстройств у больных шизофренией. На фоне депрессивных расстройств они были представлены чувством утраты активности мыслительной деятельности, восприятия самих себя (своего физического и психического «Я»), когда самовосприятие становилось нечетким, «аморфным». Эти феномены были сопряжены с потерей витальности (появлением ощущений своей «безжизненности») и чувства реальности, когда окружающее воспринималось как «игра», «сон», «сквозь туман». Если в клинической картине доминировали тревожные расстройства, то больные также отмечали появление страха от осознания происходящих в их психической сфере изменений вплоть до панических переживаний. Кроме того, имели место навязчивые страхи, мысли, опасения, астенические и астено-апатические состояния.

При глубоких расстройствах сознания на момент деликта утрачивались представления о внешнем мире, появлялось чувство нереальности окружающей обстановки и происходящего, которые следует квалифицировать, как *аллопсихическая деперсонализация*. Правонарушение воспринималась подэкспертными, как в «дымке», «тумане». В последующем, уже спустя некоторое время после нападения на жертву, они не могли с уверенностью сказать, происходило ли правонарушение в действительности, или это был сон, эротические представления.

При деперсонализации также отмечались признаки отчуждения, которые могли касаться когнитивной и моторной сферы. Так, по мере нарастания интенсивности аномальных фантазий они начинали восприниматься как навязанные больными извне, возникающие под действием «внешней силы».

На этапе поиска жертвы или непосредственно при совершении противоправных действий, явления отчуждения касались собственного тела, отдельных двигательных актов в рамках соматопсихической деперсонализации. Диссоциация психической деятельности достигала значительной глубины, и больные наблюдали за своими поступками «со стороны».

Указанным расстройствам сознания и самосознания сопутствовали *нарушения восприятия времени*. При совершении противоправных деяний нарушения ориентировки во времени были представлены субъективным чувством ускоренного его течения<sup>17</sup>, потерей чувства времени, его остановки.

Подэкспертные отмечали, что окружающие люди и проезжающие машины двигались «как будто медленнее, чем обычно», возникало чувство, что прошло гораздо больше времени, чем в реальности. При потере чувства времени обследуемые отмечали, что время «как будто течет, но не ощущается его ход», что оно «перестало существовать».

После совершения противоправных деяний выявлялись признаки *диссоциативной амнезии*. В зависимости от глубины нарушений сознания запоминавались различные по длительности моменты преступления, о которых оставались фрагментарные воспоминания.

**Пример.** При появлении желания изнасиловать настроение у подэкспертного Ч. становилось тоскливым, появлялась раздражительность. Эти ощущения после выхода на улицу для воплощения представлений сменялись на чувство «приподнятости», «появлялись силы». Казалось, что расстояние от дома до места правонарушений (1,5 км) проходил за несколько секунд. Во время преодоления этого расстояния усиливалось потоотделение, появлялись позывы на

---

<sup>17</sup> Классификация нарушений восприятия времени по Н.Н.Брагиной и соавт. (1981).

мочеиспускание и дефекацию. Тут же справлял свои физиологические потребности. Как только подходил к месту реализации своих фантазий, появлялась осторожность, начинал высматривать жертв. Заметив женщину, начинал преследовать ее, шел за ней как «кошка за мышкой... как игра», выжидал удобный момент для нападения, высматривал, нет ли посторонних лиц. Если долго не мог найти жертву, то переходил на другое место, зная точно, что там встретит женщину, даже представляя ее внешний вид. Эти ожидания в последующем всегда совпадали с реальными событиями. Такая «предсказательность» пугала его самого. Непосредственно перед самым нападением появлялось чувство «автоматичности движений»; хватая сзади жертву, не чувствовал, силу, которую прилагал, казалось, что в руках «ничего не держишь»; не чувствовал, как женщины кусали его за ладонь, обнаруживая лишь после следов укусов; было безразлично поведение жертвы: «кричит она или плачет... главное сделать, что задумал». Неся женщин к гаражам, казалось, что «они ничего не весят». Придя на место, тут же их обнажал и совершал половой акт, длящийся несколько секунд и заканчивающийся семяизвержением, чувством эйфории. Затем появлялась жалость к жертвам, раскаяние.

В данном случае период перед правонарушением характеризовался дисфорическим фоном настроения, сменяющимся экзальтацией, вегетативной симптоматикой, частичной дезориентировкой во времени, феноменами перцепторного предвосхищения. В момент преследования жертвы и нападения на нее развивалось состояние аффективного сужения сознания с частичной дезориентировкой в пространстве, гипостезиями тактильного восприятия, изменениями самосознания в виде автоматизированности собственных действий с появлением в последующем кратковременных положительных эмоций.

Между реализациями аномальных побуждений отмечались эротические представления. Сексуальные фантазии достигали значительной интенсивности и начинали доминировать в сознании, препятствуя какой-либо другой, не связанной с основным предметом фантазирования, мыслительной деятельности, сопровождаясь сужением сознания. В ряде случаев представления и побуждения носили императивный характер. Они постепенно нарастали по интенсивности, становились навязчивыми, сам психический процесс фантазирования отчуждался от личности, образа «Я» и возникало ощущение чуждости этих представлений, в некоторых случаях – их навязанности извне, неподвластности и бесконтрольности. Больные не могли сопротивляться возникающим побуждениям, воспринимая их как «команду», у некоторых – возникало ощущение, что представления руководят их поведением.

Чтобы совладать с эротическими представлениями, иногда подэкспертные прибегали к поведенческим стратегиям, реже – к когнитивным или эмоциональным, но эффективными оказывались только последние и в исключительных случаях. Несмотря на это, в большинстве наблюдений можно было констатировать наличие критического отношения к психопатологическим признакам аномального сексуального влечения, включая аутохтонность, навязчивость, императивность образов и представлений (85,2%). Недостаточная критичность больных к имеющемуся психосексуальному расстройству проявлялась в том, что они своеобразно объясняли его психопатологическое оформление: влиянием воспитания, алкогольной интоксикацией и перенесенными в детстве травмами. В связи со сказанным в данной клинической подгруппе была квалифицирована нозогнозия, парциальная нозогнозия, гипонозогнозия и альтернирующая нозогнозия, реже – анозогнозия.

При альтернирующей нозогнозии критическое отношение к сексуальной аддикции зависело от психического состояния подэкспертного. Так, в периоды обострения психического расстройства критика к заболеванию утрачивалась.

**Пример.** Подэкспертный Д. сообщал, что «ужасался» своим мыслям и желанию совершать гомоцидные акты, из-за чего стремился сдерживаться от реализации в течение 2-3 дней, но тревожно-напряженный аффект нарастал, «не хватало силы воли» и принималось решение о поиске подходящего объекта. В весенне-осенние периоды декомпенсация психического расстройства проявлялась «постоянным» дисфорическим состоянием. Появляющиеся на этом аффективном фоне фантазии и побуждения воспринимались «как естественные». Потребность в реализации не встречала противоборствующих побуждений и готова была реализоваться в тот же день при наличии благоприятной ситуации. Ее отсутствие приводило к нарастанию напряжения и усилению тоскливо-злобного аффекта, устранение которого происходило только после гомоцидного акта, сопровождаемого мастурбаторной активностью.

В данном случае вне состояний обострения психического расстройства отмечалось критическое отношение к влечению и попытки сдерживать себя от реализации. Компульсивный характер влечения в такие периоды проявлялся побуждением к гомоцидным актам на фоне тревожно-напряженного аффекта, его нарастанием вследствие недолгой (2-3 дня) борьбы мотивов и попыток противостоять влечению.

В период сезонных декомпенсаций психического расстройства подэкспертный становился синтонным к аномальным побуждениям, которые, появляясь на фоне снижения эмоционально-волевого контроля за поведением, реализовывались почти сразу же вслед за их возникновением.

Квалифицировать синтоническое и дистоническое отношение к влечению было затруднительно. В связи с этим выбранная в настоящем исследовании модель оценки критики к болезни в системе понятий нозогнозия-анозогнозия – в большей степени способствует дифференцированному принятию экспертного решения, поскольку предусматривает переходные варианты нарушений критических функций.

Учитывая особенности эротического фантазирования и психопатологического оформления криминального периода, характер патологического влечения распределился следующим образом: преимущественно отмечались компульсивные и обсессивно-компульсивные расстройства, в исключительных случаях имел место переходный вариант – компульсивно-импульсивный характер влечения.

Было выделено еще два варианта патологического влечения, которые описаны в литературе по аддикциям, в основном применительно к несексуальным формам зависимостей (Даулинг С., 2000; Крылов В.И., 2012; Бельтюков А.А., 2016; Сосновский Д., 2016). Речь идет об императивном характере влечения, который был квалифицирован в тех случаях, когда у подэкспертных отмечались:

- ✓ аутохтонно возникающие, неодолимые (копинговые стратегии были неэффективны), навязчивые эротические представления, отчуждаемые больным от его образа «Я», и сопровождающиеся чувством их неподконтрольности своей личности, навязанности извне;
- ✓ явления деперсонализации, сопровождающиеся отчуждением когнитивной и поведенческой компоненты самосознания, сопряженные с ощущением постороннего влияния на поведение.

В этих наблюдениях квалифицирован императивный и обсессивно-императивный характер влечения.

На рассмотренном нозологическом этапе аномальное сексуальное поведение осуществлялось только в определенное время суток: дневные или вечерне-ночные часы. Кроме того, поведенческая активность имела сезонный характер и наблюдалась у одних подэкспертных в осенне-весенние, у других – в весенне-летние, а у третьих – в осенне-зимние периоды. У большинства отмечался рост патосексуальной толерантности как на идеаторном, так и на поведенческом уровне с нарастанием появления аномальных сексуальных фантазий и учащением их реализаций.

Ниже представлены основные признаки деперсонализации:

**1. Когнитивная компонента самосознания**

- A. Аффективное сужение сознания
- B. Аутопсихическая деперсонализация
- C. Соматопсихическая деперсонализация
- D. Аллопсихическая деперсонализация: нарушение восприятия реальности и течения времени
- E. Диссоциативная амнезия
- F. Рост патосексуальной толерантности на идеаторном уровне
- G. Снижение критического отношения к психопатологическим проявлениям сексуальной аддикции по типу гипнозогнозии, парциальной и альтернирующей нозогнозии

**2. Эмоциональная компонента самосознания**

- A. Депрессивные состояния
- B. Дисфорические состояния
- C. Амфитимические состояния

**3. Поведенческая компонента самосознания**

- A. Связь аномального сексуального поведения со временем суток

- В. Связь аномального сексуального поведения с сезоном
- С. Рост патосексуальной толерантности

### **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 самосознания утрачивалось сознание собственной идентичности, что было сопряжено с появлением ощущений формирования новой личности, отличающейся по своим характерологическим качествам, желаниям, потребностям, и сопровождалось депрессивными, дисфорическими аффективными расстройствами или расстройства настроения по типу повышенного аффекта наряду с постепенной утратой критического отношения к парафилии.

Отличительной чертой альтернации самосознания являлось перемежающееся осознание «Я» в реальном и новом качестве, при этом появление нового образа «Я» носило транзиторный характер, и было приурочено к реализации. При амбивалентности самосознания отмечалось одновременное осознание реального и нового образа «Я», которое отмечалось также в рамках деликтов.

Ввиду схожести клинических проявлений аддиктивных расстройств и нарушений самосознания при альтернации и амбивалентности больные были объединены в одну группу.

Обе формы нарушений самосознания являлись одним из этапов нарушений самосознания, которому предшествовали негативный, интактный, позитивный типы реагирования самосознания и деперсонализация. Данная форма была квалифицирована в 14,7% наблюдений от общего числа больных.

В 72,7% - диагностированы множественные расстройства сексуального предпочтения, а в остальных случаях – педофилия, раптофилия и садизм.

Клиническая картина. В связи с тем, что подэкспертные ранее находилась на других этапах нарушений самосознания, клиническая картина в рамках трансформации во многом была схожа с уже выше описанной.

Когнитивная компонента самосознания. Эротическое фантазирование носило произвольный и непроизвольный характер. При произвольном фантазировании желание реализации со временем становилось сверхценной идеей; при аутохтонном – постепенно отмечалось нарастание интенсивности фантазий, которые расценивались как навязчивые сексуальные образы вплоть до ощущения их императивности.

**Пример.** Подэкспертный С. в ходе обследования свои аномальные сексуальные желания, побуждения называл «зовом». Сообщал, что при возникновении агрессивных желаний или при виде людей не мог сопротивляться «зову» и нападал на первого встречного, независимо от его комплекции. Нападения совершал всегда спонтанно, заранее ничего не планировал, но при этом с собой носил топор – «для самообороны». Иногда «просто слепо подчинялся зову», а иногда «если сам очень сильно не хотел нападать и считал это неправильным, мог пообещать зову, что нападет в другой раз».

В обоих случаях эротическое фантазирование было тесным образом связано с аффективными расстройствами, которые возникали либо вслед за психотравмирующей ситуацией, либо на фоне сезонных колебаний настроения, обусловленных коморбидным психическим расстройством.

Аномальные представления провоцировали сексуальное поведение (просмотр порнографической продукции девиантного содержания, совершение противоправных деяний) и сам уклад жизни подчинялся аддиктивным интересам, появлялись сверхценные увлечения (коллекционирование фетишей, аномальных фотографий и видеосюжетов и т.п.).

**Пример.** Подэкспертный П. со временем стал коллекционировать женские трусы, представляя, какая женщина их надевала, сколько ей лет и т.д. Впоследствии обматывал ими половой член и таким образом мастурбировал. Затем неоднократно

находил возле дома другие предметы женской одежды (чулки, колготки и бюстгальтеры), хранил их дома, использовал при мастурбации вышеописанным способом. С того времени неоднократно, онанируя, чулками затягивал узел на половом члене, отчего испытывал боль вместе с удовольствием, при этом эякулировал; либо одновременно затягивал чем-то себе шею и половой член, чтобы получать наиболее яркие ощущения, испытывая боль и теряя сознание.

В момент реализации парафильных переживаний наблюдались разнородные аффективные расстройства:

- ✓ депрессивные (реактивные, эндореактивные и эндогенные), которые были с тревожным компонентом или без такого (40,9%);
- ✓ дисфорические реакции/состояния, отмечающиеся в половине случаев;
- ✓ аффективные расстройства, неадекватные ситуации аддиктивной реализации в виде экзальтации, гипертимии (59%) при совершении, в том числе, агрессивных, садистических действий.

В период аддиктивной реализации отмечались явления расстройств сознания (по типу аффективного сужения сознания) и самосознания в виде аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической деперсонализации, схожие по своим клиническим проявлениям с теми, которые были описаны у лиц с деперсонализацией самосознания.

Однако при альтернации и амбивалентности кардинальным отличием были качественные нарушения самосознания по типу его трансформации. В ситуации противоправного деяния или аддиктивной реализации подэкспертные ощущали изменения своей личности.

При альтернации в момент аддиктивной реализации новый образ «Я» замещал прежние качества личности, и больные воспринимали себя в ином статусе. Свойства новой личности были сопряжены с характером аффективных расстройств, отмечающихся на предкриминальном этапе, и поведенческой активностью в момент деликта.

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. После аддиктивной реализации, сопровождающейся 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.

В момент реализации парафильных побуждений отмечались явления аллопсихической деперсонализации и аффективное сужение сознания, что обуславливало появление парциальной амнезии криминальных событий. В этих случаях больные не могли дифференцировать, имели ли место противоправные деяния в реальности, или были их фантазиями/сном. Некоторые испытуемые специально снимали свои действия на камеру для того, чтобы, просматривая сексуальные сцены, быть уверенными в реальности произошедшего.

**Пример.** Подэкспертный О. сообщал, что на протяжении последних 4-х лет «копил» злость ко всем людям за то, что человек может убить себе подобного, животных и т.д. В момент «приступов агрессии» закрывался в ванной комнате и прислушивался к звуку льющейся воды, что успокаивало. В день первого

правонарушения после конфликтной ситуации на работе и дома возникла «сильная агрессия», «ярость», «несло» на улицу. Уходя, взял с собой трубу, лейкопластырь, так как хотел кого-то убить, «сорвать злобу». В качестве орудия выбрал трубу, так как этот предмет был для него «чем-то фатальным». Ходил по улицам в поиске жертвы (женщины – «как символа жизни») «как загипнотизированный... зомби». Увидев девушку, последовал за ней, все было как в тумане, «жар в голове» от ярости, сосредоточился на «щели». Чувствовал, что в нем «просыпался хищник», человеческое «уходило» и оставалось одно животное». Тогда принял решения взять от ситуации «всё»: «и секс, и убийство, и вещи». После изнасилования и убийства ярость прошла, в голове возникла «пустота», «ноги сами несли домой». Все последующие правонарушения происходили по одному и тому же сценарию, сопровождалась теми же чувствами. Каждый раз непосредственно перед нападением начинал ощущать себя «животным», «хищником». После деяния было ощущение, что «сделал что-то не то», появлялось «чувство вины». На момент проведения экспертизы отмечал, что его действия «ужасны... даже не потому, что за них сажают, а просто все бесчеловечно...». Однако тут же со злобой в голосе, не скрывая раздражения, говорил, что при просмотре агрессивных фильмов «1000 раз представлял, как надевает наручники, бьет жертву... фантазии и реальность одно и то же...».

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 детьми 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».

В момент реализации парафильных побуждений явлений деперсонализации, сходных с теми, которые описаны при дисфорическом варианте, не наблюдалось, за исключением ощущений изменения собственной личности.

**Пример.** Подэкспертный Б. обнаженно и неуместной улыбкой рассказывал о проявлениях своей сексуальности, упоминая, что неоднократно посещал порнографические сайты, где просматривал сюжеты с участием детей и «коллекционировал» их. Во время общения со знакомыми девочками начинал «вести себя как ребенок», чувствовал себя «ребенком», не мог отказать девочкам в

их просьбах, так как опасался, что останется без их общества. При этом испытывал чувство радости, любил играть с ними в их игры, «возился», играл «в бутылочку на раздевание», делал им «куни» (куннилингус). При объяснении своего противоправного поведения занимал внешне обвиняющую позицию; с улыбкой указывал на то, что потерпевшие его «совратили». Тут же говорил о том, что в некоторых странах сексуальные и брачные отношения с детьми разрешены и что в годы войны «детей за детей уже не считали и заставляли работать». С раздражением подмечал, что «у нас плохое законодательство», и что он «никого не насиловал». В довершении к этому упоминал, что одна из потерпевших вызывала в нем симпатию, была «привлекательна» для него «лицом», «хотел переписать на нее квартиру».

При амбивалентности, 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.

**Пример.** Подэкспертный Г. в 19 лет «вначале с прикладной точки зрения, а затем – в философском аспекте» заинтересовался йогой, начал ежедневно выполнять осанны, делать дыхательные упражнения, стал вегетарианцем, изучал тематическую литературу. Прочитав, что «у йогов усиливается циркуляция крови в области головы и уменьшается в области гениталий, что приводит к преждевременному старению, начал на рациональной почве, искусственно, чтобы усилить кровоток в половых органах, культивировать в себе эротические фантазии». Не прибегая к мастурбации, представлял эротические ласки с женщинами, достигая «просто какого-то эмоционального оживления». В возрасте 23 лет во время прогулок на природе стало возникать «внутреннее стремление» полностью обнажиться и слиться с космической энергией. В такие моменты обнажался, чувствовал при этом, как «сексуальная энергия возбуждается», «происходит ее трансмутация в физическую, ментальную», а он при этом постепенно «растворяется» и сливается с окружающим. Изучая труды, посвященные йоге, пришел к заключению, что сексуальность человека должна служить целям поддержания жизненных, энергетических процессов, стал осуществлять «эротический самомассаж полового члена» полностью обнаженным, при этом ощущал «прилив энергии», «оживлялась психика», улучшалось настроение. В последующем стал приобретать женские трусы, надевать их. В эти моменты «ощущал в себе присутствие чего-то женского, женского начала, женской энергии», чувствовал «энергетизацию», улучшалось психофизическое состояние. Одновременно ощущал в себе мужское и женское начало. Эпизоды переодевания в женскую одежду фиксировал на камеру, а в последующем просматривал записи. Во время просмотра испытывал аналогичные ощущения: также начинал ощущать в себе мужское и женское начало, «женскую энергию».

Большая часть подэкспертных не критично относились к аномальным сексуальным фантазиям/поведению, поэтому в основном были квалифицированы анозогнозия, формальная, парциальная и альтернирующая нозогнозия. В связи с тем, что у одного и того же больного (в случаях парциальной, альтернирующей нозогнозии) к некоторым проявлениям аномальной сексуальности имелось критическое отношение, а к другим – нет, то категорично оценить отношение как дистоническое или синтоническое было затруднительно.

Учитывая клинические особенности аномального сексуального влечения, квалифицировался обсессивный, компульсивный, императивный характер парафилий и переходные их варианты.

При альтернации/амбивалентности аномальное сексуальное поведение осуществлялось в ночное или дневное время суток и носило сезонный характер. В половине наблюдений аддиктивные реализации и фантазии появлялись с индивидуальным для каждого подэкспертного ритмом, в другой части случаев отмечалось учащений реализаций парафильных побуждений.

Ниже представлены основные признаки трансформации самосознания:

### **1. Когнитивная компонента самосознания**

А. Транзиторное, приуроченное к аддиктивной реализации, появление нового образа «Я» вместо прежней личности, или расщепление личности в виде сосуществования двух ее частей – прежнего и нового образа «Я»

В. Аутопсихическая деперсонализация

С. Соматопсихическая деперсонализация

Д. Аллопсихическая деперсонализация

Е. Диссоциативная амнезия

Ф. Рост патосексуальной толерантности на идеаторном уровне или наличие индивидуального аддиктивного ритма

Г. Утрата критического отношения к психопатологическим проявлениям сексуальной аддикции по типу анозогнозии, парциальной и альтернирующей нозогнозии

## 2. Эмоциональная компонента самосознания

А. Депрессивные состояния

В. Дисфорические состояния

С. Аффективные расстройства по типу повышенного аффекта (экзальтация, гипертимия, эйфория)

## 3. Поведенческая компонента самосознания

А. Связь аномального сексуального поведения со временем суток

В. Связь аномального сексуального поведения с сезоном

С. Рост патосексуальной толерантности на поведенческом уровне или наличие индивидуального аддиктивного ритма

### Исход заболевания.

#### *Терминальные период: алиенации самосознания*

Алиенация (от лат. alienation – отчуждение) самосознания<sup>18</sup> представляет собой перевоплощение образа «Я» с отчуждением прежнего образа с характерными для него личностными характеристиками, привычками и стремлениями, и, по терминологии А.В.Снежневского (1978), представляет собой «расстройство идентичности самосознания».

При алиенации самосознания в рамках сексуальных аддикций наблюдалось формирование нового «аддиктивного» мировоззрения при синтоническом отношении к расстройствам сексуального предпочтения с появлением сверхценных аддиктивных увлечений, подчиняющих себе

<sup>18</sup> Впервые данный термин был предложен В.Гризингером в 1875г., который указывал, что при алиенации происходит «изменение настроений, чувств, наклонностей, привычек и суждений больного на новое содержание душевной его жизни, значительно отличающееся от прежних психических свойств... Большой делается чуждым самому себе (алиенируется)» (цит. по Т.А.Кафарову, 2000).

профессиональную деятельность, и постепенным уходом от реальности в мир аномальных сексуальных переживаний и фантазий.

Данная форма нарушений самосознания, как конечный клинический этап сексуальной аддикции, на момент обследования встречалась у небольшого числа испытуемых (3,3%), среди которых ранее наблюдались другие нарушения самосознания. К началу формирования парафилий был квалифицирован интактный тип реагирования самосознания. По мере динамики заболевания отмечался переход в другие формы – деперсонализацию, альтернацию, а в последующем, – к моменту проведения экспертизы, в алиенацию самосознания.

У всех подэкспертных была диагностирована педофилия, которая в части наблюдений являлась компонентом множественных расстройств сексуального предпочтения.

Клиническая картина. Когнитивная компонента. Наряду со сверхценным отношением к патологическому влечению аномальные фантазии начинали появляться самопроизвольно, и присоединялся навязчивый компонент представлений. Подэкспертные начинали понимать, что постепенно утрачивают контроль над патологическим влечением, однако критическое отношение появлялось не к содержанию фантазий или поведению, а к навязчивости влечения. При этом они не могли на протяжении длительного времени отвлечься от сексуальных побуждений, которые исчезали только после мастурбаторной активности.

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, в т.ч. и за материальное вознаграждение. Все устремления больных в течение дня были направлены на реализацию своего влечения, появлялись атипичные формы мастурбаторной

активности. Профессиональная деятельность полностью подчинялась аддиктивным интересам и подэкспертные трудоустраивались таким образом, чтобы возможность реализации аномальных побуждений соответствовала их аддиктивной потребности.

Для данной стадии заболевания наиболее были характерны изменения личности. Поскольку коморбидная психическая патология была неглубокой и представлена в основном расстройствами личности или астеническими органическими расстройствами, то можно предположить, что выявляемые изменения личности связаны с динамикой аддикции. Отмечалось «оскудение» прежних личностных качеств и формирование таких личностных особенностей, которые наиболее характерны для лиц с шизоидной психопатией. У больных можно было отметить нарастание замкнутости, необщительности, сужение круга интересов до аддиктивных, одновременно утрачивались прежние социальные связи и контакты, в т.ч. с близкими родственниками.

При педофилии такие больные окружали себя детьми, разделяли их интересы, придумывали и на равных участвовали в играх, ощущая близость и понятность себе их переживаний, испытывали потребность в заботе, уходе за партнером, дружеских отношениях с ним, считая, что могут заменить родителя. Они отмечали сексуальное и платоническое влечение к аномальному объекту, с которым проживали по несколько лет, называя это «браком».

Копингового поведения не отмечалось, а, наоборот, подэкспертные рационализировали свое патологическое влечение, ища любые аргументы (порой паралогичные), подтверждающие нормативность проявлений их сексуальности. Подэкспертные скупали и штудировали соответствующую литературу, посещали сайты, стремясь почерпнуть сведения об изменении взглядов на педофильное влечение. При этом обычно они не считали, что у них есть патологическое влечение по типу педофилии, поскольку никогда не

совершали *насильственных* сексуальных действий с детьми, не использовали их исключительно с целью сексуального удовлетворения, а, наоборот, питали к ним чувство влюбленности, неприемлемости отношений без взаимности.

Любые доводы эксперта о ненормативности их сексуальности воспринимались с раздражением, а очевидные факты, указывающие на отрицательную динамику заболевания, игнорировались. При этом отмечалась внешне обвиняющая позиция: юридические аспекты противоправных деяний воспринимались как ущемляющие их права, как непонимание со стороны общества. Таким образом, подэкспертные старались «отстоять» свою систему аддиктивных ценностей и убеждений.

**Пример.** При обсуждении влечения к мальчикам темп речи подэкспертного И. ускорился, взгляд становился расфокусированным. В форме монолога говорил, что он «всегда угадывал желания мальчиков», «был такой же, как и они», а читая в газетах статьи «про педофилов», никогда не думал, что это имеет к нему отношение. Не считал свое влечение противозаконным, поскольку никогда не делал детям «неприятно», а наоборот любил их. Со временем подэкспертный перестал общаться с кем-либо кроме объекта влечения – малолетних мальчиков. На улице знакомился с мальчиками 10-13-летнего возраста. Изначально цель знакомства не состояла в совершении с ними сексуальных действий, а скорее в проявлении к ним заботы. «Сиротливый» вид и плохо одетый мальчик вызывал чувство сострадания и желание оказать ему поддержку. Во время разговора с такими детьми он приглашал их в гости, где вместе они занимались приготовлением обеда, просмотром телепередач, обсуждением «общих» интересов. По мере общения с мальчиками спонтанно появлялось чувство, что ребенок – его сын, и возникало желание более плотной, телесной близости с ним, которая могла проявляться в начале только ласками. Если мальчик не отказывался от подобного рода эротических взаимоотношений, то в последующем они могли вступать и в оральные, и анальные контакты. Подчеркивает, что во время общения с детьми он никогда не преследовал цели склонить их к сексуальной близости посредством длительного предварительного расположения к себе, поясняя, что первостепенным для него являлось проявление заботы и нежности к ребенку без какой-либо сексуальной подоплеки. Сами же представления о заботе включали и сексуальные взаимоотношения и являлись в совокупности целостной «программой» поведения. Были случаи, когда мальчики отказывались от половой близости с ним, - тогда дети невольным образом «как бы ломали» его представления о заботе, и интерес к общению с ними пропадал.

Кроме этого, отмечалось появление бредоподобных идей сексуального содержания, когда собственное аномальное сексуальное поведение расценивалось как аспект полового воспитания, отмечались идеи

«омолаживания» путем поглощения спермы несовершеннолетних партнеров и т.п.

При алиенации присоединялись стойкие аффективные расстройства, представленные дистимическими состояниями. При этом целью поведенческого аддиктивного акта было устранения субъективно тяжелых переживаний. Однако реализация парафильных фантазий либо никак не меняла состояние подэкспертных, либо же эти изменения были кратковременны. Поэтому наряду с этим отмечалось снижение патосексуальной толерантности на поведенческом уровне; периодичность же эротического фантазирования оставалась прежней, и подэкспертные на протяжении нескольких часов представляли аномальные сексуальные действия, что сопровождалось мастурбацией.

**Пример.** В. отмечал, что последние несколько лет у него было сниженное настроение, которое улучшалось на 2-3 дня только после реализации аномальных побуждений; тогда становился более общительным, исчезала раздражительность.

Описывая свое отношение к влечению, подэкспертные сравнивали его с другими витальными потребностями, например, с пищевой, или иными формами аддикции, например, с зависимостью от алкоголя. Удовлетворение влечения становилось витальной потребностью, поэтому девиантное поведение разворачивалось при виде объекта влечения и не зависело от внешних факторов и происходило без учета ситуации.

**Пример.** Подэкспертный Е., присмотрев двух мальчиков 11-ти лет, пригласил их в комнату, где попросил их раздеться, затем завязал им глаза, клал их друг на друга голыми, «любовался» тем, как они лежат.

Таким образом, при алиенации самосознания отмечалось изменение системы ценностей, что сопровождалось сужением круга интересов до аддиктивных фантазий и реализаций аномальных побуждений наряду с регрессом личности и развитием стойких дистимических состояний.

Основные признаки алиенации:

## 1. Когнитивная компонента самосознания

А. Появление навязчивого компонента при эротическом фантазировании

В. Отсутствие стратегий совладания

С. Аддиктивные изменения личности:

- ✓ Формирование нового «аддиктивного» мировоззрения
- ✓ Наличие тесной связи патологического влечения с убеждениями и принципами
- ✓ Стремление к доказательству своей правоты
- ✓ Отстаивание аддиктивных интересов
- ✓ Появление бредоподобных идей
- ✓ Убежденность в «нормальности» проявлений собственной сексуальности
- ✓ Утрата прежних социальных контактов и появление/нарастание замкнутости
- ✓ Подчиненность профессиональной деятельности аддиктивным интересам

## 2. Эмоциональная компонента самосознания

А. Стойкие дистимические состояния

## 3. Поведенческая компонента самосознания

А. Снижение патосексуальной толерантности

В. Появление атипичных способов мастурбации

При динамике нарушений самосознания у лиц с сексуальной аддикцией каждый последующий этап включал в себя психопатологические феномены предыдущего и в дополнении к ним появлялись другие признаки, свидетельствующие о более глубоких нарушениях, что можно представить в виде схемы (Схема 2). Данная схема отвечает тем закономерностям, которые наблюдаются при клиническом анализе любых психических расстройств, когда менее глубокие психические нарушения включаются в другие

регистры, синдромально более сложные, что было показано А.В.Снежневским на примере рангов продуктивных и негативных психических расстройств.

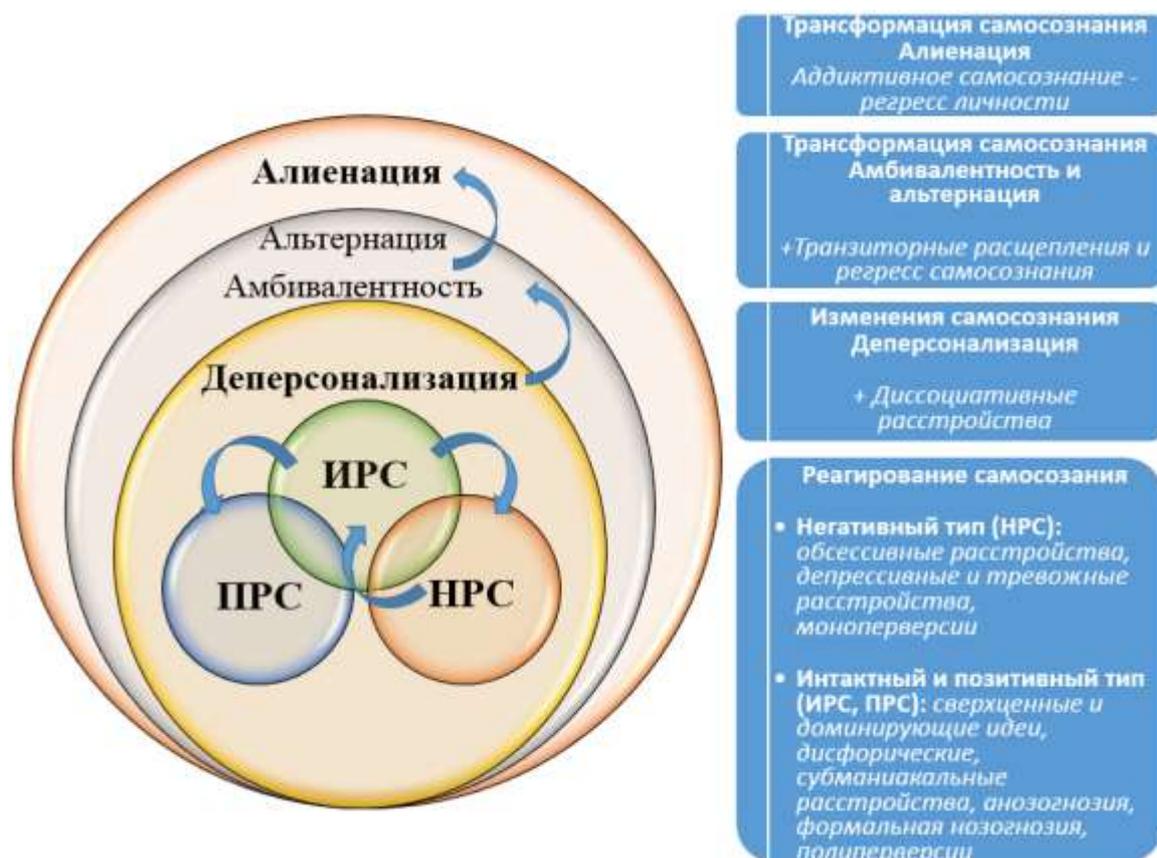


Схема 2. Динамика нарушений самосознания при парафилиях

### ***Реинтеграция самосознания***

При реинтеграции самосознания отмечалась дезактуализация аддиктивных расстройств, которая заключалась в редукции клинической симптоматики: исчезновении аномальных сексуальных потребностей, побуждений, фантазий и сновидений, сверхценных аддиктивных увлечений наряду с восстановлением нормативной половой жизни.

В психиатрии вместо реинтеграции самосознания чаще используется другой термин – ремиссия психического расстройства, хотя эти понятия не всегда тождественны друг другу. Использование данного термина применительно к парафилиям может представляться спорным. Тем не менее,

в литературе по химическим аддикциям термин «ремиссия» может считаться устоявшимся и фигурирует в соответствующих учебных руководствах (Пятницкая И.Н., 1994; Каплан Г.И. с соавт., 1998). Кроме того, в зарубежных публикациях также встречается использование термина «ремиссия», когда речь идет о сексуальных аддикциях (Barbaree Н.Е. с соавт., 2003).

В рамках настоящего исследования реинтеграция самосознания наблюдалась в единичных случаях (6%) и, как правило, длительность ремиссия составляла от года до нескольких лет. Имел место переход одних форм нарушения самосознания в другие – более легкие: интактный тип реагирования самосознания в негативный с последующей дезактуализацией парафильных переживаний.

Ремиссия была обусловлена влиянием ситуационных факторов: реальная угроза привлечения к уголовной ответственности, осознание болезненности парафильных переживаний в результате получения медицинской информации о психосексуальном расстройстве и т.п., которые обуславливали переживания и изменения отношения к своей сексуальности и к себе как к личности (*психогенная ремиссия*). В данных случаях нельзя было говорить о психогенной утрате полового влечения, вызвавшей, как следствие, и редукцию парафильной симптоматики. Половая потребность сохранялась и оставалась на прежнем уровне; влечение было направлено на нормативный зрелый гетеросексуальный объект, в отношении которого практиковалась вагинальная и суррогатные формы активности.

У других подэкспертных аддиктивные сексуальные расстройства подвергались редукции при налаживании длительных гармоничных отношений с одной партнершей. Парафильные фантазии и желания появлялись только на фоне конфликтных с ней ситуаций (*заместительная ремиссия*).

Также можно было говорить о *спонтанной ремиссии*, когда редукцию клинических проявлений аддикции не удалось связать с какими-либо факторами.

Также отмечалась лекарственная редукция клинических симптомов расстройств сексуального предпочтения у больных, получающих лечение в связи с коморбидным психическим расстройством, и психотерапевтическая редукция аддикции у подэкспертного, проходящего поведенческую психотерапию (*ятрогенная ремиссия*).

### **Коморбидные психические расстройства при сексуальных аддикциях**

Возраст начала психического расстройства в основном был приурочен к подростковому возрасту – 13-17 годам, и только при деперсонализации, альтернации и амбивалентности самосознания первые клинические признаки психического расстройства появлялись уже в 11-12 лет, будучи представлены гебоидным синдромом, в рамках которого отмечались расторможенность влечений, синдром ранней сексуализации поведения, агрессивно-садистические действия в отношении животных и сверстников.

В большинстве случаев возраст начала психического расстройства предшествовал становлению аддиктивного влечения и только при алиенации самосознания расстройства сексуального предпочтения формировались раньше – в раннем пубертатном возрасте, в то время как начало коморбидного заболевания приходилось на 17 лет.

По нозологическому составу выборки несколько отличались друг от друга (таблица 7). При негативном типе реагирования чаще, чем в других клинических подгруппах наблюдалась коморбидная психическая патология, представленная химической аддикцией, либо клинических признаков коморбидного психического расстройства не выявлялось.

При интактном/позитивном типе реагирования чаще были диагностированы различные формы специфических расстройств личности и смешанное расстройство личности. При деперсонализации преобладали эндогенные психические заболевания – шизофрения и психические расстройства, связанные с эпилепсией, а при альтернции и амбивалентности – только шизофрения.

Таблица 7  
Коморбидные психические расстройства

Психические расстройства	НРС n=24		И/ПРС n=74		ДС n=25		А/АмС n=22		Алиенация n=5		Достоверные различия по критерию Фишера, р
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	
Органические психические расстройства перинатального, травматического, сосудистого, соматического, интоксикационного или смешанного генеза	7	29,2	24	32,4	8	33,3	4	18,2	2	40,0	
Органические психические расстройства, связанные с эпилепсией	2	8,3	2	2,7	<b>5*</b>	<b>20,8</b>	1	4,5	-	-	P≤0,1*
Психические расстройства, связанные с употреблением ПАВ	<b>8*</b>	<b>33,3</b>	12	16,2	4	16,0	2	9,1	-	-	P≤0,1*
Шизофрения	3	12,5	14	18,9	<b>9*</b>	<b>37,5</b>	<b>8**</b>	<b>36,4</b>	1	20,0	P≤0,07* P≤0,06**
Расстройства личности	1	4,2	<b>23*</b>	<b>31,1</b>	3	12,5	4	18,2	1	20,0	P≤0,1*
Не было	<b>8*</b>	<b>33,3</b>	9	12,2	<b>-**</b>	<b>-</b>	4	18,2	1	20,0	P≤0,2* P≤0,08**

НРС – негативный тип реагирования самосознания

И/ПРС – интактный и позитивный тип реагирования самосознания

ДС – деперсонализация самосознания

А/АмС – альтернция и амбивалентность самосознания

В целом на синдромальном уровне при *негативном типе реагирования* достаточно часто встречались различные формы органических синдромов, среди которых преобладали характеропатический и аффективный варианты психоорганического синдрома. Органические психические расстройства не всегда оставались неизменными на протяжении всей биографии, и в четверти

случаев выявлялось прогрессирующее их течение с присоединением аффективных, личностных расстройств, пароксизмальных судорожных состояний, что отражалось на течении сексуальной аддикции. Обнаружены тесные связи между динамикой психического заболевания и утяжелением клинических проявлений обсессивных (реже компульсивных расстройств), ростом патосексуальной толерантности. Данные взаимоотношения были подтверждены при каноническом анализе данных ( $r=0.6$ ,  $p=0.009$ ).

При эндогенных расстройствах шизофренического спектра на момент обследования в клинической картине отмечались астенический, апатический и психопатоподобный типы дефектов. Динамика эндогенной патологии также тесно увязывалась с обсессивными нарушениями и прогрессирующими тенденциями нарушений самосознания с появлением новых его патологических вариантов ( $r=0.63$ ,  $p=0.001$ ).

Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, никак не влияли на динамику парафилий, однако имели экспертное значение для оценки осознанно-волевой регуляции поведения на момент аддиктивной реализации.

Таким образом, эндогенные психические расстройства, как и органические экзогенные, оказывают патопластическое влияние на динамику парафилий, обуславливая рост патосексуальной толерантности и увеличивая глубину обсессивных нарушений. Кроме того, органические психические расстройства способствуют отрицательной динамике психосексуального расстройства только в рамках негативного типа нарушений самосознания, а шизофреническая патология – появлению качественно новых патологических вариантов самосознания.

При *интактном/позитивном типе реагирования* выявлялись иные взаимоотношения между динамикой сексуальной аддикции и коморбидной психической патологией.

Для подэкспертных с расстройствами личности было характерно наличие в сексуальных предпочтениях агрессивно-садистических форм половой активности, и, как правило, это были испытуемые с возбудимыми чертами характера с преобладанием истерических, истеро-эпилептоидных качеств.

Развитие больных в детском и подростковом возрастах протекало дисгармонично. Во взаимоотношениях с окружающими проявлялись аномальные черты их характера, конфликтность в общении со сверстниками, стремление к лидерским позициям сочеталось с агрессивным поведением в отношении знакомых, отмечались эпизоды зооцидного поведения. Начиная со школьного возраста, присоединялась расторможенность влечений, и на инициальном этапе появлялось злоупотребление алкогольными напитками, дромомания.

Для сексуального развития было характерно несвоевременно раннее становление сексуального влечения и инверсия фаз на этапе психосексуальных ориентаций в виде формирования сексуального либидо прежде платонико-эротического влечения. Кроме того, отмечалась склонность к сверхценным увлечениям, повышенный интерес к сексуальной сфере.

Особенности формирования личности наряду с преждевременным психосексуальным развитием препятствовали нормальному становлению социального самосознания, приуроченному к 9-14 годам. Для данного периода характерно усвоение социальных правил и установок, в т.ч. одобряемых форм полового поведения (Ушаков Г.К., 1973; Жмуров В.А., 2002). В результате патологическое (сексуальное) влечение встраивалось в структуру личности, и воспринималось как естественное проявление собственной сексуальности, что и обуславливало отсутствие критики к аддикциям и позволяло говорить об эгосинтоническом отношении к влечению.

Со временем отмечался рост патосексуальной толерантности, что, вероятно, было обусловлено не коморбидной патологией – психопатией, а особенностями течения самой парафилии. Аддиктивная потребность не соотносилась с биологической, поскольку оценка генетической составляющей половой конституции свидетельствовала о том, что их биологическая потребность в реализации сексуального влечения была ниже аддиктивной.

У некоторых подэкспертных с расстройствами личности происходили дальнейшие изменения самосознания и появлялись более глубокие его нарушения: деперсонализация и алиенация. Поэтому в этих случаях можно говорить о наличии прогрессирующих тенденций в расстройствах самосознания.

При шизофрении отмечалось вялое и прогредиентное течение эндогенного процесса с формированием апатических, психопатоподобных дефектных состояний, астенических явлений (астенический тип дефекта) и выраженных нарушений мышления (синдром расщепления – по терминологии Г.В.Зеневича, 1964).

Анализ динамики эндогенных шизофренических расстройств показал, что манифестация эндогенного процесса предшествовала формированию парафилий в среднем на 2 года и в основном приходилась на ранний или средний подростковый период.

Таким образом, манифестация эндогенного заболевания была приурочена к периоду становления социального (9-14 лет) и рефлексивного (14-19 лет) самосознания, что искажало или препятствовало усвоению социальных правил поведения, целостной системы представлений о мире, образе «Я», своем месте в обществе; самопознанию себя с позиций объективных – социальных – ценностей. В целом это обуславливало интактный тип реагирования самосознания в период формирования сексуальной аддикции.

Дальнейшая динамика психического расстройства не всегда оказывала патопластическое влияние на сексуальные аддикции, обуславливая только рост патосексуальной толерантности и появление обсессивного компонента эротических фантазий в частных случаях. Вместе с этим, у лиц с шизофреническими расстройствами наблюдалось появление новых форм парафилий, причем уже в зрелом возрасте: быстрое усвоение нового парафильного опыта без его рефлексии.

При органической психической патологии ведущим являлся характеропатический и аффективный варианты психоорганического синдрома, однако при интактном/позитивном типе почти во всех случаях отмечалось прогрессивное течение психического расстройства, что было сопряжено с появлением стойких аффективных расстройств, судорожных и бессудорожных пароксизмальных состояний, интеллектуально-мнестического снижения.

Динамика психического расстройства оказывала патопластическое влияние на парафилии, способствуя появлению обсессивного компонента влечения, компульсивных реализаций, новых форм парафилий. Однако наиболее прочная связь прослеживалась между прогрессивным течением органических расстройств и компульсивным характером реализации патологического влечения ( $r=0.35$ ,  $p=0.05$ ).

Также выявлялось патогенетическое влияние коморбидной патологии на клиническое оформление сексуальной аддикции и нарушения самосознания. Так, компульсивный характер влечения формировался у лиц с уже имеющимися органическими психическими расстройствами, прогрессивное течение которых обуславливало прогрессирующие тенденции нарушений самосознания ( $r=0.63$ ,  $p=0.05$ ) с переходом на этап деперсонализации самосознания в короткий промежуток времени ( $r=0.41$ ,  $p=0.05$ ).

Таким образом, при интактном/позитивном типе реагирования самосознания коморбидная психическая патология оказывала патогенетическое и патопластическое влияние на структурно-динамические особенности сексуальной аддикции.

При патогенетическом влиянии дисгармоничное личностное и половое развитие, а также манифестация психической патологии шизофренического спектра в раннем пубертатном периоде обуславливали формирование синтонического отношения к расстройствам сексуального предпочтения. Органическая психическая патология, предваряя формирование парафилий, определяла компульсивный характер влечения.

При патопластическом влиянии коморбидной психической патологии у лиц с прогрессивным течением органического психического расстройства по мере динамики парафилии имели место формирование обсессивного, компульсивного характеров влечения и прогрессирующие тенденции расстройства самосознания с переходом в другие формы в короткий промежуток времени, рост патосексуальной толерантности.

При *деперсонализации самосознания* в большинстве случаев прослеживались связи между особенностями динамики органического психического расстройства, нарастанием дефицитарных изменений при шизофрении и обсессивными и диссоциативными феноменами, наблюдаемыми в момент совершения правонарушения. Так, при органических психических расстройствах прогрессивное течение психического расстройства соотносится с негативной динамикой психопатологического оформления сексуальной аддикции и появлением:

- ✓ во-первых, *навязчивых* эротических фантазий ( $r=0.52$  при  $p \leq 0.05$ );
- ✓ во-вторых, дисфорических расстройств и аффективных нарушений по типу протопатической аффективности с сенестопатической симптоматикой на предкриминальном этапе ООД ( $r=0.72$  при  $p \leq 0.05$ );

- ✓ в-третьих, некоторых диссоциативных феноменов в момент деликта: таких, как аллопсихическая дереализация ( $r=0.65$  при  $p \leq 0.05$ ) и соматопсихическая деперсонализация ( $r=0.63$  при  $p \leq 0.05$ ), что в целом определяет обсессивно-компульсивное или компульсивное патологическое влечение;
- ✓ в-четвертых, с ростом патосексуальной толерантности ( $r=0.51$  при  $p \leq 0.05$ ).

При эндогенных расстройствах также можно было говорить о влиянии психической патологии на особенности фантазирования и динамику поведенческой активности. При шизофрении наиболее часто отмечался обсессивно-императивный и императивный характер патологического влечения и эротического фантазирования ( $r=0.72$  при  $p \leq 0.05$ ). Кроме этого была выявлена закономерность между сезонным характером аффективных расстройств, реализацией парафильных фантазий и эндогенной патологией шизофренического спектра ( $r=0.68$  при  $p \leq 0.05$ ).

У больных шизофренией и органическим психическим расстройством наблюдалось присоединение новых видов парафильной активности/объектов с формированием полиморфного парафильного синдрома. При эндогенных заболеваниях это отмечалось после перенесенных психотических эпизодов, а при органических расстройствах – после появления судорожных пароксизмов, аффективных расстройств, изменений личности, интеллектуально-мнестических нарушений.

Несмотря на то, что при *амбивалентности* и *альтернации* нозологический состав приближался к тому, что при деперсонализации, клинические взаимосвязи между коморбидной психической патологией и ее динамикой были весьма скудными. Как и при деперсонализации компульсивная реализация влечения отмечалась у лиц с органическими психическими расстройствами ( $r=0.84$  при  $p \leq 0.05$ ). При шизофрении динамика сексуальной аддикции характеризовалась ростом патосексуальной

толерантности ( $r=0.43$  при  $p \leq 0.05$ ) и появлением импульсивности аддиктивного поведения ( $r=0.45$  при  $p \leq 0.05$ ).

При *алиенации* каких-либо взаимосвязей не усматривалось, что может быть обусловлено нерепрезентативностью данной подгруппы.

В целом можно выделить общие патогенетические и патопластические формы коморбидности при различных вариантах нарушений самосознания. При прогрессивном течении органической патологии и нарастании негативно-личностных изменений отмечается усложнение психопатологического оформления аддиктивных расстройств:

- ✓ отмечается появление обсессивного компонента при фантазировании или увеличение выраженности обсессивных нарушений, когда аномальные сексуальные фантазии возникают спонтанно, становятся субъективно непреодолимыми и копинг-стратегии перестают быть эффективными;
- ✓ форма психической патологии тесно связана с характером аномального сексуального влечения. При шизофрении наиболее часто отмечается императивный и обсессивно-императивный характер влечения, при которых аддиктивная реализация носит сезонный характер. При органических психических расстройствах выявляется связь с компульсивным характером и его динамикой – появлением кроме аффективных нарушений, предшествующих парафильной реализации, и аффективного сужения сознания, аутопсихической, соматопсихической деперсонализации и дереализации;
- ✓ наряду с этим характерен рост патосексуальной толерантности, который сопряжен с появлением новых форм аддиктивного поведения;
- ✓ психическая патология оказывает влияние на динамику нарушений самосознания. Так, выявляется линейная динамика самосознания, которая характеризуется утяжелением клинической симптоматики аддиктивных расстройств, и прогрессивные тенденции,

которые сопряжены с появлением качественно новых нарушений самосознания.

Расстройства личности практически не оказывают влияние на сексуальные аддикции, за исключением того, что оказываются патогенетически связаны с формированием синтонического отношения к влечению. Частые клинические взаимосвязи представлены в таблице 9.

Таблица 9  
Клинические взаимосвязи сексуальных аддикций с коморбидной психической патологией

Нарушения самосознания	Органические психические расстройства	Шизофрения	Расстройства личности
Негативное реагирование самосознания	Выраженность обсессивных нарушений Утяжеление компульсивных расстройств Рост патосексуальной толерантности Линейная динамика нарушений самосознания	Выраженность обсессивных нарушений Прогрессивные тенденции самосознания	
Интактное/позитивное реагирование самосознания	Утяжеление компульсивных расстройств Прогрессивные тенденции самосознания в течение короткого периода времени	Выраженность обсессивных нарушений Формирование синтонического отношения к влечению Рост патосексуальной толерантности Появление новых форм аддиктивных расстройств	Формирование синтонического отношения к влечению
Дереализация самосознания	Выраженность обсессивных нарушений Появление дисфорических расстройств и протопатической аффективности Связь с диссоциативными феноменами Рост патосексуальной толерантности Появление новых форм аддиктивных расстройств	Выраженность обсессивных нарушений Императивный характер влечения Сезонность аффективных нарушений и аддиктивных реализаций Появление новых форм аддиктивных расстройств	
Альтернация и амбивалентность самосознания	Утяжеление компульсивных расстройств	Импульсивность аддиктивного поведения Рост патосексуальной толерантности	

## Глава 4

### **Клинико-патогенетические (нейрофизиологические и нейрохимические) механизмы сексуальных аддикций**

Успехи нейробиологических наук на протяжении последних десятилетий явились стимулом для развития судебной нейропсихиатрии, эволюционной и культуральной психиатрии. Прогресс в судебной нейропсихиатрии оказывает влияние и на юридические науки, среди которых нарастает потребность в понимании отношений между мозгом, психической деятельностью и поведением (Silva A., 2007, 2009). Объективные нейробиологические исследования позволяют обнаружить морфофункциональные изменения в работе головного мозга у лиц с психическими расстройствами, что, в совокупности с клиническими данными, дает возможность объективно и дифференцированно подходить к психодиагностике и оценке регуляции осознанно-волевого поведения.

В настоящее время уже достигнуты значительные успехи в нейровизуализации, которые позволяют обнаружить дисфункциональные изменения не только при органических психических расстройствах, но и при шизофрении и эмоциональных нарушениях (Киренская А.В. с соавт., 2015; Bakker N. с соавт. 2015; Radhu N. с соавт. 2015), что свидетельствует о важности судебно-нейропсихиатрических знаний (Мотов В.В., 2007, 2012; Silva A., 2007).

Существуют многочисленные данные, указывающие на нейробиологические нарушения и при аддикциях, в т.ч. сексуальных. Отмечается патофизиологическая заинтересованность в генезе зависимого поведения стволовых, височных, лобных отделов головного мозга, а также лимбической системы (Киренская А.В. с соавт., 2003; Бухановский А.О. с соавт., 2007; Tost H. с соавт., 2004; Imperatori C. с соавт., 2015), которые связаны с организацией поведения, пространственной ориентацией, вниманием, переработкой информации, памятью и эмоциональной сферой

(Nieuwenhuis S. с соавт., 2005; Golob E.J. с соавт., 2007; Duven E.C. с соавт., 2015; Mori A. с соавт., 2015; Prause N. с соавт., 2015).

Существенную патогенетическую роль играет и дисфункция нейротрансмиттерных систем (Siever L.J. с соавт., 1983; Rasmussen S.A. с соавт., 1987; Kafka M.P., 2003; Barson J.R. с соавт., 2015), деятельность которых также связана с организацией поведения, расстройствами эмоциональной сферы при аддикциях, критическим отношением к болезни (Mehlman P.T. с соавт., 1994; Hahn C. с соавт., 2014; Nasehi M. с соавт., 2016).

Таким образом, исследование биологических основ аддиктивного сексуального поведения является необходимым, поскольку это позволяет предположить механизмы формирования парафилий и нарушений произвольной регуляции аномального сексуального поведения.

### **Нейрофизиологические механизмы сексуальных аддикций**

Нейрофизиологическое обследование, в рамках которого использовался тест с антисаккадами, было проведено 47 подэкспертным с диагнозом расстройств сексуального предпочтения. В группу сравнения вошло 19 психически здоровых добровольцев.

Тест с антисаккадами широко применяется в клинических исследованиях для выявления лобной дисфункции и нарушений произвольного контроля поведения. Регистрация корковых потенциалов позволяет изучать характеристики активности мозга в период планирования и подготовки поведенческого ответа, моделью которого является антисаккада. Медленные потенциалы, регистрируемые в этот период, отражают активацию коры. В результате анализа получают медленное негативное отклонение, аналогичное условно-негативной волне, которая связана с процессами внимания, принятия решения и подготовкой поведенческого ответа. Количественный анализ позволяет оценивать уровень активации коры, ее топографию и динамику (Киренская А.В. с соавт., 2015).

В связи со сказанным, применение регистрации и анализа медленных негативных корковых потенциалов в тесте с антисаккадами является адекватным подходом для оценки произвольности поведения в норме и при психической патологии.

Нозологический состав изучаемой выборки был представлен приблизительно в том же соотношении психических расстройств, что и в общей когорте больных парафилией. В большей части случаев отмечалось «Органическое расстройство личности» F07.0\* (46,8%), обусловленное эпилепсией или связанное с другими факторами (травматическими и интоксикационными воздействиями). В остальных наблюдениях были диагностированы эндогенные расстройства в форме шизофрении («Параноидная шизофрения» F20.0 – 6,4% и «Шизотипическое расстройство» F21 – 19,1%), а также «Расстройства личности» (F60/F61) (23,4%). Кроме указанных психических заболеваний либо изолировано, либо в качестве коморбидной патологии отмечался «Синдром зависимости от психоактивных веществ» F1\*.2 (10,6%). 4,3% составили лица без признаков коморбидной парафилиям психической патологии.

В отношении психосексуальных расстройств следует отметить, что среди подэкспертных в большей части случаев были диагностированы «Множественные расстройства сексуального предпочтения» F65.6 (63,8%). В остальных – имела место «Педофилия» (F65.4) (21,3%), «Садомазохизм» F65.5 (4,3%), раптофилия, относимая к рубрике «Других расстройств сексуального предпочтения» F65.8 (10,6%).

При оценке характеристик саккад определяли латентный период правильных регулярных саккад и процент ошибочных ответов, то есть движений глаз, направленных к периферическому стимулу, а не в противоположное поле зрения.

Для проведения количественной обработки медленных потенциалов ЭЭГ с учетом динамики их изменений было выбрано два интервала анализа:

от 1000 до 800 мс (I интервал) и последние 200 мс до момента предъявления периферического стимула (II интервал). При анализе результатов нейрофизиологического обследования учитывались средние значения амплитуды потенциалов в I и II интервалах. Проводился параметрический анализ сравнения групп с помощью t-критерия Стьюдента для 19 отведений (Fp1, Fp2, F3, F4, Fz, C3, C4, Cz, P3, P4, Pz, F7, F8, T3, T4, T5, T6, O1, O2).

У здоровых обследуемых процент ошибочных ответов при выполнении пробы был низким (4,2%), в то время как у подэкспертных клинической группы в несколько раз выше (14,6%), что отличало их от здоровых добровольцев.

Латентный период (ЛП) самым коротким оказался у психически здоровых обследуемых (297,35 мс). У подэкспертных с парафилиями ЛП был несколько выше, чем в группе нормы (413,04 мс), что их также отличало (таблица 1).

При анализе медленных потенциалов особое внимание было уделено негативным потенциалам, т.к. известно, что регистрируемое с поверхности коры негативное отклонение отражает активацию соответствующей корковой зоны (Birbaumer N. с соавт., 1990).

Таблица 1  
Общие характеристики выполнения антисаккадической пробы

Общие характеристики	Клиническая группа, n=47	Группа сравнения, n=19	T-test <sup>19</sup>
Ошибки, %	14,6±2,9	4,2±0,6	P=0,000001
Время реакции, мс	413,04±34,5	297,35±8,1	P=0,000003

Динамическое картирование амплитуды потенциалов показало наличие двух фаз негативной волны в период ожидания периферического стимула, которые отличались по топографии и амплитуде потенциалов и соответствовали I и II интервалам анализа.

<sup>19</sup> для оценки достоверных различий между группами использовался критерий Стьюдента (T) с предварительной проверкой нормальности распределения данных

У *здоровых обследуемых* в I интервале анализа зона пресаккадической негативности (ПСН) располагалась в лобно-центрально-париетальной области и была максимальной в медиальном лобном отведении (Fz: -1,08 мкВ) и в зоне вертекса (Cz: -1,76 мкВ) (таблица 2).

В течение периода фиксации амплитуда негативности уменьшалась в передних областях и увеличивалась в постцентральных зонах, при этом происходило смещение зоны негативности в левое полушарие. Во II интервале анализа основная зона негативности находилась в теменно-затылочной области, максимальные значения отмечались в среднем теменном (Pz: -2,67 мкВ), теменном (P3: -2,14 мкВ) и затылочном (O1: -0,45 мкВ) отведениях слева (таблица 2). Еще одна зона негативности регистрировалась в лобной области с максимумом в лобном отведении (FP1: -1,31 мкВ).

Характеристики потенциалов, полученные у здоровых испытуемых, согласуются с представлениями о природе ранней и поздней фазы условно-негативной волны (УНВ). Моменты включения центрального и периферического зрительных стимулов могут рассматриваться как сигнальный и императивный стимулы в УНВ-парадигме, а медленные негативные потенциалы, полученные усреднением от периферического стимула – как УНВ (Славуцкая М.В. с соавт., 2004).

Раннюю фазу негативности рассматривают как аналог ориентировочного компонента УНВ, который связан с процессами мотивации, ожидания, внимания и принятия решения (Славуцкая М.В. с соавт., 2004), и ведущая роль в осуществлении этих функций принадлежит лобным отделам коры мозга.

Вторая фаза волны отражает предварительную активацию премоторных цепей различного уровня, непосредственно участвующих в осуществлении моторного ответа. Локализация позднего компонента ПСН в теменно-затылочной области, по-видимому, связана с активацией зрительно-моторных центров в задней теменной коре (Lynch J. с соавт., 1985; Rushworth

М. с соавт., 2003). Активация этих корковых зон, также как и передне-лобной области, соотносится с результатами, полученными с помощью функциональной томографии (McDowell J. с соавт., 2001).

Таблица 2  
Распределение потенциалов

Отведение	Первый и второй интервал анализа				T-test	
	Клиническая группа N=47		Группа сравнения N=19		Достоверные различия между группами, p	
	I интервал	II интервал	I интервал	II интервал	I интервал	II интервал
FP1	0,03±0,1	-0,64±0,3	0,54±0,2	-1,31±0,43	0,02	
FP2	0,21±0,1	0,20±0,35	0,80±0,2	1,05±0,28	0,01	
Fz	-0,90±0,15	-1,72±0,37	-1,08±0,25	0,11±0,48		0,01
F3	-0,51±0,1	-1,11±0,3	-0,73±0,25	-0,38±0,69		
F4	-0,34±0,1	0,89±0,28	-0,90±0,2	0,45±0,45	0,02	
Cz	-0,29±0,16	1,61±0,36	-1,76±0,3	-0,65±0,64	0,01	0,01
C3	-0,26±0,1	-0,84±0,2	-0,78±0,17	-1,29±0,31	0,01	
C4	0,07±0,14	0,71±0,3	-0,51±0,16	-1,12±0,38	0,02	0,01
Pz	-0,36±0,1	-2,80±0,36	-0,51±0,2	-2,67±0,62		
P3	0,14±0,1	-1,47±0,3	-0,07±0,2	-2,14±0,44		
P4	0,53±0,1	0,61±0,3	0,68±0,19	0,87±0,34		
O1	-0,30±0,1	-2,34±0,45	1,09±0,26	-0,45±0,71	0,01	
O2	0,46±0,19	1,21±0,3	1,91±0,2	2,67±0,57	0,01	0,02
F7	0,42±0,16	2,16±0,46	0,40±0,27	1,08±0,58		
F8	-0,08±0,1	-0,06±0,3	-0,22±0,18	-0,31±0,33		
T3	-0,09±0,1	-0,50±0,4	0,16±0,19	1,53±0,46		0,01
T4	0,37±0,15	1,06±0,3	0,53±0,2	1,33±0,35		
T5	0,17±0,1	-0,12±0,3	0,42±0,2	-0,07±0,55		
T6	1,13±0,16	2,51±0,4	1,70±0,25	2,25±0,46		

У подэкспертных *клинической группы* топография распределения по коре пресаккадной негативности отличалась рядом особенностей. Проведенный анализ показал, прежде всего, выраженные отличия характеристик потенциалов по сравнению с группой сравнения на раннем этапе развития негативной волны, связанном с когнитивными процессами, обеспечивающими подготовку поведенческого ответа. Динамика развития УНВ и топография распределения негативности по коре во втором интервале анализа у подэкспертных была сходной с группой нормы, поэтому дальнейший анализ данных был сосредоточен на изучении результатов, полученных в первом интервале анализа.

В соответствии с поставленными клиническими и нейрофизиологическими задачами изучение особенностей активности коры

мозга по характеристикам медленных потенциалов ЭЭГ в период подготовки к выполнению антисаккадической задачи проводилось с учетом нарушений самосознания.

При анализе данных выделены 3 клинические группы в зависимости от нарушений самосознания и одна группа сравнения. При распределении больных в зависимости от нарушений самосознания оказалось, что большую часть составили обследуемые с интактным или позитивным типом реагирования. Оставшаяся часть была представлена испытуемыми с негативным типом реагирования и глубокими нарушениями самосознания (альтернация и амбивалентность, алиенация, деперсонализация).

При негативном типе реагирования (группа НР) отмечалось отрицательное восприятие изменений собственной сексуальности при формировании расстройств сексуальных предпочтений. Среди коморбидных психических расстройств преимущественно встречалось «Органическое расстройство личности» (78%). Остальные случаи составили лица с диагнозом: «Шизотипическое расстройство».

При интактном/позитивном типе реагирования (группа ИПР) отсутствовало осознание болезненного изменения собственной сексуальности при формировании парафилий. Среди коморбидных психических расстройств были диагностированы «Органическое расстройство личности» (43%), различные формы шизофрении (29%) и «Расстройства личности» (21%).

При изменениях/трансформациях самосознания (группа ИТС) в клинической картине парафилий отмечались транзиторные расстройства сознания и/или самосознания, приуроченные к деликту. В данной подгруппе были диагностированы расстройства личности (50%), эндогенные психические расстройства (шизофрения, эпилепсия) (30%), «Органическое расстройство личности» (20%).

Таблица 3  
Результаты дисперсионного анализа

Отведен ие	Психические расстройства										
	F0			F2			F6		«Парафилия»		
	1	2	3	1	2	3	2	3	1	2	3
FP1	0,57	0,32	<b>0,02*</b>	0,35	0,10	0,73	0,57	0,63	0,21	<b>0,05*</b>	<b>0,09*</b>
FP2	0,43	0,21	0,13	0,81	0,81	0,89	0,50	0,86	0,33	<b>0,01*</b>	<b>0,05*</b>
FPz	0,25	0,30	0,85	0,43	0,29	0,86	0,60	0,49	0,65	0,21	0,90
F3	0,85	0,91	0,56	0,21	0,82	0,92	0,67	0,26	0,35	0,24	0,20
F4	0,17	0,21	<b>0,03*</b>	0,31	0,44	0,92	0,39	0,21	0,50	<b>0,05*</b>	<b>0,003*</b>
Cz	0,34	<b>0,05*</b>	0,10	0,99	0,30	0,66	0,56	0,10	<b>0,02*</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,002*</b>
C3	0,83	0,27	0,25	0,26	0,10	0,61	0,62	0,31	0,10	<b>0,02*</b>	<b>0,04*</b>
C4	0,81	<b>0,03*</b>	0,58	0,59	0,21	0,96	0,15	0,15	<b>0,03*</b>	<b>0,07*</b>	<b>0,02*</b>
Pz	0,40	<b>0,05*</b>	0,81	0,82	0,42	0,43	0,21	0,62	0,20	0,62	0,73
P3	0,74	0,15	0,51	0,21	0,87	0,68	0,46	0,86	<b>0,06*</b>	0,44	0,98
P4	<b>0,04*</b>	0,25	0,10	0,85	0,57	0,18	<b>0,04*</b>	0,52	0,22	0,33	0,37
O1	0,46	0,17	<b>0,04*</b>	0,10	<b>0,001*</b>	0,92	0,98	0,42	<b>0,003*</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001*</b>
O2	0,22	<b>0,01*</b>	0,18	0,15	0,14	0,21	0,36	0,79	<b>0,003*</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,008*</b>
F7	0,61	0,30	0,41	0,92	0,96	0,65	0,85	0,72	0,74	0,97	0,67
F8	0,73	0,65	0,87	0,62	0,53	0,65	0,78	0,63	0,68	0,54	0,45
T3	0,23	0,13	0,83	0,96	0,58	0,50	0,25	0,47	0,29	0,21	0,86
T4	0,17	0,10	0,78	0,42	0,40	0,76	0,50	0,46	0,89	0,37	0,84
T5	0,87	<b>0,02*</b>	0,84	0,93	0,79	0,79	0,14	0,80	0,38	0,21	0,80
T6	0,49	0,10	0,42	0,10	0,28	0,64	0,35	0,92	<b>0,07*</b>	<b>0,08*</b>	0,59

В таблице представлена только значимость критерия, отражающего связь между факторами «Отведение» и «Психическая патология». Статистически значимые величины и математические тенденции отмечены звездочкой. 1 – группа подэкспертных с негативным типом реагирования самосознания, 2 – группа подэкспертных с интактным и позитивным типом реагирования самосознания, 3 – группа подэкспертных с изменениями и трансформациями самосознания. F0 – органические психические расстройства, F2 – шизофрения, F6 – расстройства личности. Достоверные значения отмечены «\*».

Проведение дисперсионного анализа с предварительной проверкой значимости критерия Ливиня для оценки однородности дисперсии позволило говорить о том, что выявленные нейрофизиологические изменения не могут быть объяснены влиянием коморбидной психической патологии, а отражают патогенетические закономерности парафилий (таблица 3). Из таблицы следует, что фактор «парафилия» оказался тесно связан со всеми теми отличиями, которые были обнаружены в каждой клинической подгруппе (таблица 4). Влияние психической патологии минимально, и в изучаемых

когортах больных обнаруживаются связи между психическим расстройством и только отдельными отведениями.

В группе лиц с *интактным/позитивным* и *негативным типом реагирования самосознания* были обнаружены зоны негативности в височных отделах головного мозга слева (отведение Т3) в первом интервале анализа (таблица 4).

Таблица 4  
Распределение потенциалов в I-ом интервале

Отведение	Первый интервал (1000-800 мс)			Группа сравнения N=19, мс
	Клиническая группа			
	Негативный тип реагирования самосознания, мс N=9	Интактный тип реагирования самосознания, мс N=28	Изменения/трансформация самосознания, мс N=10	
FP1	0,13	<b>0,03*</b>	-0,07	0,54
FP2	0,49	<b>0,16*</b>	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	<b>-0,39*</b>	<b>0,09*</b>	-0,90
Cz	<b>-0,49*</b>	<b>-0,28*</b>	<b>-0,16*</b>	-1,76
C3	-0,27	<b>-0,27*</b>	<b>-0,21*</b>	-0,78
C4	<b>0,24*</b>	0,01	<b>0,12*</b>	-0,51
Pz	-0,01	-0,37	-0,66	-0,51
P3	0,55	0,09	-0,11	-0,07
P4	0,29	0,45	1,01	0,68
O1	<b>-0,47*</b>	<b>-0,17*</b>	<b>-0,50*</b>	1,09
O2	<b>-0,24*</b>	<b>0,51*</b>	<b>0,93*</b>	1,91
F7	0,23	0,41	0,61	0,40
F8	-0,10	-0,11	0,01	-0,22
T3	<b>-0,24**</b>	<b>-0,16**</b>	0,22	0,16
T4	0,59	0,27	0,46	0,53
T5	0,07	0,14	0,34	0,42
T6	0,92	1,07	1,49	1,70

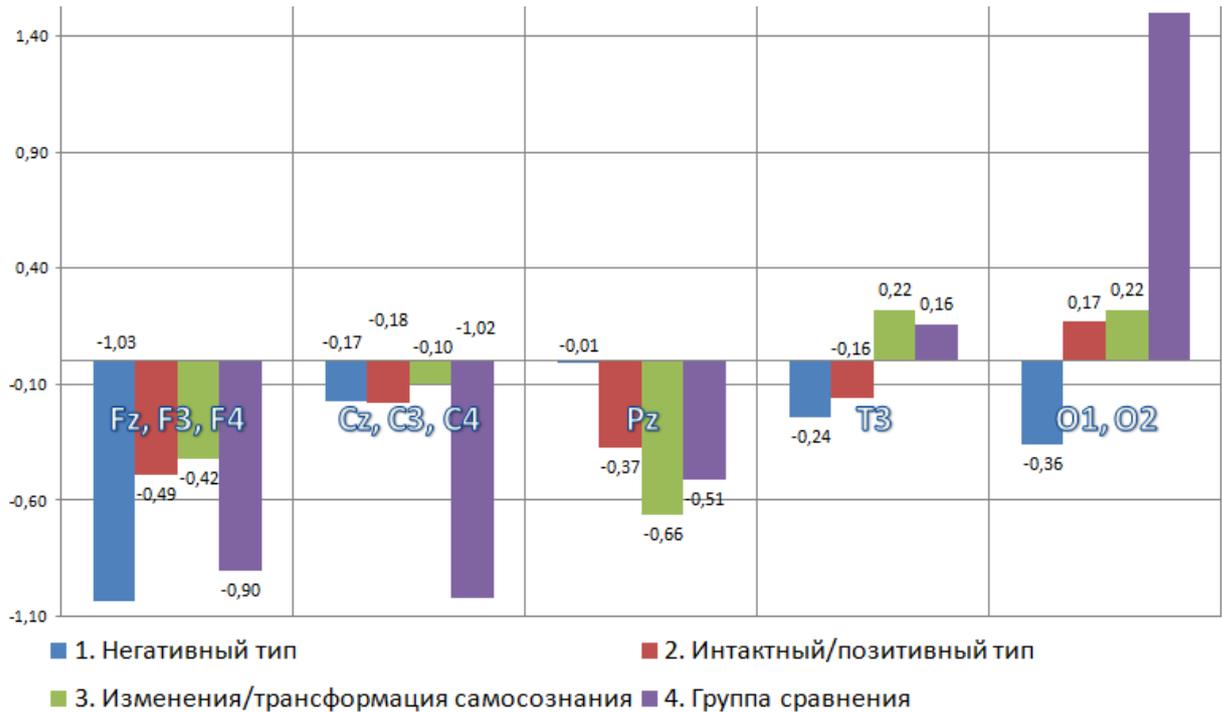
\* - достоверные различия по критерию Стьюдента между клинической группой и группой сравнения при  $p \leq 0,05$ . \*\* - различия на уровне математической тенденции.

Ранее J.Cottraux с соавт. (1996) с помощью позитронной эмиссионной томографии обнаружили у больных, склонных к обсессивно-компульсивным действиям, ритуалам, увеличение активности в орбитофронтальной коре и височной доле, свидетельствующей об усилении активности когнитивной сферы. При этом у пациентов также регистрировалась сниженная активность передних базальных ганглиев (хвостатое ядро).

Активация височной области была отмечена нами у подэкспертных, в клинической картине которых преобладали обсессивные нарушения, сверхценный характер влечения и склонность к пролангации парафильного акта. Следует отметить, что в норме в этой области регистрируется зона позитивности, играющая роль в успешном выполнении задачи. В зарубежных исследованиях, представленных в обзоре, было показано, что у лиц с парафилиями отмечается повышенная активность одной из височных областей. Наблюдаемая в нашем эксперименте дисфункция височной области, вероятно, отражает ее участие в патогенетических механизмах расстройств сексуального предпочтения.

В группе лиц с *негативным типом реагирования* выявлены и другие особенности. Так, амплитуда негативного отклонения в некоторых лобных отведениях несколько выше, чем в группе сравнения, хотя и не отличалась статистически значимо (таблица 4, рис. 1).

Для лиц с негативным типом реагирования характерно преобладание в клинической картине обсессивных нарушений. Известно, что у лиц с обсессивно-компульсивными расстройствами наблюдается феномен **гиперфронтальности, что было подтверждено** на метаболическом уровне (Вахтер Л. с соавт., 1992), а также результатами исследования объема и скорости кровотока в лобной доле (Rubin R. с соавт., 1992). С этими данными согласуются и результаты, полученные в нашем исследовании, согласно которым только у лиц с негативным типом реагирования отмечается высокий уровень активации в лобных отделах. На взаимосвязь уровня активации ПФК с обсессивными нарушениями также указывают корреляции между выраженностью обсессивных нарушений, определяемых по Шкале Йеля-Брауна, и амплитудой потенциалов в лобном отведении ( $r=-0.71$ ,  $p=0.05$ ).



**Рис.1.** Распределение потенциалов в I-ом интервале. На графике в первой совокупности столбцов представлены средние значения потенциалов в каждой группе по отведениям Fz, F3, F4; во второй – по отведениям Cz, C3, C4; в третьей – T3, в четвертой – Pz, пятой – O1 и O2.

Вместе с тем, необходимо отметить, что высокая амплитуда негативной волны, зарегистрированная в данной группе подэкспертных в лобных отведениях, свидетельствует о сохранности функций префронтальной коры, которая обеспечивает критическое отношение к заболеванию.

Еще одна особенность, наблюдаемая у лиц с негативным типом реагирования – билатеральная активация в затылочной области. Из литературы известно, что затылочные отделы коры, кроме обработки зрительной информации через нисходящие пути на верхние холмы среднего мозга также регулируют произвольные движения глаз в ответ на зрительную афферентацию (Broerse A. с соавт., 2001). Вовлечение затылочной коры уже на раннем этапе преднастройки дает основание предположить упрощение процессов, связанных с программированием саккад у этих обследуемых. Подобная организация процессов активации коры может отражать жесткую структуру программы поведенческого выхода. Это согласуется и с клиническими данными, указывающими на то, что среди

испытуемых в подавляющем большинстве встречаются стереотипные аномальные сексуальные фантазии, а само парафильное поведение также характеризуется высокой степенью стереотипности: у испытуемых наблюдается выбор определенной территории для реализации аномальных побуждений, характеристика объекта сексуального влечения и половой активности также фиксированы.

S.N.Haber с соавт. (2000) была построена модель функционирования кортико-стриарно-таламо-кортикальной системы, позволяющая объяснить клинико-патогенетические особенности обсессивно-компульсивных расстройств, при которых когниции и мотивации для выполнения какого-либо действия возникают настолько часто, что структура, отвечающая за двигательные реакции, не может противостоять этим мыслям и мотивациям, и в результате этого происходят стереотипные двигательные повторения (компульсии).

Таким образом, для лиц с негативным типом реагирования самосознания оказываются тесно связанными между собой обсессивные нарушения, сопровождающиеся тревожно-депрессивными расстройствами, и стереотипная аномальная сексуальная поведенческая активность. В основе данных психопатологических взаимоотношений могут лежать нарушения функционирования фронто-стриарно-таламо-кортикальной системы.

В группах подэкспертных с *интактным/позитивным типом реагирования* и с *изменениями/трансформацией самосознания* амплитуда негативности в лобных и центральных отведениях была существенно снижена относительно группы сравнения (таблица 4, Рис. 1).

Дисперсионный анализ ANOVA обнаружил статистически достоверные различия по амплитуде негативного отклонения в лобных отведениях (Fz, F3, F4) при сравнении группы ИПР с нормой: фактор «Группа» -  $F=4,99$ ,  $p=0,03$ . Амплитуда негативного отклонения в лобных

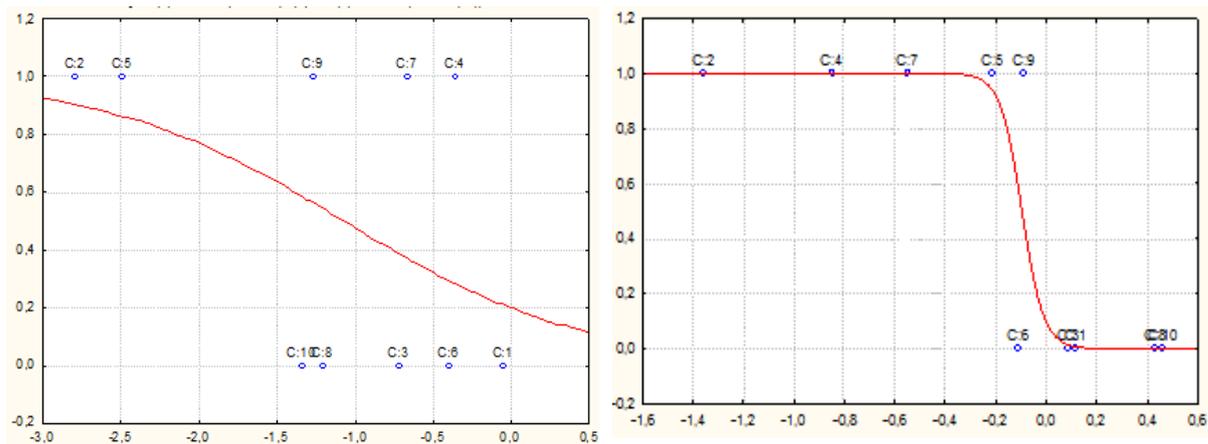
отведениях в группе ИПР также была значительно ниже, чем в группе НР («Группа» -  $F=2,72$ ,  $p=0,1$ ).

Схожие данные были получены в третьей группе у лиц с изменениями/трансформацией самосознания. При сравнении с нормой также отмечалось значимое снижение амплитуды негативных потенциалов для лобных (Fz, F3, F4) и центральных (Cz, C3, C4) отведений при сравнении по факторам область ( $n=2$ ) и латеральность ( $n=3$ ) - «Группа» -  $F=4,24$ ,  $p=0,05$ . При сравнении группы ИТС с группой НР фактор «Группа» был значимым на уровне тенденции ( $F=3,68$ ,  $p=0,07$ ).

Полученные данные свидетельствуют о функциональном снижении префронтальной коры при глубоких нарушениях самосознания, что, по-видимому, отражает ее важную роль в обеспечении его функций.

При дальнейшем рассмотрении данных посредством логит-регрессионного анализа у лиц с *изменением/трансформацией самосознания* обнаружены связи между деперсонализационно-дереализационными феноменами и активностью лобно-центральных и теменных отделов (отведения Fz, F7, F8, C3, Pz, P3 ( $p=0.05$ ), Рис. 2).

Ранее у больных с деперсонализационными нарушениями было выявлено повышение активации лобных отделов (Hollander E. с соавт., 1992). Возможно, что полученные нами результаты отражают некоторые тенденции между особенностями активации, в том числе лобных структур, и деперсонализационными феноменами. Наличие связей с теменными отделами может объясняться тем, что в момент реализации парафильных фантазий у подэкспертных наряду с феноменами деперсонализации отмечались нарушения течения времени и, реже, схемы тела.



**Рис.2.** Пример корреляции между деперсонализационными расстройствами и величиной потенциала в отведениях Fz (слева) и C3 (справа).

Таким образом, анализ характеристик условно-негативной волны, развивающейся в период подготовки антисаккады (как модели поведенческого ответа), показал снижение уровня активации лобно-центральных отделов коры у лиц с сексуальным аддиктивным поведением и нарушениями самосознания (интактный/позитивный тип реагирования и нарушения/трансформация самосознания). Для подэкспертных с негативным типом реагирования был характерен высокий уровень активации фронтальных кортикальных полей. Полученные данные демонстрируют важную роль лобных отделов коры в обеспечении процессов, связанных с критическим отношением, волевым контролем поведения, и позволяют выявить определенные корреляционные отношения с такими психопатологическими феноменами как транзиторные расстройства сознания и самосознания.

Проведенное исследование позволило выявить и ряд частных моментов. Сексуальное аддиктивное поведение, характеризующееся высокой степенью стереотипности, тесно увязывается с обсессивными нарушениями. В основе данных явлений лежат особые нейрофизиологические механизмы, связанные с участием затылочных отделов коры в программировании саккад

на раннем этапе преднастройки, что может приводить к формированию жесткой структуры программы поведенческого выхода.

### **Нейрохимические механизмы сексуальных аддикций**

В рамках нейроиммунохимического исследования было обследовано 15 мужчин, обвинявшихся в совершении серии однотипных сексуальных правонарушений. В исследование были включены лица с высоко стереотипным аномальным сексуальным поведением с различной коморбидной психической патологией.

В большей части случаев отмечались органические психические расстройства, среди которых преобладали «Органическое расстройство личности» F07.0 (47%), обусловленное эпилепсией или связанное с другими факторами (травматическими и интоксикационными воздействиями). В единичном случае отмечалось депрессивное расстройство органического генеза («Непсихотическое депрессивное расстройство органической природы» F06.36). В остальной части случаев были диагностированы эндогенные расстройства в форме шизофрении («Остаточная шизофрения» F20.5 – 7% и «Шизоаффективное расстройство» F25.2 – 7%), а также «Смешанное расстройство личности» F61 (7%). Кроме указанных психических расстройств в качестве коморбидной патологии отмечались «Дистимия» F34.1 (14%) и «Синдром зависимости от алкоголя» F10.21 (14%).

В отношении психосексуальных расстройств следует отметить, что среди подэкспертных в большей части случаев была диагностирована «Педофилия» F65.4 (53%) и раптофилия, относимая к рубрике «Других расстройств сексуального предпочтения» F65.8 (27%). В остальных наблюдениях (20%) был поставлен диагноз «Экспозиционизма» F65.2 (7%) или «Садомазохизма» F65.5 (13%).

Реализации девиантных половых побуждений или фантазий, характеризующихся аутохтонностью возникновения и навязчивостью,

предшествовал период борьбы мотивов, существующий на фоне нарастающего эмоционального напряжения. Характер выявляемого влечения был обсессивным, компульсивным или смешанным. В этих случаях девиантное влечение осуществлялось на фоне искажений сознания или самосознания различной степени выраженности, начиная от аффективного сужения сознания вплоть до появления феноменов сомато- и аутопсихической деперсонализации. Таким образом, возникающие фантазии носили навязчивый характер, а их реализация была сопряжена с аффективным сужением сознания, что в целом отмечалось у 80% выборки.

При анализе данных разбиение клинической когорты лиц на подгруппы не проводилось в связи с малочисленностью выборки.

При анализе лейкоцитарной формулы существенных изменений в ней не наблюдалось. Однако можно отметить приближающиеся к нижней границе нормы содержания в крови сегментоядерных (2,0) и палочкоядерных (51,73) нейтрофилов наряду с повышением концентрации лимфоцитов (36,8), причем данное расхождение было значительным, о чем свидетельствует наличие высокой отрицательной корреляционной связи между указанными параклиническими параметрами ( $r=-0,92$ ;  $p<0,05$ ) (таблица 5).

Хотя лимфоцитарный сдвиг не выходил за рамки нормативных значений, разбор субпопуляций лимфоцитов позволил выявить повышение содержания в крови средних значений активных Т-клеток (52,91), Т-клеток с фенотипом  $CD^{3+}$  (71,35) и Т-хелперов с фенотипом  $CD^{4+}$  (41,03), при этом соотношение  $CD^{4+}/CD^{8+}$  было снижено.

Указанные изменения, в частности касающиеся повышения численности лимфоцитов  $CD^{3+}$  и  $CD^{8+}$ , обнаруживаются у лиц, перенесших черепно-мозговую травму (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003). Учитывая, что среди лиц с аномальным сексуальным поведением более половины были подвержены воздействию органических физических и интоксикационных факторов, обнаруживаемые особенности количественного распределения

лимфоцитов и их субпопуляций представляются закономерными. В пользу этого свидетельствует наличие высоко вероятностной связи между уровнем лимфоцитов в крови и психопатоподобными расстройствами органического генеза ( $p=0.04$ ).

Таблица 5  
Нейроиммунохимический статус

Показатель	Значение	Норма
<i>Лейкоцитарная формула</i>		
Нейтрофилы	53,73±6,05	50-80
Нейтрофилы палочкоядерные	2±0,93	2-7
Нейтрофилы сегментоядерные	51,73±5,64	50-70
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 <sup>+</sup> (%)	5,83±0,48	5,34±0,41
В-IgG <sup>+</sup> (%)	3,78±0,27	3,6±0,13
CD <sup>2+</sup> DR <sup>+</sup>	26,4±1,36	25,32±0,92
CD <sup>4+</sup> (%)	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  $p \leq 0,05$ .

Определялись изменения и на уровне гуморального иммунитета, которые носили однонаправленный характер. Так, наиболее существенные сдвиги отмечались в содержании иммуноглобулинов В-IgM<sup>+</sup> (5,83), В-IgG<sup>+</sup> (3,78), CD<sup>2+</sup>DR (26,4) и CD<sup>4+</sup> (30,09), средняя концентрация которых была повышена по сравнению с нормативными величинами. Подобные же изменения средних значений наблюдались и в группе цитокинов: IL-1β (1,86), IL-2 (22,95) и α-TNF (853,92).

При анализе функционирования нейромедиаторных систем были обнаружены те же особенности, которые уже ранее были выявлены у лиц с

расстройствами сексуального предпочтения в других работах отечественных и зарубежных авторов. Так, в суточном анализе мочи определялось повышение содержания средних концентраций норадреналина (21,13 мкг/сут) и серотонина (173,46 мкг/сут). В отличие от результатов других работ (Ковалева И.А., 1997) было обнаружено снижение концентрации ДОФУК (диоксифенилуксусная кислота) в моче (324,34 мкг/сут).

Представленные различия касаются средних значений исследуемых нейрохимических параметров. Наиболее же существенными оказались изменения в отношении таких веществ, как  $CD^{4+}$ , IL-1 $\beta$ , IL-2, норадреналин, серотонин и дофамина, то есть тех нейромедиаторов и цитокинов, посредством которых осуществляется взаимодействие между нервной и иммунной системами.

Таким образом, изменения, наблюдаемые со стороны нейроиммунохимического статуса, весьма разнообразны. Однако они носят однонаправленный характер в сторону повышения средних значений, за исключением концентрации ДОФУК, содержание которого снижено. Обнаруженные изменения требуют своего теоретического обоснования, касающегося взаимодействия нервной и иммунной систем у лиц с парафилиями.

Проведение дисперсионного анализа с предварительной проверкой значимости критерия Ливиня позволило говорить о том, что выявленные нейроиммунохимические нарушения не связаны с влиянием коморбидной сексуальным аддикциям психической патологией, а отражают патогенетические закономерности парафилий (таблица 6). Из таблицы следует, что только фактор «парафилия» тесно связан с основными изменениями в показателях активности иммунной и трансмиссивной систем на уровне статистически значимых величин или математической тенденции, которая может быть обусловлена малой выборкой.

Таблица 6  
Результаты дисперсионного анализа

Нейроиммунохимические показатели	Психические расстройства				
	F0	F1	F2	F6	Парафилия
Фракция активных Т-кл. (АЕ-РОК)	F=0,006 p=0,9	F=0,01 p=0,9	F=1,6 p=0,2	F=1,1 p=0,3	<b>F=6,6</b> <b>p=0,02</b>
Фракция АЕ-РОК/ХЕ-РОК	F=0,02 p=0,9	F=0,25 p=0,6	F=0,08 p=0,8	F=0,6 p=0,4	<b>F=2,6</b> <b>p=0,1</b>
Т-клетки (CD3)	F=1,1 p=0,3	F=0,03 p=0,9	F=0,009 p=0,9	F=1,3 p=0,3	<b>F=2,4</b> <b>p=0,1</b>
Т-хелперы (CD4)	F=1,3 p=0,3	F=0,47 p=0,5	F=0,03 p=0,9	F=0,002 p=0,9	<b>F=2,8</b> <b>p=0,1</b>
CD4/CD8	F=0,3 p=0,6	F=0,51 p=0,5	F=0,6 p=0,4	F=1,2 p=0,3	F=0,4 p=0,5
Иммунные комплексы	F=0,05 p=0,8	F=0,04 p=0,8	F=0,2 p=0,7	F=0,4 p=0,5	F=0,6 p=0,4
В-IgM <sup>+</sup>	F=0,08 p=0,8	F=0,3 p=0,6	F=1,006 p=0,3	F=0,8 p=0,4	F=0,85 p=0,4
В-IgG <sup>+</sup>	F=0,03 p=0,9	F=0,4 p=0,5	<b>F=3,35</b> <b>p=0,1</b>	F=2,4 p=0,2	F=0,35 p=0,5
CD2 <sup>+</sup> DR <sup>+</sup>	F=0,5 p=0,5	F=0,01 p=0,9	F=1,2 p=0,3	<b>F=3,6</b> <b>p=0,1</b>	F=0,6 p=0,4
CD4 <sup>+</sup>	F=0,3 p=0,6	F=0,2 p=0,7	F=2,2 p=0,2	F=1,3 p=0,2	<b>F=12,25</b> <b>p=0,003</b>
IL-1β	F=0,76 p=0,4	F=1,1 p=0,3	F=0,3 p=0,6	F=0,5 p=0,4	<b>F=10,16</b> <b>p=0,01</b>
IL-2	F=1,6 p=0,2	F=1,3 p=0,3	F=0,5 p=0,5	F=0,1 p=0,7	<b>F=4,43</b> <b>p=0,05</b>
aTNF	F=2,66 p=0,1	F=1,5 p=0,2	F=0,2 p=0,6	F=0,3 p=0,6	<b>F=3,18</b> <b>p=0,09</b>
Норадреналин	<b>F=2,84</b> <b>p=0,1</b>	F=1,36 p=0,3	F=0,002 p=0,9	F=0,002 p=0,9	<b>F=15,9</b> <b>p=0,001</b>
ДОФУК	F=0,002 p=0,9	F=0,73 p=0,4	F=0,3 p=0,6	F=1,35 p=0,3	<b>F=10,7</b> <b>p=0,01</b>
Серотонин	F=0,16 p=0,691	F=1,3 p=0,3	F=1,8 p=0,2	F=0,5 p=0,5	<b>F=30,3</b> <b>p=0,001</b>

F – значение критерия, p – значимость критерия. Математические тенденции и значимые связи выделены жирным шрифтом. F0 – органические психические расстройства, F1 – синдром зависимости от психоактивных веществ, F2 – шизофрения, F6 – расстройства личности. Достоверные значения и математические тенденции выделены жирным шрифтом.

С целью выявления патогенетических механизмов был предпринят анализ, направленный на выявление корреляций между иммунологическими характеристиками и клиническими параметрами аномального сексуального влечения. Были обнаружены корреляционные связи нескольких иммунохимических показателей с психопатологическими образованиями, но наиболее обширными оказались взаимоотношения с таким параметром, как концентрация ДОФУК. Выше уже отмечалось, что снижение активности нейротрансмиттерных систем сопровождается появлением стереотипий. Можно предположить, что уровень активности центральных

дофаминергических систем является одним из патогенетических звеньев стереотипизации и таких сложных форм поведения, как парафильного. Обнаруженное в данном исследовании снижение концентрации метаболита дофамина в моче у лиц именно со стереотипным аномальным сексуальным поведением также свидетельствует в пользу данного предположения, поскольку уровень содержания ДОФУК пропорционально зависит от концентрации центрального дофамина. Кроме того, уровень данного метаболита имел связи с некоторыми клиническими характеристиками парафилий: с частотностью появления аномальных сексуальных фантазий ( $p=0.067$ ) и симптомом «охоты» ( $p=0.05$ ), то есть с признаками, отражающими стереотипизацию поведения.

Однако вопрос, касающийся причин снижения активности дофаминергической системы у лиц с расстройствами сексуального предпочтения, остается открытым. Известно, что цитокины могут оказывать как стимулирующее, так и тормозящее действие на нейротрансмиттерные системы мозга, приводя к модулированию эмоциональных состояний, процессов памяти и мотивации поведения (Абрамов В.В. с соавт., 1996). Вероятно, при парафилиях имеются такого же рода взаимодействия между нервной и иммунной системами, результатом которого является угнетающее воздействие цитокинов на дофаминергическую систему. Были получены результаты, отчасти подтверждающие данное предположение: определялись тенденции в корреляционных связях между концентрацией IL-1 $\beta$ , IL-2 и содержанием ДОФУК ( $r=-0,48$  и  $r=-0,52$ ;  $p<0,05$ ), а также взаимосвязи между ДОФУК и процентом Т-клеток с фенотипом CD<sup>3+</sup> ( $r=0,81$ ;  $p<0,05$ ).

Выявляемый дефицит центрального дофамина обуславливает изменения в активации и взаимодействии некоторых образований головного мозга, создавая предпосылки для стереотипизации поведения. На морфологическом уровне, возможно, в первую очередь это касается лобных отделов головного мозга, которые участвуют в стереотипизации аномального

сексуального поведения, что было установлено при проведении нейрофизиологических исследований (Каменсков М.Ю., 2008). В пользу данного предположения свидетельствует тот факт, что ряд этапов самого поведения, в частности этап принятия решения, тесно связан с активностью именно этих структур, а нейрхимическое обеспечение нормального функционирования указанных отделов увязано с глутаматергическими и дофаминергическими процессами (Киренская А.В., 2009; Соссаго Е.Ф., 1999). Дисфункция же лобных отделов обуславливает потерю в поведении избирательности и целенаправленности, легкость замещения его привычным стереотипом (Лурия А.Р., 2003), за чем может стоять изменение метаболизма дофамина. Так, имеются указания на прямые связи между активацией правой фронтальной коры с показателем обмена дофамина на когорте больных шизофренией. Как известно, именно при данной психической патологии, отличающейся высокой психической ригидностью, в наиболее яркой форме могут быть представлены различные формы стереотипного поведения, начиная от двигательных и эмоциональных стереотипий и заканчивая поведенческими реакциями (Залевский Г.В., 1993).

Дисфункция лобных отделов также ведет к нарушениям корково-подкорковых взаимодействий (в частности со структурами лимбической системы и ретикулярной формацией), что создает основу для снижения уровня бодрствования, обуславливая нарушения сознания в виде дисбаланса пространственно-временных взаимоотношений (Хомская Е.Д. с соавт., 1992), в том числе в ситуации деликта (Яковлева Е.Ю., 2001). Это может объяснять тот факт, что в исследуемой когорте лиц с высокой частотой встречается реализация парафильного влечения на фоне измененных состояний сознания у лиц с обсессивно-компульсивным или компульсивным характером влечения.

Высокая встречаемость реализаций парафильных побуждений на фоне измененного состояния сознания, которой в большинстве наблюдений могло

предшествовать появлению навязчивых и неотвязных эротических представлений, является не случайной и свидетельствует о психопатологической завершенности аддиктивного парафильного поведения. Так, на одном из последних этапов становления сексуальной девиации (в литературе обозначаемым как «фаза компульсивного поведения») отмечаются явления потери контроля над собственным поведением в те моменты, когда появляется наплыв насильственных и овладевающих побуждений аномального сексуального характера, реализация которых происходит компульсивно с целью устранения переживаний, предшествующих деликту (Короленко Ц.П. с соавт., 2000). Возникновение девиантных представлений чаще отмечается на фоне аффективных нарушений в виде стойких дистимических состояний. Фазе компульсивного поведения предшествует этап стереотипизации самого парафильного поведения и его ритуализация, отмечается выработка аддиктивного ритма. Указанные черты аддиктивного поведения, отмечающиеся у обследуемых лиц, охватывают следующие клинические признаки парафилий: феномен обсессивных нарушений, аффективные расстройства и компульсивная реализация аномальных побуждений, проявляющаяся временными диссоциативными расстройствами.

Однотипность подобной клинической картины при стереотипном аномальном сексуальном поведении говорит о завершенности психопатологической структуры девиантных переживаний на этом этапе его развития, что соответствует стабильным изменениям биологического статуса. Вероятно, что у исследуемой когорты лиц имеются вполне определенные патобиологические предпосылки, обуславливающие развитие перечисленных клинических состояний. Так, известно, что у подэкспертных с расстройствами сексуального предпочтения при нейрофизиологических исследованиях обнаруживается увеличение межполушарной когерентности между височными отведениями и повышение в этих областях спектральной

мощности, которые могут быть обусловлены очагом стационарного возбуждения в структурах лимбической системы, связанных с регуляцией эмоционально-мотивационной сферы (Болдырева Г.Н., 2000). Исследования показывают, что к нейробиологическим основам формирования клинической картины парафилий следует относить не только нарушения в функционировании лимбической коры, но и миндалины, и гиппокампа (Киренская А.В., 2003).

Указанные морфологические структуры обеспечивают тонкую регуляцию во взаимодействии центральной нервной и иммунной систем, чем обуславливается оптимальная адаптация к изменяющимся условиям (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003). Нарушение их взаимодействия обнаруживается при широком спектре психических расстройств, что определяется по количественным и качественным сдвигам, наблюдаемым при изучении иммунного статуса таких пациентов.

Так, при несексуальных химических формах аддиктивного поведения, в частности при хроническом алкоголизме, были отмечены нарушения состояния лимбико-диэнцефального звена нейроиммунорегуляторного аппарата, которые характеризуются активацией вентромедиального ядра гипоталамуса (Faraж В.А. с соавт., 1993), эпилептиформной активностью в гиппокампальных структурах (Бакуменко Л.П., 1988), вызывающих впоследствии гиперактивацию холинергической системы во фронтальной коре (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003). Указанные изменения при алкоголизме принимают участие в генезе иммунодефицитных состояний.

При парафилиях также может отмечаться вовлеченность гиппокампа, миндалины, лимбических и фронтальных структур в патологический процесс (Киренская А.В., 2003; Fink J.S. с соавт., 1980). Это объясняется едиными патогенетическими изменениями, наблюдаемыми при различных формах аддиктивного поведения: парафилиях, алкоголизме, лудомании и т.п. (Егоров А.Ю., 2005).

Учитывая вышесказанное, можно предположить, что определенные иммунохимические сдвиги могут являться теми признаками, которые у лиц с сексуальными аддикциями отражают дисфункцию указанных морфологических образований, а также их взаимодействие, что в совокупности создает предпосылки для развития тех или иных клинических состояний.

В связи со сказанным дальнейший анализ включал в себя выявление корреляционных взаимоотношений между такими клиническими характеристиками парафилий, как компульсивность, обсессивность, развивающиеся на фоне аффективных расстройств, и нейроиммунохимическим статусом подэкспертных.

В данном случае речь идет о выявлении связей между теми клиническими и биологическими параметрами, которые обнаруживались у обследуемых в различные интервалы времени. Однако следует учитывать, что имеющиеся патобиологические нарушения создают предпосылки для развития изучаемых клинических состояний, обнаруживая своего рода готовность к осуществлению парафильного акта. В пользу данного предположения свидетельствует то, что клинические параметры, которые участвуют в психопатологическом оформлении деликта на предкриминальном и криминальном этапах, остаются неизменными от одной реализации к другой, представляя собой «психопатологическое клише». Кроме того, в данном исследовании применялся особый метод статистического анализа (логит-регрессия), который позволял прогнозировать вероятность наступления у подэкспертных интересующего события.

Было обнаружено, что в большинстве случаев в исследуемой когорте лиц аномальное сексуальное влечение носило обсессивный характер. Поскольку при расстройствах сексуального предпочтения, прежде всего, отмечаются изменения в лимбической системе, то выявление этих особенностей представляется вполне закономерным. В некоторых

наблюдениях аномальные фантазии принимали столь неодолимый и навязчивый характер, что даже после реализации или мастурбаторной активности они не исчезали и обуславливали повторность аномального сексуального поведения в пределах короткого промежутка времени. Такая аддиктивная рефрактерность оказалась связана с повышением концентрации норадреналина и серотонина в крови подэкспертных ( $p=0,009$ ). Была также выявлена связь между указанными клиническими характеристиками не только с содержанием нейротрансмиттеров, но и с такими иммунохимическими параметрами как IL-2 ( $p=0,03$ ), B-IgM ( $p=0,05$ ) (таблица 7).

В литературе уже были описаны результаты, свидетельствующие о наличии серотонинергической дисфункции при обсессивно-компульсивном расстройстве (например, усиленная гормональная реакция на *L-триптофан* и *d-фенфлюрамин*) (Fineberg N.A. с соавт., 1992), которая может представлять собой активность префронтальных компенсаторных механизмов (Минутко В.Л., 2011).

Также интерес представляют связи обсессивных расстройств с иммунными нарушениями. У многих исследователей не вызывает сомнения роль аутоиммунных нарушений в патогенезе навязчивых состояний. В первую очередь идет речь о клеточном иммунитете, связанном с пептидами базальных ганглиев. Вирусологические, бактериологические и иммунологические исследования показывают, что навязчивые состояния нередко развиваются после перенесенных вирусных и бактериальных, особенно стрептококковых инфекций, возможно, по резидуальному аутоиммунному механизму, приводящему к поражению и искаженному функционированию сети нейронов орбитофронтальной, цингулярной областей коры (хвостатое ядро, скорлупа) таламуса. Опыт лечения нейроинфекций и стабилизация иммунной системы существенно облегчает состояние больного с навязчивыми расстройствами (Минутко В.Л., 2011).

Таблица 7

## 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
	Аффективное сужение сознания	0,05
Т-клетки (CD <sup>3+</sup> )	Парестезии	0,04
	Изменение течение времени	0,008
Т-хелперы (CD <sup>4+</sup> )	Утрата способности эмоциональных переживаний	0,05
	Депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства	0,05
	Отчуждение психического «Я»	0,04
	Отщепление двигательной активности	0,009
	Гипостезия	0,02
В-IgM <sup>+</sup>	Рост патосексуальной толерантности	0,05
	Утрата способности эмоциональных переживаний	0,007
В-IgG <sup>+</sup>	Утрата способности эмоциональных переживаний	0,006
	Искажение восприятия двигательной активности	0,02
CD <sup>2+</sup> DR <sup>+</sup>	Рост патосексуальной толерантности	0,01
CD <sup>4+</sup>	Обсессивные фантазии	0,05
	Депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства	0,08
	Амфитимия	0,001
	Утрата способности эмоциональных переживаний	0,02
	Усиление интероцептивных ощущений	0,04
	Искажение восприятия двигательной активности	0,009
	Гиперстезиязрения и слуха	0,001
IL-1β	Депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства	0,02
	Аутопсихическая деперсонализация	0,04
	Парестезии	0,02
	Гипостезиязрения и слуха	0,0003
	Изменение течения времени	0,04
	Диссоциативные расстройства	0,04
	Аффективное сужение сознания	0,06
IL-2	Рост патосексуальной толерантности	0,03
Норадреналин	Рост патосексуальной толерантности	0,009

ДОФУК	Амфитимия	0,06
	Усиление interoцептивных ощущений	0,03
	Наплыв мыслей	0,03
	Гиперстезия зрения и слуха	0,07
	Парастезии	0,01
	Изменение течения времени	0,002
Серотонин	Рост патосексуальной толерантности	0,009
	Изменение течения времени	0,02

Таким образом, полученные нами связи между обсессивными-компульсивными расстройствами и параметрами гуморального иммунитета свидетельствуют о том, что состояние иммунной системы играет определенную роль в патогенезе этих психопатологических состояний.

У обследуемых в период, предшествующий криминалу, или непосредственно в момент совершения противоправного деяния отмечались разнообразные аффективные нарушения, которые были представлены амфитимией, экзальтацией, эмоциональной анестезией, депрессивными и тревожно-депрессивными состояниями. Каждый из указанных психопатологических симптомов оказывался связанным с иммунохимическими показателями. Так, депрессивные расстройства, которые в некоторых случаях были сопряжены с тревогой, коррелировали с содержанием IL-1 $\beta$  ( $p=0,02$ ) и CD<sup>4+</sup> ( $p=0,08$ ), амфитимия – с ДОФУК ( $p=0,06$ ) и CD<sup>4+</sup> ( $p=0,001$ ), экзальтация – с АЕ-РОК ( $p=0,04$ ), утрата эмоций – с CD<sup>4+</sup> ( $p=0,02$ ) и другими параметрами. Учитывая, что корреляционные взаимосвязи оказались весьма разнообразными, можно предположить, что они, скорее всего, отражают индивидуальные закономерности протекающих психопатологических процессов и требуют изучения на больших выборках.

Тем не менее, следует отметить, что выявленные взаимоотношения в целом касаются клеточного и гуморального иммунитета. Это согласуется с данными других исследователей, которые обнаружили, что при эмоциональных расстройствах, в частности при различных формах депрессий, отмечается изменение количества розеткообразующих клеток,

концентрации иммуноглобулинов А, М и G классов. Эти параметры, как правило, снижены, особенно при тяжелых и длительно протекающих депрессивных расстройствах (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003; Nance D.M. с соавт. 1987). Однако есть данные, которые указывают на повышение уровня В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров, а также иммуноглобулинов при психогенных депрессиях (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003).

В патогенезе некоторых форм депрессий также может выступать дефицит дофамина (Крыжановский Г.Н. с соавт., 2003), который обнаружен в данном исследовании на изучаемой когорте лиц. Определяемая связь между смешанными эмоциональными состояниями и уровнем дофамина дает основание высказать предположение о существенной роли инактивации дофаминергической системы в формировании определенных аффективных расстройств.

Таким образом, у лиц с сексуальными аддикциями в период, предшествующий противоправному деянию, а также непосредственно во время реализации девиантных сексуальных побуждений могут отмечаться разнообразные аффективные расстройства, которые оказываются корреляционно связаны с нарушениями клеточного и гуморального иммунитета и гипоактивностью дофаминергической системы.

При анализе клинических данных, характеризующих психопатологическое оформление деликта, были обнаружены корреляции между аффективным сужением сознания, гипостезией, тактильными расстройствами и повышенным содержанием АЕ-РОК ( $p=0,05$ ), IL-1 $\beta$  ( $p=0,003$ ), Т-хелперов с фенотипом CD<sup>4+</sup> ( $p=0,02$ ), Т-клеток с фенотипом CD<sup>3+</sup> ( $p=0,04$ ) и сниженной концентрацией ДОФУК ( $p=0,01$ ).

Аффективное сужение сознания могло сопровождаться и иными расстройствами, например, изменением восприятия течения времени, коррелировавшим с концентрацией ДОФУК ( $p=0,002$ ), серотонина ( $p=0,02$ ), IL-1 $\beta$  ( $p=0,04$ ), Т-клеток с фенотипом CD<sup>3+</sup> ( $p=0,008$ ); аутопсихической

деперсонализацией, имеющей связи с количеством Т-хелперов с фенотипом CD<sup>4+</sup> (p=0,04); соматопсихической деперсонализацией, которая коррелировала с В-IgG (p=0,05), CD<sup>4+</sup> (p=0,02) и Т-хелперами с фенотипом CD<sup>4+</sup> (p=0,009).

В целом можно отметить, что психопатологические признаки, характеризующие компульсивную реализацию аномальных сексуальных представлений, и тесно связанные с временным психическим расстройством в виде диссоциации психической деятельности, имели корреляции с такими нарушениями в иммунохимическом статусе подэкспертных, как концентрация ДОФУК, серотонина, а также содержание IL-1 $\beta$  и различных фракций Т-клеток. Таким образом, снижение активности дофаминергической системы, вероятно, обуславливает не только стереотипизацию поведения, но и определяет психопатологическое его своеобразие при реализации аномальных представлений.

Подводя итог, следует отметить, что отклонения в нейроиммунохимическом статусе носят разнообразный характер, охватывая нарушения в клеточном и гуморальном иммунитете, распределении цитокинов и нейротрансмиттеров.

Полученные данные дают основание предполагать, что в основе стереотипизации парафилий лежит гипоактивность центральных дофаминергических механизмов, затрагивающая, в первую очередь, лобные отделы больших полушарий. Это создает дисбаланс во взаимодействии указанных структур с другими морфологическими образованиями, что представляет собой патобиологические предпосылки для флюктуаций сознания при реализации парафильных побуждений.

В целом психопатологическая картина девиантного поведения у лиц с высоко стереотипным аномальным сексуальным поведением складывается из синдромальной триады, включающей обсессивные нарушения и аффективные расстройства, которые непосредственно предшествуют диссоциативным

расстройствам. Клинические признаки и нейроиммунохимические особенности находятся в сложном корреляционном взаимоотношении. Обсессивные нарушения оказываются связанными с содержанием серотонина, норадреналина и цитокинов, аффективные – с особенностями клеточного и гуморального иммунитета, а симптомы компульсивности – и с содержанием цитокинов и дофамина, и распределением фракций Т-клеток.

Полученные данные позволяют предполагать наличие сложных основ парафильного поведения, патобиологическими предпосылками которого являются нарушения во взаимодействии нервной и иммунной систем, дисбаланс во взаимоотношении различных образований головного мозга (фронтальных отделов и диэнцефальных образований), что в целом обуславливает своеобразное психопатологическое оформление парафильного акта и нарушения произвольной осознанно-волевой регуляции поведения.

В заключение следует отметить, что проведенное исследование позволило выявить наиболее обширные взаимоотношения между различными психопатологическими образованиями, отмечаемыми у лиц с сексуальными аддикциями, и сниженной концентрацией центрального дофамина. Наблюдаемые корреляционные связи, возможно, свидетельствуют о ключевой роли этого нейротрансмиттера в патогенезе аддикций.

В литературе дофамин называют «гормоном удовольствия и счастья», и при снижении его концентрации деятельность человека направлена на стимуляцию его выработки. Ранее была разработана теория «Синдрома отсутствия вознаграждения», объясняющая формирование аддикций. K. Blum с соавт. (1984, 1990) утверждали, что любое аддиктивное или компульсивное поведение является следствием вариантов дисбаланса в комплексном «неврологическом узле», отвечающим за систему вознаграждения, которая регулирует дисфорию и эйфорию. Авторы пришли к выводу, что независимо от природы триггера, в конечном результате любого процесса вознаграждения выделяется дофамин, отвечающий за усиление ощущения

«благостности и покоя». По мнению исследователей, дефицит вознаграждения является следствием наличия в организме А1аллелядофаминового рецептора D<sub>2</sub>.

Позже была выявлена корреляция между поведением, направленным на поиск «острых ощущений», и дофаминовыми D<sub>4</sub>-рецепторами. То есть лица с определенной генетической предрасположенностью, определяющей дефект в дофаминергической системе, имеют повышенный риск возникновения множественных компульсивных и импульсивных расстройств и зависимостей (Benjamin J. с соавт., 1996). Пациент с зависимостью выучивается находить такие типы поведения, которые восстанавливают его нейрохимический гедонистический дисбаланс (Blum K. с соавт., 1990).

Другие исследования выявили связь агрессивного поведения, импульсивности и злоупотребление ПАВ с полиморфизмом гена переносчика дофамина DAT1 и генотипом 10/10 гена DAT (Черепкова Е.В. с соавт., 2011; Chen T.J. с соавт., 2005).

В последнее время все больше появляется сведений, указывающих на связь полиморфизма гена ANKK1, отвечающего за регуляцию дофаминовых рецепторов первого и второго типа, и аддикций и импульсивных нарушений (Ponce G. с соавт., 2015; Ноеніска J. с соавт., 2015), генетическую вариацию дофаминергической системы и аддиктивных расстройств (Patriquin M.A. с соавт., 2015).

Таким образом, дальнейшие исследования в области нейробиологии на генетическом уровне представляются перспективными, поскольку позволят выявить генетическую предрасположенность к формированию различных форм зависимостей.

## Глава 5

### Методологические и методические принципы психофизиологического исследования

Основной *целью* психофизиологического исследования является *вероятностная* оценка наличия у обследуемого лица информации, интересующей эксперта, посредством анализа значимости, предъявляемых в ходе проведения тестирования на полиграфе, релевантных (проверочных) стимулов при их сопоставлении с нейтральными и контрольными. Предъявление контрольных вопросов, которые косвенно связаны с предметом исследования или актуальными переживаниями обследуемого, используется в целях соблюдения методической корректности обследования (Оглоблин С.И. с соавт., 2004).

*Предмет* психофизиологического исследования зависит от области применения полиграфа. При проведении обследований на полиграфе в рамках производства судебно-психиатрических экспертиз обвиняемым в сексуальных противоправных деяниях предметом исследования становится сексуальная сфера подэкспертного, а *задачей* – решение диагностических вопросов.

Наиболее спорный вопрос касается *объекта* исследования на полиграфе. До сих пор остается нерешенным вопрос, касающийся естественно научных основ метода и объекта исследования ОИП (Введенский Г.Е. с соавт., 2009).

Одна из основных многочисленных теорий, дающих научное объяснение тем физиологическим процессам, которые отмечаются при проведении тестирования на полиграфе, является главенствующая в среде российских полиграфологов теория целенаправленного тестирования памяти, согласно которой объектом исследования является память (Холодного А.Ю., 2005). Данная концепция подвергается критике (Введенский Г.Е. с соавт., 2009; Пеленицын А.Б. с соавт., 2011). По мнению других исследователей,

объектом психофизиологического исследования являются регистрируемые реакции (Введенский Г.Е. с соавт., 2009).

Регистрируемые реакции, их интенсивность, продолжительность и др. физические характеристики зависят от воздействия внешних (могут носить, например, ситуативный характер) и внутренних (наличие психических расстройств, соматических заболеваний, актуальных переживаний) факторов (Пеленицын А.Б. с соавт., 2011; Floch M., 1950; Raskin D.C. с соавт., 1978; Hammond D.L., 1980). Кроме того, эти реакции (кожно-гальванический рефлекс, глубина/частота дыхание, частота сердечных сокращений, кровенаполнение и др.) являются неспецифичными (Шмидт Р. с соавт., 1996) и зависят от функционального состояния организма (Судаков К.В., 1987). Таким образом, представляется, что объектом психофизиологического исследования является именно функциональное состояние опрашиваемого лица, находящегося в условиях специфической стимуляции. При этом функциональное состояние оценивается посредством неспецифических вегетативных реакций, регистрируемых с помощью полиграфа. Поэтому, получаемые в рамках тестирования реакции, являются не столько объектом, сколько *инструментом* для оценки текущего состояния человека.

Несмотря на широкое применение полиграфа, методология исследования недостаточно разработана («Инструкция...», 1994, 1997; Холодный Ю.И., 2005; **Пеленицын А.Б. с соавт., 2011**; Ben-Shakhar G., 2002), а валидность метода неоднозначна (Селиванов Н.А. с соавт., 1998; Хавкин А.Ю., 2003; Baranowski G., 1998; Crewson P., 2003; Williams V., 2009).

В связи с этим высказывается точка зрения о несостоятельности психофизиологических исследований, проводимых в качестве самостоятельных экспертиз при расследовании преступлений (Зотов Д., 2015).

Таким образом, возникает круг вопросов, требующих своего разрешения: создание методического обеспечения метода, в частности для

диагностики сексуальных расстройств, оценка его практической валидности, анализ факторов, влияющих на валидность, разработка алгоритма психофизиологического исследования.

### **Оценка экспериментальной валидности психофизиологического исследования и параклинические критерии диагностики сексуальных аддикций**

Понятие «валидности» включает в себя два аспекта: теоретическую и экспериментально-практическую валидность. Первая определяется сущностью положенных в основу метода научных принципов и закономерностей, основывающихся на логичной, убедительной, непротиворечивой теории. Экспериментально-практическая валидность представляет собой достоверное, экспериментальное и практическое подтверждение работоспособности и эффективности метода в конкретных экспериментальных и реальных условиях его применения (Пелиницин А.Б. с соавт., 2011).

Поскольку данные, касающиеся экспериментально-практической валидности метода, неоднозначны, то в связи с этим возникает необходимость оценки эффективности тех психофизиологических методов, которые используются для диагностики парафилий.

С этой целью было проведено 155 психофизиологических исследования. Выделены следующие группы:

1-ая группа – подэкспертные с расстройствами сексуального предпочтения (66 человек);

2-ая группа – подэкспертные без клинических признаков расстройств сексуального предпочтения, совершившие сексуальные противоправные деяния (34 человека);

3-ю группу составили подэкспертные, данные психофизиологического обследования которых были не информативны для заключения о наличии у

них расстройств сексуального предпочтения вследствие противодействия или существенного влияния на их физиологическую реактивность психического расстройства (55 человек). В нее вошли подэкспертные с парафилиями и без таковых.

Анализ результатов вербальной стимуляции позволил выделить несколько комбинаций особенностей реагирования и ответов на проверочные вопросы (таблица 1).

Таблица 1  
Результаты сопоставления данных психофизиологического обследования, полученных при вербальной стимуляции, с данными клинического интервью

Типы данных		1-ая группа n=66		2-ая группа n=34	
		Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %
Совпадение	Положительный ответ на проверочный вопрос, релевантный парафилии, при отсутствии значимых реакций на него	23	34,8	-	-
	Значимые реакции при положительном ответе на вопрос, релевантный парафилии	10	15,2	-	-
	Значимые реакции при отрицательном ответе на вопрос, релевантный парафилии или поведению в деликте у лиц второй группы	10	15,2	9	26,5
	<i>Значимые реакции при положительном ответе на проверочный вопрос, релевантный парафилии+ Положительный ответ на проверочный вопрос, релевантный психосексуальному расстройству, при отсутствии значимых реакций на него</i>	5	7,6	-	-
	<i>Значимые реакции при отрицательном ответе на проверочный вопрос, релевантный парафилии+ Положительный ответ на проверочный вопрос, релевантный парафилии, при отсутствии значимых реакций на него</i>	1	1,5	-	-
	Значимые реакции при отрицательном и положительном ответе на вопросы, релевантные парафилии	1	1,5	-	-
Совпадение с расширением	Значимые реакции при отрицательном ответе на проверочные вопросы, релевантные парафилии, + наличие значимых реакций на вопросы, иррелевантные парафилии	2	3,0	-	-
	<i>Положительный ответ на проверочный вопрос, релевантный парафилии, при отсутствии значимых реакций на него + наличие значимых реакций на вопросы, иррелевантные парафилии</i>	1	1,5	-	-
Несовпадение	На все проверочные стимулы отсутствуют статистически значимые физиологические реакции и на вопросы даны отрицательные ответы ( <i>данные, неинформативные для диагностики парафилии</i> )	11	16,7	18	52,9
	Несовпадение результатов тестирования с клинической картиной парафилий или поведением у лиц второй группы	2	3,0	7	20,6

При сопоставлении данных клинического интервью лиц первой группы, объективных данных, представленных в материалах уголовного дела, с результатами *вербальной стимуляции* оказалось, что приблизительно в 75,8% результаты полностью совпали с клиническими параметрами, а в 4,5%

- данные были получены с расширением<sup>20</sup>, и в 19,7% результаты оказались неинформативны. В целом совпадение данных тестирования с клиническими результатами отмечалось в 80,3%.

Анализ данных **визуальной стимуляции** выявил схожие закономерности: совпадение также отмечалось в большом количестве случаев (66,7%). В остальных случаях данные оказались не информативны для диагностики парафилий (таблица 2).

Таблица 2  
Результаты сопоставления данных психофизиологического обследования, полученных при визуальной стимуляции, с данными клинического интервью

Типы данных	1-ая группа n=66		2-ая группа n=34	
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %
Значимые реакции на стимулы, релевантные парафилии или поведению в деликте ( <i>совпадение</i> )	44	66,7	7	20,6
Несовпадение результатов тестирования с данными сексологического исследования ( <i>несовпадение</i> )	6	9,1	5	14,7
Отсутствие значимых реакций на все проверочные стимулы ( <i>данные неинформативны для диагностики</i> )	16	24,2	22	64,7

В группе лиц с расстройствами сексуального предпочтения немалую часть составили испытуемые с признаками установочного поведения. При обследовании они отрицали любые клинические признаки психосексуального расстройства, диагностика которого основывалась на анализе материалов уголовного дела и дополнительных методов исследования, в частности психологического исследования сексуальной сферы. При разбиении группы лиц с психосексуальными расстройствами на испытуемых с установочным поведением и без такого, процент совпадений данных психофизиологического обследования с клинической картиной существенно разнился. Как при вербальной, так и при визуальной стимуляции у лиц без установочного поведения совпадение отмечалось в 92,9% и 83,3%, а при его наличии – в 58,3% и 50% соответственно. В последнем случае высокий

<sup>20</sup>Совпадение с расширением – появление значимых психофизиологических реакций на проверочные стимулы, релевантные и иррелевантные клинической картине парафилий.

процент несовпадения данных может быть обусловлено наличием иных форм парафилий, не диагностируемых при клиническом обследовании.

У подэкспертных второй группы при вербальной и визуальной стимуляции наиболее часто реакции на проверочные стимулы отсутствовали (Таблица 1, 2). При разбиении данной группы лиц на подэкспертных, отрицающих правонарушение и сообщающих противоречивые сведения, касающиеся сексуального анамнеза, и подэкспертных без признаков установочного поведения, процент отсутствия реакций на проверочные стимулы также отличался. При установочном поведении реакции на вербальные стимулы не выявлялись только в 35,3%, а на визуальные – в 64,7%. При отсутствии установочного поведения реакции на проверочные стимулы в большинстве случаев отсутствовали (70,6% - при вербальной и 64,7% - при визуальной стимуляции).

При оценке валидности метода учитывались подэкспертные без признаков установочного поведения, и был использован наиболее простой способ – оценка гомогенности результатов психофизиологического исследования и данных клинического обследования с расчетом коэффициента Спирмена. Коэффициент гомогенности (валидности) при визуальной стимуляции составил 0,54, при предъявлении вопросников – 0,71 и являлся статистически значимым. Как видно, вербальная стимуляция имеет большую диагностическую ценность.

Согласно данным криминалистов, чем в большем количестве стимульного материала (более чем в 50%) выявляется значимых реакций на тематически схожие проверочные вопросы, тем выше достоверность получаемых результатов, а, следовательно, и вероятность причастности тестируемого к событиям противоправного деяния (Оглоблин С.И. с соавт., 2004).

В соответствии с этими рекомендациями были проанализированы полученные данные. При параклинической диагностике учитывались

результаты двух тестов (вербальной-визуальной или вербальной-вербальной стимуляции). При таком рассмотрении результатов валидность психофизиологической диагностики психосексуальных расстройств незначительно снижается, за счет того, что уменьшается количество совпадений в группе лиц с расстройствами сексуального предпочтения. Однако, если учитывать все подгруппы испытуемых, в т.ч. с установочным поведением, то психофизиологический метод позволяет уменьшить число подэкспертных с ложноположительными реакциями среди лиц без парафилий (за счет исключения реакций на девинатные стимулы, которые появлялись только в одном тесте и не находили своего подтверждения в других тестах). В этих случаях валидность метода оказывается высокой (0,79).

Таким образом, проведенное исследование доказывает состоятельность рассматриваемого инструментального способа диагностики расстройств сексуальных предпочтений как вспомогательного диагностического инструмента и позволяет применять его в клинической практике, с использованием в ходе тестирования ряда проверочных тестов.

На основании практической валидности каждого из методов и предлагаемых криминалистами рекомендаций по интерпретации результатов тестирования были выделены следующие критерии психофизиологической диагностики парафилий:

1. Наличие положительного вербального ответа на проверочные вопросы.
2. Наличие значимых психофизиологических реакций на проверочные стимулы при вербальной стимуляции независимо от характера ответа.
3. Наличие устойчивых психофизиологических реакций (т.е. наблюдаемых на протяжении тестирования в нескольких тестах) на проверочные стимулы, относящиеся к одной тематике.

В случаях постановки вероятностного диагноза расстройств сексуальных предпочтений подэкспертным с признаками установочного поведения в обосновании диагноза необходимо опираться на указанные критерии. Однако следует учитывать, что только результатов тестирования на полиграфе недостаточно: они должны интерпретироваться сексологом с учетом данных других методов обследования (объективных, клинических, экспериментально-психологических).

### **Влияние психических расстройств на экспериментальную валидность метода**

При оценке валидности метода только в 39,4% случаев можно было говорить об отсутствии влияния психических расстройств/установочного поведения на физиологическую реактивность. В большинстве же наблюдений психическая патология оказывала влияние на результаты тестирования, частично или полностью препятствуя его проведению, обуславливая появление реакций на иррелевантные парафилии стимулы. Таким образом, следующий этап работы был посвящен выделению психиатрических ограничений к тестированию на полиграфе.

В исследованиях было показано, что эффективность психофизиологического метода во многом зависит от влияния психической патологии. На лицах с задержками психического развития выявлена низкая его валидность, которая была пропорциональна степени ретардации (Abrams S. с соавт., 1974).

D.C.Raskin с соавт. (1978), проводившие исследование пациентов с расстройствами личности, показали, что выявление полиграфом скрываемой информации составляет 88%, а в 8% случаев вывод не может быть однозначным. С.J.Patrick с соавт. (1989) показали, что у лиц с расстройствами личности механизмы эмоционального реагирования отличаются от

нормальных, поэтому среди этой группы часто имеет место ложноположительный результат.

В последующем M.Floch (1950) указывал, что расстройства личности и парциальная амнезия являются противопоказаниями к проведению проверок на полиграфе. J.Orlansky (1964) дополнил этот список такими психическими расстройствами, как ретардация развития, психоз.

Кроме приведенных данных следует отметить еще целый спектр научных исследований, посвященных изменениям физиологической реактивности у лиц с другими психическими расстройствами. Например, при шизофрении и депрессиях отмечается гипореактивность кожно-гальванического рефлекса, нестабильность дыхания и сердечно-сосудистых реакций (Ruilmann C.J. с соавт., 1950; Lykken D., 1981; Wolfersdorf M. с соавт., 1996; Perry W. с соавт., 1998).

Очевидно, что наблюдающиеся изменения физиологической реактивности у лиц с психическими расстройствами оказывают влияние на результаты тестирования на полиграфе, что в целом снижает валидность и надежность данного метода исследования.

Однако существуют единичные исследования в области психиатрии и сексологии, в которых бы анализировались связи между физиологической реактивностью и психопатологической симптоматикой. В связи с этим для оценки влияния психической патологии на реактивность был предпринят последующий анализ, в рамках которого учитывались клинко-психопатологические данные и патопсихологические признаки, выявленные в ходе психологического исследования.

### ***Подэкспертные с расстройствами сексуального предпочтения***

Данную группу составили 66 подэкспертных (1-ая группа), имеющие диагноз расстройств сексуального предпочтения, поставленный в соответствии с критериями МКБ-10. Преимущественно отмечались «Множественные расстройства сексуального предпочтения (F65.6)» – 63,6%.

Среди оставшейся части случаев приблизительно с одинаковой частотой были диагностированы «Педофилия (F65.4)» (16,7%) и «Садизм (F65.5)» (16,7%), а в единичных наблюдениях – «Раптофилия (F65.8)» (1,5%), «Экспозиционизм» (F65.2) (1,5%). В отношении нозологического состава группа оказалась разнородной, однако встречаемость разных психических расстройств внутри группы соответствовало той, что наблюдалась у подэкспертных, отобранных для решения клинических задач (таблица 3).

Анализ данных *вербальной стимуляции* позволил классифицировать результаты тестирования в соответствии с характером психофизиологических реакций (их отсутствие или наличие на релевантный клиническому расстройству вопрос) и ответов на вербальные стимулы (таблица 1).

Первый тип данных касается появления *значимых реакций при даче испытуемым положительного ответа на проверочный вопрос, релевантный парафилии*<sup>21</sup> и наблюдался в следующих случаях.

Во-первых, у подэкспертных с ведущим характеропатическим вариантом психоорганического синдрома, которым на момент психофизиологического обследования квалифицировалось эгодистоническое отношение к парафилии. При проведении корреляционного анализа была выявлена связь между отношением к влечению и типом реагирования ( $r=0.41$ ,  $p=0.05$ ). Это дало основание полагать, что осознание болезненности аномальных сексуальных фантазий, поведения лежит в основе появления психофизиологических реакций в ответ на предъявление проверочных вопросов.

Во-вторых, выраженные физиологические изменения при предъявлении релевантного стимулы наблюдались и при эгосинтоническом отношении к влечению у лиц с декомпенсацией психического расстройства,

---

<sup>21</sup>При анализе влияния психических расстройств на физиологическую реактивность учитывались также результаты экспериментально-психологического исследования, полученные с применением субтеста Векслера, «4-й лишней», сравнения понятий, ассоциативного теста, таблицы Шульце, теста Розенцвейга, индивидуально-типологического вопросника.

сопровождающейся заострением патохарактерологических особенностей. У подэкспертных выявлялись эмоциональная лабильность, раздражительность, ригидность психических процессов, проявляющаяся формированием труднокорректируемых установок, озабоченность своей дальнейшей судьбой в связи со сложившейся судебной ситуацией. Все это обуславливало ситуационную значимость предъявляемых вопросов и возникновение реакций на них.

Таблица 3  
Нозологический состав

Психические расстройства	1-ая группа n=66		2-ая группа n=34		3-ая группа n=55	
	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %
<b>Органические психические расстройства (F0)</b>	38	57,6	11	32,4	28	50,9
Деменция (F02.*)	7	10,6	1	2,9	3	5,5
Органическое бредовое расстройство (F06.2)	1	1,5	2	5,9	4	7,3
Органическое эмоционально лабильное расстройство (F06.6)	5	7,6	3	8,8	3	5,5
Непсихотическое смешанное расстройство настроения (F06.3)	1	1,5	-	-	-	-
Легкое когнитивное расстройство (F06.7)	-	-	-	-	1	1,8
Органическое расстройство личности (F07.0)	24	30,3	5	14,7	16	29,1
Постконтузионный синдром (F07.2)	-	-	-	-	1	1,8
<b>Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)</b>	5	7,6	4	11,8	4	7,3
<b>Синдром зависимости от опиоидов (F11.2)</b>	-	-	1	2,9	1	1,8
<b>Шизофрения, бредовые и шизотипические расстройства (F2)</b>	19	28,8	9	26,5	13	23,6
Параноидная шизофрения (F20.0)	7	10,6	3	8,8	9	16,4
Недифференцированная шизофрения (F20.3)	2	3,0	-	-	-	-
Простая шизофрения (F20.6)	1	1,5	-	-	-	-
Другой тип шизофрении (Детская шизофрения) (F20.8)	-	-	1	2,9	-	-
Неврозоподобная шизофрения (F21.3)	-	-	2	5,9	1	1,8
Психопатоподобная шизофрения (F21.4)	9	13,6	2	5,9	3	5,5
Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1)	-	-	1	2,9	-	-
<b>Аффективные расстройства (F3)</b>	11	16,7	1	2,9	8	14,5
Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0)	9	13,6	-	-	-	-
Депрессивный эпизод средней степени (F32.1)	-	-	1	2,9	8	14,5
Депрессивный эпизод тяжелой степени (F32.2 и F32.3)	2	3,0	-	-	-	-
<b>Смешанные конверсионные расстройства (F44.7)</b>	-	-	-	-	1	1,8
<b>Расстройства личности (F60-F61)</b>	4	6,1	6	17,6	11	
Шизоидное расстройство личности (F60.1)	1	1,5	1	2,9	1	1,8
Диссоциальное расстройство личности (F60.2)	-	-	1	2,9	-	-
Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F60.30)	-	-	1	2,9	2	3,6
Истерическое расстройство личности (F60.4)	1	1,5	-	-	2	3,6
Смешанные расстройства личности (F61.0)	2	3,0	3	8,8	6	
<b>Умственная отсталость (F7*)</b>	-	-	2	5,9	1	1,8
<b>Не было</b>	2	3,0	6	17,6	-	-

В-третьих, в эту когорту вошли подэкспертные, диссимулирующие свои парафильные переживания. Тем не менее, в рамках

психофизиологического обследования они давали положительные вербальные ответы на релевантные вопросы, но отрицали наличие аномальных сексуальных переживаний во время клинического интервью. Ранее криминалистами уже отмечалось, что при установлении причастности подозреваемого к расследуемому правонарушению во время проведения полиграфических проверок некоторые лица дают положительные ответы на проверочные вопросы, хотя на допросах категорически отрицают причастность к преступлению (Оглоблин С.И. и соавт., 2004). Это может быть связано с тем моментом, что психофизиологическое обследование предъявляет повышенные требования к эмоциональной и когнитивной сфере в связи со стрессом и нагрузкой на внимание. Анализ личностных особенностей подэкспертных позволил выявить общие особенности: внушаемость, подчиняемость, быстрая истощаемость в стрессовых условиях, неуверенность в себе, мнительность, тревожность, сенситивность, инфантильность суждений, высокий уровень тревоги и эмоциональной напряженности, вызванные судебной ситуацией. Вероятно, указанные особенности определяли положительный ответ на проверочный вопрос при психофизиологическом исследовании в условиях стрессовой нагрузки.

*Совпадения значимых реакций с клинической картиной парафилии при отрицательном ответе на вопросы.* Среди обследуемых встречались лица с эгодистоническим и эгосинтоническим отношением к влечению, а коморбидные психические расстройства были разнообразны (аутистический и параноидный тип дефекта, психопатоподобные и интеллектуально-мнестические нарушения в рамках органического психического расстройства). Можно предположить, что появление реакций скорее обусловлено сокрытием информации.

*Положительный вербальный ответ на вопрос, релевантный парафилии, без статистически значимых реакций.* У испытуемых

выявлялись характеропатический, дементный варианты психоорганического синдрома, который характеризовался преимущественно нивелировкой личностных качеств и интеллектуально-мнестическим снижением, астенический (гипостенический) органический синдром, различные по структуре дефектные состояния при шизофрении (астенический, апатический и психопатоподобный типы дефекта), депрессивный синдром, психопатические состояния.

Среди данной когорты лиц были испытуемые с эгосинтоническим и эгодистоническим отношением к парафилии. При эгосинтонии особенности реакций могут объясняться отсутствием внутриличностного конфликта в силу спаянности аномального влечения с личностью. Была обнаружена сильная корреляционная связь между этим типом данных и эгосинтонией ( $r=0,7$ ;  $p \leq 0.05$ ).

У подэкспертных с эгодистоническим отношением к влечению отмечались различные формы ведущих психопатологических синдромов, однако общим для всех обследуемых было наличие депрессивного синдрома, сформировавшегося в судебно-следственной ситуации и проявляющегося сниженным настроением, нарушениями вегетативных функций, руминациями, кататимностью мышления (содержательная сторона мыслей касалась своей дальнейшей судьбы, утраты контактов с семьей, социумом). В данном случае следует говорить о дезактуализации парафильных переживаний на фоне временного психического расстройства, что, как следствие, при психофизиологическом обследовании характеризовалось отсутствием реакций на парафильные стимулы у дистонных больных.

*Совпадение значимых реакций с клиническими данными при отрицательном ответе и совпадение незначимых реакций с клиническими данными при положительном ответе на проверочные вопросы* наблюдалось у больного с параноидной шизофренией, ведущим галлюцинаторно-параноидным синдромом и эгосинтоническим отношением к парафилии

(бисексуальная педофилия, садизм). На вопросы, касающиеся гомосексуальной педофилии, он дал положительный ответ (реакции были статистически незначимыми), а на вопрос о садистической активности – отрицательный ответ (реакции были значимыми). В фантазиях, побуждениях, сновидениях садистическая активность не была представлена, а обнаруживала себя только в поведении во время нападений на детей. Вероятно, в этом случае можно говорить о наличии малоосознаваемых форм парафилии у больного шизофренией.

*Совпадение незначимых и значимых реакций с клинической картиной парафилий при положительном ответе на проверочные вопросы.* У подэкспертных психопатологическая симптоматика была разнородной. Однако в ходе анализа был выделен признак, который являлся общим для большинства испытуемых: у подэкспертных, дающих положительный вербальный ответ на тематически схожие вопросы в одних тестах имели место значимые физиологические реакции, в других, приближенных к концу обследования, - реакции отсутствовали. Вероятно, данный тип реагирования был обусловлен развивающейся истощаемостью психических процессов, утомляемостью, что нашло свое подтверждение при экспериментально-психологическом исследовании, выявившем в ходе прохождения психологического тестирования нарушения внимания и истощаемость психических процессов.

*Появления при тестировании реакций на те вопросы, содержание которых не находило своего отражения в клинической картине парафилии (несовпадение, совпадение с расширением).* Выделено два механизма реагирования. Во-первых, такие особенности как эмоциональная лабильность, высокий уровень тревожности и единичные случаи актуализации второстепенных свойств объектов, которые были зарегистрированы в ходе проведения экспериментально-психологического исследования, обусловили появление реакций на вопросы, которые не

соответствовали клинической картине парафилий. В литературе этот тип данных еще обозначается как «ошибки ложных тревог» у лиц с повышенной тревожностью (Оглоблин С.И. с соавт., 2004).

Понятие «тревожность» обозначает свойство темперамента, которое состоит в склонности, предрасположенности к этому состоянию в различных угрожающих ситуациях (Spielberger С., 1971). R.Cattell (1966) определял «тревожность» как относительно устойчивый паттерн психофизиологических реакций, повторяющийся в различных условиях. R.Malmo с соавт. (1957) предполагали, что нейрофизиологической основой тревожности является расстройство гомеостатических механизмов ретикулярной формации, которое выражается в нарушении координации и активности ее тормозных влияний. Это проявляется в замедленном восстановлении исходных уровней различных психофизиологических показателей у лиц с высокой тревожностью после неожиданного звукового сигнала.

Одна из первых попыток прояснить характер связи между тревожностью и половым возбуждением была предпринята S.A.Wolchik с соавт. (1980). В ходе этого исследования испытуемым-мужчинам демонстрировали фильмы, вызывающие тревогу, депрессию, а также нейтрального характера, затем показывали фильмы эротического содержания. Результаты подтвердили, что тревожность способствовала усилению, а депрессия – снижению последующего генитального возбуждения по сравнению с воздействием нейтрального фильма.

Таким образом, личностная и ситуативная тревожность, сопровождающаяся эмоциональной лабильностью, обуславливает неспецифический характер реагирования на сексуальные стимулы, т.е. появление реакций и на те стимулы, которые не соответствуют сексуальным предпочтениям подэкспертного, что необходимо учитывать при интерпретации результатов.

Во-вторых, заострение личностных патохарактерологических качеств в виде раздражительности, оппозиционности, импульсивности, а также нарушения внимания, вегетативные расстройства (гипергидроз), истощаемость психических процессов, выявляемые у лиц с органическими психическими расстройствами, вероятно, обуславливали нестабильность физиологического реагирования и появление реакций на иррелевантные парафилии вопросы.

Ранее С.С.Каллинер (1960), изучая динамику КГР при черепно-мозговой травме, показала, что в первые дни острого периода тяжелой ЧМТ отмечается «вялый рефлекс» при быстром его угасании, в то время как при легкой травме рефлекс усиливается и менее быстро угасает, носит неспецифический характер и возникает даже на слабые раздражители.

Таким образом, характер поражения головного мозга, обуславливает особенности физиологического реагирования и может провоцировать спонтанные реакции.

*Отсутствием значимых психофизиологических реакций на проверочные вопросы при даче на них отрицательного ответа.* Общим для них всех испытуемых была слабая физиологическая реактивность: изменения в физиологических каналах как на контрольные, так и на проверочные вопросы были несущественными.

Подэкспертных с этим типом данных можно разделить на два кластера. Первый составили лица с преобладанием в клинической картине дефицитарных расстройств эндогенного и экзогенно-органического происхождения: апатический и аутистический типы дефектов при шизофрении, дементный вариант психоорганического синдрома. Во второй кластер вошли испытуемые с апатической депрессией, структура которой включала, прежде всего, гипобулические нарушения.

Можно предположить, что имеющиеся дефицитарные расстройства шизофренического и органического происхождения, негативная

симптоматика при депрессиях, сопровождаются физиологической гипореактивностью, обусловившей данный тип реагирования.

Ранее было показано, что при нарастании негативной симптоматики при шизофрении отмечается феномен «гипореактивности» в канале КГР (Perry W. с соавт., 1998). Также и при других психических расстройствах, сопровождающихся корковым торможением, в частности при депрессиях, выявляется резкое снижение физиологической реактивности (Страумит А.В., 1955).

Таким образом, особенности реагирования на эротические стимулы у больных с дефицитарными расстройствами, депрессивными состояниями могут объясняться преобладанием процессов торможения в ЦНС.

Анализ сопоставления данных клинического интервью, объективных данных, представленных в материалах уголовного дела, с результатами *визуальной стимуляции* психофизиологического обследования выявил схожие закономерности. Также как и при вербальной стимуляции, отсутствие физиологических изменений в ответ на предъявление эротических стимулов наблюдалось при дефицитарных и депрессивных расстройствах. В одних случаях в клинической картине преобладали депрессивные расстройства, сопровождающиеся гипобулическими и/или апатическими состояниями. В других – определялись астенические (гипостенические) нарушения, снижение функциональной реактивности коры (по данным ЭЭГ) при органических психических расстройствах. Были выявлены высокие корреляционные связи между указанными психопатологическими состояниями и рассматриваемым типом реакций ( $r=0.8$ ,  $p<0.001$ ).

Появление физиологических изменений на иррелевантные парафилии изображения встречалось в тех же случаях, что и при вербальной стимуляции, и было обусловлено теми же механизмами.

У подэкспертных с установочным поведением несовпадение данных может быть обусловлено также наличием и иных форм парафилий, не

диагностируемых при настоящем клиническом обследовании. В пользу этого косвенно свидетельствует тот факт, что при разбиении группы лиц с психосексуальными расстройствами на диссимулирующих испытуемых и подэкспертных без диссимуляции своих болезненных переживаний, процент совпадений данных психофизиологического обследования с клинической картиной был разным, что указывалось выше.

Таким образом, проведенное исследование лиц с сексуальными аддикциями позволяет сделать следующие выводы:

1. Характер ответа и реагирования на проверочные стимулы при вербальной стимуляции позволяет оценить отношение к парафилии: при положительном вербальном ответе у лиц с эгодистоническим отношением к влечению выявляются значимые психофизиологические реакции, у лиц с эгосинтоническим – фоновые или сравнимые с реакциями на контрольные вопросы.
2. Наличие положительного вербального ответа у лиц с психосексуальными расстройствами при диссимуляции обусловлено личностными особенностями: внушаемостью, подчиняемостью, быстрой истощаемостью в стрессовых условиях, высоким уровнем тревоги и эмоциональной напряженности.
3. Появление физиологической гипореактивности при визуальной и вербальной стимуляции связано с негативными и дефицитарными расстройствами экзогенно-органического и эндогенного происхождения, а также апатическими состояниями в рамках депрессии.
4. Появление при визуальной и вербальной стимуляции реакций, иррелевантных клиническому расстройству (ложноположительные реакции), обусловлено различными психопатологическими механизмами:

- ✓ эмоциональной лабильностью, актуализацией второстепенных признаков объекта на фоне высокого уровня тревожности,
- ✓ вегетативными расстройствами, сочетающимися с тревожностью и нарушениями внимания,
- ✓ эмоциональной лабильностью на фоне истощаемости психических функций.

### ***Подэкспертные без психосексуальных расстройств***

В данную группу вошло 34 подэкспертных (2-я группа), совершивших сексуальные правонарушения и не имеющие клинических признаков парафилий. Нозологический состав представлен в таблице 3.

Проводилось сопоставление результатов тестирования с особенностями поведения испытуемого в ситуации правонарушения: выбором объекта и активности в деликте. При вербальной и визуальной стимуляции отмечалось три типа данных, которые были обусловлены следующими механизмами.

*Значимые реакции на вербальные и визуальные стимулы, релевантные поведению в деликте* выявлялись у лиц с характеропатическим вариантом психоорганического синдрома и галлюцинаторно-параноидным синдромом .

Во-первых, появление реакций могло быть обусловлено особенностями сексуальности подэкспертных, у которых в клинической картине нарушений половой идентичности отмечались признаки гиперролевого синдрома, характеризующегося промискуитетным поведением, негативным отношением к лицам противоположного пола вплоть до проявлений физической агрессии в отношении женщин и др. признаками. В данных случаях реакции возникали на садистические стимулы. Вероятно, указанные особенности сексуальной сферы могли обусловить появление реакций именно на данный вид стимульного материала. Схожие результаты были получены ранее (Хавкин А.Ю., 2003).

Во-вторых, в другой части наблюдений данный тип данных может объясняться элементами установочного поведения, выдерживанием защитной линии, требующих определенных интеллектуальных и эмоциональных усилий, что создает основу для фиксации переживаний на судебно-следственной ситуации. В этих случаях подэкспертные отрицали причастность к правонарушению, уклонялись от ответов на вопросы, связанные с сексуальной сферой, порой отрицали даже нормативные проявления сексуальности. Кроме того, на момент проведения экспертизы у них наблюдались такие патохарактерологические особенности, как раздражительность, негативистичность, оппозиционность, подозрительность, вспышки агрессивности, импульсивность или склонность к таковой, ригидность психических установок, охваченность при обсуждении тем правонарушения, сопровождающаяся категоричными и безапелляционными высказываниями.

В-третьих, появление реакций обусловлено повышенной тревожностью, сопровождающейся вегетативной лабильностью (повышение потливости, сердцебиение, спонтанные изменения артериального давления, чувство нехватки воздуха), гиперактузией, выявляемой у лиц с органическими психическими расстройствами.

В-четвертых, реакции возникали у лиц с продуктивной психотической симптоматикой на момент обследования в виде аффективно-параноидного синдрома. В клинической картине ведущее положение занимал персекуторный бред, развившийся после привлечения к уголовной ответственности, который включал в себя бредовую интерпретацию судебно-следственных действий. Появление реакций на стимулы обусловлено тем, что содержание вопроса перекликалось с феноменологией аффективно-параноидного синдрома.

*Отсутствие реакций на проверочные стимулы у лиц без признаков сексуальных аддикций.* Для этой группы лиц было характерно то, что ее

составили лица без признаков психических, в т.ч. психосексуальных, расстройств, у которых во время тестирования на полиграфе реакции на девиантные стимулы отсутствовали.

*Появление значимых реакций на проверочные вопросы, иррелевантные содержанию деликта.* У подэкспертных обнаруживались клинические признаки врожденного слабоумия, характеропатического варианта психоорганического синдрома, сочетающегося с синдромом зависимости от алкоголя, гиперстенического варианта астенического синдрома органического генеза, бредовой ипохондрии и тревожно-апатической депрессии. Наблюдаемые признаки нестабильной физиологической реактивности обусловлены теми же механизмами, что и у лиц с психосексуальными расстройствами. У подэкспертных с психоорганическим синдромом и депрессией отмечались эмоциональная напряженность, высокая тревожность, вегетативная лабильность наряду с истощаемостью психических процессов, что в совокупности определяло спонтанные психофизиологические реакции, на стимулы, иррелевантные содержанию деликта.

Объяснение появления реакций при врожденном слабоумии затруднительно. Однако наши данные согласуются с результатами других авторов, которые показали, что у больных слабоумием часто обнаруживаются спонтанные физиологические колебания, особенно в канале кожно-гальванических реакций (Трофимов Н.М., 1952). Таким образом, в настоящем исследовании показано, что у одной группы лиц при слабоумии наблюдается снижение реактивности, в других случаях – появление спонтанных реакций. Вероятно, особенности реагирования при деменции могут быть связаны с областью поражения коры головного мозга и вовлечением в патологических процесс стволовых структур. Так, в литературе указывается, что физиологическая реактивность, в частности КГР, тесно связаны с

активностью ретикулярной формации и лобных долей (Аминов Н.А., 1980; Perry W. с соавт., 1998).

При бредовой ипохондрии отмечались сенестопатии, парестезии, тактильные гипостезии и анестезии верхних конечностей. Кроме того, определялись признаки эмоциональной неустойчивости, сочетающиеся с ригидностью, неустойчивостью внимания. Вероятно, перечисленные феномены обусловили появление психофизиологических реакций на стимулы, иррелевантные содержанию деликта. С одной стороны, в этом сыграли свою роль сенестопатические ощущения, парестезии, с другой – расстройства внимания и эмоций.

В других случаях шизофрении для появления реакций на стимулы могли иметь значение такие признаки, как тревожность, лабильность аффекта, соскальзывания, актуализация латентных признаков, фрагментарность восприятия, которые были выявлены при психологическом исследовании. Вероятно, последние два фактора могли оказать существенное влияние на особенности реагирования именно при визуальной стимуляции. Возможно, что идентификация объекта, изображенного на слайде, в силу имеющейся фрагментарности восприятия, происходила по латентным признакам.

Таким образом, проведенное исследование лиц без психосексуальных расстройств позволяет сделать следующие выводы:

1. В основе появления реакций при визуальной и вербальной стимуляции на стимулы, релевантные поведению в ситуации деликта, лежат общие механизмы:

- ✓ заострение патохарактерологических особенностей у лиц с установочным поведением в виде раздражительности, негативистичности, импульсивности, ригидности психических процессов, сопровождающиеся эмоциональной лабильностью;

- ✓ аффективно-параноидный синдром, содержательная сторона которого включает бредовую интерпретацию судебно-следственной ситуации;
- ✓ гиперролевой синдром, обуславливающий появление реакций на садистические стимулы.

2. Появление при визуальной и вербальной стимуляции реакций, иррелевантных поведению, связано с:

- ✓ вегето-сосудистой лабильностью, эмоциональной напряженностью и тревожностью, сочетающейся с истощаемостью психических процессов;
- ✓ явлениями бредовой ипохондрии, сочетающейся с сенестопатиями и нарушениями внимания;
- ✓ фрагментарностью восприятия у лиц с шизофренией.

### ***Влияние актуального психического состояния на результаты тестирования***

В эту группы вошли подэкспертные (55 человек), данные психофизиологического обследования которых были не информативны для подтверждения наличия или отсутствия у них расстройств сексуального предпочтения вследствие противодействия или существенного влияния на их физиологическую реактивность психического расстройства. В первом случае испытуемые активно осознанно нарушали инструкции в ходе тестирования, несмотря на замечания со стороны оператора. Во втором – полиграммы имели множество артефактов, обусловленных особенностями физиологии обследуемого лица, и не были пригодны для анализа. Нозологический состав представлен в таблице 3.

### ***Противодействие***

Большую часть данной выборки составили лица с установочным поведением (как с сексуальной аддикцией, так и без клинических признаков парафилии). Противодействие *добровольному* тестированию на полиграфе,

вероятно, обусловлено недоучетом судебно-следственной ситуации вследствие имеющихся у подэкспертных патопсихологических или психопатологических особенностей. При рассмотрении нозологического состава оказалось, что в подавляющей части наблюдений было диагностировано органическое расстройство личности и психопатии. Причем особенности психической патологии характеризовались декомпенсацией заболевания, проявляющейся заострением патологических черт личности, признаками идеаторной и эмоциональной ригидности, нарушениями внимания, снижением критических и прогностических функций, сочетающихся с эмоциональной лабильностью, тревожностью, напряженностью, раздражительностью и вспыльчивостью, негативистичностью, гипотимическим фоном настроения, эксплозивностью и агрессивностью. Указанные особенности препятствовали объективной оценке судебно-следственной ситуации, в частности пониманию необходимости судебно-психиатрического обследования и проводимых в его рамках диагностических мероприятий, и обуславливали противодействий тестированию.

#### *Актуальное психическое состояние*

Среди подэкспертных, актуальное психическое состояние которых препятствовало проведению тестирования на полиграфе, были лица с парафилией и без клинических признаков психосексуального расстройства.

При психофизиологическом обследовании определялось 3 типа реагирования. Ареактивность, которая характеризовалась отсутствием реакций на любые стимулы (нейтральные, контрольные, проверочные). Гиперреактивность, которая наблюдалась в каналах ФПГ и КГР, характеризовалась появлением интенсивных реакций на все типы вопросов. Гиперреактивность-ареактивность: явления гиперреактивности в каналах КГР и ФПГ в ходе тестирования сменялись ареактивностью.

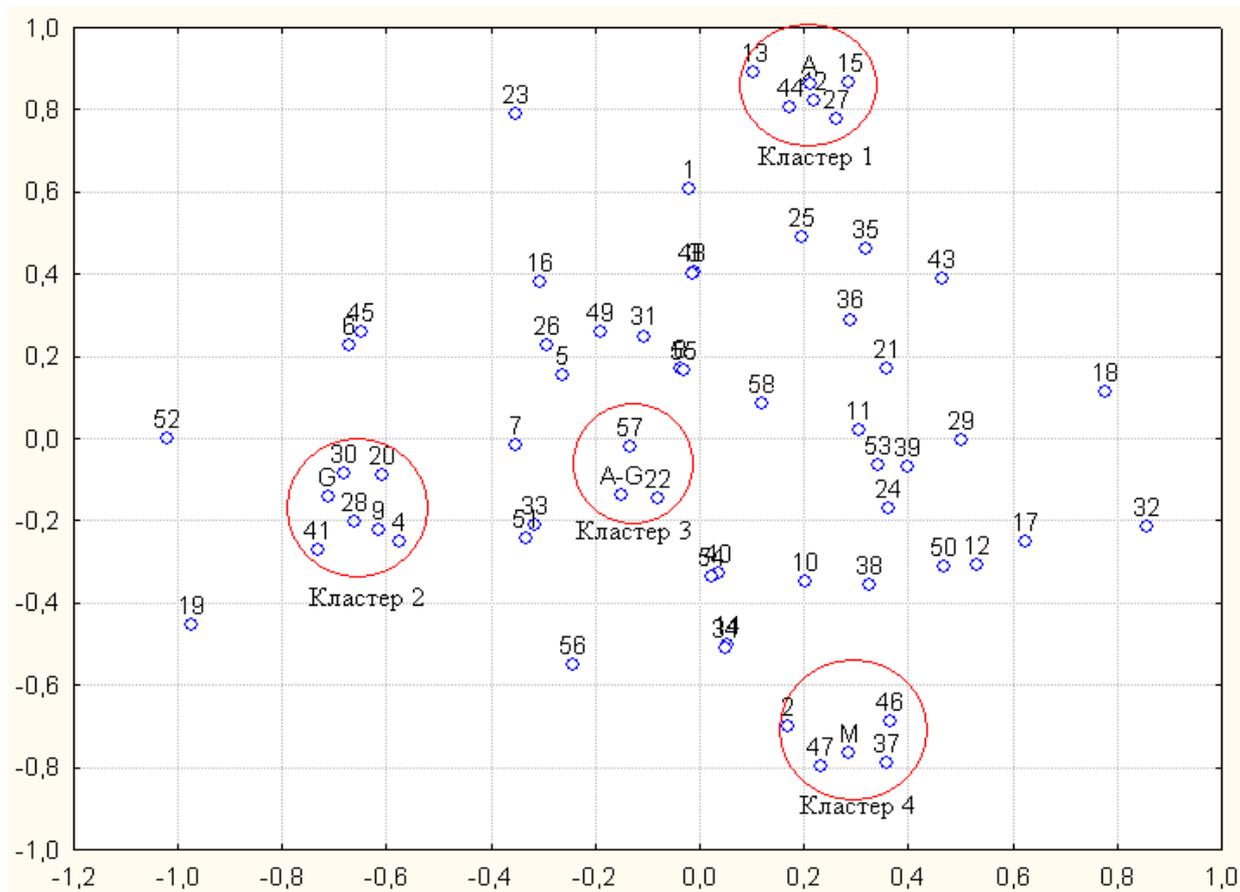
При феноменологическом рассмотрении психических заболеваний с последующим индивидуальным анализом и применением многомерного шкалирования были выявлены 4 совокупности клинических и психофизиологических параметров (кластеры), которые позволили сделать следующие выводы (Рис. 1).

Во-первых, апатические и апато-динамические депрессии, апато-абулический дефект при шизофрении сопровождаются явлениями *физиологической ареактивности*. Характер реагирования при шизофрении увязывался с нарушениями волевой и идеаторной сфер, а именно с такими феноменами, как: гипобулией, абулией, апатией, брадифренией, псевдобрадифренией, блокадой вербально-ассоциативных процессов.

При депрессиях отметились следующие особенности: аффективное расстройство по своей структуре приближалось к апатической или апато-динамической депрессии, в клинической картине которой ведущее положение занимали апатия и двигательльно-идеаторная заторможенность. Нарушения настроения соответствовали тоскливому фону, сопровождающимся витальным компонентом.

Во-вторых, обнаруживаемые признаки *физиологической гиперреактивности* обусловлены паническими атаками, психопатоподобным поведением и гиперстеническим вариантом астенического синдрома.

Интенсивные физиологические сдвиги независимо от характера стимула соотносились с такими феноменами, как эмоциональная и идеаторная ригидность, высокий уровень тревоги, явления гиперактузии и фотофобии, нарушения внимания. В личностной сфере отмечалось заострение патологических черт характера и на первый план выступали раздражительность, агрессивность, оппозиционность, демонстративность, негативизм, наряду с которыми имели место нарушения внимания и истощаемость психических процессов.



**Рис. 1.** Клинико-психофизиологические корреляции.

*Кластер 1:* А – ареактивность, 42 – брадифрения, 15 – апатия, 44 – абулия, 13 – гипобулия, 27 – псевдобрадифрения. *Кластер 2:* G – гиперреактивность, 20 – эмоциональная ригидность, 41 – нарушения внимания, 30 – ригидность мышления, 28 – повышенная тревожность, 4 – гиперстезии, 9 – заострение черт характера. *Кластер 3:* А-G – ареактивность-гиперреактивность, 22 – благодушие, 57 – поражение лобно-височной области (по данным ЭЭГ). *Кластер 4:* М – мышечная гиперреактивность, 2 – гипотимия и тревожность, 37 – симптом открытости мыслей, 47 – двигательная ажитация, 46 – гиперкинезы, неусидчивость. *Другие обозначения. Синдромальный уровень:* 1 – депрессивный синдром, 3 – депрессивный синдром с психотической симптоматикой, 5 – аффективный вариант психоорганического синдрома, 6 – характеропатический вариант психоорганического синдрома, 7 – нивелировка личностных качеств в рамках дементного синдрома, 8 – регрессии личности при деменции, 10 – галлюцинаторно-параноидный синдром, 11 – психопатоподобный дефект, 12 – параноидный дефект, 14 – апатический дефект, 16 – декомпенсация психопатии. *Феноменологический уровень:* 17 – эмоциональная неадекватность, 18 – эмоциональная выхолощенность, 19 – эмоциональная лабильность, 21 – эксплазивность, 23 – гипотимия, 24 – паратимии, 25 – эмоциональная холодность, 26 – эмоциональная напряженность, 29 – симптом сделанности эмоций, 31 – поверхностность мышления, 32 – шперрунги, 33 – ментизм, 34 – симптом «монолога», 35 – аутистическое мышление, 36 – магическое мышление, 38 – симптом воздействия, 39 – паралогичность, 40 – соскальзывания, 43 – ангедония, 45 – истощаемость, 48 – парастезии, анастезия, 49 – инсомнии, 50 – вербальные псевдогаллюцинации или истинные галлюцинации, 51 – сенестопатии, 52 – церебрастеническая симптоматика. *Неврологические нарушения:* 53 – экстрапирамидная симптоматика, 54 – сосудистая дистония, 55 – гипертензионно-гидроцефальный синдром, 56 – сочетанное поражение лобно-височной области и ствола головного мозга (по данным ЭЭГ), 57 – поражение височно-затылочной области (по данным ЭЭГ).

В-третьих, явления гиперреактивности, сменяющиеся ареактивностью, обусловлены высоким уровнем тревоги, нарушениями

внимания, быстрой истощаемостью психических процессов, снижением реактивности коры головного мозга при поражении лобно-височных отделов (по данным ЭЭГ-исследования).

В-четвертых, *повышение мышечной реактивности* связано с нарушениями в двигательной сфере при эндогенных, экзогенно-органических и реактивных расстройствах. Симптомы нарушений двигательной сферы отмечались не только в рамках психофизиологического обследования, но и во время клинического интервью. Всех испытуемых характеризовал повышенный уровень тревоги, отмечаемый при экспериментально-психологическом исследовании. У лиц с шизофренией имели место явления малой кататонии, проявляющейся симптомом Клейста, селективным мутизмом, дискинезиями, парамимиями, шепотной или скандированной речью. У подэкспертных с органическим поражением головного мозга и испытуемых с тревожно-депрессивными расстройствами на первый план выходили повышенная тревожность, неусидчивость, нарушения внимания, явления двигательной ажитации.

Проведенное исследование показывает, что на результаты психофизиологического обследования в существенной мере оказывают влияние психические расстройства, что ограничивает использование данного способа диагностики психосексуальных нарушений у душевнобольных.

Весь спектр наблюдаемых реакций можно условно разложить по оси «Ареактивность – Гиперреактивность (нестабильная реактивность)». Если явления физиологической ареактивности связаны негативными феноменами, то нестабильная реактивность с продуктивными – эмоционально-гиперестетическими и бредовыми расстройствами.

В зоне стабильной физиологической реактивности, когда данные психофизиологического обследования оказываются информативны для диагностики сексуальных аддикций или их исключения, отмечается следующая закономерность: чем выше способность подэкспертного к

реагированию на релевантные вопросы, тем меньше глубина психической патологии. Говоря иначе, высокий уровень эмоционального реагирования у лиц с парафилиями определяется, прежде всего, относительной сохранностью эмоционально-идеаторной сферы. В то же время низкий уровень эмоционального реагирования тесно связан с влиянием преимущественно негативных симптомов психических расстройств.

С учетом полученных результатов можно выделить следующие расстройства, которые оказывают существенное влияние на физиологическую реактивность:

1. на синдромальном уровне:
  - ✓ психопатоподобные нарушения, сочетающиеся с нарушениями внимания и истощаемостью психических процессов;
  - ✓ гиперстенический астенический синдром;
  - ✓ гипостенический астенический синдром;
  - ✓ апатический, апато-адинамический и апато-абулический синдромы;
  - ✓ кататонический синдром;
  - ✓ аутистический дефект.
2. на симптоматическом уровне:
  - ✓ двигательная ажитация;
  - ✓ неусидчивость;
  - ✓ высокий уровень тревоги, сочетающийся с нарушениями внимания, истощаемостью психических процессов, снижением реактивности коры головного мозга или с эмоциональной лабильностью, актуализацией второстепенных признаков.

Были также выделены абсолютные и относительные клинические противопоказания к проведению ОИП.

### **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.

В данных случаях испытуемые нуждаются в проведении курса лечения, после чего вопрос о возможности проведения тестирования может быть поставлен снова.

### **Алгоритм психофизиологического исследования**

На основании полученных данных был разработан алгоритм проведения психофизиологического исследования сексуальными правонарушителями с целью выявления отклонений сексуальной сферы.

#### *Подготовительный этап*

Включает ознакомление с материалами уголовного дела и принятие специалистом решения о возможности проведения психофизиологического обследования. При работе с материалами оператор должен ознакомиться с данными, характеризующими личность обследуемого лица, в том числе с объективными анамнестическими сведениями, что позволяет оценить индивидуально-психологические особенности, прогнозировать поведение подэкспертного в ходе проведения ОИП, а также правильно подобрать нейтральные или контрольные вопросы; оценить особенности аномального сексуального поведения подэкспертного в момент совершения инкриминируемых ему деяний, что позволяет специалисту сформулировать диагностическую версию о наличии у испытуемого расстройств сексуального предпочтения, а при проведении тестирования дает возможность подобрать стимульный материал.

#### *Предтестовая беседа*

Необходима для получения письменного согласия. Целью получения добровольного согласия является превентивная защита полиграфолога от возможных обвинений в нарушении прав подэкспертного, оказании психологического давления.

Во время предтестовой беседы в краткой форме объясняются его права и обязанности, излагается цель и особенности проведения тестирования на полиграфе, дается инструктаж, касающийся особенностей поведения в ходе обследования.

В беседе с пациентами с расстройствами личности и психопатоподобными нарушениями уместным является сделать акцент на

том, что тесты в течение обследования могут неоднократно повторяться и что испытуемый может в любой момент отказаться от дальнейшего прохождения обследования, что оказывает существенное дисциплинирующее воздействие.

Обследуемый должен понимать, что волнение, которое он испытывает при проведении тестирования, является вполне естественным и свойственным всем людям, проходящим проверку. Подэкспертного следует поставить в известность, что его волнение будет учтено, и оно никак не скажется на объективности результатов.

### *Тестирование на полиграфе*

В ходе проведения исследования были разработаны методики психофизиологического исследования, направленные на диагностику расстройств сексуального предпочтения, которые были запатентованы и в настоящее время используются при производстве сексолого-психиатрических экспертиз.

Визуальная стимуляция. При визуальной стимуляции предъявляются эротические изображения, содержащие аномальные сексуальные объекты и формы активности. Тест может быть построен по типу скрининговых тестов, структура которых выглядит следующим образом:  $N_0-N_1-C_1-R_1-R_2-...-R_N-C_2$ , где N – нейтральный, C – контрольный и R – релевантный вопросы.

При проведении данного вида исследования можно использовать тесты пороговой визуальной стимуляции, которые включают не более 10 фотографий, представляющие собой нейтральные (пейзажи), контрольные (гетеросексуальные) и проверочные (аномальные сексуальные) стимулы. Следующие друг за другом стимулы должны быть разнородны по запечатленным на них формам половой активности и видам объектов. Желательно, чтобы слайды были однородны по цветовой гамме, размеру и композиции, а на каждом стимуле должен быть запечатлен только один объект.

При проведении визуальной пороговой стимуляции расстояние от обследуемого до фотографии составляет 1-1,5 м, а время экспозиции слайда – 5-20 с. Межстимульный интервал определяется особенностями дыхания подэкспертного и его физиологической реактивностью. Один и тот же тест предъявляется не менее чем 3-кратно (это общее требования для всех тестов). В качестве стимульного материала также могут быть использованы видеосюжеты.

Тесты визуальной стимуляции следует применять в начале психофизиологического обследования, чтобы получить интенсивные физиологические реакции на стимулы. Применение полиграфа в условиях экспертизы показывает, что в случае предъявления визуальных тестов в конце психофизиологического обследования наблюдаются менее интенсивные физиологические сдвиги на релевантные стимулы, в то время как физиологическая реактивность при вербальной стимуляции значительным образом не изменяется в зависимости от места положения вербальных тестов в структуре обследования.

Вербальная стимуляция. Одним из требований к стимульному материалу является то, что специалист при создании вопросников должен руководствоваться только теми методиками, которые разработаны в настоящее время. Существует три основных методики: «Методика скрываемой информации», «Методика проверочных и нейтральных вопросов» и «Методика контрольных вопросов» (Оглоблин С.И. с соавт., 2004). Широкое применение, в т.ч. с целью диагностики сексуальных отклонений, нашла последняя методика. Она основана на утверждении, что у лиц, отвечающих правдиво на задаваемые вопросы и не причастных к устанавливаемому событию, контрольные вопросы вызывают более выраженные реакции, в то время как у «виновных» более выраженные реакции будут возникать на проверочные вопросы. Различие между

реакциями на контрольные и проверочные вопросы является основанием для вывода о ложности (или правдивости) ответов проверяемого.

Методика базируется на применении нейтральных, контрольных и проверочных вопросов и реализуется в виде тестов; вопросники отличаются количеством и порядком чередования вопросов, а также содержанием инструкций, которые специалист дает обследуемому.

Используется не менее двух скрининговых тестов, направленных на диагностику одного и того же расстройства сексуального предпочтения, чтобы исключить возможное ошибочное заключение о наличии или отсутствии парафилии: результаты, полученные при предъявлении первого теста, должны быть подтверждены предъявлением второго.

Дополнительная вербальная стимуляция. В случаях необходимости уточнения результатов следует прибегать к дополнительным тестам (например, к тесту смешанного типа или тесту оценки значимости версий), когда в одной половине случаев имели место существенные физиологические реакции, а в другой части предъявленных тестов реакции на стимулы, относящиеся к той же тематике, отсутствовали. В указанной ситуации полиграфолог может действовать по одному из следующих алгоритмов.

*Алгоритм 1.* Наиболее простой способ – применение дополнительного теста. Оптимально в этом случае использовать «Тест оценки значимости версий», описание которого имеется в литературе (Оглоблин С.И. с соавт., 2004). Данный тест состоит из нескольких логически связанных контрольных и одного релевантного вопроса и нацелен на исследование только одной темы (например, на выявление садизма или педофилии).

Первым ставится «жертвенный» нейтральный вопрос, за которым следует очередной нейтральный, два контрольных (неисключающий и внетемный контрольные вопросы), релевантный (проверочный) и еще один контрольный (контрольный вопрос комплекса вины) и нейтральный вопросы.

Неисключающий контрольный вопрос (НКВ) касается темы обследования и не отделен от нее ни грамматической конструкцией, ни временным интервалом. Например, если оценивается наличие у подэкспертного педофильных фантазий, то релевантный вопрос может звучать следующим образом: «У вас когда-нибудь были фантазии о сексуальных контактах с девочками?», а НКВ: «У вас когда-нибудь были фантазии о сексуальных контактах с детьми?»

Внетемный контрольный вопрос (ВТКВ) нацелен на выявление событий, которые являются более значимыми для обследуемого лица, чем проверочные или иные контрольные вопросы. Например: «Вы опасаетесь, что я спрошу вас о чем-либо, что мы не обсуждали?», «У вас есть проблема, которая Вас волнует больше, чем результаты обследования?».

Контрольный вопрос комплекса вины (КВКВ) касается темы расследования, но является вымышленным. Например: «Вы занимаетесь распространением детской порнографической продукции?». Данный вопрос необходим для того, чтобы оценить способность реагировать на вымышленное событие для выявления уровня эмоциональной напряженности. Если обследуемый реагирует на все контрольные вопросы или же на часть контрольных, в том числе на КВКВ, то это свидетельствует о неадекватном эмоциональном состоянии подэкспертного ситуации обследования или же о попытках противодействия тестированию.

*Алгоритм 2.* Второй алгоритм более сложный, но получаемые с помощью него данные оказываются достовернее, нежели при использовании первого способа. Для удобства описания действий полиграфолога приведем пример. У подэкспертного при предъявлении первого теста визуальной стимуляции были получены реакции на педофильный стимул, а при предъявлении второго теста реакции на этот же тематический стимул не возникли. Схожие данные были получены и при предъявлении двух скрининговых тестов: только в одном из этих тестов были выявлены

существенные физиологические изменения при предъявлении педофильного стимула. В описанной ситуации полиграфолог не может принять вероятностное решение о наличии или отсутствии у подэкспертного эмоционально значимых изменений при предъявлении педофильных стимулов, и требуется использование дополнительных тестов.

Для точной параклинической диагностики используется психологический прием, нацеленный на создание целевой установки, которая касается уже не педофильной тематики, а любой другой аномальной сексуальной формы активности. Для этого с подэкспертом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются такие аномальные сексуальные предпочтения, как садистические формы активности (речь о реакциях на педофильные стимулы не идет вовсе). Этим дается ложная установка на то, что в ходе тестирования возникли существенные изменения при предъявлении садистического стимула. С целью закрепления целевой установки предъявляется «Тест оценки значимости версий», результаты которого в дальнейшем никак не анализируются. Данный тест содержит проверочный вопрос, касающийся садистической активности.

В последующем подэксперту предъявляется «Тест смешанного типа», описание которого имеется в литературе (Оглоблин С.И. с соавт., 2004). Он содержит два проверочных вопроса: первый касается садистической тематики, второй – педофильной. В том случае, если реакции на «навязанный» (садистический) стимул будут выше реакций на педофильный стимул, то дается вероятностное заключение об отсутствии значимости для обследуемого лица педофильной тематики. Если реакции на «навязанный» (садистический) стимул будут меньше реакций на педофильный стимул, то дается вероятностное заключение о наличии значимости для обследуемого лица педофильной тематики.

В случаях противодействия необходимо использовать тест, относящийся к методике контрольных вопросов, который оказывается

достаточно эффективными, когда речь идет об обследовании психопатических личностей, нарушающих инструкции в ходе тестирования.

Наиболее распространенный способ противодействия, встречающийся в экспертной практике, – создание помех с помощью кашлевых движений и глубоких вдохов. В этих случаях применяется «Silent-test» («Тест молчаливых ответов»). Структура данного теста совпадает со структурой любого другого теста, но подэкспертному перед прохождением тестирования дается инструкция «отвечать на вопросы мысленно и правдиво».

#### *Анализ данных*

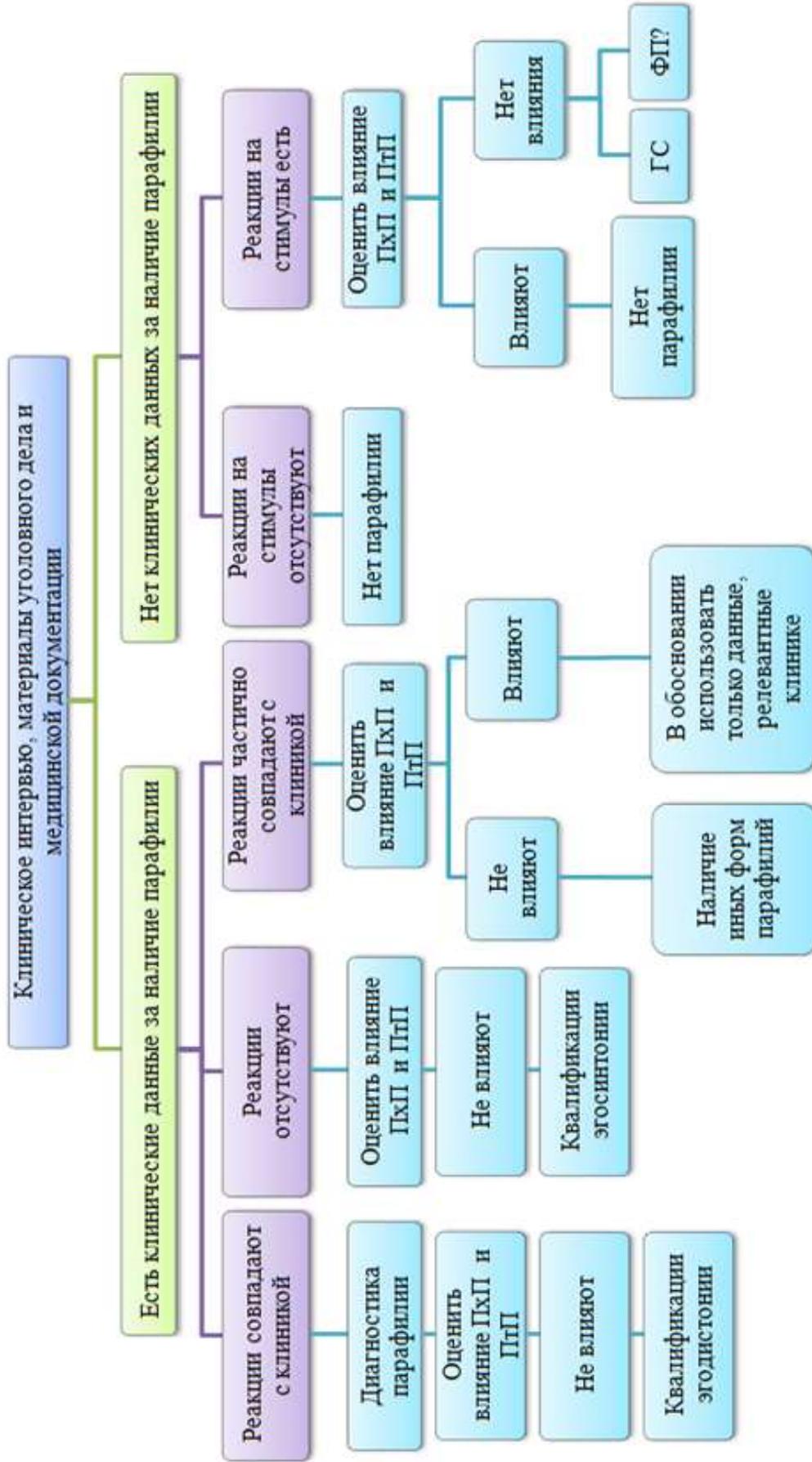
При анализе полиграмм полиграфологу следует прибегать к метрическому анализу, как математически более точному методу. Он подробно описан в русскоязычной литературе (Оглоблин С.И. с соавт., 2004).

#### *Интерпретация данных*

При интерпретации данных возникает ряд существенных затруднений, поскольку результаты зависят от ряда факторов, в т.ч. психопатологических.

Основной проблемой интерпретации является отграничение сексуального возбуждения от неспецифического. Психофизиологические реакции часто отражают реакцию на новизну стимула, и испытываемые при этом эмоции больше, чем собственно сексуальное возбуждение (Zucherman M., 1972). Известно, что многие аспекты половой жизни по своей природе эмоциональны и могут активироваться или модулироваться другими эмоциями, поэтому сексуальное возбуждение может возникать в результате цепочки эмоциональных процессов, для которых стимульными событиями служат другие сексуальные или несексуальные эмоции (Frijda N.H., 1988).

Таким образом, связь между стимулами и реакцией изменчива, и она осуществляется при участии посредников. Однако роль таковых играют не только эмоциональные, но и когнитивные процессы. Вариативность связи зависит от сексуального анамнеза, текущего состояния, активности организма и контекста, в котором воздействует стимул (Frijda N.H., 1986).



**Схема 1.** Алгоритм интерпретации данных психофизиологического исследования. ПхП – психопатологические, ПтП – патопсихологические особенности, ГС – гиперролевой синдром, ФП? – формирование парафиллии?

Для того, чтобы повысить достоверность результатов криминалистами предлагается проводить несколько тестов, направленных на установление знания одного и того же частного или общего признака правонарушения (Оглоблин С.И. с соавт., 2004).

Полученные с помощью полиграфа данные, также существенным образом обусловлены влиянием актуального психического состояния обследуемого, поэтому они должны оцениваться с учетом психического состояния подэкспертного. Ниже приведен алгоритм принятия решения (Схема 1).

### *Заключение*

В исследовательской части заключения указываются особенности поведения тестируемого в ходе предтестовой беседы и регистрации физиологических реакций, набор используемых методики и тестов (в приложение выносятся структура самих тестов с вопросами в той последовательности, в какой они предъявлялись в ходе обследования), способ анализа полиграмм и вероятность принятия решения. При описании полученных результатов вписываются те вопросы, на которые были получены значимые реакции, указывается характер ответа на них и достоверность выделения значимого стимула.

В заключительной части приводится медицинская квалификация тех стимулов, на которые были получены значимые физиологические изменения (Приложение).

Следует отметить, что ценность психофизиологического обследования не исчерпывается только диагностическим его значением. ОИП с успехом применяется как метод контроля состояния правонарушителя в процессе лечения. G.Baranowski (1998) считает, что цель лечения правонарушителей, совершивших сексуальные действия с детьми, состоит в том, чтобы научить их управлять своим поведением для ухода от ситуаций высокого риска через идентификацию решений и событий, которые предшествуют им и через

исправление их когнитивных искажений. Для этого врач должен получить правдивую информацию о сексуальной истории (совершенных аномальных сексуальных действиях) с использованием полиграфического обследования.

На примере обследования сексуальных правонарушителей в штате Аризона показано, что рецидивность среди лиц, проходивших лечение параллельно с полиграфическим исследованием, составила 1,5%, а среди тех, кто не лечился и не подвергался полиграфическому обследованию – 94%. Р.Neil с соавт. (2000) указывали, что для правильного подсчета рецидива сексуальных насильственных действий нужно не только длительное наблюдение, но и полиграфическое обследование, при регулярном проведении которого частота обмана уменьшается с 61.5 % до 38.5 %. Кроме того, применение тестирования на полиграфе в ряде случаев позволяет выявить у лиц с парафилиями те формы аномальных сексуальных предпочтений, которые ранее не были диагностированы (Cooley-Towell S. с соавт., 2000), что в целом позволяет дифференцировано подойти к оценке общественной опасности сексуальных правонарушителей.

Таким образом, с учетом полученных результатов психофизиологическое исследование следует рекомендовать использовать не только в рамках производства комплексных сексолого-психиатрических экспертиз, но также проводить его лицам, совершившим сексуальные преступления и проходящим принудительное лечение.

## ГЛАВА 6

### Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций

По мнению В.Б.Первомайского (2000), ключом к пониманию содержательной стороны психологического критерия «вменяемости» является систематизация представлений о соотношении понятий «сознание» и «самосознание» с континуумом понятий: психика – сознание – самосознание – Я-концепция – критика. Перевод терминов юридического критерия на психологический язык подразумевает понятия «свободы выбора», критичности, «принятия решений» (Симоненкова М.Б., 1986; Кудрявцев И.А., 1999; Сафуанов Ф.С., 2003; Корнилова Т.В., 2003). Задачей экспертов, таким образом, становится поиск тех психопатологических и психосексуальных эквивалентов психологических понятий, которые способны играть роль опорных пунктов для комплексной судебной оценки. Определение вклада психосексуальных расстройств в дизрегуляцию поведения в юридически значимых ситуациях, связанных с сексуальным поведением, становится необходимой задачей при экспертной оценке, поскольку способно облегчить аргументированное обоснование экспертных выводов (Яковлева Е.Ю., 2010). В схематичном виде можно предложить следующие варианты экспертной значимости сексологических расстройств при экспертной оценке в виде ограниченной вменяемости.

*Первостепенное значение* – экспертом-сексологом диагностируется психосексуальное состояние, которое определяет нарушение осознанно-волевой регуляции поведения в момент правонарушения, а экспертом-психиатром констатируется отсутствие психического расстройства или диагностируется психическое расстройство, либо не имеющее экспертного значения, либо играющее второстепенную (патогенетическую, патопластическую или патокинетическую) роль в реализации и оформлении парафильного влечения.

*Паритетное значение* для обоснования экспертного решения – каждым из экспертов (психиатром и сексологом) диагностируются расстройства, феномены которых в равной степени нарушают осознанно-волевую регуляцию поведения;

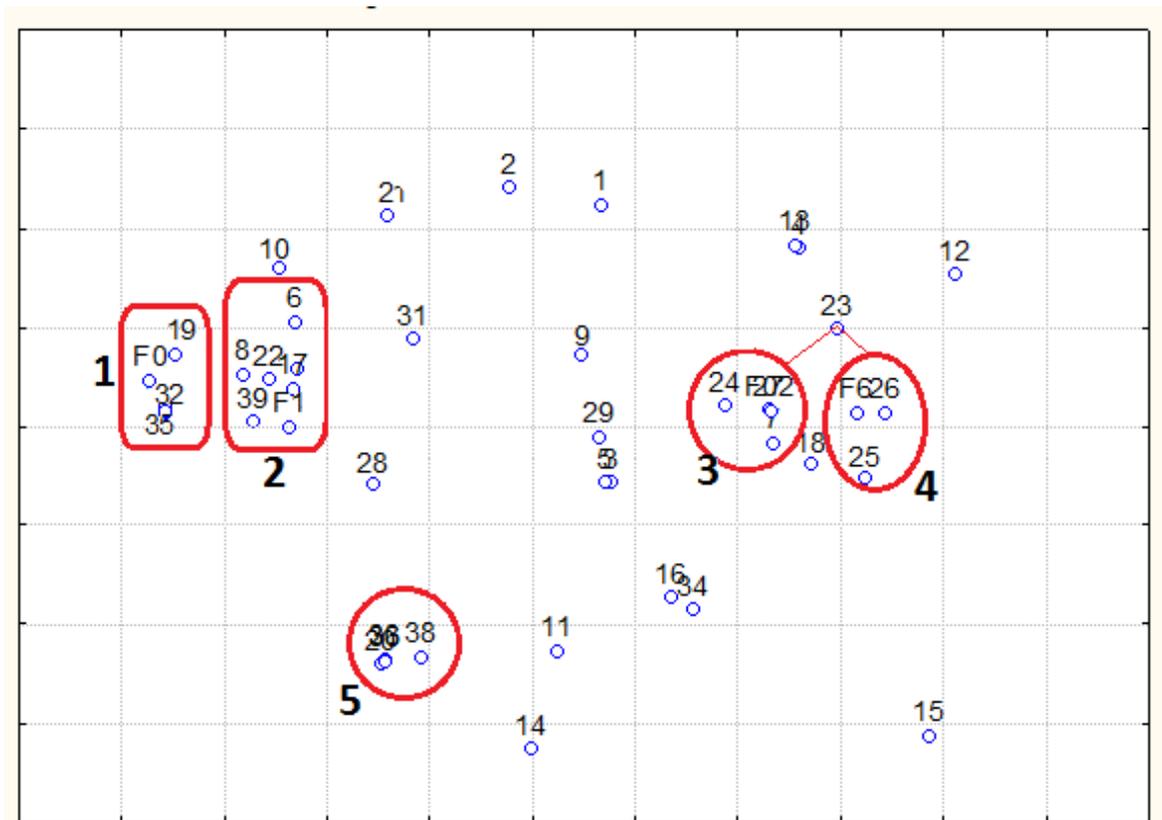
*Второстепенное значение* – экспертом-сексологом квалифицируется психосексуальное состояние, приобретающее свою релевантность только за счет патогенетической роли в развитии расстройств (психического, психосексуального), определяющих экспертную оценку в виде ограниченной вменяемости, или характеризует содержательную сторону поведения в момент правонарушения.

*Отсутствие значения* для экспертного решения – квалификация экспертом-сексологом психосексуального состояния, не имеющего релевантности в анализируемой юридически значимой ситуации.

### **Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при негативном типе реагирования самосознания**

В исследуемой подгруппе большая часть подэкспертных были признаны *ограниченно вменяемыми* (45,8%). При анализе осознанно-волевой регуляции лиц с негативным типом реагирования самосознания было выделено несколько экспертно-значимых совокупностей клинических параметров для квалификации ограниченной вменяемости.

В один из таких кластеров вошли случаи, в которых коморбидная органическая психическая патология наравне с клиническими проявлениями сексуальной аддикции имела *паритетное экспертное значение* (Рис. 1, Кластер 5). В клинической картине психического расстройства ведущее место занимали аффективные расстройства у лиц с аффективным органическим синдромом, в структуру которого входили эмоциональная лабильность, дисфорические расстройства.



**Рис. 1.** Экспертное значение психических и сексуальных расстройств для принятия решения об ограниченной вменяемости.

У подэкспертных отмечалось появление аномальных эротических представлений, от которых они без затруднений могли отвлечься и прекратить аутохтонно возникающее фантазирование, прибегая к различным стратегиям совладания. Однако в тех случаях, когда фантазии возникали на эмоционально измененном фоне в виде дисфорических состояний, волевая регуляция поведения была снижена, в результате чего возникающие сексуальные побуждения реализовывались. Таким образом, экспертное значение принимали обсессивные фантазии, сопряженные с дисфорическими нарушениями.

В случаях ограниченной вменяемости экспертное значение также имело сочетание двух видов аддиктивного расстройства – химической и сексуальной аддикций, когда реализация парафильных представлений осуществлялась на фоне простого алкогольного опьянения лицами с синдромом зависимости (Рис. 1, Кластер 2).

Т.В.Клименко (2005) отмечает, что при простом алкогольном опьянении на момент правонарушения должен проводиться анализ психических расстройств, развившихся под влиянием алкогольной интоксикации, и обстоятельств возникновения состояния опьянения в их причинно-следственной совокупности: 1) произвольность приема вещества; 2) осведомленность о действии употребляемого вещества; 3) наличие предшествующего субъективного опыта по употреблению данного вещества; 4) связь факта приема вещества с какими-либо иными психическими расстройствами (компульсивное патологическое влечение к алкоголю, депрессивное состояние и т.д.). Так, предшествующий субъективный опыт алкогольного опьянения у психически здорового лица может существенно отличаться от эффекта употребления алкоголя на фоне временного депрессивного состояния у этого же человека, что может влиять на экспертную оценку.

У подэкспертных химическая аддикция была представлена синдромом зависимости от алкоголя первой и второй стадии. На фоне алкогольной интоксикации возникали навязчивые эротические представления, и противоправное деяние совершалось в состоянии опьянения. Само поведение отличалось импульсивностью, когда при виде объекта сексуального влечения девиантные побуждения тут же реализовывались без предварительного периода борьбы с ними. Подэкспертные перед потреблением спиртного осознавали, что алкоголь не только спровоцирует появление аномальных фантазий, но также прогнозировали возрастание силы побуждений и необходимость больших волевых усилий для сдерживания влечения. Несмотря на это, в силу имеющейся зависимости от алкоголя они употребляли спиртное. Таким образом, в данных случаях следует говорить о взаимовлиянии на волевою регуляцию поведения разных видов аддиктивного поведения.

Паритетное значение для экспертной оценки имело сочетание сексуальной аддикции и расстройств личности или органического расстройства личности, связанного с эпилепсией (Рис. 1, кластер 3 и 4). В обоих случаях в клинической картине расстройств сексуального предпочтения отмечалось сочетание обсессивных и компульсивных нарушений, о чем свидетельствует наличие связи обоих кластеров с обсессивно-компульсивным характером влечения (Рис. 1, связь с параметром «18»:  $r=0.43/0.53$  при  $p < 0,05$ ). Аутохтонно появляющиеся фантазии нарастали по своей интенсивности, что сопровождалось присоединением эмоциональной напряженности. В совокупности с личностными и психопатоподобными расстройствами это оказывало влияние на волевую регуляцию, ослабляя ее. Реализация парафильных побуждений происходила в состоянии аффективного сужения сознания (Рис. 1, связь обоих кластеров с параметром «23»:  $r=0.27/0.34$  при  $p < 0,05$ ), что сопровождалось гипестезией зрения/слуха и легкими явлениями аутопсихической деперсонализации в виде утраты сознания собственной активности. Последний феномен, в соответствии с представлениями психиатров (Жмуров В.А., 2002), относится к явлениям психической анестезии. Подэкспертные отмечали, что в момент деликта их поведение им «казалось автоматизированным», «запрограммированным», они действовали «как роботы». Указанные признаки психической анестезии не сопровождались чувством сделанности и ощущениями внешнего воздействия, которые отмечались при более глубоких нарушениях самосознания в других клинических подгруппах.

Коморбидная *психическая патология* также могла иметь и *первостепенное значение* (Рис. 1, Кластер 1). В этих случаях отмечалось прогредиентное течение органической психической патологии, когда к уже имеющимся психическим расстройствам, представленным церебрастеническими, астено-вегетативными нарушениями, присоединялись

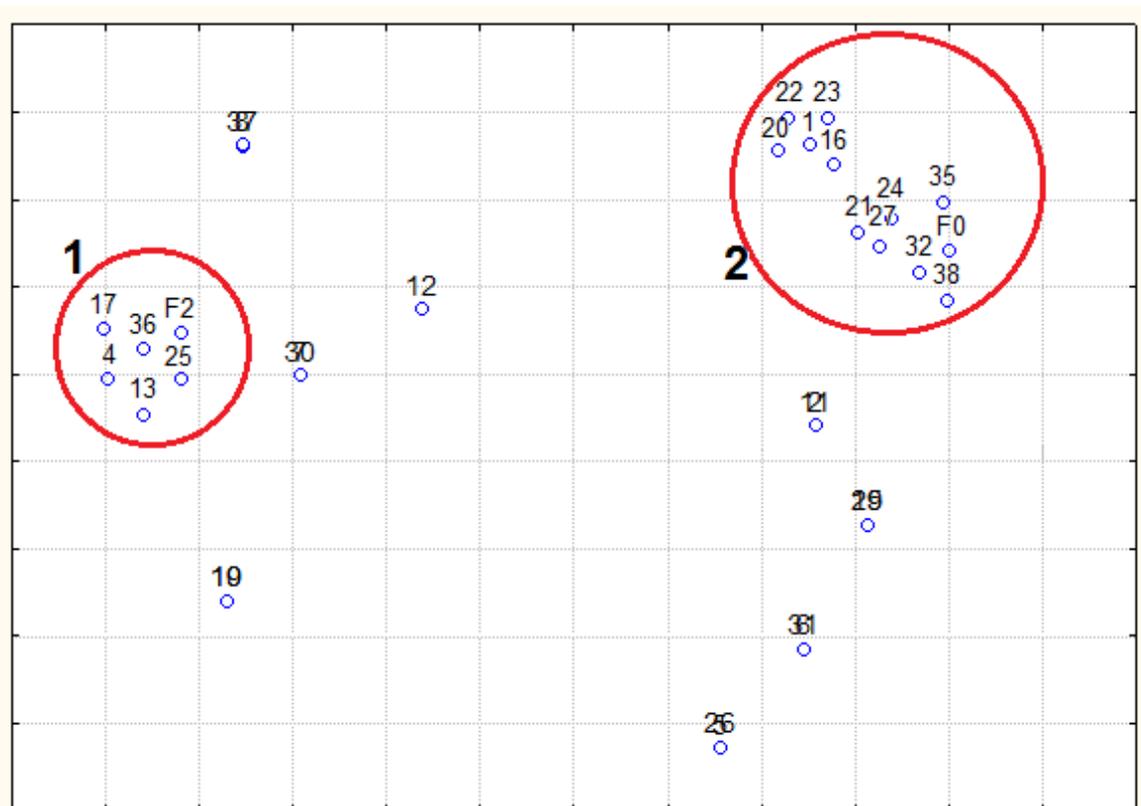
психопатоподобные, которые и имели ведущее экспертное значение в плане ограничения волевой регуляции поведения.

20,8% подэкспертных было признано *невменяемыми*. В данных случаях *первостепенное экспертное значение* принимала коморбидная *психическая патология*.

В рамках эндогенной психической патологии (Рис. 2, Кластер 1), представленной преимущественно психопатоподобной шизофренией, аномальные эротические фантазии, как и у прочих подэкспертных, возникали аутохтонно и были навязчивыми. Однако сила побуждений была существенно выше (в отличие от лиц с другой психической патологией), и подэкспертные воспринимали обсессивные представления как «овладевающие» ими и препятствующие осуществлению обычной деятельности. В момент реализации парафильных фантазий появлялись признаки психической анестезии. Таким образом, психическая патология оказывала патопластическое влияние на сексуальные аддикции, обуславливая особенности психопатологического оформления эротического фантазирования и реализации.

Как и при ограниченной вменяемости, экспертное значение имело прогрессивное течение органической психической патологии (Рис. 2, Кластер 2). Эскульпированных подэкспертных отличало то, что по мере динамики расстройства сексуального предпочтения происходила постепенная утрата критического отношения к парафилии, и на момент производства экспертизы можно было говорить о гипнозогнозии. Кроме того, наблюдался рост патосексуальной толерантности, у подэкспертных имело место учащение появления не только аномальных сексуальных фантазий, но также возрастала частота их реализаций, что свидетельствует о снижении волевого контроля. В этих случаях противоправное поведение совершалось независимо от времени суток и учета ситуации, на фоне дисфорических расстройств, которым

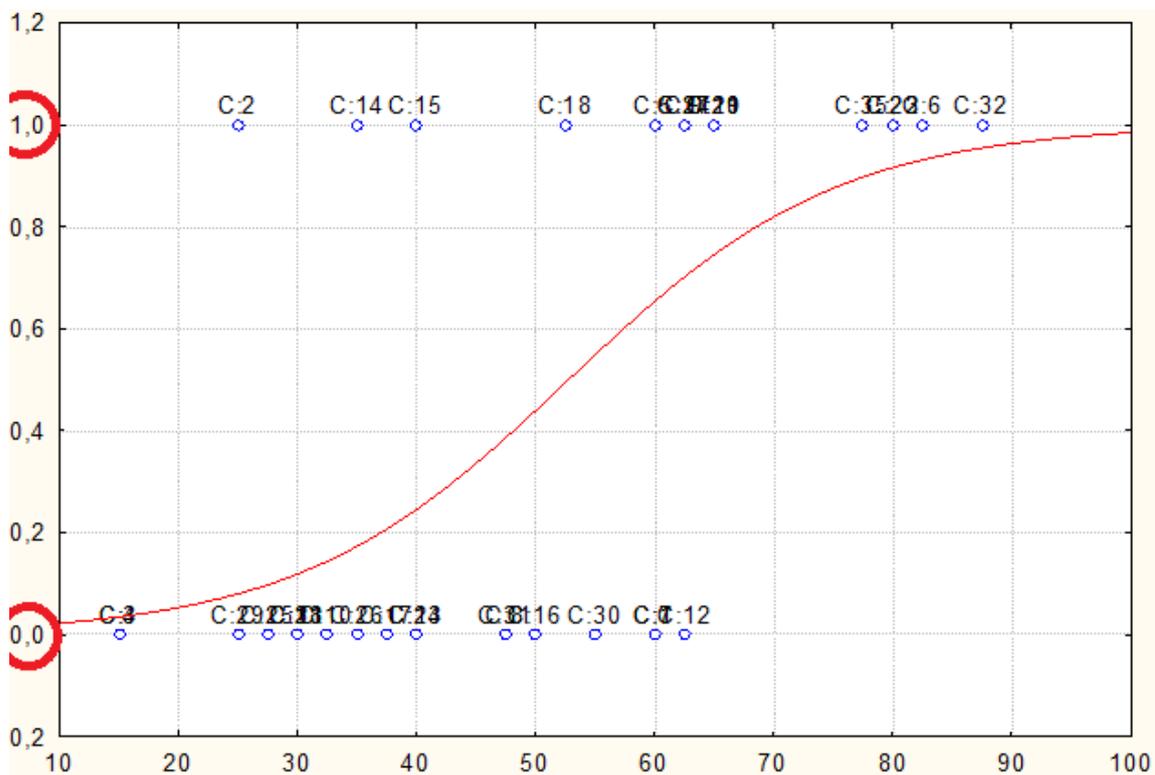
сопутствовали аффективное сужение сознания, импульсивность реализаций парафильного влечения.



**Рис. 2.** Экспертное значение психических и сексуальных расстройств для принятия решения об экскульпации.

С целью оценки интенсивности навязчивых переживаний была использована клиническая «Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна». В соответствии с полученными результатами среди невменяемых превалировали 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 высоко вероятной связи между выраженностью обсессивных и волевых нарушений у лиц с сексуальной аддикцией (рис. 3).

Описанные клинико-психопатологические особенности при негативном типе реагирования самосознания у лиц, признанных ограниченно вменяемыми и невменяемыми, были сопоставлены с результатами нейрофизиологического исследования.



**Рис. 3.** Связь между обсессивными и волевыми нарушениями ( $p=0,0001$ ). На графике под цифрой «1,0» обозначены экскульпированные подэкспертные, «0,0» – вменяемые и ограниченно вменяемые лица. График показывает, что чем выше балл обсессивно-компульсивных расстройств (ось абсцисс), тем больше выражены волевые нарушения – признание подэкспертного невменяемым (ось ординат).

Экспертная оценка состояния правонарушителя в момент совершения им общественно опасного деяния включает в себя мнения экспертов разных специальностей, которое основывается на результатах клинического (психиатрического и сексологического) и психологического анализа состояния подэкспертного на момент деликта, а также в настоящий период времени с последующей экстраполяцией презентального психического состояния на период противоправного деяния.

В связи с этим невозможно проводить прямые аналогии между экспертной оценкой и данными биологических исследований. Тем не менее, посредством сопоставления клинических данных и результатов нейрофизиологических, нейрохимических исследований, выявления связей между получаемыми характеристиками разных исследований, становится

возможным выделение объективных критериев нарушений регуляции поведения.

Полученные при нейрофизиологическом исследовании данные позволяют дополнить клинические критерии экспертной оценки. Так, выявленный у лиц с негативным типом реагирования высокий уровень активации в лобных и центральных отделах был связан с обсессивными нарушениями, на что указывает наличие корреляции между их выраженностью, определяемой по Шкале Йеля-Брауна, и амплитудой потенциалов в лобных отделах ( $r=-0.71$ ,  $p=0.05$ ).

Как отмечалось выше, уровень активности данного отдела головного мозга на первом этапе подготовки к выполнению антисаккады у лиц с негативным типом реагирования выше, чем в группе нормы. Такая особенность топографии потенциалов позволяет не только объективно оценить степень обсессивных нарушений, но и косвенно свидетельствует о волевой регуляции. Об этом говорят результаты анализа, выявившего связи между обсессивными и волевыми нарушениями, с одной стороны, и между обсессивными расстройствами и активностью лобных отделов – с другой.

Результаты нейрхимического исследования, отражающие дисфункцию трансмиссерных систем, также были связаны с некоторыми клиническими проявлениями сексуальных аддикций, имеющими экспертное значение. Неотвязность сексуальных представлений и аддиктивная рефрактерность, то есть осуществление повторного парафильного акта через короткий промежуток времени вследствие появления навязчивых эротических побуждений, коррелировали с повышенной концентрацией норадреналина и серотонина ( $p=0,009$ ). Кроме того, степень обсессивных нарушений, определяемая по Шкале Йеля-Брауна, также оказалась связана с концентрацией серотонина ( $r=-0.59$ ,  $p=0.05$ ) и в меньшей степени норадреналина ( $r=-0.41$ ,  $p=0.05$ ). Наличие отрицательной связи вполне объяснимо, поскольку недостаточность серотонина вследствие повышенной

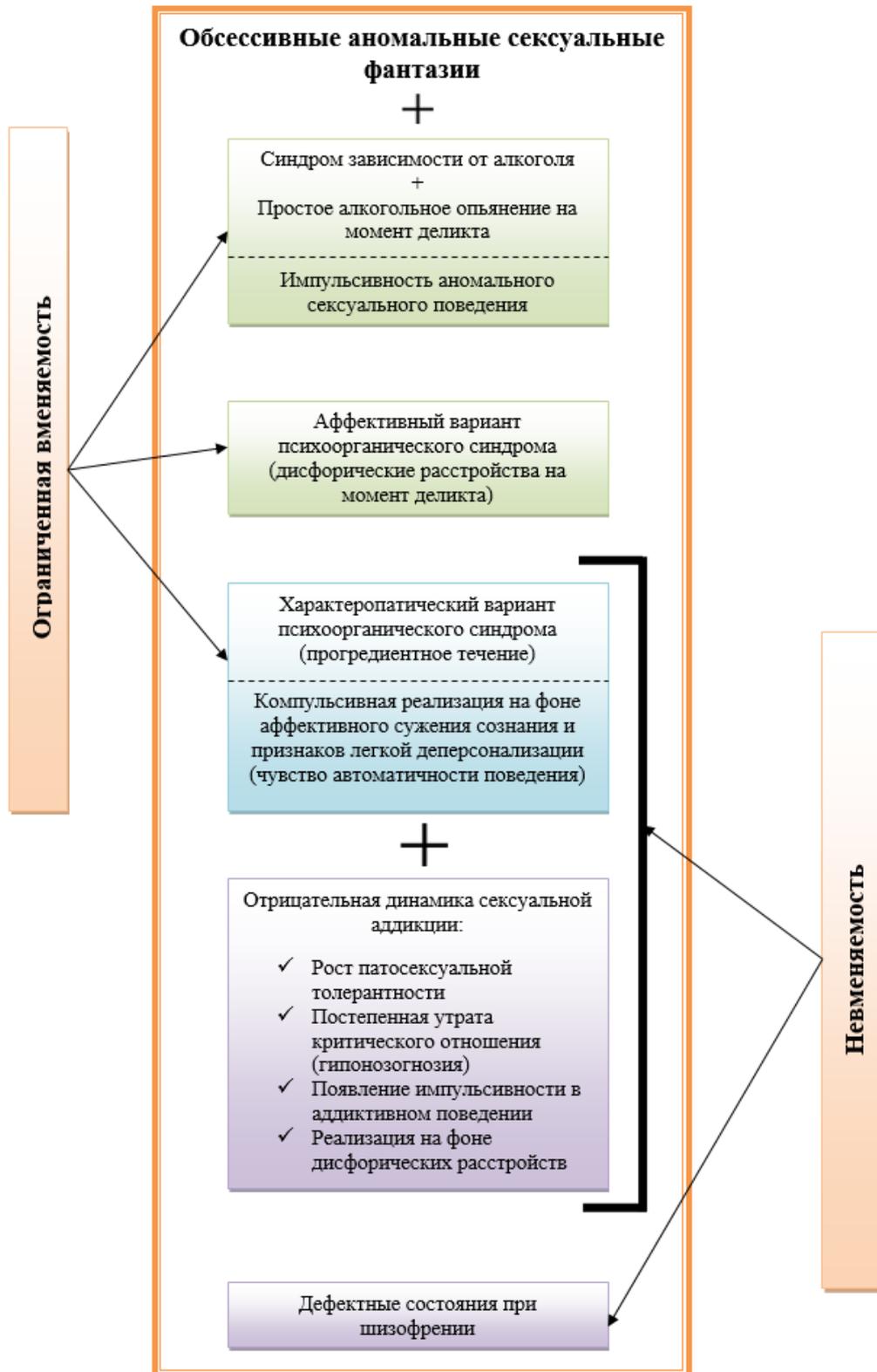
активности системы обратного его захвата является патогенетическим звеном обсессивно-компульсивных расстройств (HDC, 2017).

Ранее проведенные исследования также указывают, что в основе обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) лежат нарушения взаимодействия орбитофронтальной коры и базальных ганглиев. Процесс передачи между нейронами контролируется серотониновой системой, а ОКР развивается в результате функциональной недостаточности этих связей (IOCDF, 2017). В тоже время при ОКР отмечается повышенный метаболизм в префронтальной коре (Park S.E. с соавт., 2016).

Таким образом, при принятии экспертного решения для лиц с негативным типом реагирования самосознания имеет значение оценка волевой составляющей регуляции поведения. Если ее ограничение преимущественно обусловлено паритетным влиянием сексуальной и коморбидной психической патологии, то при экскульпации подэкспертных первостепенное значение принимает психическая патология – шизофренического спектра и прогрессивное течение органической психической патологии в совокупности с негативной динамикой сексуальной аддикции.

В клинической картине сексуальных аддикций экспертное значение имели нарушения когнитивной составляющей самосознания в виде обсессивных эротических фантазий и эмоциональной компоненты в виде дисфорических расстройств. Несмотря на распространенность эмоциональных нарушений, они имели экспертное значение в ограниченном числе наблюдений при квалификации ограниченной вменяемости. Результаты нейробиологических исследований указывают на возможность объективного подхода к экспертной оценке: степень обсессивных нарушений, влияющих на волевою регуляцию поведения, оказывается тесно связана с повышенной активностью лобного отдела и концентрацией серотонина и норадреналина.

Ниже на схеме представлена модель судебно-психиатрической оценки (Схема 1).



**Схема 1.** Судебно-психиатрическая оценка при негативном типе реагирования самосознания

### **Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при интактном и позитивном типах реагирования самосознания**

В исследуемой подгруппе большая часть подэкспертных была признана *ограниченно вменяемыми* (43,2%). При анализе осознанно-волевой регуляции было выделено несколько экспертно значимых совокупностей.

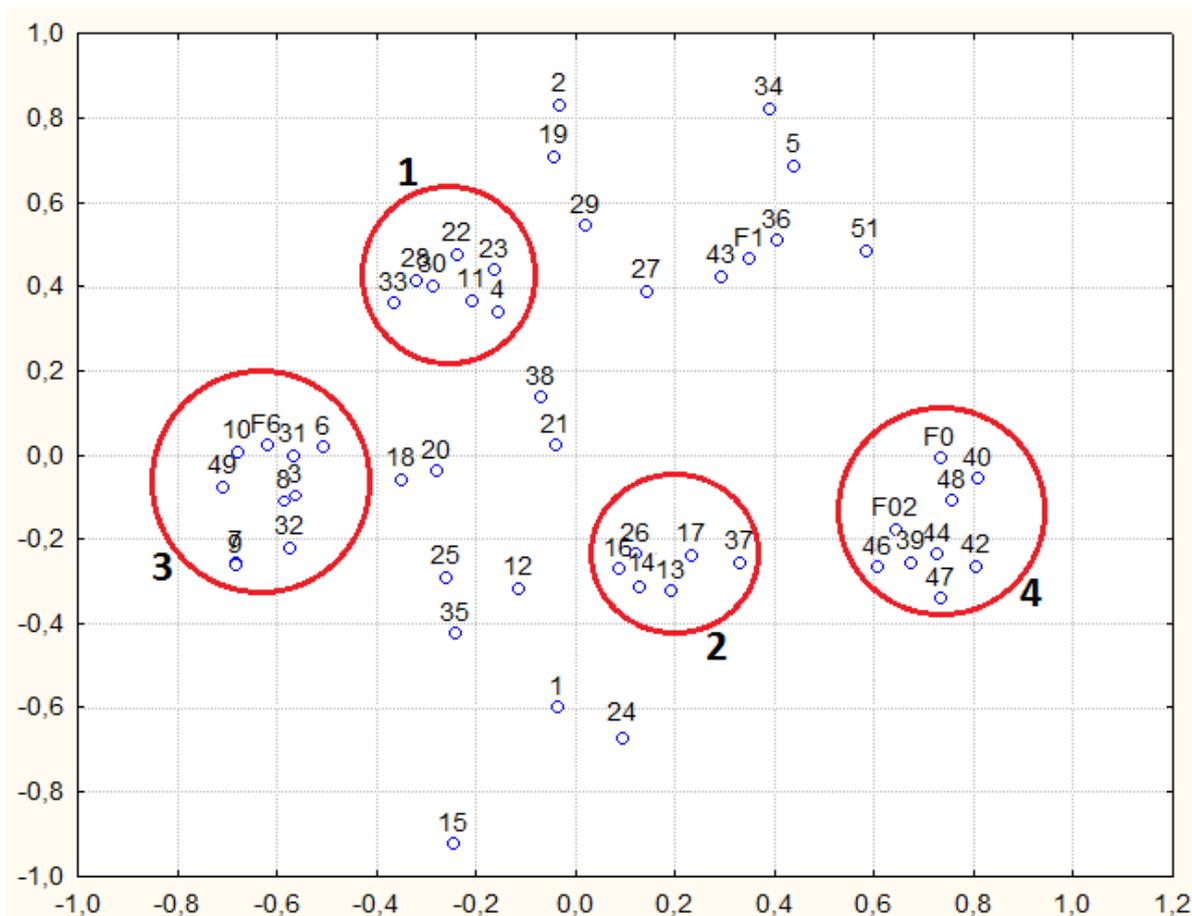
При ограниченной вменяемости клинические признаки *сексуальной аддикции* в некоторых случаях имеют *первостепенное значение*. В первую очередь это касается случаев негативной динамики психосексуального расстройства, когда у лиц с синтоническим отношением к влечению (при формальной нозогнозии) со временем эротические фантазии возникали не только произвольно, но и аутохтонно. Несмотря на прикладываемые волевые усилия, от девиантных представлений было трудно отвлечься, сексуальные побуждения воспринимались как навязчивые и труднопреодолимые. Компульсивная реализация аномального сексуального влечения протекала на фоне дисфорических или тревожных расстройств, что сопровождалось аффективным сужением сознания и легкими явлениями аутопсихической деперсонализации. Реализация изменяла эмоциональное состояние на короткий промежуток времени, и девиантные побуждения возникали вновь (Рис. 4, Кластер 1).

Во-вторых, в плане ограничения осознанно-волевой регуляции поведения имеет значение сочетание синтонического отношения к влечению, при котором наблюдается анозогнозия с импульсивностью поведения в ситуации противоправного деяния. В одних случаях при импульсивности нападение совершалось тут же после возникновения аномальных сексуальных побуждений без предварительной борьбы с ними при виде объекта сексуального влечения. В других наблюдениях аномальные сексуальные побуждения возникали уже в момент нападения на саму жертву, в то время как на предкриминальном этапе сексуальный мотив не был представлен в сознании: при виде жертвы подэкспертные начинали ее

преследовать, не осознавая цели самой слежки. Кроме этого, для этой когорты лиц было характерно отсутствие копингового поведения. Наряду с этим отмечались признаки гетеросексуальной дезадаптации, когда подэкспертные либо не имели сексуальных партнеров, либо большая часть сексуальных контактов с нормативным объектом была неудачной (Рис. 4, Кластер 2).

При *паритетном экспертном значении психосексуальной и коморбидной психической патологии* было характерно сочетание расстройств личности и сверхценного характера влечения (Рис. 4, Кластер 3). Сексуальное влечение не являлось чуждым их личности, и можно было говорить о синтоническом отношении к расстройству сексуального предпочтения. Наряду с этим по мере динамики парафилии появлялись аддиктивные сверхценные увлечения, которые частично нарушали семейную и трудовую адаптацию, поскольку им уделялась значительная часть времени, что препятствовало выполнению социальных обязанностей. Кроме того, отмечалась негативная динамика сексуальной аддикции в плане роста патосексуальной толерантности на идеаторном и поведенческом уровнях.

Реализацию аномальных сексуальных побуждений облегчала имеющаяся личностная незрелость у лиц с психопатией, динамика которой имела ряд особенностей. Периоды компенсации отличались непродолжительностью, а декомпенсация возникала в связи с незначительными психотравмирующими факторами. Социальная адаптация таких больных была нестойкой, часто возникали конфликтные ситуации и внутри семьи, и с коллегами по работе. На этом фоне формировались эмоциональные расстройства, отмечались суицидальные попытки, являвшиеся поводом для госпитализаций в психиатрические учреждения. Появление аномальных сексуальных фантазий было сопряжено с изменениями настроения по типу депрессивного или дисфорического.



**Рис. 4.** Экспертное значение психических и сексуальных расстройств для принятия решения об ограниченной вменяемости.

Таким образом, экспертное значение имело синтоническое отношение к влечению, сверхценный его характер, рост патосексуальной толерантности, который отражал ослабление волевых ресурсов, наряду с расстройством личности средней степени тяжести<sup>22</sup>.

Коморбидная психическая патология могла иметь самостоятельное значение при квалификации ограниченной вменяемости (Рис. 4, Кластер 4). В основном это касалось лиц с органическими психическими расстройствами смешанного генеза или обусловленными эпилепсией. В данных случаях психопатологические признаки прогрессивного течения психического расстройства определяли нарушения осознанно-волевой регуляции.

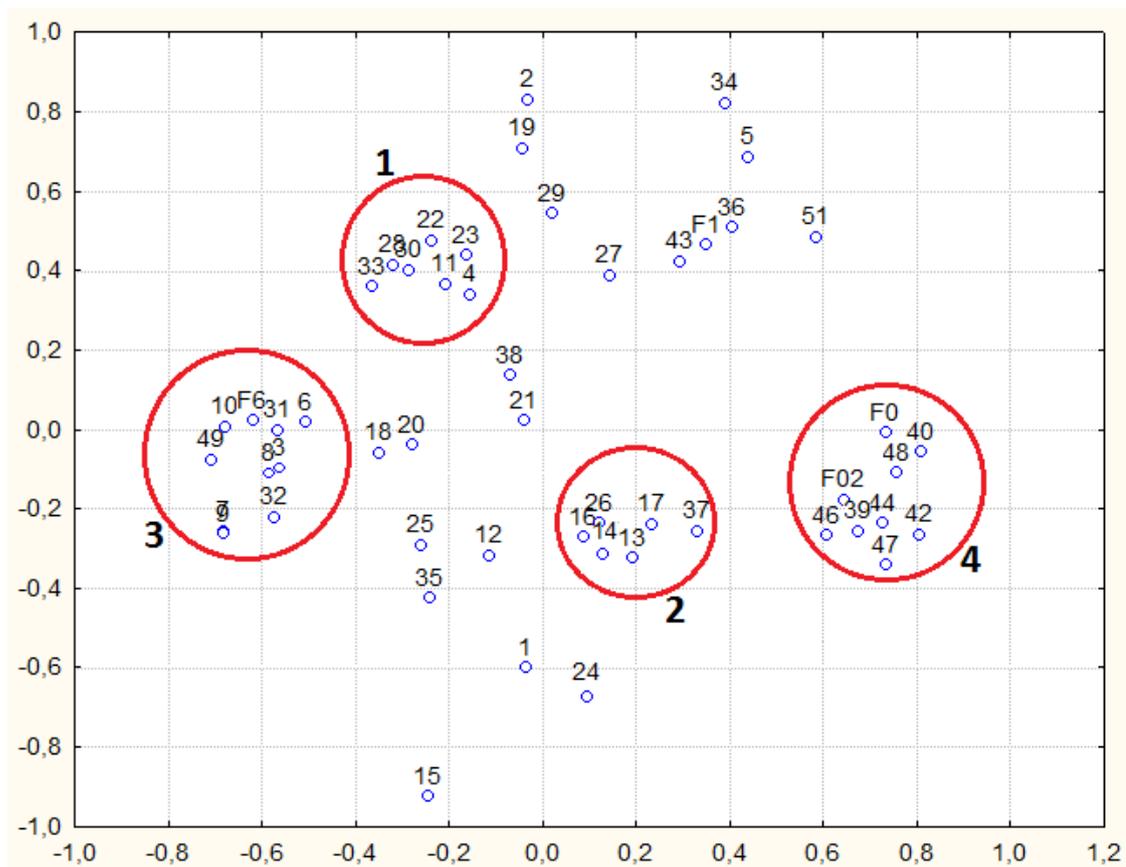
<sup>22</sup> Ранжирование по степени тяжести психопатий заимствовано из классификации, предложенной А.Е.Личко (1985), учитывающей стойкость и длительность периодов компенсации расстройства. Необходимость клинического анализа периодов декомпенсации при принятии экспертного решения ранее отмечена Б.В.Шостаковичем (1971).

Наблюдались те же особенности динамики коморбидной патологии, которые описаны выше при негативном типе реагирования самосознания.

37,8% подэкспертных было признано *невменяемыми*. Следует выделить два кластера (Рис. 10, Кластер 1 и 2), в которых *психосексуальная и коморбидная психическая патология имели паритетное значение для экскульпации*.

В первом случае клинические закономерности были сходны с уже описанными на когорте ограниченно вменяемых лиц, когда экспертное значение имели сверхценный характер влечения и эмоционально-волевые нарушения в рамках расстройств личности (Рис. 5, Кластер 1). Тем не менее, у экскульпированных лиц отмечались свои особенности. С одной стороны, это касается отрицательной динамики сексуальной аддикции. Наряду с синтоническим отношением к влечению и со сверхценным его характером, когда у подэкспертных появлялись аддиктивные сверхценные увлечения, нарушавшие их социальную адаптацию, по мере динамики парафилии эротические фантазии начинали возникать аутохтонно и, несмотря на прикладываемые усилия, подэкспертные не могли отвлечься от девиантных представлений. После реализации эротических фантазий через короткий промежуток времени (в течение суток) они появлялись вновь, провоцируя совершение очередного девиантного акта.

С другой стороны, в клинической картине психопатий у больных отмечались стойкие периоды декомпенсации, в то время как компенсация была неполной и, как правило, непродолжительной, что сопровождалось социальной дезадаптацией. Периоды декомпенсации характеризовались дисфорическими и эндореактивными состояниями. В таких наблюдениях речь шла о тяжелой (глубокой) психопатии.



**Рис. 5.** Экспертное значение психических и сексуальных расстройств для принятия решения об экскупации.

Во втором случае (Рис. 5, Кластер 2) экспертное значение имели прогрессивное течение органического психического расстройства наряду с синтоническим отношением к влечению и компульсивной реализацией парафильных побуждений. В отличие от лиц с негативным типом реагирования самосознания при интактном типе борьба мотивов в рамках компульсивной реализации была связана с возможными негативными последствиями для собственной личности от реализации парафильных побуждений – перспективой привлечения к уголовной ответственности, а не с критическим отношением к парафилии. Борьба с влечением приобретала изнуряющий характер и сопровождалась присоединением тревожных и депрессивных расстройств, что способствовало истощению волевых возможностей личности с коморбидной психической патологией, в

клинической картине которой ведущее место занимали психопатоподобные расстройства.

При интактном/позитивном типе реагирования, также как и при негативном, эндогенная *психическая патология имела первостепенное экспертное значение*, будучи представленной вялотекущей психопатоподобной шизофренией или психопатоподобным типом дефекта при других формах процессуального заболевания (Рис. 5, Кластер 3). В отличие от негативного типа реагирования критическое отношение к сексуальной аддикции отсутствовало, парафильная реализация не сопровождалась периодом борьбы мотивов.

Отмечаемая у ограниченно вменяемых и экскульпированных подэкспертных негативная динамика сексуальной аддикции, характеризующаяся, в частности, ростом патосексуальной толерантности, вероятно, отражает слабость осознанно-волевой регуляции поведения за счет дисфункции префронтальной коры. Как было показано в нейропсихологических исследованиях, префронтальная кора участвует в процессах программирования, регуляции и контроля сознательной деятельности (Лурия А.Р., 2003; Хомская Е.Д., 2005). Нарушения критического отношения к психосексуальному расстройству, выявляемые у подэкспертных, увязываются с данными нейрофизиологического исследования, в которых было обнаружено снижение активности префронтальной коры в первом интервале анализа у лиц с интактным и позитивным типом реагирования самосознания по сравнению с группой сравнения. При проведении факторного анализа (логит-регрессии) были обнаружены связи между низкой активностью в лобно-центральных отведениях с ростом патосексуальной толерантности и снижением активности в лобных отведениях с нарушением критики ( $p \leq 0.05$ ). Хотя эти данные не позволяют дифференцировать ограниченно вменяемых и

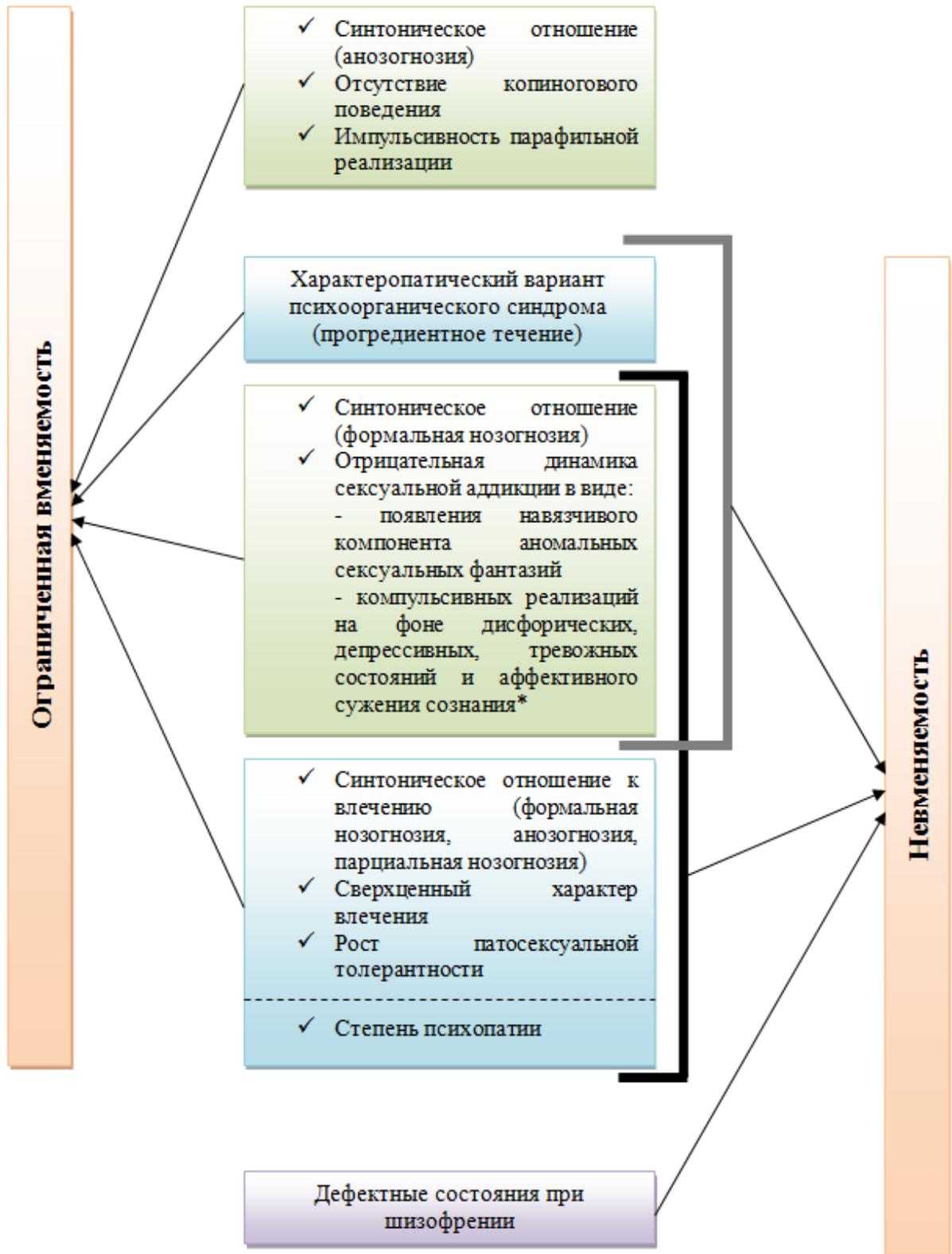
невменяемых подэкспертных, тем не менее, они отражают дисфункцию лобных отделов и, как следствие, нарушения регуляции поведения.

Таким образом, для принятия решения об ограниченной вменяемости особенности клинической картины сексуальной аддикции могут иметь первостепенное значение. Паритетное значение сексуальная и коморбидная психическая патология имеют в случаях принятия экспертного решения и в виде ограниченной вменяемости, и при невменяемости. Дополнительно в качестве объективного критерия нарушений осознанно-волевой регуляции поведения могут быть использованы данные нейрофизиологического исследования, отражающие снижение активности префронтальной коры (Схема 2).

В клинической картине сексуальных аддикций экспертное значение принимают нарушения всех трех компонент самосознания:

- ✓ когнитивной в виде нарушения критического отношения к парафилии, появления навязчивого компонента эротического фантазирования, роста патосексуальной толерантности на идеаторном уровне;
- ✓ эмоциональной в виде дисфорических, депрессивных и тревожных расстройств на момент деликта;
- ✓ поведенческой в виде сверхценных аддиктивных интересов, роста патосексуальной толерантности на поведенческом уровне, отсутствия копинг-стратегий.

В совокупности это обуславливало ограничение/нарушения осознанно-волевой регуляции поведения, влияя на интеллектуальный и волевой компоненты юридического критерия: на способность осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими.



**Схема 2.** Судебно-психиатрическая оценка при интактном/позитивном типе реагирования самосознания

## Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при глубоких нарушениях самосознания

### *Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при деперсонализации самосознания*

В исследуемой подгруппе большая часть подэкспертных подлежала *экскульпации* (79,2%), что их отличало от лиц с негативным и интактным типом реагирования самосознания ( $p < 0,001$ ).

При проведении многомерного шкалирования отмечалась высокая рассеянность клинических признаков сексуальной аддикции, которые были слабо связаны с коморбидной психической патологией. В связи с этим каких-либо кластеров не было выделено. Это обусловлено тем, что деперсонализационно-дереализационные феномены, которые были сопряжены с аддиктивной реализацией, отмечались при различной психической патологии и увязывались только с характером патологического влечения – компульсивным, компульсивно-импульсивным, обсессивно-императивным.

Таким образом, экспертное значение имели состояния нарушенного сознания. На предкриминальном этапе у подэкспертных отмечались разнообразные эмоциональные нарушения в виде депрессивных, амфитимических и протопатических расстройств, к которым присоединялось аффективное сужение сознания вплоть до его помрачения, что сопровождалось нарушением ориентировки в окружающей обстановке.

Деперсонализационные феномены были приурочены уже к криминальному периоду и представлены ощущением насильственности собственных действий, их отчужденностью вплоть до их сделанности, переживаниями, связанными с отсутствием мыслей, утратой эмоций, нарушениями восприятия времени и реальности.

В посткриминальном периоде наряду с устранением негативных эмоциональных переживаний появлялось чувство опустошенности,

астенические состояния, продолжительный сон, парциальная амнезия ситуации правонарушения.

У лиц, признанных *ограниченно вменяемыми* (20,8%), наблюдались те же закономерности: характер аддиктивного влечения принимал ведущее экспертное значение. На протяжении правонарушения отмечались состояния измененного сознания по типу его аффективного сужения, сопровождающиеся феноменами аутопсихической деперсонализации и иными диссоциативными феноменами, ограничивающими восприятие ситуации (гипестезия зрения, слуха, проприоцептивной чувствительности).

В отличие от экскульпированных подэкспертных среди ограниченно вменяемых совокупность деперсонализационно-дереализационных феноменов и палитра аффективных нарушений в каждом случае была менее богатой на всем протяжении аддиктивного акта. Отмечалось сочетание дереализационных феноменов (восприятие окружающего «как в тумане») с гипо- или гиперстезиями зрения и слуха. Аутопсихическая деперсонализация ограничивалась психической анестезией по типу чувства автоматизированности действий. Кроме того, в посткриминальном периоде подэкспертные запоминали и верно воспроизводили последовательность своих действий, а парциальная амнезия включала в себя запомывание коротких отрезков времени в момент правонарушения. Также астенические явления после деликта были менее выраженными, и если у экскульпированных лиц за криминалом следовал продолжительный сон, то у ограниченно вменяемых этого либо не наблюдалось, либо длительность сна соответствовала нормативной (7-8 часам).

Таким образом, при деперсонализации самосознания экспертное значение имели нарушения сознания на момент деликта и сопряженные с ними другие диссоциативные феномены, совокупность которых играла решающее значение для квалификации ограниченной вменяемости и невменяемости.

В клинической картине сексуальных аддикций экспертное значение принимают нарушения сознания и когнитивной (явления деперсонализации) и эмоциональной компонент самосознания.

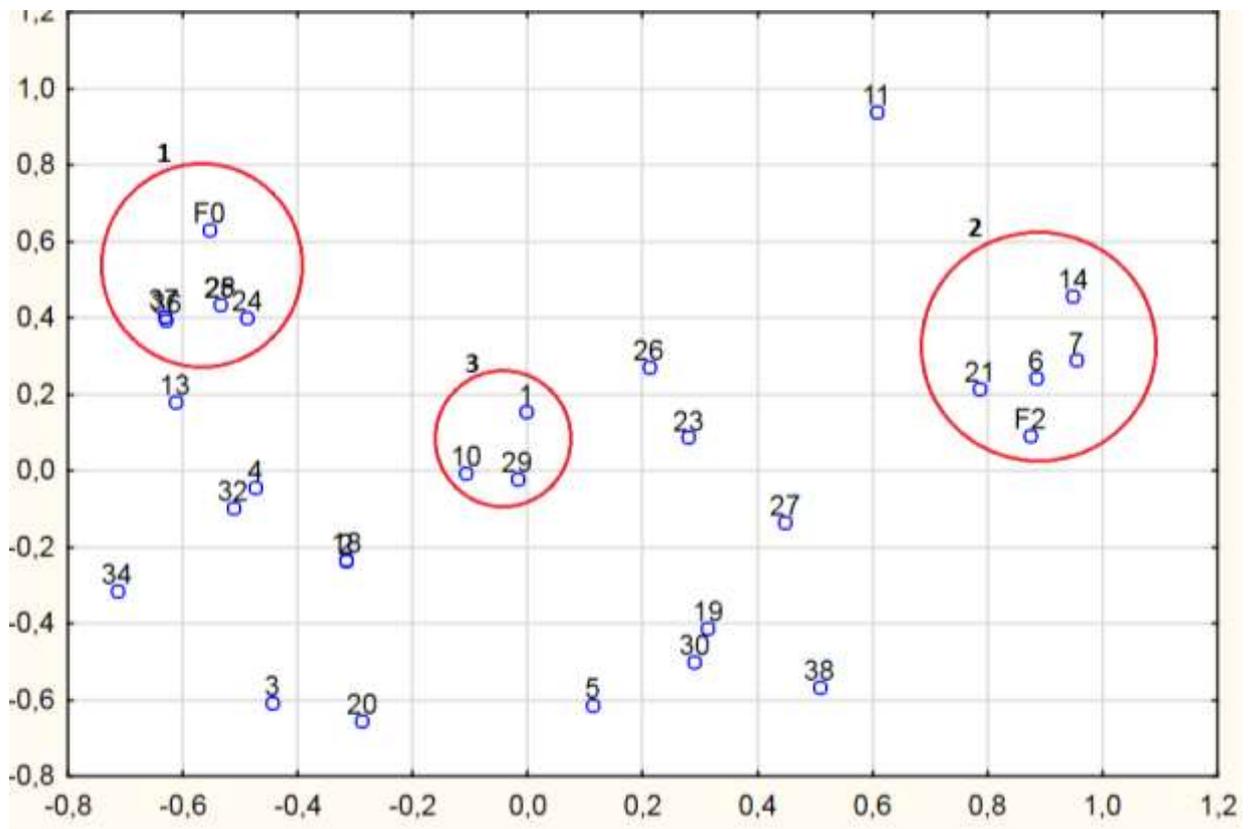
В совокупности они обуславливают ограничение/нарушения осознанно-волевой регуляции поведения, влияя как на интеллектуальный, так и волевой компоненты юридического критерия. При невменяемости в первую очередь следует говорить о нарушении способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими вследствие влияния феноменов нарушенного сознания, что, как следствие, обуславливает нарушения способности осознавать общественную опасность в момент деликта и руководить своими действиями.

*Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при  
амбивалентности и альтернации самосознания*

Половина подэкспертных в данной клинической подгруппе была признана **невменяемыми**, что отличало их от лиц с негативным и интактным/позитивным типом реагирования самосознания ( $p < 0,1$ ) и приближало к когорте лиц с деперсонализацией самосознания.

Поскольку эту группу составили подэкспертные, у которых ранее наблюдались другие структурно-динамические нарушения самосознания, то критерии экспертной оценки во многом соотносились с теми, что уже были описаны на примере лиц с разными формами реагирования и изменения самосознания. Например, в случаях паритетного влияния на экспертную оценку коморбидной психической патологии и сексуальной аддикции имели значение прогрессивное течение органического психического расстройства, сопровождающегося эмоционально-личностными расстройствами, и компульсивная реализации парафильных фантазий, сопряженная с дереализацией, аффективным сужением сознания, аутопсихической деперсонализацией (Рис. 5, Кластер 1).

Дефицитарные расстройства при шизофрении имели первостепенное экспертное значение. В одной части случаев следовало говорить об императивном характере патологического влечения (Рис. 5, Кластер 3), в другой – о сверхценном, в рамках которого наблюдалась анозогнозия, а аддиктивная реализация происходила на фоне экзальтации, гипертимии или сопровождалась чувством эйфории (Рис. 5, Кластер 2).



**Рис. 5.** Экспертное значение психических и сексуальных расстройств для принятия решения об экскульпации.

Другая половина подэкспертных была признана **вменяемыми** (36,4%) и **ограниченно вменяемыми** (13,6%). Причем эту когорту больных составили подэкспертные с альтернативой самосознания. От экскульпированных этих испытуемых отличало то, что у них встречались отдельные клинические признаки, имеющие релевантное значения для экспертной оценки у невменяемых.

Следует отметить еще одну особенность: несмотря на то, что на момент деликта аддиктивная реализация сопровождалась глубокими нарушениями самосознания в виде его трансформации, тем не менее, значительная часть подэкспертных были признаны вменяемыми.

У подэкспертных отмечались патохарактерологические особенности, позволяющие говорить о легкой степени психопатии, или последствия органического поражения головного мозга с формированием клинической картины психопатоподобных и астенических органических расстройств. В некоторых случаях признаков коморбидной психической патологии не наблюдалось.

В тоже время экспертное значение имела отрицательная динамика парафилии, в рамках которой наблюдалось формирование новых форм сексуальных перверсий, учащение появления фантазий и реализаций, появление импульсивности девиантного поведения и сверхценного характера влечения наряду с утратой критического отношения, некоторые признаки компульсивной реализации в виде аффективного сужения сознания. Также должна учитываться динамика нарушений самосознания как экспертно значимый признак, поскольку в этих случаях можно было говорить о транзитном регрессе самосознания в момент деликта (например, восприятия себя в виде образа ребенка и отождествления себя с малолетними потерпевшими).

Под регрессом самосознания понимают стойкий или временный возврат на пройденный ранее этап или уровень самовосприятия (Жмуров В.А., 2002). Было показано, что регресс самосознания, как правило, связан с психическими расстройствами. При латентной шизофрении субъективно-возрастной регресс развивается в тесной связи с явлениями психической деперсонализации, выражающейся в измененном переживании своего «Я», собственной личности. Субъективно-возрастной регресс сопровождается оживлением детских страхов, боязливостью, насыщенностью переживаний,

соответствующих возрастным свойствам личности младшего возраста. Окружающие отмечают пуэрильную беззащитность, наивность и инфантильность, которая ранее были несвойственны больным (Сулейманов Р.А. с соавт., 2011).

Регресс самосознания отмечается и при временных психических расстройствах: у больных эпилепсией в состояниях нарушенного сознания появляются детские переживания, аффективно в свое время насыщенные, но потом забытые; позднее они неоднократно стереотипно продуцируются только в состояниях неясного сознания с регрессом в тот период детства, который соответствует времени переживания (Гордовая Т.Н., 1938, цит. по Жмурову В.А., 2002).

Регресс самосознания при сексуальной аддикции не может полностью объясняться влиянием коморбидной психической патологии, поскольку в ряде случаев психопатологической симптоматики не выявлялось или психические расстройства были легкого регистра. С другой стороны, нарушения сознания (его аффективное сужение) на момент деликта имели место только в трети случаев подэкспертных, признанных вменяемыми или ограниченно вменяемыми. Поэтому регресс самосознания не может быть связан только с состояниями нарушенного сознания. В пользу этого также свидетельствует отсутствие корреляции между состояниями нарушенного сознания и альтернативой на момент деликта ( $r=0,04$ ,  $p < 0,05$ ). Таким образом, регресс самосознания в связи с временным психическим расстройством отмечался только в частных случаях.

В свете полученных данных, а также учитывая, что подэкспертные с альтернативой самосознания до момента производства судебно-психиатрической экспертизы находились на других этапах нарушений самосознания (негативный, интактный, позитивный тип реагирования самосознания, его деперсонализация), можно предположить, что появление регресса самосознания отражает закономерные и негативные структурно-

динамические изменения самосознания у лиц с сексуальными аддикциями. Эти изменения оказались сопряжены с негативной динамикой самой сексуальной аддикции.

Таким образом, отрицательная динамика сексуальной аддикции наряду с феноменами регресса самосознания позволяет говорить о нарушении осознанно-волевой регуляции поведения. Таких подэкспертных предлагается признавать ограниченно вменяемыми по тем критериям, которые указаны в схеме 3.



**Схема 3.** Судебно-психиатрическая оценка при альтернации и амбивалентности самосознания

В целом в клинической картине сексуальных аддикций при альтернатиции и амбивалентности самосознания экспертное значение принимают нарушения преимущественно когнитивной и поведенческой компонент самосознания в виде: аутопсихической и аллопсихической видов деперсонализации; появления сверхценного характера влечения наряду с утратой критического отношения к нему и ростом патосексуальной толерантности, регресса самосознания.

*Судебно-психиатрическая оценка сексуальных аддикций при алиенации самосознания*

В исследуемой подгруппе подэкспертные признавались ограниченно вменяемыми и невменяемыми. Однако следует отметить, что эти две когорты больных не отличались ни по глубине психической патологии, ни по клинической картине парафилий. Коморбидная психическая патология могла оказывать дизрегулирующее влияние на поведение подэкспертных, но не во всех случаях.

Основное экспертное значение принимала неспособность осознавать общественную опасность своих действий подэкспертными вследствие синтонического отношения к парафилии, т.е. вследствие нарушения критичности на момент сексуального правонарушения. При обосновании нарушения критичности аргументом становится изменение смысла и искажение представлений о значении своих действий, которые отражают искаженное восприятие болезни.

Аддиктивное поведение являлось единственным способом удовлетворения своей половой потребности. Эти больные имели непостоянных ненормативных по половозрастным характеристикам партнеров. Несмотря на иллюзию контроля над влечением (некоторые подэкспертные утверждали, что легко могут совладать со своими предпочтениями, прибегая к мастурбации), они не представляли своей жизни без его реализации. Это отражалось в выборе рода их деятельности, которая

обеспечивала *постоянный* доступ к предпочитаемому объекту, а побуждения стереотипно реализовывались непосредственно после их возникновения без периода борьбы с ними. Наравне с сексуальным они отмечали и платоническое влечение к аддиктивному объекту. С некоторыми потерпевшими подэкспертные могли проживать на протяжении длительного времени и сильно переживали, если те подрастали или покидали их.

Критическое отношение отсутствовало не только к аномальным сексуальным фантазиям, просмотру аддиктивной порнографической продукции, девиантным увлечениям, но и к противоправности своего поведения. Больные были убеждены в ненаказуемости сексуальных притязаний к детям, считая это аспектом полового воспитания, формой эстетического наслаждения, сравнимого с просмотром предметов искусства. Некоторые подэкспертные с педофилией обожествляли образ ребенка, наделяли его святостью.

Со временем происходила утрата прежних социальных связей. При педофилии подэкспертные окружали себя безнадзорными несовершеннолетними и малолетними детьми, разделяли с ними интересы, ощущали близость и понятность для себя их переживаний. Кроме этого, присваивали себе воспитательную функцию: считали, что они в большей степени, чем их родители способны привить им верные модели социального поведения, повысить их образовательный уровень, развить новые интересы.

Происходила рационализация патологического влечения в виде создания особого аддиктивного мировоззрения. Поведение подэкспертных с синтоническим отношением к влечению разворачивалось при виде объекта влечения, не зависело от внешних факторов и происходило без учета ситуации. Описывая свое отношение к влечению, подэкспертные сравнивали его с витальными потребностями, а удовлетворение влечения становилось жизненно необходимым.

Все побуждения и повседневные занятия становились связаны с влечением, прежние интересы дезактуализировались, имевшийся ранее эффект парафильных актов в виде получения положительных эмоций исчезал, а единственной целью девиантных действий становилось достижение не столько сексуальной, сколько психической разрядки ввиду кратковременного устранения дистимического аффекта.

Таким образом, отрицательная динамика сексуальной аддикции принимала основное экспертное значения для экскульпации подэкспертных и характеризовалась формированием по мере развития парафилии новой аддиктивной личности, интерес которой сосредотачивался вокруг удовлетворения своего витализированного патологического влечения, вымещавшего прежние социально применимые увлечения, профессиональные устремления и обрывая социальные связи.

При оценке данных нейрофизиологического исследования не было обнаружено различий между клиническими подгруппами лиц с глубокими нарушениями самосознания и получены общие для них закономерности.

Как уже было отмечено выше, при деперсонализации, альтернации, амбивалентности и алиенации самосознания отмечается низкий уровень активности префронтальной коры в первом интервале анализе (минимальные значения по отношению к другим клиническим подгруппам и группе сравнения). При проведении корреляционного анализа дисфункция лобных отделов увязывалась со степенью нарушений осознано-волевой регуляции поведения, в частности с ростом патосексуальной толерантности и нарушением критических функций (таблица 1).

Транзиторные нарушения сознания и самосознания на момент деликта соотносились с активностью не только лобных отделов, но и центрально-теменных и височных. Так, деперсонализационные феномены соотносились с зоной негативности в отведениях Fz, Pz, P3 и фокусом позитивности в правых височных отведениях T4 и T6. В литературе другими исследователями также

отмечена дисфункция лобных отделах у больных с деперсонализационными феноменами (Hollander E. с соавт., 1992). В других работах показана связь между диссоциативными расстройствами и снижением альфа-активности и увеличением тета-ритмов в лобно-центральных, а также низкой активностью в височных областях (Salle S. с соавт., 2016). Причем выявлена связь указанных нейрофизиологических особенностей со степенью диссоциативных расстройств.

Таблица 1

Корреляционные связи между клиническими и нейрофизиологическими параметрами

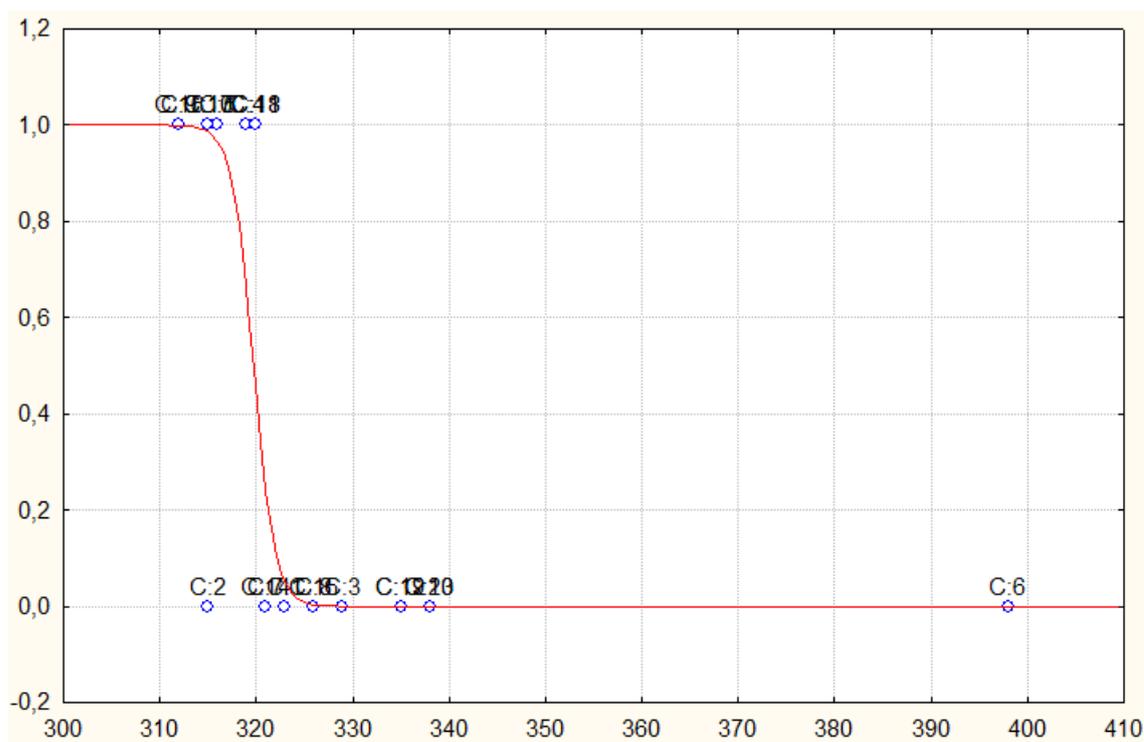
Клинический параметр	Отведение	Коэффициент корреляции (r) при $p \leq 0,05$
Степень нарушений критических функций (нозогназия-анозогнозия)	F3	0,41
	F4	0,84
Степень нарушений волевых функций (рост патосексуальной толерантности на поведенческом уровне)	Fp2	0,91
Нарушения сознания на момент деликта	F3	0,31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

Кроме этого, у подэкспертных транзиторные нарушения сознания были связаны с низкой активностью в лобно-центральных отведениях. Ранее А.Р.Лурия (2003) писал о том, что префронтальные отделы коры играют важную роль в регуляции состояний активности, являющихся фоном для поведения. Выявляемая у подэкспертных низкая активность префронтальной коры, вероятно, обуславливает готовность мозга к состояниям нарушенного сознания.

Кроме описанных клинико-нейрофизиологических закономерностей также были выявлены связи деперсонализационно-дереализационных расстройств с дисфункцией дофаминергической транмиттерной системы, которые обсуждались выше (Глава 5). В контексте экспертной оценки следует отметить, что недостаточность дофамина (менее 320 мкг ДОФУК в

сутки) была связана со степенью деперсонализационных расстройств, обуславливающих экскульпацию подэкспертных (рис. 6).

Таким образом, у подэкспертных с глубокими расстройствами самосознания нарушения осознанно-волевой регуляции поведения соотносились с такими нейрофизиологическими и нейрохимическими признаками как: низкая активность префронтальной коры, стойкий фокус позитивности в правой височной области при выполнении теста с антисаккадами, дисфункция дофаминергической системы в виде ее недостаточности.



**Рис. 6.** Связь между ДОФУК и осознанно-волевыми нарушениями ( $p=0,0003$ ). На графике под цифрой «1,0» обозначены экскульпированные подэкспертные, «0,0» – вменяемые и ограниченно вменяемые лица. График показывает, что чем ниже концентрация ДОФУК (ось абсцисс), тем больше выражены волевые нарушения – признание подэкспертного невменяемым (ось ординат).

С целью выделения общих для лиц с сексуальными аддикциями нейрофизиологических критериев объективной оценки нарушений регуляции поведения клинические подгруппы были объединены, и результаты

параклинического исследования рассмотрены в зависимости от характера экспертной оценки.

Было обнаружено несоответствие между клиническими группами как вменяемых, так и невменяемых подэкспертных с диагнозом расстройств сексуального предпочтения с группой нормы, прежде всего, по тем же нейрофизиологическим признакам, которые характерны для лиц с парафилиями в целом (таблица 2).

Таблица 2  
Распределение потенциалов в первом интервале анализа

Отведение	Вменяемые N=12	Невменяемые N=14	Группа сравнения N=19	Достоверные различия между невменяемыми и вменяемыми	Достоверные различия между невменяемыми и группой сравнения
FP1	0,20	-0,15	0,54		0,03
FP2	0,11	0,17	0,80		
Fz	-1,06	-0,56	-1,08		
F3	-0,71	-0,43	-0,73		
F4	-0,47	-0,22	-0,90		0,01
Cz	-0,25	-0,19	-1,76		0,01
C3	-0,40	0,06	-0,78	0,06	0,01
C4	0,23	-0,07	-0,51		0,06
Pz	-0,66	-0,13	-0,51		
P3	0,06	0,47	-0,07		
P4	0,54	0,41	0,68		
O1	-0,57	-0,45	1,09		0,001
O2	0,09	0,27	1,91		0,001
F7	0,30	0,04	0,40		
F8	0,01	-0,17	-0,22		
T3	0,13	0,04	0,16		
T4	0,95	0,04	0,53	0,02	
T5	0,02	0,37	0,42		
T6	1,48	0,71	1,70	0,05	0,01

Наряду с этим, проведенный анализ позволил выявить несколько различий между вменяемыми и экскульпированными лицами, что дает основание предположить наличие зависимости между получаемыми нейрофизиологическими характеристиками и глубиной психической патологии. Это, в свою очередь, позволяет выделить объективные параклинические критерии нарушений осознанно-волевой регуляции поведения у лиц с сексуальными аддикциями.

У подэкспертных, признанных *невменяемыми*, в первом интервале анализа регистрировалась низкоамплитудная негативная волна в лобно-центральной области, что свидетельствует о снижении уровня активации префронтальной коры.

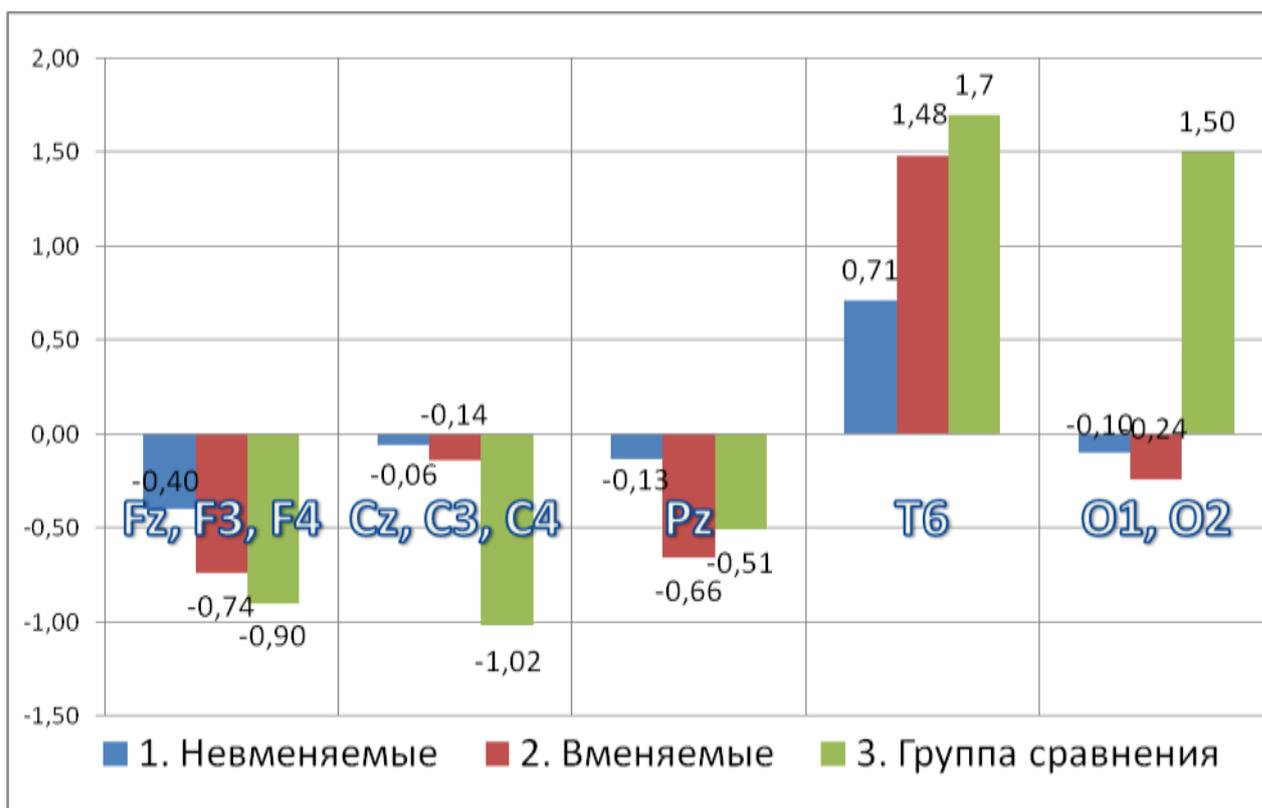
У подэкспертных, признанных *вменяемыми*, амплитуда негативности в лобно-центральных отделах коры была близкой к значениям группы нормы. При проведении дисперсионного анализа ANOVA получены достоверные отличия от нормы только для группы подэкспертных, признанных *невменяемыми*. При анализе амплитуды потенциалов в первом интервале анализа в лобно-центрально-теменной области, которая рассматривается как зона локализации УНВ, по трем областям (1 – Fz, F3, F4; 2 – Cz, C3, C4; 3 – Pz, P3, P4) обнаружена значимость фактора «Группа» –  $F=3,97$ ,  $p=0,06$ . При анализе амплитуды потенциалов только для лобных отведений (Fz, F3, F4) фактор «Группа» был значимым –  $F=5,1$ ,  $p=0,03$ .

Характерной особенностью этой группы была также зона слабой негативности в центральной и париетальной области, в которой у здоровых испытуемых всегда наблюдается фокус устойчивой негативности (Рис. 7).

Кроме того, были обнаружены некоторые корреляционные связи между психопатологическими феноменами, имеющими экспертное значение, и потенциалами в первом интервале анализа. Так, анозогнозия, гипнозогнозия, степень выраженности обсессивных нарушений, искажение сознания в момент реализации парафильных фантазий соотносились с активностью лобной коры в отведениях F3, F4, Fz ( $p \leq 0,05$ ).

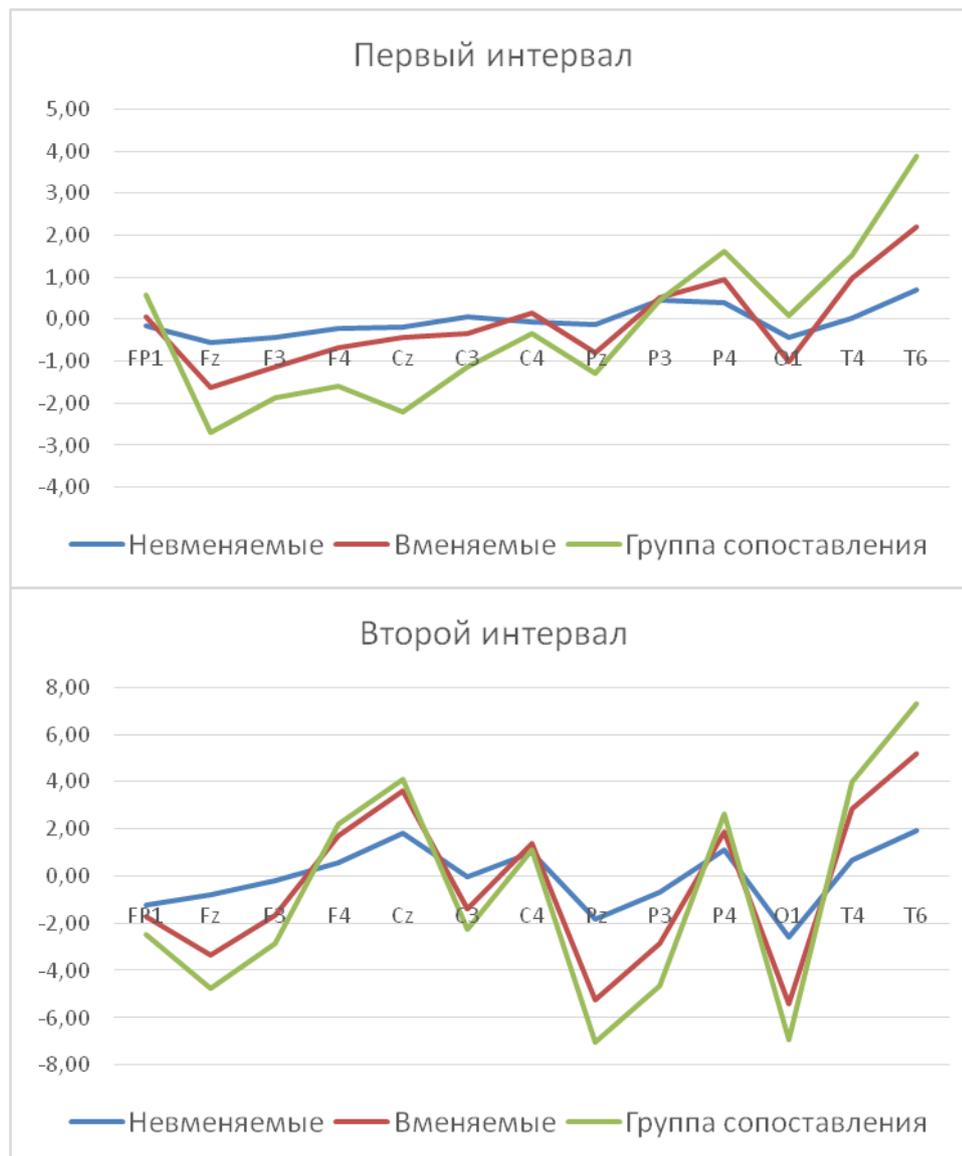
Ко второму интервалу анализа амплитуда негативности увеличивалась в лобных и теменных отведениях в обеих группах подэкспертных, однако значительное нарастание амплитуды негативности наблюдалось в группе *вменяемых* подэкспертных (также как и в группе нормы), тогда как в группе *невменяемых* увеличение амплитуды УНВ было слабо выраженным. Соответственно, различия между двумя группами подэкспертных усилились

и достигли статистической значимости. Сравнение амплитуды потенциалов во втором интервале в группах нормы и подэкспертных, признанных невменяемыми, найдена высокая значимость фактора «Группа» -  $F=7,8$ ,  $p=0,008$ ; сравнение двух групп подэкспертных также показало значимость фактора «Группа» -  $F=5,69$ ,  $p=0,02$  (рис. 8).



**Рис.7.** Распределение потенциалов в I-ом интервале. На графике в первой совокупности столбцов представлены средние значения потенциалов в каждой группе по отведениям Fz, F3, F4; во второй – по отведениям Cz, C3, C4; в третьей – T6, в четвертой – Pz, пятой – O1 и O2.

Группа вменяемых подэкспертных по амплитуде медленных потенциалов достоверно не отличалась от группы нормы как в первом, так и во втором интервалах анализа. Ограниченно вменяемые занимали промежуточное положение, в связи с этим не были обнаружены различия между «вменяемыми-ограниченно вменяемыми» и «невменяемыми-ограниченно вменяемыми» лицами.



**Рис. 8.** Распределение потенциалов в I-ом и II-ом интервале у невменяемых, вменяемых и в группе сопоставления.

Таким образом, характеристики условно-негативной волны, развивающейся в период подготовки антисаккады (как модели поведенческого ответа), оказались существенными для дифференциации подэкспертных по вменяемости. При этом наиболее отчетливое снижение амплитуды негативности, отражающей активацию коры, в группе экскульпированных лиц выявлено в лобных отведениях.

Полученный результат представляется закономерным. Известно, что выполнение антисаккад требует вовлечения таких функций лобной коры как

следование инструкции, торможение рефлекторных ответов, рабочая память, принятие решения. Ведущая роль в осуществлении этих функций принадлежит лобным отделам коры мозга. Лобная кора определяет цель моторной программы, обеспечивает необходимый уровень возбуждения, формирует стратегию движения (поведения) и программирует его (Киренская А.В., 2015). Снижение амплитуды негативной волны в лобных отведениях у подэкспертных, признанных невменяемыми, можно рассматривать как очевидное свидетельство дефицита фронтальных кортикальных полей, отвечающих за организацию и контроль целенаправленного поведения.

Низкая активация в центрально-париетальных областях, наблюдавшаяся у экскульпированных лиц, ограничивает возможности для адекватного использования как внешних, так и внутренних факторов при планировании поведения. При этом определенный вклад в нарушение корково-подкоркового взаимодействия при сексуальных аддикциях могут вносить нарушения активности в лимбических структурах, неоднократно отмечавшиеся у лиц с парафилией. Это проявляется в определенных нарушениях произвольной регуляции поведения, таких как стереотипность и включение в поведенческие программы искаженных сексуальных импульсов и ассоциаций, формирующихся в лимбической системе (Spinella M. с соавт., 2006).

Полученные данные позволяют предположить упрощение процессов, связанных с программированием саккад у подэкспертных, признанных невменяемыми. Такая организация процессов активации коры может отражать более жесткую структуру программы поведенческого выхода.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 K., 1989) и описывает структурно-динамические особенности этих расстройств, начиная от наиболее легких – реагирования самосознания – и заканчивая глубокими нарушениями – трансформацией.

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., 1995; Козлова И.А., 1996; Грюнталь Н.А., 2002; Куцев 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.

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 параноидная и психопатоподобная формы. 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 превалировала 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%).

### **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 неврозоподобные 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 девиантный тип воспитания 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.

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

В сексуальной сфере к продиктивным 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, продиктивные 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 продиктивные 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, в частности, к содержанию фантазий, 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 чаще всего 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 также 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, которые квалифицировались 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 подэкспертным реального и нового образа «Я», их сосуществовании. Оба вида нарушений носили транзиторный характер и были приурочены к аддиктивной реализации.

Альтернатива 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 альтернативе 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. После аддиктивной реализации, сопровождающейся 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 детьми 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.

### 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 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 непреодолимыми, 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 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.

При *негативном типе реагирования* амплитуда отклонения в некоторых лобных отведениях была выше, чем в группе сравнения (Fp1, 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 ( $r=-0.71$ ,  $p=0.05$ ).

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.

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.

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

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.

### **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**

#### 3. 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;

#### 4. Органические психические расстройства, сопровождающиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями.

### **Относительные противопоказания**

#### 5. Шизофрения:

- ✓ неполная ремиссия с галлюцинаторно-параноидной или параноидной симптоматикой;
- ✓ сенесто-ипохондрический синдром;

#### 6. Органические психические расстройства, сопровождающиеся:

- ✓ Астеническим синдромом (вегетативный, гипо- и гиперстенический варианты);
- ✓ Депрессивным синдромом;

#### 7. Декомпенсация расстройства личности;

#### 8. 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 парафилии 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. Хотя эти данные не позволяют дифференцировать ограниченно вменяемых и невменяемых подэкспертных, тем не менее, они свидетельствуют о роли лобных отделов в произвольной регуляции поведения.

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.

На основании полученных данных выделены критерии потенциальной общественной опасности у лиц с различными вариантами нарушений самосознания. При негативном типе реагирования имеют значение обсессивные эротические фантазии наряду с клишированным девиантным противоправным поведением и рост патосексуальной толерантности.

При интактном/позитивном типе реагирования релевантной потенциальной общественной опасности становятся негативная динамика сексуальной аддикции, проявляющаяся формированием новых форм расстройств сексуального предпочтения, учащением эротического фантазирования и присоединением навязчивого компонента, импульсивность аддиктивного поведения при отсутствии критического отношения к нему.

При деперсонализации, альтернации и амбивалентности самосознания при оценке общественной опасности приобретает значение анализ патопластического влияния коморбидной психической патологии на клиническую картину парафилий, поскольку данный вариант коморбидности обуславливает аддиктивную реализацию на фоне состояний измененного сознания, явлений деперсонализации и дереализации, сопряженных с императивными расстройствами, регрессом и расщеплением самосознания.

При алиенации самосознания при оценке потенциальной общественной опасности необходимо обращать внимание на те личностные изменения, которые происходят под влиянием психосексуального расстройства и сопровождаются формированием аддиктивного самосознания, сопряженным с утратой критического отношения к болезни, формированием стойких сверхценных аддиктивных интересов и когнитивными искажениями, обуславливающими повторность правонарушений.

## 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 не сексуальными 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 транзиттерных 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.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Форма добровольного письменного согласия

#### *Заявление*

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью), 19\_\_ года рождения, выражаю свое согласие на психофизиологическое обследование в рамках судебного экспертного исследования. Я информирован о том, что данное обследование безвредно для жизни и здоровья. Был ознакомлен с методикой обследования и инструкциями. Результаты обследования, согласно ч.1 ст.61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», ст.9 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», являются врачебной тайной и могут быть сообщены без согласия обследуемого только в следственные и судебные органы.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ /подпись/

### Форма письменного отказа от психофизиологического обследования

#### *Заявление*

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью), 19\_\_ года рождения, информирован о том, что психофизиологическое обследование безвредно для жизни и здоровья. Я ознакомлен с методикой обследования и инструкциями. Мне было сообщено, что результаты обследования, согласно ч.1 ст.61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» и ст.9 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», являются врачебной тайной и могут быть сообщены без моего согласия только в следственные и судебные органы.

Я отказываюсь от прохождения психофизиологического обследования в связи \_\_\_\_\_

(указывается причина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

\_\_\_\_\_ /подпись/

### Примеры тестов вербальной стимуляции

<i>Скрининговый вопросник по возрасту – 1</i>		
0	N <sub>0</sub>	Вы окончили среднюю общеобразовательную школу?
1	N <sub>1</sub>	Вы окончили десять классов общеобразовательной школы?
2	C <sub>1</sub>	Вы боитесь, что о ваших сексуальных фантазиях узнают?
3	R <sub>1</sub>	У вас было желание сексуальных контактов с девочками?
4	R <sub>2</sub>	У вас было желание сексуальных контактов с мальчиками?
5	C <sub>2</sub>	Вас интересуют результаты проводимого обследования?

<i>Скрининговый вопросник по возрасту – 2</i>		
0	N <sub>0</sub>	Вы проходили обучение в высшем учебном заведении?
1	N <sub>1</sub>	По завершению обучения вы получили специальность...?
2	C <sub>1</sub>	Состоя в браке, вы когда-нибудь прибегали к мастурбации?
3	R <sub>1</sub>	У вас были фантазии о сексуальных контактах с девочками?
4	R <sub>2</sub>	У вас были фантазии о сексуальных контактах с мальчиками?
5	C <sub>2</sub>	Результаты проводимой судебной экспертизы вас интересуют?

<i>Скрининговый вопросник по активности – 1</i>		
0	N <sub>0</sub>	Вы родились двадцать седьмого сентября?
1	N <sub>1</sub>	Вы родились в тысяча девятьсот шестьдесят девятом году? <sup>23</sup>
2	C <sub>1</sub>	У вас возникали проблемы в сексуальной жизни с женщинами?
3	R <sub>1</sub>	У вас было желание принудить женщину к половому акту?
4	R <sub>2</sub>	У вас было желание причинить боль во время полового акта?
5	C <sub>2</sub>	Отвечая на поставленные перед вами вопросы, вы солгали?

<sup>23</sup> Все вопросы должны иметь приблизительно одинаковую длину.

**Скрининговый вопросник по активности – 2**

0	N <sub>0</sub>	Вы поступили на судебную экспертизу двадцать первого августа?
1	N <sub>1</sub>	Сегодня одиннадцатое сентября две тысячи двенадцатого года?
2	C <sub>1</sub>	При просмотре порнографических фильмов вы мастурбировали?
3	R <sub>1</sub>	У вас были фантазии о принуждении женщины к половому акту?
4	R <sub>2</sub>	У вас были фантазии о причинении боли во время полового акта?
5	C <sub>2</sub>	Вы согласны с предъявленным вам обвинением в изнасиловании?

**Тест смешанного типа**

0	N <sub>0</sub>	Вы обучались в средней общеобразовательной школе?
1	N <sub>1</sub>	Вы родились в тысяча девятьсот шестьдесят девятом году?
2	C <sub>1</sub>	Вы боитесь, что о ваших сексуальных фантазиях узнают?
3	R <sub>1</sub>	У вас было желание сексуальных контактов с девочками?
4	N <sub>2</sub>	Сегодня одиннадцатое сентября две тысячи двенадцатого года?
5	C <sub>2</sub>	Состоя в браке, вы когда-нибудь прибегали к мастурбации?
6	R <sub>2</sub>	У вас были фантазии о сексуальных контактах с девочками?
7	N <sub>3</sub>	Вы проходили обучение в высшем учебном заведении?
8	C <sub>3</sub>	Вы согласны с обвинением вас в изнасиловании девочки?

**«Да»-тест (модификация теста смешанного типа).**

Инструкция: контрольные вопросы опускаются, а на оставшиеся вопросы подэкспертный дает положительный вербальный ответ. Это позволяет оценить изменение характера реакций и интерпретировать результаты, полученные на проверочные вопросы в других тестах.

0	N <sub>0</sub>	Вы окончили среднюю общеобразовательную школу?
1	N <sub>1</sub>	Вы родились в тысяча девятьсот шестьдесят девятом году?
2	R <sub>1</sub>	У вас было желание сексуальных контактов с девочками?

3	N <sub>2</sub>	Сегодня одиннадцатое сентября две тысячи двенадцатого года?
4	R <sub>2</sub>	У вас были фантазии о сексуальных контактах с девочками?
5	N <sub>3</sub>	Вы проходили обучение в высшем учебном заведении?

<i>Тест оценки значимости версий</i>		
0	N <sub>0</sub>	Вы окончили десять классов общеобразовательной школы?
1	N <sub>1</sub>	Вы проходили обучение в высшем учебном заведении?
2	C <sub>1</sub>	У вас есть проблемы, волнующие вас больше, чем обследование?
3	C <sub>2</sub>	У вас были эротические фантазии о сексуальных контактах с детьми?
4	R <sub>1</sub>	У вас были эротические фантазии о сексуальных контактах с девочками?
5	C <sub>3</sub>	Вы занимались продажей детской порнографической продукции?
6	N <sub>2</sub>	Сегодня одиннадцатое сентября две тысячи двенадцатого года?

N – нейтральный вопрос

C – контрольный вопрос

R – релевантный (проверочный) вопрос

### **Заключение психофизиологического исследования**

*Заключение психофизиологического исследования от ... (число, месяц, год)  
на подэкспертного ... (ФИО), ... г.р.*

**Дата проведения тестирования...** (число, месяц, год)

**Время проведения тестирования...**

**Цель обследования.** Выявление сексуальных отклонений.

**Методика обследования.** С обследуемым проводилась предтестовая беседа, в ходе которой выяснялись анамнестические сведения, подэкспертного осведомляли о назначении обследования, проводили инструктаж,

касающийся поведения в ходе тестирования, получали письменное добровольное согласие.

После ознакомления с содержанием тестов *n*-кратно (*указывается кратность предъявления тестов*) в разной последовательности предъявлялись адаптационный стимульный тест на имя, тесты визуальной стимуляции и 2 типа вопросников: скрининговые тесты для выявления сексуальных предпочтений по ... (*указывается наименование тестов: по возрасту или по активности*) и тесты общих контрольных вопросов – для выделения симптомокомплекса, который используется в метрическом анализе полиграмм.

Одновременно регистрировались следующие физиологические показатели: кожно-гальванические (КГР), голосовые и двигательные реакции, сердечнососудистые реакции методом фотоплетизмографии (ФПГ), грудное и диафрагмальное дыхание.

Проводился экспертно-метрический анализ полиграмм. На основании предъявленных тестов контрольных вопросов был выделен физиологический симптомокомплекс, включающий в себя следующие показатели: ... (*указывается наименование физиологических параметров*).

Статистически значимыми считались те реакции на проверочные стимулы, вероятность выделения которых превышала вероятность выделения контрольных вопросов и была  $\geq 0.8$ .

**Прием психотропных препаратов...** *Указывается наличие или отсутствие психофармакотерапии, наименования препаратов и их дозировки.*

**Визуальная пороговая стимуляция.** В тесте визуальной пороговой стимуляции предъявлялись фотографии нормативного, гомосексуального и гетеросексуального педофильного, гомосексуального и садистического характера. Время экспозиции слайда 10 с. Были обнаружены статистически значимые физиологические реакции при предъявлении изображения ...

*(приводится описание изображение и указывается вероятность выделения стимула).*

**Вербальная стимуляция.** При вербальной стимуляции предъявлялись скрининговые вопросники, построенные по методике контрольных вопросов и направленные на выявления предпочтений по ... *(указывается наименование тестов: по возрасту или по активности).*

При предъявлении вопросников были выявлены значимые психофизиологические реакции на следующие проверочные вопросы при ... *(отрицательном или положительном)* ответе на них: *приводится формулировка вопроса и указывается вероятность выделения стимула.* Были получены положительные вербальные ответы при статистически незначимых реакциях на вопросы: *приводится формулировка вопроса и указывается вероятность выделения стимула.*

**Заключение.** При визуальной пороговой стимуляции были получены статистически значимые психофизиологические реакции на стимул ... *(указывается стимул: например, гетеросексуальные педофильный).* При визуальной подпороговой стимуляции были получены статистически значимые психофизиологические реакции на стимул ... *(указывается стимул).* При вербальной стимуляции были получены статистически значимые психофизиологические реакции при отрицательном вербальном ответе на стимул ... *(указывается стимул).* Были получены положительные вербальные ответы при статистически незначимых реакциях на ... *(указывается стимул).*

**Подпись специалиста** с указанием сведений, касающихся его специальностей, ученой степени, занимаемой должности и стажа работы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.В., Абрамова Т.Я. Асимметрия нервной, эндокринной и иммунной систем / Рос. акад. мед. наук. Сиб. отд-ние. Ин-т клин. иммунологии, Новосиб. гос. пед. ун-т. Каф. спец. и коррекц. психологии. – Новосибирск: Наука, 1996. – 97 с.
2. Аведисова А.С., Марачев М.П., Захарова К.В., Дашкина Г.К. Критерии диагностики атипичной депрессии (Аналитический обзор). – М., 2015. – 28 с.
3. Адо А.Д. Патологическая физиология. - М., 1973.
4. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда. — Иркутск, 1936. — 136 с.
5. Аксенова М.Г. Полиморфизм маркеров генов дофаминовой СНсftfCibi мозга и ассоциация с психическими заболеваниями: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.б.н. – М., 2001. – 23 С.
6. Александров Ю.И. (ред). Психофизиология. – СПб.: Питер, 2006. – 464 с.
7. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как форма психосексуального диатеза // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, 2010. – Т. 2, № 4. – С. 48-54.
8. Алиев Н.А., Алиев З.Н. Проблема самосознания и ее отражение в психопатологии алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - №2, 2006. – С. 67-70.
9. Алфимова М.В., Ляшенко Г.Л., Голимбет В.Е. Генетический анализ неврологических симптомоа в семьях больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатр. – 2006. – №1. – С. 49–52.
10. Альтшулер В.Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 250-262.
11. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В.Б. Альтшулер. – М.: Медцина, 1994. – 216 с.

12. Амбарцумян Э.С. Психические и психосексуальные расстройства у лиц с гомоцидным сексуальным поведением и их судебно-психиатрическая оценка: Дис. ... канд. мед. наук., М., 2004.
13. Аминов Н.А. Скорость изменения кожного сопротивления как показатель функционального состояния при свободном и навязанном режиме работы // В кн. Психофизиологические исследования интеллектуальной саморегуляции и активности (под ред. Русалова В.М., Голубева Э.А.). – М.: «Наука», 1980. – С. 163-171
14. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. - №3. – С. 15-22.
15. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии. – М., Т. 1, 2002. – С. 33-41.
16. Анохина И.П., Иванец Н.Н., Шамакина И.Ю., Кибитов А.И., Воскобоева Е.Ю., Хуснутдинова Э.К. Современные проблемы зависимости от психоактивных веществ // Наркология. – 2004. – №6. – С. 71–77.
17. Антонян Ю.М., Гончарова М.В., Шостакович Б.В. Клинико-социальные особенности лиц, совершивших кражи (аналитический обзор). – М., 2002. – 28 с.
18. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
19. Бакуменко Л.П. Влияние экстракраниальной микрополяризации на формирование влечения к алкоголю в эксперименте // Невропатология и психиатрия. Республ. межведомственный сборник. Вып. 17. – Киев, Здоровье, 1988. – С. 106-110.
20. Баскина Н.Ф. Особенности вегетативной реактивности при неврозах и неврозоподобных формах шизофрении (по данным сосудистых и кожно-гальванических реакций) // Вопросы психоневрологии. Труды

- государственного научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, Т. XVIII, 1959. – С. 59-60
21. Бахтин И.С., Егоров А.Ю. Личностные детерминанты аддиктивного поведения у курсантов военно-морских ВУЗов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - №1, 2014. – С. 34-40.
  22. Бельтюков А.А. Аддиктивность - предмет психоаналитического исследования. - <http://russia.ecpp.org/node/1663>. - 2016.
  23. Бисалиев Р.В. Роль семейных стилей в формировании и развитии аддиктивного и аутоагрессивного поведения // Наркология, №10, 2007. – С. 56-64.
  24. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. – М.: Гениус, 2005. – 316 с.
  25. Благов Л.Н. Феномен «легитимации аддиктивного поведения» при опиоидной зависимости – клиническая значимость и структурно-динамические характеристики // Наркология, №3, 2008. – С. 79-88.
  26. Благов Л.Н., Найденова Л.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной наркомании // Наркология, №10, 2003. – С. 28-33.
  27. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. – Берлин: Врач, 1920. – 538 с.
  28. Богданов А.С. Коморбидность в наркологической практике // Материалы II съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. – Гродно, 2011. – С. 49.
  29. Болдырева Г. Н. Электрическая активность мозга человека при поражении диэнцефальных и лимбических структур / Г. Н. Болдырева. – М.: Наука: МАИК «Наука/Интерпериодика», 2000. – 181 с.
  30. Бондарев Н. В. Психические расстройства у адептов современных религиозных культов ("сект"), использующих дезадаптивные методы воздействия на личность (Автореферат). – М., 2006.

31. Бочков Н.П., Асанов А.Ю., Аксенова М.Г., Новиков А.В., Демикован С. Генетические факторы в этиологии и патогенезе наркоманий (обзор литературы) // Наркология. – 2003. – №1. – С. 7–14.
32. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональная асимметрия человека. – М.: Медицина, 1981. - 288 с.
33. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М.: Изд. Московского университета, 1974. – 96 с.
34. Буторина Н.Е. Расстройства влечений в возрастных критических периодах при резидуально-органической церебральной недостаточности // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 6-7.
35. Бухановская О.А. Психические расстройства у лиц с серийными агрессивными сексуальными опасными действиями (клиника, динамика, систематика): Автореф. дис. ... канд. мед. наук., М., 2003. – 24 с.
36. Бухановский А.О. Зависимое поведение: клиника, диагностика, систематика, лечение, профилактика / Пособие для врачей. – Ростов-на-Дону, 2001.
37. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А. и др. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. – Ростов-на-Дону, 2002. – 60 с.
38. Бухановский А.О., Бухановская О.А., Шостакович Б.В. Психические расстройства у серийных сексуальных преступников. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 72 с.
39. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг: клиничко-патогенетические аспекты // Российский психиатрический журнал. - №5, 2007. – С. 35-43.
40. Васильченко Г.С. Общая сексопатология. – М., 1977.

41. Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальных ориентаций у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дисс.... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 48 с.
42. Введенский Г.Е., Ткаченко А.А., Секераж Т.Н. Методологические проблемы опроса с использованием полиграфа в ходе судопроизводства // Судебно-медицинская экспертиза. – 2009. – №3. – С. 36-39.
43. Введенский Г.Е., Хавкин А.Ю. Психофизиологическая диагностика нарушений сексуальных предпочтений (1 сообщение) // Сексология и сексопатология №4, 2003. – С. 9-16.
44. Введенский Г.Е., Хавкин А.Ю. Психофизиологическая диагностика нарушений сексуальных предпочтений (2 сообщение) // Сексология и сексопатология №5, 2003. – С. 5-10.
45. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Дисс. На соискание ученой степени к.м.н. – Новосибирск, 2003.
46. Веселкин П.Н. Болезнь - В кн.: БМЭ. Изд.3-е, М., 1976. – Т.3. – С.290.
47. Ветлугина Т.П., Бохан Н.А., Иванова С.А. и др. Иммунотерапия и экстраиммунотерапия аддиктивных расстройств: методическое пособие для врачей. – Томск, 2006. – 41 с.
48. Волков Е.Н. Методы вербовки и контроля сознания в деструктивных культах // Журнал практического психолога. - №3, 1996. – С.
49. Вострокнутов Н.В. Семья и проблемы отклоняющего поведения в современном обществе // Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. – Т. II, №2. – С. 56-65.
50. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. – М., Изд-во.: Смысл, Эксмо, 2004. – 512 с.
51. Галеева А.Р., Юрьев Е.Б., Валинурова И.Р., Хуснутдинова Э.К. Анализ полиморфизма гена 2А рецептора сератонина у больных с острым

- алкогольным психозом разной этнической принадлежности // Журн. невроп. и психиатр. – 2002. – №1. – С. 53–55.
52. Галеева А.Р., Юрьев Е.Б., Валинурова И.Р., Хуснутдинова Э.К. Изучение полиморфизма гена 02-рецептора дофамина у мужчин разной этнической принадлежности с острым алкогольным психозом // Журн. невроп. и психиатр. – 2000, №7. – С. 37–40.
53. Галеева А.Р., Юрьев Е.Б., Хуснутдинова Э.К. Оценка VNTR-полиморфизма в гене переносчике дофамина у мужчин разной этнической принадлежности с острым алкогольным психозом // Журн. невроп. и психиатр. – 2001. – №5. – С. 43–45.
54. Гамалея Н.Б. Ульянова Л.И., Даренский И.Д. и др. Нарушения в системе клеточного иммунитета у больных алкоголизмом и перспективы их коррекции с помощью иммуномодулятора тактивина // Вопр. наркологии. – 2000. - №4. – С. 54-60.
55. Гареева А.Е. Исследование ассоциаций полиморфных вариантов генов переносчиков и рецепторов серотонина и дофамина с опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Уфа, 2002. – 169 с.
56. Гарифуллина М.М. Семья как фактор развития иммунитета личности // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы второй всероссийской научно-практической конференции. – Казань, 2006. – С. 269-270.
57. Голик А.Н. О процессуальных и эволютивных проявлениях нарушений влечений при шизофрении // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 12-14.
58. Голимбет В.Е., Лебедева И.С., Гриценко И.К., Коровайцева Г.И., Алфимова М.В., Лежайко Т.В., Абрамова Л.И., Каледа В.Г., Эбштейн Р.П., Рогаев Е.И. Связь полиморфизма генов серотонинергической и

- дофаминергической систем с вызванными потенциалами (компонент P300) у больных шизофренией и их родственников // Журн. невроп. и психиатр. – 2005, №10. – С. 35 – 41.
59. Горюнова А.В., Римашевская Н.В. Нарушения вегетативно-инстинктивной сферы как прообразы патологии влечений в младенчестве у детей из групп высокого социального риска по эндогенным заболеваниям // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 102-103.
60. Гофман А.Г. О формировании зависимости в наркологии // В кн. Современные проблемы психического здоровья / под ред. А.В.Картелицева, Г.П.Колупаева. – М., 2005. – С. 248-250.
61. Гофман А.Г., Кожина Т.А., Яшкина И.В. К вопросу о классификации и неточностях обозначения психических расстройств при болезнях зависимости // Социальная и клиническая психиатрия, №2, 2008. – С. 91-95.
62. Грюнталь Н.А. нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1998. – 205 с.
63. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология высшей нервной деятельности. – М.: «Учебная литература», 1997. - 432 с.
64. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
65. Дроздов А.З. Состояние основных путей катаболизма катехоламинов и индоламинов при аффективных расстройствах: Дисс... докт. мед. наук. – М., 1996.
66. Дудко Т.Н., Мягкова М.А., Панченко Л.Ф. и др. Клинические особенности игромании // Наркология. – 2006, №10. – С. 43-48.

67. Егоров А.Ю. Нейропсихология девиантного поведения. – СПб.: Речь. – 2006.
68. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология, №1, 2005. - С. 65-77.
69. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – СПб., Речь. – 2007. – 185 с.
70. Елисеев А.В., Ткаченко А.А., Петина Т.В и др. Нейрофизиологические механизмы аномального сексуального поведения // Аномальное сексуальное поведение / Под ред. А.А.Ткаченко., М., 1997. – 218 с.
71. Елшанский С.П. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1999. – 205 с.
72. Ефименко В.Л. Плетизмографические исследования у больных с гипертоническими психозами // Экспериментальные исследования в психиатрической и неврологической клиниках. – Л.: МЕДГИЗ, 1955. – С. 56-64
73. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. – М.: Медицина, 1965. – 320 с.
74. Жмуров В.А. Психопатология. – М.: Медицинская книга, 2002. – 668 с.
75. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Суворина Н.Ю. и др. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций // Методические рекомендации, М., 2003. – 40 с.
76. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. – СПб.: Нева, 2003. – 126 с.
77. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1993. – 272 с.
78. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. - Л.: Медицина, 1964. – 216 с.
79. Зенцова Н.И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2009. – 195 с.

80. Зотов Д. О недопустимости доказательств, сформированных на основе психофизиологических исследований на полиграфе // Законность. – 2015. – №10. – С. 50-55.
81. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // Наркология. – 2002, №2. – С. 2-7.
82. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Валентик Ю.В. и др. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. – 1991, №3. – С. 13-16.
83. Иванец Н.Н., Игонин А.Л., Савченко Л.М., Небаракова Т.П. Значение преморбидных личностных особенностей для форм злоупотребления алкоголем при хроническом алкоголизме // Первый съезд невропатологов и психиатров Молдавии. – Кишинев, 1981. – Т. 2. – С. 72-74.
84. Игонин А.Л., Клименко Т.В., Тузикова Ю.Б., Кондрашова С.М., Соколова А.С., Иришкин Д.А. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение (аналитический обзор). – М., 2003. – 80 с.
85. Идова Г.В. Клеточные механизмы иммуномодулирующего действия нейромедиаторных систем. Значение костного мозга // Бюл. СО РАМН. – 1994. – №4. – С. 52-56.
86. Измаилова Н.Т., Илешева Р.Г. Особенности формирования влечения к гашишу у больных шизофренией в детско-подростковом возрасте // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 79.
87. Имелинский К. Сексология и сексопатология. - М., 1986. - 424 с.
88. Инструкция о порядке использования полиграфа при опросе граждан №437 (Д) от 28.12.1994г., Министерство внутренних дел.

89. Инструкция о порядке применения специальных психофизиологических исследований с использованием полиграфа Федеральными органами государственной безопасности №6 (Д) от 12.02.1997г., Министерство безопасности РФ.
90. Иовчук Н.М., Северный А.А. Патология влечений как «моносимптомное» проявление фазных аффективных расстройств у детей и подростков // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 35.
91. Израелян А.Ю., Цыганков Д.Б., Гаджиева У.Х. и др. Особенности психопатологических нарушений, сопровождающих актуализацию влечения к наркотику в постабстинентном периоде у пациентов с героиновой наркоманией // Наркология. - №6, 2010. – С. 30-35.
92. Калинина М.А., Проселкова М.Е., Королева Т.Н. О нарушении влечений в структуре симптомокомплекса психического дизонтогенеза в условиях сиротства // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 107.
93. Каллинер С.С. Динамика кожно-гальванического рефлекса у больных с острой черепно-мозговой травмой черепа и головного мозга // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Т. 60, вып. 5, 1960. – С. 535-541
94. Каменсков М.Ю. Фиксированные формы аномального сексуального поведения: клинико-патогенетические и судебно-психиатрические аспекты: Дисс. ... к-та мед. наук. – М., 2008. – 211 с.
95. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – Т. 1. – М.: Медицина, 1998. – 672 с.

96. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия [Электронный ресурс]: Национальная энциклопедическая служба. – URL: <http://vocabulary.ru/dictionary/> (дата обращения: 2010 г.).
97. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия [Электронный ресурс]: Национальная энциклопедическая служба. – URL: <http://vocabulary.ru/dictionary/> (дата обращения: 12.10.2010 г.).
98. Кафаров Т.А. Динамика расстройств самосознания в клинике шизофрении / Методические рекомендации, Баку. – 1998.
99. Кафаров Т.А. Психопатология самосознания в патокинезе шизофрении: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2000.
100. Кафаров Т.А. Типология расстройств самосознания в клинике шизофрении / Методические рекомендации, Баку. – 1998.
101. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., Казутина Е.А., Воронин М.В. Патологическая зависимость от азартных игр (аналитический обзор). – М., 2008. – 80 с.
102. Киренская А.В. Изучение молекулярно-биологических, нейрохимических, иммунологических, нейрофизиологических аспектов патогенеза шизофрении. Оценка содержания основных нейромедиаторов в крови (дофамин, норадреналин, серотонин, глутамат, глицин, ГАМК) с анализом корреляции между нейрофизиологическими и нейрохимическими показателями у психически здоровых лиц и больных шизофренией / Отчет о научно-исследовательской работе. – М., 2009.
103. Киренская А.В. Нейрофизиологические механизмы девиантного сексуального поведения / Аномальное сексуальное поведение (под ред. Ткаченко А.А., Введенского Г.Е.) - СПб.: Издательство «Юридический центр пресс», 2003. – С. 428-462.
104. Киренская-Берус А.В., Мямлин В.В., Журавлев А.Б. и др. Спектральные характеристики ЭЭГ и их взаимосвязь с индивидуально-типологическими особенностями базовых свойств личности

- (темперамента) у больных парафилией // Российский психиатрический журнал. – 2002. - №2. – 59-67.
105. Киренская А.В., Ткаченко А.А., Сторожева З.И., Самылкин Д.В. и др. Нейрофизиологические методы инструментальной диагностики манифестных и неманифестных расстройств шизофренического спектра: Методические рекомендации. – М., 2015. – 30 с.
106. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии. //Автореф. дисс. докт. мед. наук. М. - 1996. – 33с.
107. Клименко Т.В. Судебно-психиатрическая оценка больных наркологическими заболеваниями с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость // Ограниченная вменяемость (под ред. Т.Б.Дмитриевой). – М., 2005. – С. 103-113.
108. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей - М.: Медицина, 1979. – 607 с.
109. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М., 1985. - 288 с.
110. Ковалева И.А. Особенности метаболизма моноаминов при парафилиях // Дис... на соиск. ст. к.м.н., Москва, 1997.
111. Коган Б.М., Дроздов А.З., Ткаченко А.А. и др. Состояние моноаминовых систем при парафилиях / В кн.: Аномальное сексуальное поведение под ред. Ткаченко А.А. - М.: РИО ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 1997.
112. Козлова И.А. К проблеме патологии влечений в детско-подростковом возрасте // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 2-3.
113. Колоколов А.В. Клинико-патогенетические особенности и судебно-психиатрическое значение гомосексуальной педофилии: автореф. на соискание ученой степени к.м.н. – М., 2015. – 25 с.

114. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1989. – 336 с.
115. Кон И.С. Открытие «Я». – М., 1978.
116. Кондратьев Ф.В., Ломоватский Л.Е. К уточнению понятия диссимуляции. – Журнал неврол. И психиатр. им. С.С.Корсакова. – Т. 80, Вып. 8. – 1980. – С. 1208-1211.
117. Кондратьев Ф. В., Клименко Г.В. Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. М.,1991.
118. Корнилова Т.В. Психология риска принятия решений: Учебное пособие для вузов. – М.: Аспект Пресс, 2003. – 286 с.
119. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзор. психиат. и мед. психол. – 1991. - № 1. – С. 8-20.
120. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Аддиктивные проблемы при пограничном и антисоциальном личностном расстройстве // Аддиктология. – 2005. - №1. – С. 41-45.
121. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. – Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. – 448 с.
122. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.
123. Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.
124. Кривулин Е.Н. Неспецифические психопатологические феномены в структуре депрессий у подростков // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 36.
125. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.

126. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В., Сепиашвили Р.И. Нейроиммунопатология. Руководство. – М.: Изд-во НИИ общей патологии и патофизиологии, 2003. – 438 с.
127. Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (эмоционально-мотивационная сфера и воображение). Часть II // Журнал им. П.Б.Ганнушкина Психиатрия и психофармакотерапия. - №4, Т. 14, 2012. – С. 4-10.
128. Крылов В.И., Бутылин Д.Ю. Феномен визуализации при тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах (психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - №1, 2014. – С. 42-46.
129. Кудрявцев В.И. Криминальная мотивация. – М., 1986. – 276 с.
130. Кулагин Б.В. Основы профессиональной психодиагностики. – Л.: «Медицина», 1984. – 216 с.
131. Куниковский Ю.Е. Клинико-патогенетические механизмы агрессивных форм парафилий: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
132. Куприн И.В. Расстройства влечений в структуре органической психопатии в подростковом возрасте // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 39.
133. Куцев Д.В. Самосознание больных с алкогольной зависимостью // Вопросы наркологии, 2010, №5. – С. 69-75.
134. Лакосина Н.Д. Кожно-гальванические рефлексы у больных с параноидным синдромом // Проблемы судебной психиатрии, Сборник VIII, М., 1959. – С. 517-527
135. Лебединский В.В., Печникова Л.С. Особенности развития личности при нервной анорексии // Патология влечения у детей и подростков: клиника,

- диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 25-26.
136. Лейн Д., Миллер Э. Детская и подростковая психотерапия. – СПб.: Питер, 2001. – 448 с.
137. Леонова О.В. К проблеме нехимической аддикции: формирование зависимости на модели криминального корыстного поведения // Российский психиатрический журнал, №6, 2005. – С. 63-67.
138. Леутин В.П., Чухрова М.Г., Кривошеков С.Г. Связь употребления алкоголя с особенностями функциональной асимметрии мозга. – 1999. – Т. 25, №2. – С. 67-70.
139. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). - Изд. 2-е доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.
140. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
141. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»). – М.: «Прогресс», «Универс», 1994. – 272 с.
142. Лукьянов В.В. Роль алекситимического радикала в структуре личности больных с алкогольной зависимостью // Психосоматическая медицина: Сб. материалов 2-го Международного конгресса. – СПб.: Реноме, 2007. – С. 104-105.
143. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.Л.: Биомедгиз, 1935.
144. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии (учебное пособие для студентов высших учебных заведений). – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
145. Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В. Социально-психологические и клинические предикторы «клептомании» как патологии влечений у детей и подростков // Патология влечения у детей и подростков: клиника,

- диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 55-56.
146. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Психопатология расстройств у зависимых от игры // Материалы XIV съезда психиатров России. – 2005. – С. 356-357.
147. Меграбян А. А. Общая психопатология. — М.: Медицина, 1972.
148. Меграбян А. Деперсонализация. — Ереван, 1962. — 355 с.
149. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: МЕДпресс-информ, 2003.
150. Менделевич В.Д. Место аддиктивных расстройств в современной классификации / Мат. общероссийской конфер. «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)». О классификации психических и поведенческих расстройств. – М., 2008. – С. 48–49.
151. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии, №5, 2010. – С. 95-101.
152. Менделевич В.Д., Щевлягина М.Б., Гагарина Е.А. Многоосевая психодиагностика склонности к зависимому поведению // Психическое здоровье. – 2011, №8. – С. 72-77.
153. Минутко В.Л. Навязчивые состояния. – Курск.: ООО «Планета +», 2011.
154. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии, 2010, №4. – С. 15-26.
155. Морозов Г.В. Введение в клиническую психиатрию / Г.В.Морозов, Н.Г.Шумский. – Н.Новгород, 1998. – 426 с.
156. Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. – М., 1984. – 176 с.

157. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления. Лекции по наркологии / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000. – С. 365–405.
158. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М.: Восток, 1996.
159. Мотов В.В. Значение нейробиологических наук, предвзятости и пустословия в судебной психиатрии // Независимый психиатрический журнал. – 2007, VII. – С. 65-69.
160. Мотов В.В. Обзор избранных публикаций Журнала американской академии психиатрии и права, 2012, №3 // Независимый психиатрический журнал. – 2012, IV. – С. 62-69.
161. Невидимова Т.И., Бохан Н.А., Коконова Д.Н. и др. Сенсорные нарушения как фактор формирования аддиктивного поведения в подростково-юношеском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008, №1(48). – С. 89-93.
162. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация Л.: Медицина, 1981. — 207 с.
163. Оглоблин С.И., Молчанов А.Ю. Инструментальная «детекция лжи» (проверки на полиграфе): академический курс. – Ярославль: Ньюанс, 2004. – 464 с.
164. Пеленицын А.Б., Сошников А.П. О научной обоснованности применения полиграфа // Эксперт-криминалист, 2011, № 2. – с. 12-15.
165. Пеленицын А.Б., Сошников А.П., Жбанкова О.В. Так что же все-таки определяет полиграф? // Вестник криминалистики. – Вып. 2 (38), 2011.
166. Первомайский В.Б. Невменяемость. – Киев, 2000. – 320 с.
167. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. – 2009, №10. – С. 85-92.

168. Плоткин Ф.Б. Аффективные расстройства и прием психоактивных веществ: механизмы патологической компенсации и формирования аддикции // Наркология, 2001, №3. – С. 89-100.
169. Плоткин Ф.Б. Полипрагмазия при зависимостях: причины и следствия. Сообщение 1 // Наркология. – №6. – 2013. – С. 86-93.
170. Польская Н.А. Взаимосвязь временной перспективы и личностных черт с актами самоповреждения больных опийной наркоманией // Известия Саратовского университета. – вып. №3, Т. 12, 2012.
171. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия. – Изд-во: Экспертное бюро. – М., 1997. – 496 с.
172. Портнов А.А. Алкоголизм: Сборник работ по клинике, патогенезу, лечению и профилактике. – М., 1959. – 448 с.
173. Пушков В.В. Патология влечений в симптомокомплексе болезни Туретта // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 38.
174. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. – Л., 1975. – 334 с.
175. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология / И.Н.Пятницкая. – М.:Медицина, 2008. – 640 с.
176. Радченко Н.А. Клинико-социальная характеристика и судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших противоправные сексуальные действия в отношении несовершеннолетних // Автореф. дис. ... канд. мед. наук., М., 2002. – 24 с.
177. Рожнова Т.М., Асанов А.Ю. Психогенетические основы созависимости. Сообщение I. Постановка проблемы // Наркология. – 2010, №7. – С. 84-90.
178. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидива у больных моно- и полинаркоманиями. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: Сборник научных трудов. – СПб., 1991. – С. 46-50.

179. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М.: Смысл, 2003. – 300 с.
180. Свириновский Я.Е. Исследование кожно-гальванических рефлексов у больных с психогенно-обусловленными бредоподобными фантазиями // Проблемы судебной психиатрии, сборник X «Пограничные состояния». – М., 1961. – С. 147-154
181. Селиванов Н.А., Дворкин А.И. Расследование преступлений повышенной общественной опасности. Пособие следователя. - М., 1998. – С. 367-368
182. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск: Издательство Томского университета, 1999. – 403 с.
183. Семке В.Я. Основы персонологии. – М.: Академический проект, 2001. – 476 с.
184. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005, №12. – С. 30-35.
185. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных расстройств // Наркология. - №1, 2006. – С. 60-65.
186. Серейский М.Я. К психопатологии фетишизма // Труды психоневрологической клиники Северо-Кавказского государственного медицинского института. – Новочеркасск, 1934. – С. 89-100.
187. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М.: Медицина, 2005.
188. Сиволап Ю.П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. – №11, 2007. – С. 4-6.
189. Сидоров П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: медицина, 2001. – С. 219-232.

190. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 720 с.
191. Сидоров П.И. Синергетическая концепция зависимого поведения // Наркология. - №10, 2006. – С. 30-35.
192. Симоненкова М.Б. Некоторые механизмы нарушений критичности у психопатических личностей: Дис. ...канд. психол. наук. М., 1986. – 161 с.
193. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. – М.: Академия, 2003. – 176 с.
194. Скворцова Е.С., Карлсен Н.П. Социально-гигиеническая характеристика и качество жизни подростков с девиантным поведением // Российский медицинский журнал. – 1999, №4. – С. 8-12.
195. Скородок Л.М., Савченко О.Н. Нарушения полового развития у мальчиков. – М.: Медицина, 1984. – 240 с.
196. Славущкая М.В., Шульговский В.В. Потенциалы головного мозга человека перед антисаккадами // Журн. высш. нерв. деят., Т.54, №.3, 2004. - С. 320.
197. Смирнов О.Г. Состояние самосознания при алкоголизме и его роль в лечении и реабилитации больных // Клинические аспекты самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения, реабилитации. – Кишинев, 1982. – С. 103-107.
198. Смулевич А.Б. Проблема паранойи / А.Б.Смулевич, М.Г.Щирина. – М., 1972.
199. Снежневский А.В. Клиническая психопатология: Руководство по психиатрии. – М. 1983. – Т. 1. – С.16-96.
200. Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. – Валдай, 1970.
201. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 1989. – 213 с.

202. Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости // Автореф. дис. на соиск. уч. ст. д.мед.н., М., 2010. – 50 с.
203. Сосновский Д., 2016 Патологическое влечение. [Электронный ресурс]. URL: [http://drsosnov.ru/pat\\_vlech.html](http://drsosnov.ru/pat_vlech.html) (Дата обращения: 19.05.2017г.).
204. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. – М.: Политиздат, 1977.
205. Старович З. Судебная сексология: Пер. с польск. - М.: Юрид. лит., 1991. – 336 с.
206. Стоименов Й.А., Стоименова М.У., Коева П.Й. Психиатрический энциклопедический словарь. – К.:МАУП, 2003. – 1200 с.
207. Страумит А.Я. Исследование кожно-гальванических рефлексов у больных с явлениями выраженного коркового торможения // Экспериментальные исследования в психиатрической и неврологической клиниках. – Л.: МЕДГИЗ, 1955. – С. 14-22
208. Судаков К.В. Функциональные системы организма. - М.: Медицина, 1987. – 432 с.
209. Сулейманов Р.А., Артемьева М.С., Данилин И.Е. Об одном из вариантов нарушения самосознания у больных латентной шизофренией // Вестник РУДН. - Медицина, №3, 2011.
210. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медгиз. – Т.1, 1955.
211. Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение / под ред. А.А.Ткаченко. – М.: РИО ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 1997. – 426 с.
212. Ткаченко А.А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1994. – 38 с.
213. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
214. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. – М.: БИНОМ, 2015. – 648 с.

215. Ткаченко А.А. Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицины // Психическое здоровье. 2016, Т. 14, №11(126): С. 3-14.
216. Трофимов Н.М. Особенности условно-рефлекторной деятельности при различных степенях недоразвитой высшей нервной деятельности человека // Журнал высшей нервной деятельности. - V, №3, 1952. – С. 52-58
217. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П. и др. Дефицитарность внутреннего контроля у больных опийной наркоманией как фактор наркотизации // Вопросы наркологии. – 2001, №3. – 48-54.
218. Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П. Структура самооценки больных опийной наркоманией / Вопросы наркологии, 2001, № 5. – С. 52-59.
219. Узнадзе Д.Н. Общее учение об установке. Психологические исследования. – М.: Наука, 1966.
220. Ульянова Л.И., Гамалея Н.Б., Ульянова М.А. Особенности гуморального иммунитета и цитокинового профиля больных алкоголизмом II стадии при алкогольном абстинентном синдроме средней степени тяжести // Вопросы наркологии. – 2010, №5. – С. 25-32.
221. Усюкина М.В. Формирование представлений и современные подходы к психическим расстройствам при эпилепсии (аналитический обзор). – М., 2003. – 52 с.
222. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: «Медицина», 1973. – 392 с.
223. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Пер. А.Анистратенко, И.Знаешева. – С.-Пб.: Ювента. – 1999. – 318 с.
224. Фрай О. Детекция лжи и обмана. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2005. – 230 с.

225. Хавкин А.Ю. Комплексная диагностика нарушений сексуального предпочтения (клинико-психопатологический, психофизиологический и психологический анализ): Дис. ... к. м. н., М., 2003. - 207 с.
226. Холодный Ю.И. Опрос с использованием полиграфа и его естественно-научные основы // Вестник криминалистики. Выпуск 2 (14) / 2005. С. 54-55.
227. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб.: «Питер», 2005. – 496 с.
228. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование). – М.: Изд-во МГУ, 1992.
229. Хэссет Дж. Введение в психофизиологию. - М.: «Мир», 1981. – 248 с.
230. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия руководство для врачей М.: "ГЭОТАР-медиа", 2011. – 489 с.
231. Черепкова Е.В., Бохан Н.А., Митрофанов И.М. Патогенетическая значимость полиморфизма ряда генов нейромедиаторной системы, ассоциированных с личностными расстройствами // Наркология. – 2011, №3. – С. 64-68.
232. Чехонин В.П., Александровский Ю.А., Гурина О.И., Рябухин И.А., Палько О.Л., Куликова Т.В., Павлов К.А., Макаров А.В., Ухова О.В. О некоторых биологических механизмах, обеспечивающих регуляцию иммунных процессов в нервной системе: аналитический обзор. – М., 2009. – 80 с.
233. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний // Наркология. – 2009, №5. – С. 67-72.
234. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада // Наркология, 2009, №7. – С. 77-85.
235. Чудновский В.С. Пути и перспективы изучения самосознания при психических заболеваниях // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 1992, №1. – С. 19-31.

236. Чухрова М.Г., Леутин В.П. Нейрофизиологические механизмы алкогольного и пищевого аддиктивного поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008, №1(48). – С. 73-76.
237. Шайдукова Л.А. Алкоголизм супругов и стабильность семьи // Казанский мед. журнал. – 1993. – №5. – с. 360-362.
238. Шалиткина Л.А., Гайворонская Е.Б. К вопросу о взаимосвязи хронической раوماتизации детей с преобладающим типом расстройств влечений // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 40.
239. Шапиро Л. Как воспитать ребенка с высоким коэффициентом эмоционального развития. – М., Изд-во.: Смысл, Эксмо, 2005. – 448 с.
240. Шевченко Ю.С. Психопатология трихотилломании: инстинкт – привычка – влечение // Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция. – М., 1996. – С. 8-9.
241. Шевченко Ю.С. Этиологические механизмы патологически привычных действий у детей и подростков // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья (под ред. Т.Б.Дмитриевой и Б.С.Положего). - М., 1996. - С. 189-193
242. Шемчук Н.В., Ошевский Д.С. О комплексном клинко-психологическом подходе к игровой зависимости // Материалы XIV съезда психиатров России. – 2005. – С. 378.
243. Шмидт Р., Тевс Г. Физиология человека: В 3-х томах. – Т. 1. – М.: Мир, 1996. – 323 с.
244. Шостакович Б.В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. М., 1971.
245. Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Судебная сексология и проблемы комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы //

- Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. – М., 1991. – С. 3-10.
246. Шумихин А.К. Современные проблемы аддиктивного поведения военнослужащих // 4-й Международный студенческий форум. Электронная конференция. – 2012 [Электронный ресурс]. – URL: <https://rae.ru/forum2012/290/2084> (Дата обращения 22.05.2017г.).
247. Эпштейн А.Л. О протопатической природе синдрома душевного автоматизма. - Журн. невропат. и психиатр. - М., 1937. - Вып. 5. - С. 14-21.
248. Юсупов В.В. Акцентуации характера у военнослужащих с риском развития аддиктивного поведения // Психология XXI века: Материалы международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых специалистов «Психология XXI века» 22-24 апреля 2005 года. Под ред. В.Б.Чеснокова. – СПб. – 2005. – С. 111-112.
249. Яковлева Е.Ю. Клинико-патогенетические и динамические особенности кратковременных психических расстройств у лиц, совершивших сексуальные правонарушения, и их судебно-психиатрическая оценка. - Дисс. ... канд. мед. наук, М., 2001. - 330 с.
250. Яковлева Е.Ю. Уголовно-релевантные состояния: Дисс. на соиск. уч. ст. докт. мед. наук. – М., 2010. – 489 с.
251. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Дисс. ... докт. психол. наук. – М., 1995. – 396 с.
252. Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997.
253. Aasved M. The sociology of gambling. – IL, 2003. – 314 p.
254. Abel G., Huffman J., Warberg B., Holland C. Visual reaction time and plethysmography as measures of sexual interest in child molesters // Sex. Abuse. – 1998. – 10: p. 81–95.
255. Abel G.G., Coffey L., Osborn C.A. Sexual arousal patterns: normal and deviant // Psychiatr Clin North Am. 2008 Dec;31(4):643-55.

256. Abrams S., Abrams J.B. Polygraph of the pedophile. – Portland, Ryan Gwinner Press, 1993. – 143 p.
257. Abrams S., Weinstein E. The validity of the polygraph with retardates // *Journal of Police Science and Administration*, 1974, 2. – P. 11-14.
258. Agrawal A., Hinrichs A.L., Dunn G. et al. Linkage scan for quantitative traits identifies new regions of interest for substance dependence in the Collaborative study on the genetics of alcoholism (COGA) sample // *Drug and alcohol dependence*. – 2008. – Vol. 93(1-2). – P. 12-20.
259. Alanko K., Santtila P., Harlaar N., Witting K., Varjonen M., Jern P. et al. Common genetic effects on gender atypical behavior in childhood and sexual orientation in adulthood: a study of Finnish twins // *Arch. Sex. Behav.* – 2010. - Vol. 39. – P. 81–92.
260. Anisman H., Ravindran A.V., Griffiths J., Merali Z. Endocrine and cytokine correlates of major depression and dysthymia with typical or atypical features // *Mol Psychiatry*. 1999 Mar; 4(2). P. – 182-188.
261. Azmitia E.C., Gannon P.J. The primate serotonergic system: a review of human and animal studies and report on *Macaca fascicularis* // In: Fahn S., Marsden C.D., van Noort M.H. (Eds.) *Advances in neurology*. - Myoclonus, Raven, New York, 1986. - Vol. 43– P. 407-468.
262. Bakker N., Shahab S., Giacobbe P., Blumberger D.M., Daskalakis Z.J., Kennedy S.H., Downar J. rTMS of the dorsomedial prefrontal cortex for major depression: safety, tolerability, effectiveness, and outcome predictors for 10 Hz versus intermittent theta-burst stimulation // *Brain Stimul.* – 2015. - Vol. 8(2). – P. 208-15.
263. Bandura A. Six theories of child development. Social cognitive theory. *Annals of child development* (In R. Vasta (Ed.). - Greenwich, CT: JAI Press, 1989. - Vol. 6. - P. 1-60.
264. Banerjee N. Neurotransmitters in alcoholism: A review of neurobiological and genetic studies // *Indian J Hum Genet.* – 2014. - Vol. 20(1). – P. 20-31.

265. Baranowski G. (1998). Managing Sex Offenders in the Community With the Assistance of Polygraph Testing. - Polygraph, 1998. – Vol.27. – N2. – P.75-88.
266. Barbaree H. E., Blanchard R., Langton C. The development of sexual aggression through the lifespan // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2003. - Vol. 989. –P. 59-71.
267. Barlow D.H. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986. 54. - P. 140-148
268. Barson J.R., Leibowitz S.F. Hypothalamic neuropeptide signaling in alcohol addiction // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2015, Feb 14.
269. Baxter L. R. Neuroimaging studies of obsessive compulsive disorder // Psychiatric Clinics of North America. – 1992. - Vol. 15(4). – P. 871–884.
270. Beck A.T. Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions // Psychological bulletin. – Vol. 9. – 1963.
271. Bedi G., Lindquist M.A., Haney M. An fMRI-Based Neural Signature of Decisions to Smoke Cannabis // Neuropsychopharmacology, 40(12). – 2015. – P. 2657-2665.
272. Benjamin J., Patterson Ch., Greenberg B.D. et al. Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking // Nat. Genet. – 1996. - Vol. 12. – P. 81-84.
273. Ben-Shakhar G. A Critical Review of the Control Questions Test (CQT). – In: M. Kleiner (Ed.). Handbook of Polygraph Testing, San-Diego: AcademicPress, 2002. – P. 103-126.
274. Bianchi-Demicheli F1, Rollini C, Lovblad K, Ortigue S. "Sleeping Beauty paraphilia": deviant desire in the context of bodily self-image disturbance in a patient with a fronto-parietal traumatic brain injury // Med Sci Monit. 2010 Feb;16(2):CS15-7.

275. Bienvenu O.J.1, Davydow D.S., Kendler K.S. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence // *Psychol. Med.* – 2011. - Vol. 41(1). P. 33-40.
276. Birbaumer N., Elbert T., Canavan A.G.M. et al. Slow potentials of cerebral cortex and behavior // *Physiol. Rev.*, 1990, V. 70. - P. 1–41.
277. Blanchard R., Klassen P., Dickey R., Kuban M. E., Blak, T. Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders // *Psychol. Assess.* – 2001 - Vol. 13. – P. 118–126.
278. Blanchard R., Kuban ME, Klassen P, Dickey R, Christensen BK, Cantor JM, Blak T. Self-reported head injuries before and after age 13 in pedophilic and nonpedophilic men referred for clinical assessment // *Arch Sex Behav.* 2003 Dec;32(6):573-81.
279. Bles M., Haynes J.D. Review Detecting concealed information using brain-imaging technology // *Neurocase.* – 2008. - Vol. 14(1). – P. 82-92.
280. Bloom K., Braverman E., Holder J., Reward deficiency syndrome: a biogenic model for diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors // *J. Psychoactive Drugs.* – 2000. – Vol. 32. – P. 1–112.
281. Bloom K., Noble E.P., Sheridan P.J. Montgomery A., Ritctie T., Jagadeeswaran P., Nogami H., Briggs A., Cohn J.B. Allelic association of human dopamine receptor gene in alcoholism // *J. Am. Med. Assoc.* – 1990. – Vol. 263. – P. 2055–2060.
282. Blum K., Febo M., Smith D.E. et al. Neurogenetic and Epigenetic Correlates of Adolescent Predisposition to and Risk for Addictive Behaviors as a Function of Prefrontal Cortex Dysregulation // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* – 2015, 25(4). – P. 286-292.
283. Blum K. Psychogenetics of drug seeking behavior. - Central and peripheral endorphins: basic and clinical aspects (In Muller E.E., Gennazzani A.R. (Eds.). - Raven Press, 1984. - P. 339-356.

284. Blumberg H.P., Stern E., Ricketts S. et al. Rostral and orbital prefrontal cortex dysfunction in the manic state of bipolar disorder // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. - Vol. 156. – P. 1986-8.
285. Blumensohn R., Ratzoni G., Weizman A., Israeli M., Greuner N., Apter A., Tyano S., Biegon A. Reduction in serotonin 5HT2 receptor binding on platelets of delinquent adolescents // *Psychopharmacology.* – 1995. - Vol. 118. – P. 354–356.
286. Borsetti S., Acquaro J., Bignamini E. Shifting from heroin to alcohol addiction: descriptive survey // *Prof. Inferm.*, 2017. –70(1) : P. 18-23.
287. Bowlby. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character // *International Journal of Psycho-Analysis.* – 1940. - Vol. XXI. – P. 1-25.
288. Broerse A., Crawford T.J., den Boer J.A. Parsing cognition in schizophrenia using saccadic eye movements: a selective overview. // *Neuropsychologia*, 2001. V. 39. - P. 742-756.
289. Brunner H.G., Nelen M., Breakefield X.O., Ropers H.H. van Oost B.A. Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. // *Science.* – 262, 1993. – P. 578-580.
290. Byrne D. The imagery of sex/ - In: *Handbook in sexology / Ed. J.Money H. Musaph.* New York – Oxford, 1977. – P. 327-350.
291. Cantor J., Blanchard R. (2012). White matter volumes in pedophiles, hebephiles, and teleiophiles // *Arch. Sex. Behav.* - 2012. - Vol. 41. – P. 749–752.
292. Cantor J.M., Kabani N., Christensen B.K., Zipursky R.B., Barbaree H. E., Dickey R. et al. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men // *J. Psychiatr. Res.* – 2008. - Vol. 42. P. 167–183.
293. Card R., Dibble A. Predictive Value of the Card/Farrall Stimuli in Discriminating Between Gynephilic and Pedophilic Sexual Offenders //

- Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 1995. – Vol. 7. – №.2. – P.129-141.
294. Card R.D., Farrall W.R. Advancements in physiological evaluation of assessment and treatment of the sexual aggressor // Annals New York Academy of Sciences, 1990. – P. 261-273.
295. Carter C.S., Braver T.S., Barch D.M., Botvinick M.M., Noll D., Cohen J.D. Anterior cingulate cortex, error detection, and the online monitoring of performance // Science. – 1998. - Vol. 280(5364). – P. 747-749.
296. Castro V., Fong T., Rosenthal R.J. A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics // Addictive behaviors. – 2007, Vol. 32 (8). – P. 1555-1564.
297. Cattell R. B. Scientific analysis of personality. - Chicago: Aldine, 1966. - 400 p.
298. Chen T.J., Blum K., Mathews D. et al. Are dopaminergic genes involved in a predisposition to pathological aggression? Hypothesizing the importance of «super normal controls» in psychiatric genetic research of complex behavioral disorders // Medical hypotheses. – 2005. – Vol. 65(4). – P. 703-707.
299. Chong L.L., Evian G., Anthony H., Homayoun B., Wai M.L., Barry M., Rennie C. Electrodermal activity in schizophrenia: a quantitative study using a short interstimulus paradigm // Biological Psychiatry, Vol. 45, Is. 1,1999. – P. 127-135
300. Coccaro E.F. Central neurotransmitter function in human aggression and impulsivity // In: Maes M., Coccaro E. Eds., Neurobiology and Clinical Views on Aggression and Impulsivity. – Wiley, Chichester, 1999. – P. 143-168.
301. Coccaro E.F., Kavoussi R.J., Sheline Y.I., Berman M.E., Csernansky J.G. Impulsive aggression in personality disorder correlates with platelet 5-HT<sub>2A</sub> receptor binding // Neuropsychopharmacology, 1997. - Vol. 16. – P. 211-216.
302. Connor T.J., Harkin A., Kelly J.P., Leonard B.E. Olfactory bulbectomy provokes a suppression of interleukin-1beta and tumour necrosis factor-alpha

- production in response to an in vivo challenge with lipopolysaccharide: effect of chronic desipramine treatment // *Neuroimmunomodulation*. – 2000, Vol.7(1). – P. 27-35.
303. Conto C.L., Moscon J.A., Fregni F., Nitsche M.A., Nakamura-Palacios E.M. Cognitive related electrophysiological changes induced by non-invasive cortical electrical stimulation in crack-cocaine addiction // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2014. - Vol. 17(9). P. 465-75.
304. Cooley-Towell S., Pasini-Hill D., Patrick D. The Value of the Post-Conviction Polygraph: The Importance of Sanctions // *Polygraph*, 2000., Vol.29, N.1. – P. 6-19.
305. Cottraux J. et. al. A controlled positron emission tomography study of obsessive and neutral auditory stimulation in obsessive-compulsive disorder with checking rituals // *Psychiatry Research*. – 1996. - Vol. 60. – P. 101-112.
306. Cremniter D., Thenault M., Jamain S., Meidinger A., Delmas C., Gaillard M. Serotonine and suicide: a preliminary study concerning a sample of violent suicidal patients // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. – 1994, Vol.18(5). – P. 871-878.
307. Crewson P. A comparative analysis of polygraph with screening and diagnostic tools // *Polygraph*. – 2003., Vol. 32., N2. – P. 57-85.
308. Cross T., Saxe L. Polygraph testing and sexual abuse: the lure of the magic lasso // *Child Maltreat*, 2001, 6(3). – P. 195-206.
309. Davis C. From passive overeating to “food addiction”: a spectrum of compulsion and severity // *ISRN Obesity*. – 2013.
310. Davis C.1. Evolutionary and neuropsychological perspectives on addictive behaviors and addictive substances: relevance to the "food addiction" construct // *Subst. Abuse Rehabil.* – 2014. - Vol. 12 (5). – P. 129-37.
311. Done C.J., Sharp T. Evidence that 5-HT<sub>2</sub> receptor activation decreases noradrenaline release in rat hippocampus in vivo // *British Journal of Pharmacology*. – 1992, 107. – P. 240-245.

312. Dressing H., Obergriesser T., Tost H. et al. Homosexual pedophilia and functional networks - An fMRI case report and literature review // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* - 2001; 69(11). - P. 539-544.
313. Dubovsky S.L. Beyond the serotonin reuptake inhibitors: rationales for the development of new serotonergic agents // *J. Clin. Psychiatry* - 1994. - V.55 (Suppl.). - P. 34-44.
314. Duncan C.C., Barry R.J., Connolly J.F., Fischer C., Michie P.T., Näätänen R., Polich J., Reinvang I., Petten C.V. Event-related potentials in clinical research: Guidelines for eliciting, recording, and quantifying mismatch negativity, P300, and N400 // *Clinical Neurophysiology*. — 2009. — Vol. 120. — P. 1883–1908.
315. Duven E.C., Müller K.W., Beutel M.E., Wölfling K. Altered reward processing in pathological computer gamers-ERP-results from a semi-natural gaming-design // *Brain Behav.* – 2015. - Vol. 5(1). P. 13-23.
316. Edwards G. The alcohol dependence syndrome. A concept as stimulus to enquiry // *Brit. J. Add.* – 1986. – Vol. 81. – P. 171-183.
317. Elaad E, Ginton A, Jungman N. Detection measures in real-life criminal guilty knowledge tests // *J Appl Psychol*, 1992, Oct; 77(5). – P. 757-67
318. Elaad E., Ben-Shakhar G. Effects of motivation and verbal-response type on psychophysiological detection of information // *Psychophysiology*, 1989, Jul; 26(4). – P. 442-51.
319. Endler N., Hunt J. McV., Rosenstein A. An S-R Inventory of anxiousness // *Psychological Monographs*, Vol. 76, 1962.
320. Everling S., Fischer B. The antisaccade: a review of basic research and clinical studies. *Neuropsychologia*, 1998, Vol. 36, No. 9. – P. 885-899.
321. Everling S., Krappmann P., Flohr H. Cortical potentials preceding pro- and antisaccades in man. // *Electroencephalogr Clin Neurophysiol.*, 1997, V. 102, N 4. - P. 356-362.

322. Faraj B.A., Camp V.M., Davis D.C., Kutner M., Cotsonis G.A., Holloway T. Elevated concentrations of dopamine sulfate in plasma of cocaine abusers // *Biochem. Pharmacol.* – 1993; Vol. 46(8). – P. 1453-1457.
323. Farrington D.P. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development // *J. child psychol. Psychiat.* – 1995. – Vol. 36. – P. 929-964.
324. Farwell L.A., Richardson D.C. Brain fingerprinting in field conditions // *Psychophysiology.* – 2006. - Vol. 43(5). P. 37-38.
325. Farwell L.A., Smith S.S. Using brain MERMER testing to detect knowledge despite efforts to conceal // *J. Forensic Sci.* – 2001. - Vol. 46 (1). – P. 135-43.
326. Fedoroff J.P. Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* - 2011, 39: P. 238-241.
327. Fedoroff J.P., Di Gioacchino L., Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5 // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2013. - Vol. 15(8). – P. 363.
328. Fere C. Note sur les modifications de la resistance des excitations sensorielles et des emotions // *Comptes Rendus des Seances de la Societe de Biologie,* 1888, 5. – P. 217-219.
329. Fidalgo T.M., Silveira E.D., Silveira D.X. Psychiatric comorbidity related to alcohol use among adolescents // *The American journal of drug and alcohol abuse.* – 2008. – Vol. 34(1). – P. 83-89.
330. Fineberg N.A. & Montgomery S.A. Serotonin reuptake inhibitors are treatment of choice in obsessive compulsive disorder // *International Clinical Psychopharmacology.* – 1992. - Vol. 7 (Suppl. 1). – P. 43-47.
331. Fink J.S., Smith G.P. Mesolimbic and mesocortical dopaminergic neurons are necessary for normal exploratory behavior in rats // *Neurosci Lett.* – 1980; Vol.17(1-2). – P. 61-65.
332. Fink J.S., Smith G.P. Relationships between selective denervation of dopamine terminal fields in the anterior forebrain and behavioral responses to

- amphetamine and apomorphine // *Brain Res.* – 1980; Vol. 201(1). – P. 107-127.
333. Floch M. Limitations of the lie detector // *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1950, 40. – P. 651-652.
334. Flor-Henry, P., Lang, R. A., Koles, Z. J., and Frenzel, R. R. Quantitative EEG studies of pedophilia // *Int. J. Psychophysiol.* – 1991. - Vol. 10. – P. 253–258.
335. Freund K. A laboratory method for diagnosing predominance of homo- and heteroerotic interest in the male // *Behavior Research and Therapy*, 1963, 1. – P. 85-93.
336. Freund K., Watson R.. Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: An update of phallometric diagnosis of pedophilia // *Psychol. Assess.* – 1991. – 3. – p. 254–260.
337. Frijda N.H. (1986). *The emotions.* - Cambridge: Cambridge University Press, 1986. – 357 p.
338. Frijda N.H. (1988). *De sexuele emoties* // Paper presented at ISSO conference, Utrecht, Netherlands, 1988. – P. 47
339. Fromberger P., Jordan K., Steinkrauss H. et al. Diagnostic accuracy of eye movements in assessing pedophilia // *J. Sex. Med.* – 2012. – №9. – P.1868–1882.
340. Furedy J.J. Evaluating polygraphy from a psychophysiological perspective: a specific-effects analysis // *Pavlov J. Biol. Sci*, 1987, Oct-Dec; 22(4). – P. 145-52
341. Furedy J.J., Gigliotti F., Ben-Shakhar G. Electrodermal differentiation of deception: the effect of choice versus no choice of deceptive items // *Int. J. Psychophysiol.*, 1994 Oct; 18(1). – P. 13-22.
342. Ganis G., Kosslyn S.M., Stose S., Thompson W.L., Yurgelun-Todd D.A. Neural correlates of different types of deception: an fMRI investigation // *Cereb Cortex.* – 2003. - Vol. 13(8). – P. 830-6.

343. Gazzaniga M.S. The Ethical Brain: The Science of Our Moral Dilemmas. - New York: Harper Perennial, 2006.
344. Gazzaniga M.S., Steven M.S. Free will in the twenty-first century: a discussion of neuroscience and the law, in Neuroscience and the Law. - Brain, Mind, and the Scales of Justice (Edited by Garland B., Frankel M.S.). - New York: Dana Press, 2004. – P. 51–70.
345. Glaser R. Education and thinking: The role of knowledge // American psychologist. – 1984. – Vol. 39. – P. 93-104.
346. Goldman-Rakic P.S. Circuitry of primate prefrontal cortex and regulation of behavior by representational memory // In: «Handbook of physiology» Am. Physiol. Soc., Bethesda, Maryland, 1987, Sect.I, V.5, Part I. - P. 373-417.
347. Golob E.J., Irimajiri R., Starr A. Auditory cortical activity in amnesic mild cognitive impairment: relationship to subtype and conversion to dementia // Brain. — 2007. — Vol.130. — P. 740–52.
348. Goodman A. Addiction: definition and implications // Br. J. Addict. 1990; 85(11) : 1403-1408.
349. Gorea E., Adrien J. Serotonergic regulation of noradrenergic coerulean neurons: electrophysiological evidence for the involvement of 5-HT<sub>2</sub> receptors // European Journal of Pharmacology. – 1988, 154. – P. 285-291.
350. Grant J.E., Atmaca M., Fineberg N.A., Leonardo F.F., Matsunaga H., Reddy Y.C.J., Simpson H.B., Thomsen P.H., Odile A., Heuve V.D., David V., Woods D.W., Stein D.J. Расстройства привычек и влечений и «поведенческие зависимости» МКБ-11 // World psychiatry: 13:2, 2014. – P. 125-127.
351. Grant J.E., Potenza M.N. Pathological gambling // American psychiatric publishing. – 2003. – 270 pp.
352. Haber S.N., Fudge J.L., McFarland N.R. Striatonigrostriatal pathways in primates form an ascending spiral from the shell to the dorsolateral striatum // J. Neurosci. – 2000. - Vol. 15; 20 (6). – P. 2369-82.

353. Habermeyer B., Esposito F., Händel N., Lemoine P., Klarhöfer M., Mager R. et al. Immediate processing of erotic stimuli in paedophilia and controls: a case control study // *BMC Psychiatry*. – 2013. - Vol. 13 (88).
354. Habermeyer B., Esposito F., Handel N., Lemoine P., Kuhl H. C., Klarhofer M. et al. Response inhibition in pedophilia: an FMRI pilot study // *Neuropsychobiology*. – 2013. - Vol. 68. – P. 228–237.
355. Hahn C., Kim D.J. Is there a shared neurobiology between aggression and Internet addiction disorder? // *J. Behav. Addict.* – 2014. - Vol. 3(1). P. 12-20.
356. Hammond D.L. The responding of normals, alcoholics, and psychopaths in a laboratory lie detection experiment // *Dissertation Abstracts International*, 41(6-B), 1980
357. HDC (Human Diseases and Conditions) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.humanillnesses.com/> (Дата обращения: 22.05.2017г.).
358. Heil P., Ahlmeyer S., McCuUar B., McKee B. Integration of Polygraph Testing with Sexual Offenders in the Colorado Department of Corrections // *Polygraph*, 2000. –Vol.29. – N1. – P.26-35.
359. Hoenicka J., García-Ruiz P.J., Ponce G., Herranz A., Martínez-Rubio D., Pérez-Santamarina E., Palau F. The addiction-related gene ANKK1 in Parkinsonian patients with impulse control disorder // *Neurotox. Res.* - 2015. - 27(3). – P. 205-208.
360. Hoenicka J., García-Ruiz P.J., Ponce G., Herranz A., Martínez-Rubio D., Pérez-Santamarina E., Palau F. The addiction-related gene ANKK1 in Parkinsonian patients with impulse control disorder // *Neurotox Res.* – 2015. - Vol. 27(3). – P. 205-8.
361. Hollander E., Carrasco J.L., Mullen L.S., Trungold S., DeCaria C.M., Towey J. Left hemispheric activation in depersonalization disorder: a case report // *Biol Psychiatry*. – 1992. - Vol. 1; 31(11). – P.1157-1162.
362. Hughes J. R. Review of medical reports on pedophilia // *Clin. Pediatr.* – 2007. - Vol. 46. – P. 667–682.

363. Imperatori C., Fabbriatore M., Innamorati M., Farina B., Quintiliani M.I., Lamis D.A., Mazzucchi E., Contardi A., Vollono C., Della Marca G. Modification of EEG functional connectivity and EEG power spectra in overweight and obese patients with food addiction: An eLORETA study // *Brain Imaging Behav.* – 2015. - Vol. 9(4). – P. 703-16.
364. IOCDF (International OCD foundation) [Электронный ресурс]. – URL: <https://iocdf.org/about-ocd/what-causes-ocd/> (Дата обращения: 22.05.2017г.).
365. Janet P. (1907). *The major symptoms of hysteria.* London–New York: Macmillan.
366. Jordan K., Fromberger P., von Herder J., Steinkrauss H., Nemetschek R., Witzel J., Müller J. Can We Measure Sexual Interest in Pedophiles Using a Sexual Distractor Task? // *J. Foren. Psy.* – 2016. - Vol. 1 (109). - P. 2-14.
367. Kaździela-Olech H, Zak G, Kalinowska B, Waęrocka A, Perestret G, Bielawski M. The prevalence of Non-suicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex // *Psychiatr Pol.* 2015;49(4):765-78.
368. Kafka M.P. The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: an update // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* – 2003; 989. – P. 86-94.
369. Kang D.H., Davidson R.J., Coe C.L., Wheeler R.E., Tomarken A.J., Ershler W.B. Frontal brain asymmetry and immune function // *Behav Neurosci.* – 1991; 105(6). – P. 860-869.
370. Kärgel C., Massau C., Weiss S., Walter M., Kruger T. H., Schiffer B. Diminished functional connectivity on the road to child sexual abuse in pedophilia // *J. Sex. Med.* – 2015. - Vol. 12. – P. 783–795.
371. Kienzl E., Eichinger K., Sofic E., Jellinger K., Riederer P., Kuhn W., Fuchs G., Laux G. Urinary dopamine sulfate: regulations and significance in neurological disorders // *J. Neural. Transm.* – Suppl. 1990; 32. – P. 471-479.

372. Klein C., Heinks T., Andresen B. et al. Impaired modulation of the saccadic contingent negative variation preceding antisaccades in schizophrenia // *Biol. Psychiatry.*, 47, 2000. - P. 978-990.
373. Koch W., Schaaff N., Popperl G. et al. ADAM and SPECT in patients with borderline personality disorder and control subjects // *Psychiatric clin. north. am.* – 2007. – Vol. 32(4). – P. 234-240.
374. Kogan B.M., Tkachenko A.A., Drozdov A.Z., Andrianova E.P., Filatova T.S., Man'kovskaia I.V., Kovaleva I.A. Monoamine metabolism in different forms of paraphilias // *Zhurnal Nevropatologii i Psikhiatrii Imeni S.S. Korsakova*, 95, 1995. – P. 52-56.
375. Koob G.F. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies of the extended amygdala // *Eur. Psychopharmacol* 2003, 13: 6. – P. 442-452.
376. Koski P.R. Family violence and nonfamily deviance: Taking stock of the literature // *Marr. Fam. Rev.* – 1987. - Vol. 12. – P. 23–46.
377. Krueger J.M., Toth L.A., Floyd R., Fang J., Kapás L., Bredow S., Obál F.Jr. Sleep, microbes and cytokines // *Neuroimmunomodulation.* – 1994; 1(2). – P. 100-109.
378. Krüger C., Bartel P., Fletcher L. Dissociative mental states are canonically associated with decreased temporal theta activity on spectral analysis of EEG // *J. Trauma Dissociation.* – 2013. - Vol. 14(4). – P. 473-91.
379. Lacey J.I. Psychophysiological approaches to the evaluation of psychotherapeutic process and outcome. In.: E.A.Rubinstein and M.B.Parloff (Eds.), *Research in Psychotherapy.* Washington, D.C.; American psychological association, 1959. - P. 102-111
380. Langevin R. Sexual offenses and traumatic brain injury // *Brain Cogn.* 2006 Mar;60(2):206-7.
381. Långström N., Rahman Q., Carlström E., Lichtenstein P. Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: a population study of twins in Sweden // *Arch. Sex. Behav.* – 2010. - Vol. 9. – P. 75–80.

382. Lazarus R.S. Emotion and Adaptation. – New York: Oxford University Press, 1991.
383. Leppink E.W., Grant J.E... Traumatic event exposure and gambling: associations with clinical, neurocognitive, and personality variables // *Ann Clin Psychiatry*. 2015 Feb;27(1):16-24.
384. Li S.X., Shi J., Epstein D.H. et al. Circadian alteration in neurobiology during 30 days of abstinence in heroin users // *Biology psychiatry*. – 2009. – Vol. 65(10). – P. 905-912.
385. Liang X., Liu R., Chen C., Ji F., Li T. Opioid System Modulates the Immune Function: A Review // *Transl Perioper Pain Med*. – 2016. - Vol. 1(1). P. 5-13.
386. Linnoila M., Virkkunen M., Scheinin M., Nuutila A., Rimon R., Goodwin F.K. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior // *Life Sci.*, 1983. - Vol. 33. – P. 2609-2614.
387. Lykken D. Tremor in the blood. Uses and abuses of the lie detector. - N.Y., 1981. – 318 p.
388. Lynch J.C., Graibiel A.M., Lobeck L.J. The differential projection of two cytoarchitectural subregions of the inferior parietal lobule of macaque upon the deep layers of the superior colliculus // *J. Comp. Neurol.*, 1985. – P. 235.
389. MacLeod C., Mathews A., Tata P. Attention bias in emotional disorders // *Journal of abnormal psychology*. – 1986. – Vol. 95, N. 1. – P. 15-20.
390. Maes M., van West D., De Vos N., Westenberg H., Van Hunsel F., Hendriks D., Cosyns P., Scharpé S. Lower baseline plasma cortisol and prolactin together with increased body temperature and higher mCPP-induced cortisol responses in men with pedophilia // *Neuropsychopharmacology*. – 2001; 24(1). – P. 37-46.
391. Malamuth N.M. Factors associated with rape as prediction of laboratory aggression against women. – *J. personal soc. Psychol.* – 1983, vol. 45. – P. 432-442.

392. Malamuth N.M. Feshbach S., Jaffe Y. Sexual arousal and aggression: recent experiments and theoretical issues. – J. soc. Iss., 1977, vol. 33. – P. 110-133.
393. Malamuth N.M. Rape fantasies as a function of exposure to violent sexual stimuli. – Arch. Sex. Behave., 1981, vol. 10. – P. 33-47.
394. Malmo R.B., Boceg T., Smith A. Physiological study of personal interaction // Psychosomat. Med. ,19, 1957. – P. 105
395. Markowitz P., Coccaro E. Biological studies of impulsivity, aggression, and suicidal behavior // In Hollander E., Stein D. (eds), Impulsivity and Aggression. – Chichester, Wiley, 1995. – P. 71-90.
396. Marshall W.L. The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in nonfamilial child molesters // Behav. Modif. 1997; 21(1) : 86-96.
397. Marshall W.L. Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders // Behav. Res. Ther. 1994; 32(5) : 559-564.
398. Maslow A.H. Motivation and personality. – N.Y.: Harper and Row, 1970.
399. Matte F. The polygraph and lie detection. The national academies press, Washington – 2003. – 416 p.
400. Mattiko M.J., Olmsted K.L., Brown J.M., Bray R.M. Alcohol use and negative consequences among active duty military personnel // Addictive behavior. – 2011. – V. 36. - №6. – P. 608-614.
401. McBride P.A., Brown R.P., DeMeo M., Keilp J., Mieczkowski T., Mann J.J. The relationship of platelet 5-HT<sub>2</sub> receptor indices to major depressive disorder, personality traits, and suicidal behavior // Biol. Psychiatry, 1994. - Vol. 35. – P. 295-308.
402. McCusdy H.D. Consciousness and the galvanometer // Psychological Review, 1950, 57. – P. 322-327
403. McDowell J., Clementz B. Behavioral and brain imaging studies of saccadic performance in schizophrenia // Biol. Psychol., 2001. V. 57. - P. 5.
404. McGregor N.W., Hemmings S.M., Erdman L., Calmarza-Font I., Stein D.J., Lochner C. Modification of the association between early adversity and

- obsessive-compulsive disorder by polymorphisms in the MAOA, MAOB and COMT genes // *Psychiatry Res.* – 2016. - Vol. 246. – P. 527-532.
405. Mehlman P.T., Higley J.D., Faucher I., Lilly A.A., Taub D.M., Vickers J., Suomi S.J., Linnoila M. Low CSF 5-HIAA concentrations and severe aggression and impaired impulse control in nonhuman primates // *Am. J. Psychiatry.* – 1994; 151(10). – P. 1485-1491.
406. Mendez, M. F., Chow, T., Ringman, J., Twitchell, G., and Hinkin, C. H. Pedophilia and temporal lobe disturbances // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2000. - Vol. 12. –P. 71–76.
407. Mine K., Okada M., Mishima N., Fujiwara M., Nakagawa T. Plasma-free and sulfoconjugated MHPG in major depressive disorders: differences between responders to treatment and nonresponders // *Biol. Psychiatry.* – 1993; 34(9). – P. 654-660.
408. Moeller S.J., Parvaz M.A., Shumay E., Wu S., Beebe-Wang N., Konova A.B., Misyrlis M., Alia-Klein N., Goldstein R.Z. Monoamine polygenic liability in health and cocaine dependence: imaging genetics study of aversive processing and associations with depression symptomatology // *Drug Alcohol Depend.* – 2014. - Vol. 1 (140). – P. 17-24.
409. Mokros A., Osterheider M., Nitschke J. Pädophilie: prävalenz, ätiologie und diagnostic // *Nervenarzt.* – 2012. - Vol. 83. P. 355–358.
410. Mori A., Iwadate M., Minakawa N.T., Kawashima S. Game addiction (Article in Japanese) // *Nihon Rinsho.* – 2015. - Vol. 73(9). - P. 1567-73.
411. Morie K.P., De Sanctis P., Garavan H., Foxe .J. Executive dysfunction and reward dysregulation: a high-density electrical mapping study in cocaine abusers // *Neuropharmacology.* – 2014. - Vol. 85. – P. 397-407.
412. Murphy L., Ranger R., Fedoroff J.P., Stewart H., Dwyer R.G., Burke W. Standardization of Penile Plethysmography Testing in Assessment of Problematic Sexual Interests // *J. Sex. Med.* – 2015. - Vol. 12(9). – P. 1853-61.

413. Murphy L., Ranger R., Stewart H., Dwyer G., Fedoroff J.P. Assessment of problematic sexual interests with the penile plethysmograph: an overview of assessment laboratories // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2015. - Vol.17(5). – P.29.
414. Murphy W.D., Abel G.G., Becker J.V. Research in exhibitionism // Cox D.J., Daitzman R.J. (Eds), *Exhibitionism: Description, assessment and treatment.* – Garland, New York, 1980.
415. Myslobrodsky M.S., Rattok J. Asymmetry of electrodermal activity in men // *Bulletin of Psychonomic Society*, 6, 1975. – P. 501-502
416. Nance D.M., Rayson D., Carr R.I. The effects of lesions in the lateral septal and hippocampal areas on the humoral immune response of adult female rats // *Brain Behav Immun.* – 1987; 1(4). – P. 292-305.
417. Nasehi M., Mafi F., Ebrahimi-Ghiri M., Zarrindast M.R. Function of opioidergic and dopaminergic antagonists on both spatial and object novelty detection deficits induced in rodent model of hepatic encephalopathy // *Behav. Brain. Res.*, 2016, 15; 313 : P. 58-66.
418. National gambling impact study commission. Final report. Retrieved. – August 1, 2003.
419. Nestler E.J., Malenka R.C. The addicted brain // *Sci. Am.* 2004; 25. – P. 78-81.
420. Nieuwenhuis S., Aston-Jones G., Cohen J.D. Decision making, the P3, and the locus coeruleus-norepinephrine system // *Psychol. Bull.* — 2005. — Vol. 131. — P. 510-32.
421. Nilsson K.W., Wargelius H.L., Sjuberg R.L. et al. The MAO-A gene, platelet MAO-B activity and psychosocial environment in adolescent female alcohol-related problem behavior // *Drug and alcohol dependence.* – 2008. – Vol. 93(1-2). – P. 51-62.
422. Nordegren T. *The A-Z Encyclopedia of alcohol and drug abuse.* – Parkland, 2002.

423. O'Brien C.P. Drug addiction and drug abuse / In Goodman, Guilman's The pharmacological basis of therapeutics, Ninth edition, Joel J. Hardman and Lee Limbird, Editors-in-chief, 1996, pp. 557–577.
424. O'Haire M.E., McKenzie S.J., Beck A.M., Slaughter V. Animals may act as social buffers: Skin conductance arousal in children with autism spectrum disorder in a social context // *Dev. Psychobiol.* – 2015. - Vol. 57(5). P. 584-95.
425. Oliver J.W., Robinson A.J., Abney L.K., Linnabary R.D. Effects of phenothiazine and thiabendazole on bovine dorsal pedal vein contractility induced by ergonovine and serotonin; potential for alleviation of fescue toxicity // *J. Vet. Pharmacol. Ther.* – 1992; 15(3). – P. 247-251.
426. Orlansky J. Assessment of lie detection capability // Technical report, 1964. - P. 62-16.
427. Park S.E., Choi N.G., Jeong G.W. Metabolic abnormality in the right dorsolateral prefrontal cortex in patients with obsessive-compulsive disorder: proton magnetic resonance spectroscopy // *Acta Neuropsychiatr.* – 2016. - Vol. 17 (1).
428. Park S.M., Lee J.Y., Kim Y.J., Lee J.Y., Jung H.Y., Sohn B.K., Kim D.J., Choi J.S. Neural connectivity in Internet gaming disorder and alcohol use disorder: A resting-state EEG coherence study // *Sci. Rep.* 2017, 2;7(1) : P. 1333.
429. Patrick C.J., Iacono W.G. Psychopathy, threat, and polygraph test accuracy // *Journal of Applied Psychology*, 74(2), 1989. – P. 347-355.
430. Patriquin M.A., Bauer I.E., Soares J.C., Graham D.P., Nielsen D.A. Addiction pharmacogenetics: a systematic review of the genetic variation of the dopaminergic system // *Psychiatr. Genet.* – 2015. – 25 (5). – P. 181-193.
431. Perez M., Brown J.S., Vrshek-Schallhorn S. et al. Differentiation of obsessive-compulsive-, panic-, obsessive-compulsive personality-, and non-disordered individuals by variation in the promoter region of the serotonin transporter gene // *Science direct.* – 2005. – Nov.

432. Perry W., Felger T., Braff D. The relationship between skin conductance hyporesponsivity and perseverations in schizophrenia patients // *J. Biological Psychiatry*. - Vol. 44, Is. 6, 1998. – P. 459-465
433. Petterson F., Jung C. Psychological investigations with the galvanometer and plethysmograph in normal and insane individuals. - *Brian*, 1907. 30. - P. 153-218
434. Piccinni A., Marazziti D., Vanelli F., Franceschini C., Baroni S., Costanzo D., Cremone I.M., Veltri A., Dell'Osso L1. Food addiction spectrum: a theoretical model from normality to eating and overeating disorders // *Curr. Med. Chem.* – 2015. - Vol. 22(13). P. 1631-1638.
435. Pico B. Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? // *Substance Use & Misuse*. — 2000. — Vol. 35, № 4. — P. 617-630.
436. Poepl T. B., Eickhoff S. B., Fox P. T., Laird A. R., Rupprecht R., Langguth B. et al. Connectivity and functional profiling of abnormal brain structures in pedophilia // *Hum. Brain Mapp.* – 2015. - Vol. 36. – P. 2374–2386.
437. Poepl T.B., Nitschke J., Dombert B., Santtila P., Greenlee M.W., Osterheider M. et al. Functional cortical and subcortical abnormalities in pedophilia: a combined study using a choice reaction time task and fMRI // *J. Sex. Med.* – 2015. - Vol. 8. –P. 1660–1674.
438. Poepl T.B., Nitschke J., Dombert B., Santtila P., Greenlee M.W., Osterheider M, Mokros A. Functional cortical and subcortical abnormalities in pedophilia: A combined study using a choice reaction time task and fMRI // *J. Sex. Med.* – 2011. - Vol. 8. – P. 1660– 1674.
439. Poepl T.B., Nitschke J., Santtila P., Schecklmann M., Langguth B., Greenlee M.W. et al. Association between brain structure and phenotypic characteristics in pedophilia // *J. Psychiatr. Res.* – 2013. - Vol. 47. – P. 678–685.

440. Poepl T.B., Peytard J. Langguth B. Temporal Link Between Epileptiform Brain Activity, Schizotypy, and Pedophilia // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2015. - Vol. 27(3). P. 204-5.
441. Ponce G., Quiñones-Lombrana A., Martín-Palanco N.G., Rubio-Solsona E., Jiménez-Arriero M.Á., Palomo T., Hoenicka J. The Addiction-Related Gene *Ankk1* is Oppositely Regulated by D1R- and D2R-Like Dopamine Receptors // *Neurotox Res.* – 2015. – Vol. 29, Is. 3. –P. 345–350.
442. Ponseti J., Bosinski H. A., Wolff S., Peller M., Jansen O., Mehdorn H. M. et al. A functional endophenotype for sexual orientation in humans // *Neuroimage.* – 2006. - Vol. 33. – P. 825–833.
443. Ponseti, J., Granert, O., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K., Neutze, J. et al. Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2012. - Vol. 69. P. 187–194.
444. Popma A., Raine A. Will future forensic assessment be neurobiologic? // *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2006. - Vol. 15(2). – P. 429-444.
445. Potenza M.N., Leung H.C., Blumberg H.P. et al. An fMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers // *Am. J. Psychiatry.* - 2003. - Vol. 160. – P. 1990-1994.
446. Praag H.M. 5-HT-related, anxiety- and/or aggression-driven depression // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1994; 9 Suppl. 1. – P. 5-6.
447. Praag H.M., Asnis G.M., Kahn R.S., Brown S.L., Korn M., Harkavy Friedman J.M., Wetzler S. Monoamines and abnormal behaviour. A multi-aminergic perspective // *Br. J. Psychiatry* – 1990, Vol.157. – P. 723-734.
448. Prause N., Steele V.R., Staley C., Sabatinelli D., Hajcak G. Modulation of late positive potentials by sexual images in problem users and controls inconsistent with "porn addiction" // *Biol. Psychol.* – 2015. - Vol. 109. – P. 192-9.
449. Radhu N., Garcia Dominguez L., Farzan F., Richter M.A., Sernalul M.O., Chen R., Fitzgerald P.B., Daskalakis Z.J. Evidence for inhibitory deficits in

- the prefrontal cortex in schizophrenia // *Brain*. – 2015. - Vol. 138 (Pt 2). P. 483-97.
450. Raskin D.C., Hare R.D. Psychopathy and detection of deception in a prison population // *Psychophysiology*, 15(2), 1978. – P. 126-135.
451. Rasmussen S.A., Goodman W.K., Woods S.W., Heninger G.R., Charney D.S. Effects of yohimbine in obsessive compulsive disorder *Psychopharmacology* // *Berl.*, 1987;93(3). – P. 308-313.
452. Rebec G.V., Sun W. Neuronal substrates of relapse to cocaine-seeking behavior: role of prefrontal cortex // *J. Exp. Anal. Behav.* – 2005. - Vol. 84(3). – P. 653-66.
453. Reddy M.M., Pinyavat N., Grieco M.H. Interleukin 2 augmentation of natural killer cell activity in homosexual men with acquired immune deficiency syndrome // *Infect. Immun.* – 1984, 44 (2). – P. 339-343.
454. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B., Atalla E., Cochran S.D., First M.B., Cohen-Kettenis P.T., Arango-de Montis I., Parish S.J., Cottler S., Briken P., Saxena S.. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // *World Psychiatry*. – 2016. - Vol. 15(3). – P. 205-221.
455. Regard M., Knoch D., Gütling E., Landis T. Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathologic gamblers // *Cogn Behav. Neurol.* – 2003. - Vol. 16(1). – P. 47-53.
456. Reid J.E. A revised questioning technique in lie-detection tests // *Journal of criminal law and criminology*, 1947, 37. – P. 542-547.
457. Reiersol O., Skeid S. The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism // *J. Homosex.* – 2006. - Vol.50. – P. 243-62.
458. Richters J., de Visser R.O., Rissel C.E. et al. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, “sadomasochism” or

- dominance and submission (BDSM): data from a national survey // *J. Sex. Med.* – 2008. - Vol. 5. – P. 1660-8.
459. Rieger G., Savin-William, R.C. The eyes have it: sex and sexual orientation differences in pupil dilation patterns. – 2012.
460. Rogeness G.A., Cepeda C., Macedo C.A., Fischer C., Harris W.R. Differences in heart rate and blood pressure in children with conduct disorder, major depression, and separation anxiety // *Psychiatry Res.* – 1990; 33(2). – P. 199-206.
461. Rogeness G.A., Javors M.A., Maas J.W., Macedo C.A. Catecholamines and diagnoses in children // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1990; 29(2). – P. 234-241.
462. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press, 1965.
463. Rothhammer F., Rothhammer P., Llop E. Genetics of addictive disorders (Article in Spanish) // *Rev. Med. Chil.* – 2000. - Vol. 128 (11). – P. 1279-82.
464. Rubin R.T., Villanueva-Meyer J., Ananth J., Trajmar P.G., Mena I. Regional xenon 133 cerebral blood flow and cerebral technetium 99m HMPAO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subjects. Determination by high-resolution single-photon emission computed tomography // *Arch Gen Psychiatry.* – 1992. - Vol. 49(9). – P. 695-702.
465. Ruilmann C.J., Gulo M.J. Investigation of autonomic responses in psychopathic personalities // *So.Med.J.*: 43, 1950. - P. 953-956.
466. Rushworth M.F., Johansen-Berg H., Gobel S.M. et al. The left parietal and premotor cortices: motor attention and selection // *Neuroimage*, 2003, V. 20, Suppl.1. - P. 89-100.
467. Ryan L.J. The effects of religious cults on the health and welfare of the converts. - 1977 <http://www.lermanet2.com/house/destructive.htm> (дата обращения 3.04.2014).

468. Salle S., Choueiry J., Shah D., Bowers H., McIntosh J., Ilivitsky V., Knott V. Effects of Ketamine on Resting-State EEG Activity and Their Relationship to Perceptual / Dissociative Symptoms in Healthy Humans // *Front Pharmacol.* – 2016. - Vol. 27 (7) – P. 348.
469. Sanchez C. 5-HT<sub>1A</sub> receptors in the treatment of aggression and impulse control disorders // In: Maes M., Coccaro E. Eds., *Neurobiology and Clinical Views on Aggression and Impulsivity*: Wiley, Chichester. – 1999. – P. 183-196.
470. Saradjian A., Nobus D. Cognitive distortions of Religious professional who sexually abuse children // *Journal of interpersonal Violence.* – 2003. – Vol. 18., N. 8. – P. 905-925.
471. Sarason J. *Anxiety in elementary school children.* - New York: John Wiley and Sons, 1960. – 167 p.
472. Sariahmetoglu H., Soysal A., Sen A., Yuksel B., Celiker S., Ciftci-Kavaklioglu B., Arpaci B. Forehead sympathetic skin responses in determining autonomic involvement in Parkinson's disease // *Clin. Neurophysiol.* – 2014. - Vol. 125(12). – P. 2436-40.
473. Sartorius A., Ruf M., Kief C., Demirakca T., Bailer J., Ende G. et al. Abnormal amygdala activation profile in pedophilia // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2008. - Vol. 258. – P. 271–277.
474. Saxe L. Science and the CQT polygraph. A theoretical critique // *Integr. Physiol. Behav. Sci.*, 1991, Jul-Sep; 26(3). – P. 223-31.
475. Schiffer B., Peschel T., Paul T., Gizewski E., Forsting M., Leygraf N. et al. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia // *J. Psychiatr. Res.* – 2007. - Vol. 41. – P. 753–762.
476. Schiltz K., Witzel J., Northoff G., Zierhut K., Gubka U., Fellmann H. et al. Brain pathology in pedophilic offenders // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2007. - Vol. 64. – P. 737–746.

477. Scudder R.G., Blount W.R., Heide K.M., Silverman I.J. Important links between child abuse, neglect and delinquency // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. - 1993. - Vol. 37. – P. 315-323.
478. Sears C., Gold J.W.M., Ley A.S. Cunningham-Rundles, Koziner, and D.Armstrong // *Clin. Res.* – 1982. - Vol. 30. – P. 697.
479. Siever L.J., Insel T.R., Jimerson D.C., Lake C.R., Uhde T.W., Aloji J., Murphy D.L. Growth hormone response to clonidine in obsessive-compulsive patients // *Br. J. Psychiatry*. – 1983; 142. – P. 184-187.
480. Silva A. The relevance of neuroscience to forensic psychiatry // *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. – 2007. - Vol. 35:6. – P. 9.
481. Silva A. Forensic Psychiatry, Neuroscience, and the Law // *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. – 2009. - Vol. 37. - P.489–502.
482. Sokhadze E., Singh S., Stewart C., Hollifield M., El-Baz A., Tasman A. Attentional Bias to Drug- and Stress-Related Pictorial Cues in Cocaine Addiction Comorbid with PTSD // *J. Neurother.* – 2008. - Vol. 1;12(4). P. 205-225.
483. Spielberger C. Trait-State anxiety and motor behavior // *J. Motor Behavior*. - Vol. 3., 1971. - P. 265-279
484. Spinella M., White J., Frank M.L. et al. Evidence of Orbitofrontal Dysfunction in Sex Offenders // *International Journal of Forensic Psychology*, Vol. 1, No. 3, 2006. – P. 62-68.
485. Spont M.R. Modulatory role of serotonin in neural information processing: Implication for human psychopathology // *Psychol. Bull.* – 1992, Vol.112(2). – P. 330-350.
486. Storvik M., Haukijervi T., Tupala E. et al. Correlation between the SERT binding densities in hypothalamus and amygdale in cloninger type 1 and 2 alcoholics // *Alcohol and alcoholism*. – 2008. – Vol. 43(1). – P. 25-30.

487. Sullivan H. Conceptions of modern psychiatry (2nd Ed.). - New York: W.W. Norton & Co., 1953.
488. Svebak S. Respiratory patterns as predictors of laughter // *Psychophysiology*, 1975. 12. – P. 62-65
489. Syz H. Observation on unreliability of subjective reports of emotional reactions // *British journal of psychology*, 1926-1927, 17. – P. 119-126
490. Tarchanoff J. Uber die galvanischen Erscheinungen an der Haut des Menschen bei Reizung der Sinnesorgane und bei verschiedenen Formen der psychischen Ttigkeit // *Pfluger`s Archiv Phisiol.*, 46, 1890. – P. 46-55
491. Tenbergen G1, Wittfoth M1, Frieling H2, Ponseti J3, Walter M4, Walter H5, Beier KM6, Schiffer B7, Kruger TH1. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges // *Front Hum. Neurosci.* – 2015. - Vol. 9:344.
492. Thornton D., Mann R., Webster S. et al. Distinguishing and Combining Risks for Sexual and Violent Recidivism // *Annals of the New York Academy of Sciences*: 989, 2003. – P. 225-235.
493. Tost H., Vollmert C., Brassen S. et al. Pedophilia: neuropsychological evidence encouraging a brain network perspective // *Medical Hypothesis* 63(3), 2004. – P. 528-531.
494. Tull M.T., Schulzinger D., Schmidt N.B. et al. Development and initial examination of a brief intervention for heightened anxiety sensitivity among heroin users // *Behav. Modif.* – 2007. – Vol. 31(2). – P. 220-242.
495. Vitale A. Gender Identity Disorder: A Brief Description of the Problem // Revised, 1996.
496. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States // *J. gambling studies.* – 1996. – Vol.12. – P. 111-128.
497. Vousooghi N., Zarei S.Z., Sadat-Shirazi M.S., Eghbali F., Zarrindast M.R.. mRNA expression of dopamine receptors in peripheral blood lymphocytes of

- computer game addicts // *J. Neural. Transm (Vienna)*. – 2015. - Vol. 122(10). – P. 1391-8.
498. Waismann R., Fenwick P.B., Wilson G.D. et al. EEG responses to visual erotic stimuli in men with normal and paraphilic interests // *Arch. Sex. Behav.*, 2003; 32(2). – P. 135-144.
499. Walter M., Witzel J., Wiebking C., Gubka U., Rotte M., Schiltz K. et al. Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation // *Biol. Psychiatry*. – 2007. - Vol. 62. – P. 698–701.
500. Wang P., Gao Y., Isen J., Tuvblad C., Raine A., Baker L.A. Genetic covariance between psychopathic traits and anticipatory skin conductance responses to threat: Evidence for a potential endophenotype // *Dev. Psychopathol.* – 2015. - Vol. 27(4Pt1). P. 1313-22.
501. Wang X., Cao P., Xu L., Cai L., Zhang L., Feng R., Jiang H., Chen W. Sympathetic skin response and R-R interval variation in the assessment of clinical remission of bipolar disorder // *Psychiatry Res.* – 2016. - Vol. 30 (237). – P. 279-81.
502. Ward T. Sexual offenders cognitive distortions as implicit theories // *Aggression and violent behavior*. – 2000. – Vol. 5. – P. 491-507.
503. Ward T., Keenan T. Child molesters implicit theories // *Journal of interpersonal Violence*. – 1999. – Vol. 14. – P. 821-838.
504. Weinstein A., Dorani D., Elhadif R., Bukovza Y., Yarmulnik A., Dannon P. Internet addiction is associated with social anxiety in young adults // *Ann. Clin. Psychiatry*. – 2015; Vol. 27(1). – P. 4-9.
505. Widom C.S. Avoidance of criminality in abused and neglected children // *Psychiatry*. - 1991. - Vol. 54. – P. 162-174.
506. Williams V. Response to Cross & Saxe's 'A Critique of the Validity of Polygraph Testing in Child Sexual Abuse Cases // *Polygraph*, 1999. – Vol.28. – N2. – P. 105-116.

507. Wolchik S.A., Beggs V.E., Wincze J.P., Sakheim D.K., Barlow D.H., Mavissakalian Z. The effect of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men // *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 1980. – P. 595—598
508. Wolfersdorf M., Straub R., Barg T. Electrodermal Activity (EDA) and Suicidal Behavior // *Crisis*, Volume 17, No. 2, 1996.
509. Wright A.M., Zapata A., Baumann M.H., Elmore J.S., Hoffman A.F., Lupica C.R.. Enduring Loss of Serotonergic Control of Orbitofrontal Cortex Function Following Contingent and Noncontingent Cocaine Exposure // *Cereb Cortex*. – 2016. - Vol. 12.
510. Wright S. Depathologizing consensual sexual sadism, sexualmasochism, transvestic fetishism, and fetishism [Letter to the Editor]. *Archives of Sexual Behavior*. – 2010. – 39. – 1229–1230.
511. Yu H., Zhao X., Wang Y., Li N., Wang M. The effect of excessive internet use on N400 event-related potentials (Article in Chinese) // *Sheng Wu Yi Xue Gong Cheng Xue Za Zhi*. – 2008. - Vol. 25(5). – P. 1014-20.
512. Zahn T.P., Rosenthal D., Lawlor W.G. Electrodermal and heart rate orienting reactions in chronic schizophrenia // *J. of psychiatric research*, 1968, 6. – P. 117-134.
513. Zucherman M. Physiological measures of sexual arousal in the human // In: N.S. Greenfield and R.A. Sternbach (Eds.), *Handbook of psychophysiology*. - N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, 1972. – 370 p.