**Особенности психоорганических расстройств у лиц с парафилиями**

Т. В. Петина, старший научный сотрудник Отдела Судебно-психиатрических экспертиз ГНЦССП им. В. П. Сербского, кандидат медицинских наук, психиатр, сексопатолог.

Современные классификации (DSM-III-R, МКБ-10) выделяют специальные рубрики для различных расстройств поведения и рассматривают парафилии как самостоятельное расстройство, занимающее особое место в классификации психических болезней. Существование собственных закономерностей формирования и развития - одна из отличительных особенностей перверсий. Их специфический патокинез реализуется посредством смены определенного круга синдромов, отражающих различную тяжесть расстройств психической деятельности. Психопатологическая многокомпонентность, сочетающаяся с четкими динамическими закономерностями парафилий, которые к тому же часто наблюдаются при отсутствии каких-либо других психических расстройств, доказывает самостоятельность перверсий среди иной психической патологии (Ткаченко А.А., 1991).

Имеется целый ряд следствий выделения парафилий в группу особых состояний, поскольку появляется возможность их использования в качестве самостоятельного медицинского критерия невменяемости (ограниченной вменяемости). Кроме этого, при анализе расстройств именно психосексуальной сферы часто возникает необходимость интеграции сексологической экспертизы с судебно-психиатрической, что требует разработки проблем, касающихся комплексной сексолого-психиатрической экспертизы.

Актуальность судебно-психиатрического исследования парафилий определяется их клинико-патогенетическими особенностями, которые не могут не отразиться на специфике их экспертной оценки. Еще А.А. Пархоменко, К.Г. Рабинович , Л.С. Юсевич (цит. по Дорофеенко Г.К., 1979) указывали на потребность в тщательном изучении личности с расстройством влечений, т.к. это является необходимым компонентом при оценке состояния, в том числе в период совершения правонарушения. Некоторые авторы ранее уже указывали на связь органического поражения головного мозга с сексуальными девиациями (Имелинский К.,1989). Было показано, что сексуальные расстройства у лиц с ранним органическим поражением встречаются чаще (в 23,7%), чем у лиц с травматической церебральной патологией (в 17,3%), органическим поражением головного мозга сложного генеза (в 10,5%), с сосудистым заболеванием головного мозга (в 4,7%) (Позднякова С.П.,Жданов Ю.П., Бурелов Э.А.,1987). По данным А.В. Арутюняна (1982) перверсии, развившиеся на фоне раннего органического поражения головного мозга, также составили наиболее многочисленную группу. Кроме того, они отличались стойкостью, что в свою очередь, определяло в значительной степени большое количество повторных правонарушений с тенденцией к их утяжелению.

В целом эти данные соответствуют дизонтогенетической концепции формирования парафилий, согласно которой они являются результатом нарушений индивидуального психосексуального развития в постнатальном онтогенезе, формируясь вследствие гипертрофии и закрепления отдельных проявлений психосексуального развития, свойственных его ранним этапам (Васильченко Г.С. и соавт., 1983).

Характер базисных дизонтогенетических проявлений определяется преимущественно биологическими факторами: тяжестью перенесенных перинатальных вредностей, в меньшей степени - конституционально-наследственными влияниями (Вандыш-Бубко В.В., 1994). Именно при ранних органических поражениях головного мозга патогенное воздействие вредностей приходится на тот этап онтогенеза, когда еще не закончено основное биологическое созревание как морфологических структур, так и механизмов функционирования мозга (Ковалев В.В.,1985). Нарушения сроков и темпа полового и психического созревания становятся патогенетически значимыми при наличии асинхроний развития (Kretscmer E., 1956), когда нарушается гармония в созревании разных систем и оно становится дисгармоническим, диссоциированным (Сухарева Г.Е.,1959). Однако дизонтогенез не может быть приравнен только к асинхрониям развития, поскольку он может включать в себя и явления выпадения (дефекта) и качественные нарушения, в том числе и необратимые (Гурьева В.А.,1994).

При раннем повреждении мозга может произойти изменение полового самосознания с последующим нарушением остальных этапов психосексуального развития (полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций). С патологией первых двух этапов связывается, например, возникновение таких видов перверсий, как садизм и мазохизм.

Изучение органических поражений головного мозга при парафилиях неразрывно связано с вопросами о локализации в мозге структур, ответственных за сексуальное поведение. Особая роль при этом отводится гипоталамусу, а именно влиянию гипоталамо-гипофизарной системы на секрецию гормонов семенниками и яичниками, на поведение (Каган В.Е., 1991). Известно, что в гипоталамусе имеется два сексуальных центра. Один - ответственный за сексуальное поведение, непосредственно “высвобождает” сексуальную активность, а другой обуславливает сексуальные влечения опосредованно - через секрецию гонадолиберина (Имелинский К., 1989). Поэтому повреждение мозга может сопровождаться как количественными нарушениями сексуальности (в виде гипер-, или чаще гипосексуальности) (Темин П.А. с соавт., 1988), так и качественными в виде девиантных форм поведения. В пренатальном периоде оба этих центра подвергаются процессу половой дифференциации, нарушения которого приводят к отклонениям в половом диморфизме церебральной организации, следствием чего могут являться сексуальные перверсии. Кроме того, о существовании двух систем, связанных с половым поведением говорил G.Dorner (1978). Он предполагал наличие одновременно существующих двух реципрокных нейрофизиологических систем - маскулинной и фемининной, одна из которых обычно находится в активном состоянии, а другая - в заторможенном. Существует также предположение, что центр мужского полового поведения находится в правом гипоталамусе, а женского- в левом (Филиппов Б.Е., 1992).

Г.К. Дорофеенко (1975) было показано, что нарушения влечений могут наблюдаться у лиц с поражением гипоталамической области. Их динамика зависела от степени выраженности диэнцефального синдрома. На участие в процессе гипоталамичекой области указывали имеющиеся у обследованных с сексуальными девиациями дистимические расстройства, вегетативно-сосудистые приступы, элементарные расстройства влечений (булимия, полидипсия). В дальнейших исследованиях было обнаружено, что наиболее часто сексуальные нарушения отмечались в случаях локализации повреждения в височных долях. При височной эпилепсии эти нарушения были весьма разнообразны. R.Hunter et al. (1973) описали случай длительного трансвестизма и фетишизма, которые задолго предшествовали эпилептическим припадкам у мужчины в возрасте 39 лет, страдающего височной эпилепсией. Имеются также данные об эксгибиционизме при височной эпилепсии. G. Ellison (1982) подчеркивал, что эксгибиционизм может входить в структуру эпилептического припадка и носить характер психомоторных автоматизмов.

R.Delgado (1952) при раздражении миндалевидных тел отмечал усиление либидо у женщины с височной эпилепсией. A.R. Heath (1972) выявил локализацию “центров удовольствия” в зоне перегородки. P. Flor-Henry (1978) говорил о том, что мозговой субстрат оргазма связан с лимбическими механизмами. Современные нейрохирургические эксперименты также показали, что глубокие нарушения в лимбической системе могут изменять поведение субъекта (Wieser, 1983).

В последнее время были предложены нейрофизиологические концепции сексуальных девиаций, подчеркивающие значение нарушений межполушарных взаимоотношений. Так, утверждается, что латерализованная церебральная дисфункция доминантного полушария изменяет организацию противоположного полушария и ведет к изменению межполушарных взаимодействий (Flor-Henry P., 1980). Sackeim, Green- berg, Weiman, Gur, Hungerbuhler & Geschwind (1982); P. Flor-Henry (1985) высказали предположение, что у некоторых лиц с парафилиями имеется дефицитарность возбудительного процесса в правом полушарии (передние области), что посредством снижения тормозных влияний правого полушария на контралатеральное вызывает аномальную активацию левого полушария. В результате нейропсихологического исследования мужчин с нарушением психосексуальной ориентации по полу объекта (гомосексуализм) было высказано предположение о том, что у них имеет место специфическая психическая дисфункция, феноменология которой близка таковой при недостаточности правого полушария (Беляева В.В., Семенович А.В., Адигамов М.М.,1992). По мнению Г.Е.Введенского (1994), биологическим критерием аномальности сексуального поведения также являются нейрофизиологические нарушения в виде дефицита функций правого полушария или нарушения межполушарных взаимоотношений.

В результате, на сегодняшний день ни одна из концепций парафилий не может обойти значение органического фактора. Все они сталкиваются с необходимостью включения его в качестве обязательного этиопатогенетического звена. Наиболее определенно в этом смысле высказывание J. Money (1990), согласно которому парафилии есть результат органического поражения головного мозга.

В настоящее время описаны многочисленные варианты психоорганического синдрома под разными названиями в зависимости от характера преобладающих нарушений, преимущественной локализации поражений ЦНС. Еще M.Bleuler (1964) отмечал, что при органическом поражении мозга на ранних стадиях психические расстройства проявляются преимущественно в снижении психической активности, изменении в сфере влечения, инстинктов, расстройств настроения. По мере развития болезни в клинической картине начинают преобладать амнестическо-органические нарушения (расстройства памяти, интеллектуальное снижение с выраженным нарушением осмысления и критических способностей, утрата приобретенных знаний, ригидность мышления, эмоциональная тупость). В настоящее время психоорганический синдром и расстройства, наблюдающиеся при органическом поражении мозга рассматриваются как класс состояний, непосредственно обусловленных нарушениями структуры или физиологических особенностей мозговой ткани (Каплан Г.К., Сэдок Б.Дж., 1994). Согласно DSM-III-R, существенной особенностью всех этих расстройств являются психологические или поведенческие отклонения, связанные с кратковременным или длительным нарушением функций мозга. Наблюдающиеся в результате психопатологические симптомы отражают деструкцию мозговых структур, обеспечивающих когнитивные функции, эмоции и мотивации, обусловливающие поведение.

Широкое распространение в настоящее время имеет и термин “минимальная мозговая дисфункция” (ММД), очерчивающий состояния, которые обозначаются с учетом характера преобладающих нарушений: эмоциональных, познавательных, внимания, активности, поведения, способности к обучению в форме отдельных расстройств или их сочетаний (Halperin J.M. et al., 1984; Teylor E.A., 1986; Werry J.S. et al., 1987; Lahey B.B. et al., 1988 - цит. по Вандыш-Бубко В.В., 1994). В.В. Ковалев (1974) считает, что понятие “резидуальная церебральная недостаточность” схоже с понятием ММД. Он определяет это состояние как органически измененную реактивность головного мозга вследствие его ранних поражений(1985). M. Rutter (1981, 1982) формулирует две возможные концепции ММД: ММД как мягкий вариант большого поражения мозга и ММД как наследственное заболевание. Однако Оудсхоорн Д.Н. (1993) считает употребление этого понятия не очень удачным, так как в каждом конкретном случае трудно доказать, имеется ли взаимосвязь между конкретным органическим фактором и данным поведением. Он считает, что синдром “легкого поражения мозга” (ММД) относится к более крупной группе синдромов дефицита внимания. В связи с тем, что термины “психоорганический синдром” и “минимальная мозговая дисфункция” трактуются различными авторами неоднозначно, в данной работе была допущена возможность использования понятия психоорганических расстройств, под которым подразумевается широкий спектр различных по клиническим характеристикам и тяжести состояний (когнитивных, аффективных, личностно-мотивационных и поведенческих), объединяемых общностью этиопатогенетического механизма их формирования, связанного с подразумеваемым преобладанием значения органического поражения головного мозга любой этиологии.

Обследовано 64 лиц мужского пола, находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского в период 1993-1994 г. после их привлечения к уголовной ответственности за сексуальные правонарушения. В процессе исследования у 34 лиц мужского пола (53%), (средний возраст 31,22+8,39), составляющих первую группу, было достоверно установлено наличие парафилий, диагностика которых проводилась в соответствии с критериями DSM-III-R и МКБ-10 для парафилий. У них имелись устойчивая тенденция к повторности, осознанные побуждения к совершению аномальных сексуальных действий, привычно отражавшиеся в фантазиях и сноведениях, фиксированность на ненормативых объектах или сексуальной активности. Вторую группу также составили лица мужского пола в количестве 30 человек (47%), (средний возраст 29,53+6,98), но без парафилий, несмотря на их девиантное сексуальное поведение, послужившее причиной возбуждения уголовного дела.

Наиболее часто встречается у лиц с парафилиями агрессивное сексуальное поведение. Следующее по частоте гомицидное и эксгибиционисткое поведение также несколько преобладало у лиц с парафилиями. Такие виды поведения, как неконтактное, аутоэротическое, садомазохистическое, мазохистическое встречались только у лиц с парафилиями. Петтинговое поведение встречалось примерно с одинаковой частотой у данных групп. Наиболее часто встречающимися оказались два вида парафилий - садизм (10 - 29,4%, в том числе у двух из них отмечались элементы некросадизма) и педофилия (7 - 20,6%). У троих (8,8%) из данной группы отмечался эксгибиционизм с гетеросексуальным педофильным объектом. Как показал анализ, часто встречались комплексные виды парафилий в структуре указанных: у 1-го отмечались признаки фетишизма в сочетании с педофилией, у 2-ух - садистическое сексуальное влечение с зоофильным (замещающим) компонентом, у 2-ух имелось сочетание садизма с педофилией, у 3-х отмечался полиморфный парафильный синдром (у 1-го сочетание некросадизма с гомопедофильными мазохистическими и зоофильными элементами; у 2-го - с эксгибиционистскими, мазохистическими, фетишистскими включениями; у 3-го- в виде сочетания некрофилии, нарциссизма и мазохизма).

Среди лиц второй группы у 1-го - отмечались эксгибиционистские действия (с гетеросексуальным педофильным объектом), 15 (50%) совершили изнасилование (2 с педофильными гетеросексуальными объектами 1 из которых с убийством, 6 с эфебофильными гетеросексуальными объектами, 5 - со взрослыми: 3 с ограблением и 1 с убийством, 1 инцест с убийством), 5 (16,7%) - совершили развратные действия: 3 по отношению к гетеросексуальному педофильному объекту (1 с убийством), 1 по отношению к гомосексуальному педофильному объекту. Лишь в двух случаях (6,7%) отмечалось повторное привлечение к уголовной ответственности в связи с изнасилованием.

Частота встречаемости органического поражения головного мозга примерно одинакова у лиц с парафилиями (47,1%) и у лиц без парафилий (40%). Однако соотношение различных форм органического поражения в выделенных группах неодинаково. Имеющиеся анамнестические данные о наличии перинатальной патологии (патология родов: наложение щипцов, применение вакуум-экстракции; токсикоз беременности, родовые травмы, асфиксия плода, различные инфекционные заболевания), детский церебральный паралич, говорившие в пользу предположения о раннем органическом повреждении мозга, встречались в основном у лиц с парафилиями. У лиц без парафилий в пользу предположения о раннем повреждении мозга свидетельствовали также в основном анамнестические данные о наличии перинатальной патологии, но чаще в виде различных инфекций и интоксикаций, реже в виде патологии родов. Кроме того, в пользу предположения о раннем органическом поражении говорили также анамнестические данные о наличии неврозоподобной симптоматики - у лиц с парафилиями чаще в виде сноговорений, снохождений, энуреза, боязни темноты, оставаться одному, “кошмарных сновидений”, которая возникала обычно в детском возрасте. У лиц без парафилий неврозоподобная сиптоматика встречалась реже.

Имеющиеся анамнестические данные о сочетании перинатальной патологии с патологией постнатального периода развития (в виде различных инфекционных заболеваний, интоксикаций, повторных черепно-мозговых травм) свидетельствовали в пользу предположения органического поражения головного мозга сложного генеза. У лиц с парафилиями этот диагноз встречался в 26,5%, а у лиц без парафилий - в 16,7%. Имеющиеся данные о перенесенных массивных черепномозговых травмах, без предшествующей перинатальной патологии, говорившие о травматическом поражении, встречались только у лиц без парафилий (в 13,3% случаев). Только у лиц без парафилий втречалась также умственная отсталость (в 10%).

Кроме того, у лиц с парафилиями в подростковом возрасте наблюдались гиперкинетические расстройства поведения в 14,7% случаев, (у лиц без парафилий - в 6,7%), более равномерно распределялся гебоидный синдром (у лиц с парафилиями он встречался в 5,9% случаев, у лиц без парафилий - в 6,7%).

В связи с тем, что квалификация психических расстройств основывалась на МКБ-10, диагноз “эпилепсия” не выделялся в качестве самостоятельного, были квалифицированы лишь психопатологические следствия этого заболевания. У лиц с парафилиями этот диагноз был установлен в двух (5,9%) случаях, а у лиц без парафилий - в одном (3,3%) случае.

Следует также отметить, что признаки органического повреждения головного мозга выявились и тогда, когда основной диагноз не подразумевал их наличия, как например, в случаях диагностики психопатии и шизофрении у лиц с парафилиями. У лиц с парафилиями диагноз психопатия сочетался с констатацией органического повреждения в 20,6%, в то время как у лиц без парафилий с тем же диагнозом эти признаки отмечались в 3,3%. У лиц с парафилиями с диагнозом шизофрения признаки органического поражения головного мозга были отмечены в 8,8%, а у лиц без парафилий с тем же диагнозом - в 3,3%. Для лиц с парафилиями оказалось также характерно превалирование личностных расстройств. Только у лиц с парафилиями встречались истерические (в 14,7%) и шизоидные (в 11,8%) расстройства личности. В целом же преморбидные особенности лиц с парафилиями характеризовались большей однородностью, чем в группе сопоставления. У них в 77,8% случаев (у лиц без парафилий в 16,7%) отмечались такие патохарактерологические особенности, как замкнутость, стеснительность, повышенная ранимость, эмоциональная маловыразительность, эгоцентризм, чрезвычайная незрелость эмоционально-волевых проявлений. Указанные особенности у лиц с парафилиями отличались стабильностью, устойчивостью и определяли их социальную адаптацию.

Таким образом, основные психические расстройства у лиц с парафилиями связаны, вероятно, с преобладанием раннего органического повреждения мозга, причем степень выраженности их менее значительна, чем у лиц без парафилий. Для лиц с парафилиями не оказалось значимой умственная отсталость, отражающая в первую очередь выраженное нарушение интеллектуальной сферы, не встречались у них и признаки, свидетельствующие в пользу предположения о травматическом повреждении мозга. По-видимому, это позволяет оценить клиническую картину лиц с парафилиями преимущественно как проявления минимальной мозговой дисфункции вследствие более ранних и, по-видимому, более компенсированных поражений мозга. Однако основные отличия были выявлены при анализе психопатологичеких особенностей обеих групп.

На момент обследования у лиц с парафилиями имелись собственно психоорганические расстройства: истощаемость психических процессов, некоторое снижение памяти, умственной работоспособности, эмоциональная лабильность, ригидность, обстоятельность мышления, интеллектуально-мнестическое снижение, церебрастенические расстройства. У лиц без парафилий отмечались более выраженные психоорганические расстройства - у них чаще встречалось интеллектуально-мнестическое снижение (в 29,2 %), церебрастенические расстройства (в 54,2%), в то время как у лиц с парафилиями интеллектуально-мнестическое снижение встречалось в 14,8%, а церебрастенические расстройства - в 33,3%. При этом также у лиц с парафилиями были выявлены дисморфофобические и дисморфоманические, ипохондрические переживания, патологическое фантазирование, совершенно не встречавшиеся у лиц без парафилий.

Дисморфофобические переживания у лиц с парафилиями встречались в 29,6% случаев. Они включали как отдельные отрывочные и нестойкие идеи, имеющие более или менее реальную основу (наличие какого-либо незначительного физического недостатка), так и более глобальные расстройства, отражающие убежденность в наличии мнимого дефекта (нередко по поводу особенностей фигуры, роста, внешности, размеров половых органов и т.д.). Однако, возникнув у этих лиц в подростково-юношеском возрасте, эти переживания оставались актуальными до настоящего времени. Они носили стойкий, однонаправленный характер. Лишь в некоторых случаях периоды усиления дисморфофобических переживаний начинали перемежаться с ипохондрическими расстройствами (которые встречались в 7,4% случаев), без последующей их трансформации в бредовые расстройства. Сверхценные расстройства у лиц с парафилиями также являются одним из наиболее частых синдромов (25,9%). Первоначально эти расстройства имели возрастную окраску, определялись фиксацией на разнообразных увлечениях (коллекционирование, спорт и т.д.). В пубертатном возрасте у этих лиц на фоне фантазирования и дисморфофобических переживаний, иногда формировались отдельные сензитивные идеи отношения, носящие отрывочный, неразвернутый характер, а также сверхценные образования, определяющие однонаправленный, стереотипный характер активности. В данных наблюдениях синдром патологического фантазирования у лиц с парафилиями встречался в 66,7% cлучаев. Первоначально фантазирование у них носило конкретный, образный. реальный характер на фоне ясного сознания. В дальнейшем происходила патологизация фантазий, их трансформация, а именно прозвольный характер фантазирования менялся на монотематический, стереотипный, непроизвольный и даже неодолимый. Вымыслы становились для этих лиц более значимыми, чем реальные события, происходило вживание в образы, грань между фантазиями и действительностью оказывалась нарушенной (“представления стали появляться помимо воли, в такие моменты путал реальность с фантазиями, разговаривал с образами”). Происходило формирование “зрительного образа” будущей жертвы-объекта, а также готовности и стремления к реализации вымышленных построений. Утяжеление данного синдрома коррелировало с выявляющимися дисфорическими состояниями и расстройствами влечений. Кроме того, во время патологического фантазирования часто происходило изменение аффективного фона от колебаний настроения субдепрессивного характера с немотивированной тревогой, беспокойством до дисфорических расстройств, а иногда до состояния “внутреннего успокоения”. При этом патологическое фантазирование становилось привычным способом субъективного облегчения тягостного психического состояния с уменьшением угнетенно-тоскливого аффекта.

Известно, что в детском возрасте преобладает склонность к непатологическим вымыслам в связи с психической незрелостью. Хотя синдром патологического фантазирования нозологически и неспецифичен, но определенные психопатологические характеристики в рамках каждой из нозологических форм позволяют выделить четкие дифференциально-диагностические критерии для разграничения эндогенной, органической и конституциональной их природы. В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин (1994) указывали, например, что редукция патологического фантазирования нехарактерна для органических поражений, тогда как непатологические формы обычно после 14-15 лет постепенно нивелируются. Кроме того, для резидуально-органических состояний характерно начало фантазирования с непатологических форм в детском или в предпубертатном возрасте.

Ряд авторов ( Сухарева Г.Е.,1959; Мамцева В.Н. 1959; Гурьева В.А.,1959, 1986 и др.) указывает на типичность сочетания патологического фантазирования с аффективными расстройствами, сверхценными идеями, расстройствами влечений, а также на характерность сочетания патологического фантазирования с синдромом личностного инфантилизма, на наличие корреляции между выраженностью синдрома фантазирования и ретардации пубертатного созревания. У лиц с парафилиями синдром психического инфантилизма встречался чаще (в 37%), чем у лиц без парафилий (в 16,7%). Причем, и в первой, и во второй группах отмечались асинхронии развития с ретардацией психосексуального развития ( соответственно - в 48,1% и в 54,1% случаев). У лиц с парафилиями, однако, чаще наблюдалось дисгармоничное психосексуальное развитие (в 14,8% по сравнению с 4,2% у лиц без парафилий), проявлявшееся нарушением процесса психосексуальных ориентаций с потерей последовательности своего развития и закономерной смены платонического, эротического и сексуального либидо независимо от характеристик полового развития. Часто редуцировались первые стадии данных этапов психосексуального развития. Сочетанная ретардация полового и психосексуального созревания наблюдалась несколько чаще у лиц без парафилий (в 12,5% по сравнению с 7,4% у лиц с парафилиями). Кроме того, опережающее психосексуальное развитие встречалось чаще у лиц с парафилиями (в 22,2% по сравнению с 4,2% у лиц без парафилий).

Только у лиц с парафилиями встречалась трансформация половой роли (в 29,6% случаев). Гиперролевое поведение отмечалось в двух группах примерно с одинаковой частотой: у лиц с парафилиями в 7,4% случаев, а у лиц без парафилий в 8,3%. Был выявлен также различный характер зависимости между началом фрмирования парафилий и этапами сексуального развития. Парафильное поведение, возникшее на этапе формирования полового самосознания, наблюдалось в 7,4% случаев, на этапе формирования полоролевого поведения - в 11,1%. Пубертатный период, вероятно, является наиболее благоприятным для возникновения парафилий, т.к. у 85,2% именно в этот период они были обнаружены впервые. В связи с этим становится понятным значение определенных этапов онтогенетического развития, и в частности пубертатного периода,у лиц с парафилиями. Известно, что он характеризуется преимущественно неблагоприятными тенденциями: утяжелением органически обусловленных проявлений дизонтогенеза, наличием асинхроний в форме задержек соматопсихического созревания (Вандыш-Бубко В.В., 1994). Виды асинхронного становления с различной степенью расхождения как между половым и психосексуальным, так и между основными элементами его психической составляющей имеют преобладающее значение среди вариантов психосексуального дизонтогенеза. Поэтому, актуальность таких психопатологических расстройств, как дисморфофобические и сверхценные переживания, патологического фантазирования, у лиц с парафилиями в зрелом возрасте, говорит о незрелости психических процессов, глубине психического инфантилизма, что, вероятно, связано с особенностями онтогенеза у этих лиц.

При анализе пароксизмальных расстройств было обнаружено, что у лиц с парафилиями чаще отмечались диэнцефальные кризы (в 18,5%), чем у лиц без парафилий (в 4,2%). У лиц с парафилиями они включали наряду с симпатоадреналовыми и парасимпатические феномены, т.е. диэнцефальные кризы имели смешанный характер (разнообразные головные боли, гемианопсии, пульсирующие блики перед глазами, гемигипостезии, сердцебиение, колебания артериального давления, расстройства дыхания, потливость, мышечная слабость, тяжесть в ногах, изжога, ложные позывы на стул и мочеиспускание, сонливость). У лиц без парафилий диэнцефальные пароксизмы отмечались в виде вегетососудистых кризов с различными головными болями и головокружениями. Имеются данные (Дорофеенко Г.К., 1979) о том, что расстройства влечений могут сочетаться с диэнцефальными нарушениями по-разному: в одних случаях они чередовались с ними, в других - представляли их начало, в третьих- входили в структуру криза и представляли собой как бы отдельный его симптом. Кроме того, указанные расстройства протекали на фоне измененного сознания, проявляющегося то в виде оглушенности, то в виде так называемых “ориентированных” расстройств сознания. У лиц с парафилиями также имелись нарушения сознания, причем в 48,1% случаев состояния измененного сознания не были связаны с реализацией влечений. У лиц без парафилий нарушения сознания отмечались в 20,8% случаев. У лиц с парафилиями в 18,5% случаев встречались психосенсорные расстройства, причем они выражались в виде расстройств восприятия пространства и времени, деперсонализации, дереализации, феномена “уже виденного”. В основном отмечалась соматопсихическая деперсонализация, отчуждение распространялось как на речевые, так и на двигательные акты (“... был как робот, как автомат”, испытывал чувство “раздвоения личности”). Состояния дереализации характеризовались снижением чувства реальности, необычностью окружающей обстановки ( “...все стало другим, как в тумане”, видел окружающее через пелену). У лиц без парафилий психосенсорные расстройства отмечались в одном случае (4,2%), выражались в основном в виде дереализационно-деперсонализационных явлений, которые появились после массивной черепно-мозговой травмы.

У лиц с парафилиями были также выявлены обморочные (в 7,4%) и синкопальные (в 7,4%) состояния, связанные с изменениями атмосферных явлений и стрессовыми ситуациями. Подобные состояния у лиц без парафилий не встречались, лишь в одном случае наблюдались абсансы, которые возникали на фоне переутомления, после перенесенной черепно-мозговой травмы. Просоночные состояния в обеих группах встречались только в одном случае, возникали обычно на фоне переутомления. Кроме того, у лиц с парафилиями реализация влечения в 14,8% случаев происходила в рамках измененного состояния сознания. Эти состояния характеризовались рядом особенностей и были трудны для клинической квалификации. У некоторых они возникали достаточно остро на аффективно измененном фоне (раздражительность, тревога), отмечалась стереотипность внешне целесообразного поведения в этих состояниях, а также незаконченность действий. Для таких состояний нарушенного сознания была характерна частичная амнезия происшедшего (помнил только отдельные зрительные образы), воспоминания о своих действиях, переживаниях также оставались фрагментарными. Кроме того, наблюдалась неполная идентификация содеянного с собственной личностью, случившееся воспринималось отчужденно. Указанные состояния нарушенного сознания имели тенденцию к повторяемости, стереотипности. У лиц с парафилиями встречались также расстройства восприятия в виде своеобразных воспоминаний с изменением соотношений между прошлым, настоящим и будущим, при сохранности однообразных, стереотипных пространственных ориетировок “географической излюбленности.” Подобные состояния сопровождались или предварялись изменением аффективного фона, преимущественно с тревожным компонентом, насильственностью, идеаторной переработкой. Наблюдались исчезновение чувства реальности, стремление к эмоциональной разрядке. Обычно указанные состояния сочетались с явлениями дереализации и деперсонализации. Следует отметить, что все вышеперечисленные нарушения сознания у лиц с парафилиями возникали непроизвольно. Они могли появиться внезапно, без провоцирующих факторов (например, прием алкоголя). Кроме того, эти состояния имели стереотипный характер. В литературе имеются описания состояний измененного сознания близких по структуре к тем, которые встречаются у лиц с парафилиями. Так, М.О. Гуревич (1927) говорил об особых состояниях сознания, которые проявлялись в основном в психосенсорных расстройствах и носили лакунарный характер, в отличие от сумеречного (генерализованного по характеру) расстройства. При особых состояниях сознания наблюдалась пространственно-временная дезорганизация психики. Известно, что в норме восприятие внешнего мира осуществляется как бы через индивидуальное пространство и время, и восприятие оказывается более полным и адекватным, если имеется полное соответствие между индивидуальным пространством и временем субъекта и реальностью (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1993). В настоящее время также описаны такие особые диссоциативные состояния сознания как трансы, под которыми подразумевают преходящее измененное состояние сознания. Они характеризуются дезинтеграцией идентичности и поведения и клинически проявляются фиксацией на узком круге значимых в данный момент переживаний, расхождением психосенсорных и психомоторных компонентов поведения, которое определяется внутренней программой, теряет произвольность, ограничивается набором повторяющихся (стереотипных) актов и сопровождается последующей фрагментарной амнезией (МКБ-10). В литературе также описаны такие психопатологические феномены как перцепторные воспоминания и перцепторные предвосхищения, возникающие одновременно или сменяющие друг друга и свидетельствующие также о пространственно-временной дезорганизации у индивидуума. Установлено, что эти феномены проявляются чаще пароксизмально (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н.,1994).

У лиц без парафилий отмечались состояния измененного сознания (в виде сумеречных расстройств) в период совершения правонарушений лишь в двух наблюдениях (8,3%). В одном случае оно наблюдалось у больного эпилепсией. Этому расстройству сознания предшествовали сенсорная аура, изменение аффекта (вплоть до дисфории). В другом случае, у больного с травматическим поражением головного мозга, сумеречное расстройство сознания было спровоцировано приемом алкоголя, сопровождалось психосенсорными расстройствами. Следует отметить, что лица без парафилий в 50% cлучаев совершили правонарушения в состоянии алкогольного опьянения, объект их сексуальных притязаний был выбран достаточно случайно. Лица с парафилиями гораздо реже - в 29% - в момент совершения правонарушения находились в состоянии алкогольного опьянения.

Встречающиеся у лиц с парафилиями аффективные колебания настроения чаще в виде субдепрессивного характера, сопровождающиеся немотивированной тревогой, беспокойством, страхом (в 55,5%), дисфории (в 33,3%) отличались внезапностью, изменчивостью частоты и продолжительности. У лиц без парафилий аффективные колебания субдепрессивного характера встречались в 16,7% случаев, а дисфорические расстройства- в 20,8%. У лиц с парафилиями аффективные расстройства в 51,9% могли возникать вследствие становления влечения, происходящего с борьбой мотивов, кроме того, само влечение могло возникать на уже измененном аффективном фоне (в 48,1%), который часто зависел от характера основного расстройства. Выявленные особенности клинической картины психоорганических расстройств лиц с парафилиями позволяет сделать некоторые предположения о характере нарушений их мозговой деятельности. Например, наличие диэнцефальных кризов у лиц с парафилиями позволяет говорить о дисфункции диэнцефальных отделов мозга (Шефер Д.Г. 1971; Хомская Е.Д.,1987). Кроме того, имеющиеся у лиц с парафилиями колебания настроения субдепрессивного характера с немотивированнной тревогой, страхом, наличие дисфорических состояний, носящих пароксизмальный характер, по данным различных авторов ( Мадорский С.В., 1982, Хомская Е.Д.,1987) могут свидетельствовать о дисфукции правых медиобазальных отделов коры височной и префронтальной областей мозга. Преобладание у данной группы лиц психосенсорных, диэнцефальных расстройств, разнообразных вариантов нарушенного сознания, аффективных колебаний позволяет говорить о сходстве их клинической картины с патобиологическим процессом, связанным с повреждением височной доли. Кроме того, включение в клиническую картину таких своеобразных состояний сознания как феномены предвосхищения, трансовые сотояния и т.д., описанные в основном у левшей (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н.,1994) дает определенные основания предполагать наличие у них измененной функции правого полушария, выражающейся в скрытой тенденции к левшеству психической деятельности. Приведенные клинические результаты явились предпосылкой для проведения нейрофизиологической части исследования, которое строилось в соответствие с целым рядом данных о патоорганической природе парафильного поведения.

В соответствие с системной моделью половой дифференциации (Каган В.Е., 1991) эротические ориентации - есть конечный результат целостного этапного процесса, первым звеном которого является антенатальная дифференциация, основной этап которой - половая дифференцировка мозга. Его итог - разная для мужского и женского пола чувствительность ЦНС к гормональным влияниям и разная реакция на эти влияния, т.е. феминизация и маскулинизация мозга, формирование нейроэндокринной предрасположенности к полоспецифическому поведению. Имеющиеся данные позволяют предположить, что этот процесс мужской специализации не полностью закончен у гомосексуалистов,т.к. многое показывает, что положительная эстрогенная обратная связь превышает нормальный уровень лютеинизирующего гормона после внутривенного назначения эстрогена, что характерно для женского типа ответа, также как и для транссексуалов (Dorner G., 1981). В полном соответствии с данными представлениями является то, что некоторые садисты и сексуальные убийцы не имеют характерных черт гипермаскулинности, а обычно идентичны женскому полу, часто являются трансвестистами или даже открытыми транссексуалистами (Langevin R. et al., 1988; Money J., 1990).

Как показывают данные томографического (Cassens G., Ford M., Lothstein L., Gallenstein T., 1988), нейрофизиологического (Flor-Henry P., 1989; Flor-Henry et al., 1988) и нейропсихологического (Hucker S.J., Langevin R. et al., 1977) анализа, одним из реальных путей изучения церебральной организации при девиантном сексуальном поведении может быть анализ нарушений взаимодействия больших полушарий и связанных с ними расстройств когнитивных функций. Одним из наиболее перспективных нейрофизиологических подходов к изучению функциональной организации больших полушарий мозга человека и животных при различных формах поведения оказался анализ временной и пространственной (дистантной) синхронизации их фоновой (ЭЭГ) электрической активности (Ливанов М.Н., 1972; Русинов В.С., Гриндель О.М., 1967). Изучение аспекта связности в электрической активности различных структур мозга позволило сформулировать целый ряд концепций функциональной организации мозга и нейрофункциональной организации поведения в целом (Ливанов М.Н., 1972; Монахов К.К., 1981), а появившиеся возможности использования компьютерной техники позволили постепенно перейти от вычисления суммарных кросскорелляционных отношений между двумя ЭЭГ-каналами к более тонким, частотно-зависимым когерентным оценкам кросскорелляционных спектров.

Учитывая то обстоятельство, что анализ свойства синхронности биопотенциалов в ряде случаев позволяет выявлять более тонкие изменения в функциональном состоянии (Гельгорн Э., Луфборроу Дж., 1966), а также дает возможность интерпретации изменений парной работы полушарий в связи с подкорковыми (диэнцефальными) влияниями, настоящее исследование было направлено на изучение характера межполушарных взаимодействий у лиц с сексуально-аномальным поведением методом оценки когерентных свойств ЭЭГ в симметричных точках двух полушарий при функциональных состояниях с различным уровнем бодрствования, а также при выполнении когнитивных проб, связанных, по имеющимся данным (Flor-Henry et al., 1991) с преимущественной активацией одного из полушарий.

Было обследовано 48 праворуких мужчин, находившихся в Центре в период 1993-94 г.г. после их привлечения к уголовной ответственности за сексуальные правонарушения. В результате клинико-психопатологического и сексологического обследований все они были подразделены на две основные группы. Первую группу составили 25 испытуемых (средний возраст - 32.7 - 8.1 лет), чье аномальное сексуальное поведение было связано с патологией сексуального влечения. Во вторую группу вошли оставшиеся 23 испытуемых (средний возраст 28.6 - 7.1 лет), которые, несмотря на их девиантное сексуальное поведение, чаще всего однократное и ситуативное, не обнаруживали патологии сексуального влечения. Обе группы были сопоставимы по конечной нозологической квалификации, которая, несмотря на широкий диагностический спектр, предусматривала наличие измененной патоорганической базы. В случае приема испытуемыми лекарственных средств данное лечение отменялось не менее, чем за 7 дней до проведения обследования. В качестве контроля была обследована группа психически и неврологически здоровых праворуких мужчин (40 чел.), средний возраст - 31.4 - 4.1 лет.

Для большей однозначности при интерпретации получаемых данных анализ проведен для трех попарногрупповых комбинаций: а) норма - испытуемые с парафилиями; б) норма - испытуемые без парафилий; в) испытуемые с парафилиями - без парафилий. У лиц с парафилиями в сравнении с идентичной по возрасту, полу и рукости нормой имеет место достоверное изменение уровня межполушарной КОГ ЭЭГ в альфа-диапазоне диффузно по всем отведениям как в состоянии пассивного (“ГРП”: F=4.78, df 1/63, p=0.032), так и активного бодрствования (“ГРП”: F=4.21, df 1/62 , p=0.044 ). Отличий от нормы в диффузном уровне межполушарной КОГ ЭЭГ альфа-диапазона при арифметическом счете в уме и решении зрительно-пространственной задачи у них не обнаружено. В лобно-центрально-передневисочных областях ЭЭГ у лиц с парафилиями на частоте 8-12 Гц более синхронна, чем в норме. Близкие описанным особенности межполушарной КОГ ЭЭГ у лиц с парафилиями выявлены также и в тета-диапазоне: во-первых, отличия от нормы оказались зонально-связанными, и, во-вторых, они проявились только при различных формах активации. У лиц с парафилиями более высокие показатели МКОГ в тета-диапазоне (“ГРП\*ОБЛ”: F=2.68, dF 7/434, p=0.01) наблюдаются в передне-лобной и латерально-лобной областях (Fp1-Fp2, F7-F8) как при сенсорной активации, связанной с открыванием глаз, так и при выполнении обеих когнитивных проб : “ГРП\*ОБЛ” : при счете в уме - F=2.66, df 7/392, p=0.011; и при тесте Тейлора - F=2.28, df 7/161, p=0.031 (рис.3,Б), но, хотя групповые различия средних при когнитивных пробах качественно такие же, однако количественно несколько менее выраженные, и поэтому по критерию частных средних не достоверные. В дельта-диапазоне МКОГ у лиц с парафилиями ниже относительно нормы в затылочной области при выполнении теста Тейлора (“ГРП\*ОБЛ”: F=2.11, df 7/171, p=0.046).

Дисперсионный анализ групповых отличий от нормы лиц, совершивших сексуальное правонарушение, но без признаков парафилии, прежде всего не выявил диффузно по всем зонам выраженных отличий ни в одном из спектральных диапазонов ЭЭГ и ни в одном из функциональных состояний, кроме как в тета-диапазоне при “правополушарной” пробе(“ГРП”: F=5.42, dF=1/21, p=0.03). В то же время, выявлено наличие у них достоверных зонально-связанных отличий (“ГРП\*ОБЛ”) по показателю МКОГ в медленно-волновой области ЭЭГ: в дельта-диапазоне при пассивном бодрствовании (F=2.51, df=7/427, p=0.015), при активном бодрствовании (F=2.92, df 7/427, p=0.005), счете в уме (F=2.04, df 7/357, p=0.049), зрительно-пространственной задаче (F=3.36, df 7/147, p=0.002) и в тета-диапазоне при пассивном бодрствовании (F=2.49, df=7/427, p=0.016), при активном бодрствовании (F=3.16, df 7/427, p=0.003), счете в уме (F=2.15, df 7/357, p=0.038), зрительно-пространственной задаче (F=3.92, df 7/147, p=0.001). Критерий частных средних показал достоверность различий с нормой только в затылочных отведениях (О1-О2), где уровень МКОГ у испытуемых без парафилий меньше во всех функциональных пробах в дельта- и тета-диапазонах (при пассивном бодрствовании в дельта-диапазоне и счете в уме в тета-диапазоне достоверные отличия по LSD-тесту отсутствуют)

Что касается других частотных диапазонов, то у испытуемых без признаков парафилий ЭЭГ отдельных корковых областей в бета-диапазоне в сравнении с нормой имеет более высокий показатель МКОГ в состоянии активного бодрствования (“ГРП\*ОБЛ”: F=3.49, df 7/427, p=0.001), однако достоверных различий по критерию частных средних ни в одной зоне не обнаружено. Сравнение двух групп с аномальным поведением методом дисперсионного анализа межполушарной КОГ их ЭЭГ показало наличие достоверных диффузных межгрупповых различий в области альфа-диапазона при закрытых глазах (“ГРП”: F=8.4, fd 1/46 , р=0.006), при открытых глазах (F=4.05, df 1/45, р=0.05) (рис. 1) и при выполнении зрительно-пространственного теста (F=5.33, df 1/14, р=0.037) с меньшей величиной МКОГ у лиц без признаков парафилий. В состоянии пассивного бодрствования у лиц без признаков парафилий меньшая степень МКОГ обнаружена также в бета-диапазоне ЭЭГ (“ГРП”: F=4.22, df 1/46 , р=0.046), значимая по критерию частных средних в центральных (С3-С4) и задне-височной (Т5-Т6) областях.

Таким образом, полученные нами основные данные можно резюмировать следующим образом. ЭЭГ лиц с парафилиями в сравнении с нормой характеризуется диффузным повышением степени межполушарной когерентности в альфа-диапазоне при пассивном и активном бодрствовании, а также повышением МКОГ в тета-диапазоне при всех трех активирующих пробах в лобно-центрально-передневисочных областях. Межполушарная когерентность в альфа-диапазоне у группы с парафилиями относительно группы без парафилий, также как и по отношению к группе нормы, повышена при пассивном бодрствовании в лобных, центральных и височных отведениях, и остается при выполнении зрительно-пространственного “правополушарного” задания достоверно выше в передне-лобной области (в затылочной области у группы с парафилиями МКОГ в этом случае выше преимущественно за счет наличия в данных отведениях более низкого уровня когерентности у криминальной группы без парафилий). В состоянии активного бодрствования МКОГ также достоверно выше в центральных и височных областях, но уже в бета-диапазоне. В то же время, у лиц с аномальным сексуальным поведением во всех четырех функциональных состояниях в сравнении с нормой превалирует снижение МКОГ дельта- и тета-диапазонов ЭЭГ в затылочных отделах.

При обсуждении полученных данных прежде всего встает вопрос о функциональной значимости показателя межполушарной когерентности ЭЭГ. Важным аспектом изучения свойств синхронности биопотенциалов человека в норме является выделение среди них устойчивых компонентов, имеющих отношение к индивидуально-типологическим свойствам, и более динамичных, связанных с текущим функциональным состоянием - имеющиеся данные позволяют видеть в топографии области наибольшей синхронности ЭЭГ устойчивую характеристику личности, а в свойстве преобладания одного из полушарий по показателю внутри- и межполушарной когерентности - особенности наличного функционального состояния (Ливанов М.Н., Свидерская Н.Е., 1984). В результате целого ряда как клинических, так и экспериментальных работ удалось установить, что межполушарная асинхронность ЭЭГ в альфа-диапазоне превалирует у лиц с менее выраженной латерализацией функций - у лиц с заиканием, амбидекстров и др. (Langevin R. et al.,1988). Что касается функциональной природы других нормативных свойств ЭЭГ-когерентности, то имеющиеся данные позволяют говорить о том, что она коррелирует с характером двигательной (ручной) доминантности (Shaw J.C. et al., 1977), у женщин несколько выше, чем у мужчин (Beaumont J.G., et al., 1978), что степень повышения синхронности коррелирует со сложностью мыслительной задачи (Ливанов М.Н.,1982), что по мере формирования и упрочения навыка степень когерентности ЭЭГ снижается (Ливанов М.Н., Свидерская Н.Е., 1984). Кроме того, получены интересные данные о функциональной неоднозначности показателей внутри- и межполушарной когерентности, соответственно связанных по преимуществу с эмоциональными и общеактивационными процессами (Ливанов М.Н., Свидерская Н.Е., 1984; Свидерская Н.Е.,1987).

Весьма продуктивным оказалось изучение свойств когерентности биопотенциалов человека для понимания нейрофизиологических механизмов аномального поведения и различных психопатологических состояний. Клинические данные свидетельствуют о том, что степень синхронности ЭЭГ снижается при прогредиентной вялотекущей форме шизофрении, а также при локальных поражениях мозга (Ливанов М.Н., 1982). В то же время, при неврозе навязчивых состояний (Асланов А.С., 1967), параноидной форме шизофрении и эпилепсии (Гаврилова Н.А., 1967) обнаружено повышение когерентности фоновой ЭЭГ. При этом также показано, что динамика синхронности ЭЭГ отражает динамику психотического состояния, снижаясь в состоянии ремиссии и повышаясь при его обострении. Эти данные перекликаются с результатами психофармакологических исследований, показавших, что введение препарата, снижающего уровень функциональной активности (нейролептик клозапин), снижает также и уровень дистантной синхронизации ЭЭГ, а такой стимулятор, как кофеин - наоборот, его повышает (Ливанов М.Н., 1982).

Приведенные данные показывают, что показатель ЭЭГ-когерентности является весьма тонким индикатором текущего функционального состояния, а выявленная нами локализация повышенной когерентности тета- и альфаволнового диапазона ЭЭГ у лиц с парафилиями в передних областях, являющихся корковой “надстройкой” лимбической системы (Gray J., 1978), с одной стороны, дает возможность рассматривать данные изменения как регуляторные (Жирмунская Е.А., 1989) и связывать источник их происхождения с диэнцефалоном, в структуре корковых связей которого преобладают, по имеющимся данным (Латаш Л.П., 1968), именно реципрокные связи с лобными отделами коры. Кроме того, установлено, что появление в ЭЭГ диффузных билатерально-синхронных альфа-вспышек, как правило, связано с относительным усилением влияния на кору переднего, парасимпатического отдела гипоталамуса (Гельгорн Э.,Луфборроу Дж.,1966; Латаш Л.П., 1968). Однако, зависимость достоверного повышения межполушарной КОГ в альфа-диапазоне в нашей работе как от уровня активированности, так и от “лево-, правополушарного” характера когнитивных проб, а также наличие литературных данных, указывающих на значение специфических локальных корковых процессов в лобных и височных отделах в генезе изменений дистантной синхронизации ЭЭГ (Свидерская Н.Е.,1987), возможно свидетельствует о нарушении у лиц с парафилиями не только корково-подкорковых взаимоотношений, но и собственно корковых процессов.

Лица с парафилиями характеризуются устойчивой тенденции к повторным, стереотипно воспроизводимым идеаторным образам и побуждениям к совершению действий, а с другой стороны данные литературы (Асланов А.С., 1967; Гаврилова Н.А.) свидетельствуют о повышении когерентности ЭЭГ при психопатологических состояниях, связанных с апластичностью, ригидностью поведенческих и идеаторных процессов. Это дает основание предположить связь найденного повышения межполушарной когерентности у лиц с парафилиями с наличием у них идеаторной и поведенческой стереотипности и снижением пластичности психических процессов. Поскольку с феноменологической точки зрения когерентность ритмической активности в обоих полушариях отражает степень симметрии-асимметрии биоэлектрических процессов, то выявленное нами увеличение МКОГ электрических процессов у лиц с парафилиями с формальной точки зрения соответствует снижению степени полушарной асимметрии, наиболее заметному в передних отделах. Полученные данные позволяют предполагать снижение у лиц с парафилией степени функциональной полушарной латерализации, характерной для организации мужского мозга (Denenberg V.H., 1981, Beaumont J.G. et al. 1978) и формирование более симметричного полушарного паттерна, характерного как в отношении когерентных свойств ЭЭГ женского мозга , так и некоторых особенностей психологических функций в целом (Кимура Д.,1992).

Таким образом, данные нейрофизиологического исследования можно суммировать следующим образом: 1. ЭЭГ лиц, совершивших сексуальное правонарушение и обнаруживающих признаки парафилии, характеризуется диффузным повышением (в сравнении с нормой) степени межполушарной когерентности в альфа-диапазоне в состояниях пассивного и активного бодрствования и локальным повышением МКОГ в тета-диапазоне при сенсорной (открывание глаз) и когнитивной (счет в уме и зрительно-пространственный тест) активации в лобных отделах. 2. Для лиц, совершивших сексуальное правонарушение, но без признаков парафилий, характерным оказалось локальное изменение степени межполушарной когерентности ЭЭГ в дельта- и тета-диапазонах, выражающееся в снижении МКОГ в затылочных областях. Качественный характер этих изменений не зависел ни от уровня активированности, ни от типа (“левополушарный”-“правополушарный”) когнитивной пробы. 3. Особенностью ЭЭГ лиц с патологией сексуального предпочтения (парафилия) в сравнении с криминальной группой без данной патологии является повышение межполушарной когерентности альфа-ритма в лобно-центрально-передневисочной области при пассивном и активном бодрствовании и “правополушарной” когнитивной пробе. В целом сопоставление результатов клинико-психопатологического и нейрофизиологического исследований приводит к следующим выводам:

Основные особенности психоорганических расстройств у лиц с парафилиями связаны с преимущественным значением органических поражений головного мозга раннего генеза, сказывающихся в первую очередь в дизонтогенетических расстройствах. Последние, по-видимому, определяют сосуществование патологии сексуального влечения с такими клиническими синдромами, как сверхценные и дисморфофобические состояния, патологическое фантазирование, отражающие прежде всего незрелость психических процессов, а также преобладание расстройств пограничного уровня в виде личностных аномалий и состояний по типу минимальной мозговой дисфункции.

Психопатологическая структура имеющихся у лиц с парафилиями расстройств не противоречит предположению о преобладающем значении в их генезе повреждения (дисфункции) медиобазальных отделов коры височной и префронтальной областей мозга. Имеются также основания предполагать более вероятное изменение функций правого полушария, а также возможное влияние на клиническую картину смешанного профиля функциональной асимметрии полушарий мозга.

Данные нейрофизиологического анализа позволяют сформулировать ряд предположений: поскольку данные литературы свидетельствуют о повышении когерентности ЭЭГ при психопатологических состояниях, связанных с апластичностью, ригидностью поведенческих и идеаторных процессов, свойственные парафилиям устойчивая тенденция к повторным, стереотипно воспроизводимым идеаторным образам и побуждениям к совершению однотипных действий, дает основание предположить связь найденного повышения межполушарной когерентности у лиц с парафилиями с наличием у них идеаторной и поведенческой стереотипности и снижением пластичности психических процессов. Поскольку с феноменологической точки зрения когерентность ритмической активности в обоих полушариях отражает степень симметрии-асимметрии биоэлектрических процессов, то выявленное нами увеличение МКОГ электрических процессов у лиц с парафилиями с формальной точки зрения соответствует снижению степени полушарной асимметрии, наиболее заметному в передних отделах. Полученные данные позволяют предполагать снижение у лиц с парафилией степени функциональной полушарной латерализации, характерной для организации мужского мозга и формирование более симметричного полушарного паттерна, характерного как в отношении когерентных свойств ЭЭГ женского мозга, так и некоторых особенностей психологических функций в целом.

В связи с тем, что одним из основных отличий лиц с парафилиями является более тесная связь девиантных побуждений не только с аномальным сексуальным влечением, но и с такими расстройствами патоорганической природы, как гипоталамические (диэнцефальные) кризы, аффективные (дисфорические, дистимические и др.) расстройства, состояния искаженного сознания, поиск дифференцированных судебно-психиатрических критериев, по-видимому, может быть связан с вычленением среди них тех состояний, которые в разной степени нарушают сознательный и волевой контроль поведения в момент реализации парафильного влечения.