

по сравнению с дооперационным состоянием чаще наблюдаются после деструкции подкорковых образований левого полушария головного мозга.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Берсов В.П., Степанова Т.С., Язук С.А. Итоги и перспективы стереотаксического лечения эпилепсии // Актуальные вопросы стереотаксической хирургии эпилепсии. — СПб., 1993. — С. 7.
2. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. — А., 1988. — 262 с.
3. Вестерман А.И., Тед И.С. Динамика нейропсихологических характеристик мнестической деятельности у больных эпилепсией в процессе хирургического лечения // Нейропсихологические исследования в психологии, нейрохирургии и психиатрии. — А., 1981. — С. 56.
4. Коржакова Н.К., Москвиченко А.И. Подкорковые структуры и психические процессы. — М., 1985. — 118 с.
5. Ласкин А.И. Психодиагностические методы в оценке эффективности стереотаксического лечения больных эпилепсией // Медицинские психологические аспекты эпилепсии. — Саратов, 1987. — С. 41.
6. Мулик А.С., Смирнов В.М. Новый способ исследования кратковременной памяти и его значение для анализа психофизиологических состояний // Научная мысль. — 1968. — № 9. — С. 41.
7. Развитие психофизиологических функций взрослых людей // Под ред. Б.Г. Ананьева, Е.И. Степановой. — М., 1972. — 245 с.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. — М., 1970. — 215 с.
9. Смирнов В.М. Стереотаксическая неврология. — А., 1976. — 264 с.

10. Степанова Т.С. Клинико-физиологическое правление и изучение эпилепсии. Стереотаксическое лечение // Тр. АНХИ им. проф. А.А. Попова. — А., 1977. — Т. 6. — С. 77.
11. Ханапов И.Ш. Динамика нейропсихологических показателей при хирургическом лечении больных фокальным корковым эпилепсией. Автореф. дис. канд. психол. наук. — А., 1988. — 23 с.
12. Хомская Е.Д. Мозг и активация. — М., 1972. — 380 с.
13. Шакурдина А.Н., Калыгина Г.В. Динамика психических функций больных эпилепсией при электрической стимуляции глубоких мозговых структур // Физиология человека. — 1979. — Т. 5. № 6. — С. 1020.
14. Эпштейн И.И., Тең И.С., Вестерман А.И., Хананов И.Ш., Рубин И.Я. Нейропсихологические исследования в хирургии эпилепсии // Вопр. нейрохирургии. — 1987. — № 4. — С. 49.
15. Язук С.А. Особенности клиники и хирургической тактики лечения некоторых форм эпилепсии у взрослых (миоэпилепсия, височной и генерализованной). Автореф. дис. Д-ра мед. наук. — А., 1987. — 46 с.
16. Narabayashi H. From experiences of medial ablation on epileptics // Acta Neurochir. — 1980. — Suppl. 30. — P. 75.
17. Penfield W., Mathieson G. An autopsy and a discussion of the role of the hippocampus in experimental recall // Arch. Neurol. — 1974. — Vol. 31. — P. 145.
18. Schaltenbrand G., Bailey P. Introduction to stereotaxic atlas with an atlas of the human brain. — New York, 1952. — Vol. 1-3.
19. Talairach J., Szikla G., Tournoux P. et al. Atlas d'anatomie stereotaxique du telencephale. — Paris: Masson et Cie, 1967. — 323 p.

Получено 30.11.93

УДК 616.89-008-02+616.8-009.83

**А.А.Ткаченко, Г.Е.Введенский, Т.К.Шемякина**

**ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ ПРИ ПАРАФИЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ\***

*Лаборатория судебной сексологии (рук. — д.м.н. А.А.ТКАЧЕНКО)  
Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.СЕРБСКОГО*

**Р е з ю м е.** Представлены результаты клинико-психопатологического исследования 200 мужчин, при выявлении к уголовной ответственности за сексуальные правонарушения. Общими для них были нарушения восприятия в виде дереализации, постоянный дежавю и жамапю, уменьшения или полного исчезновения восприятия стимулов всех модальностей, нарушения ориентировки в пространстве и времени, в собственной личности; расстройства ассоциативной сферы; речевые и моторные автоматизмы; расстройства памяти в форме гипермнезии, "диссоциативной" амнезии и т.д. Выделено 5 типов состояний измененного сознания близкие к "особым" состояниям сознания" по М.О.Гуревичу, диссоциативные расстройства сознания в виде трансов, с преобладанием дисцефальной симптоматики, сумеречные состояния, аффективно суженные расстройства сознания.

*А.А.Ткаченко, Г.Е.Введенский, Т.К.Шемякина*

**ПАРАФИЛЬ УЗТӨТӨШТЯ КҮЗӨТӨЛӨ ТӨРГӨН АН УЗГӨРӨЩЕ ФЕНОМЕНЫН ӨЙРӨНҮ**

Сексуаль жинайма калулары өчен жарапка тартылган 200 иртинги клиник психопатологик тикшерүүлөң нәтижеларе китерелген. Аларның барысы өчен дәуртак узгөрешлер булып тормышны реал кабул итмөү, модель стимуларның зөггифьленүе яки тулысынт юкка чыгуу, тире юньдө, вакытны һәм уз шөхсен тою нин узгөрүе, ассоциатив сфераның зарарлануы, сөйлөү һәм хәрәкәтлөру автоматизмы, хөтерңең гипермнезия формасында узгөрү һ.б. Ан узгөрөщө 5 төрлө бүлөнгөн. М.О.Гуревич бунча анның аерым торышы, диссоциатив зарарланган анның дисцефаль симптоматикө өстенлек тоткан транс төре һ.б.

\*Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда

A. A. Tkachenko, G. E. Vvedensky, T. K. Shenyakina

## PHENOMENOLOGY OF CHANGED COGNITIVE STATES IN PARAPHILIA

The results of clinicopsychopathological examination of 200 men against whom legal proceedings were instituted for sex offences were presented. Common for them were perceptual disturbances in the form of derealization, states of "déjà vu" and "jamais vu", decrease or complete disappearance of perception stimuli of every modality, disorientation in space and time, own personality; disturbance of associative sphere, speech and motor automatism, disturbance of memory in the form of hypnnesia, "dissociation" amnesia etc. 5 kinds of state of disturbance of consciousness were distinguished those resembling "special" Gurevich states of consciousness, dissociative disturbance of consciousness in the form of trance, with diencephalic symptomatology prevalence, twilight states, affectively narrowed disturbance of consciousness.

Известно, что пароксизмально возникающие расстройства сознания, спровоцированные употреблением алкоголя, отрицательными переживаниями, астенией, обнажают скрытые сексуальные желания, мотивы, ранее выражавшиеся в иных формах. С выключением контролирующих и задерживающих механизмов они могут проявиться в соответствующих автоматических, внешне бессознательных проступках. С другой стороны, кажущееся участие мотива, как бы сознательной цели, не всегда может явиться аргументом против наличия болезненного состояния в момент правонарушения [1,7,9,11]. P.Fenwick [11] отмечал, что всегда имеется взаимодействие между пациентом и его окружением во время приступа и форма автоматизма частично включает мысли пациента. F.A.Elliott [10] подчеркивал, что агрессивные действия могут быть вызваны характером субъекта.

Описываемые при парафилиях расстройства сознания характеризуются выраженным полиморфизмом, и их описание часто не соответствует описанию даже психомоторных приступов при височной эпилепсии, столь часто сосуществующей с парафилиями. Для обозначения свойственных парафильному поведению изменений сознания используется, например, термин "парафилические фуги"; эти изменения характеризуются внешней целенаправленностью поведения при его автоматичности и непроизвольности в действительности [4]. Эти состояния рассматриваются, с одной стороны, как близкие к психомоторным припадкам, с другой — в одном ряду с диссоциативными расстройствами, также образующими синдром "частичного совпадения" с парафилиями.

Целью данного исследования явилось установление клинко психопатологических особенностей нарушений сознания при парафильных актах.

Проведено исследование 200 мужчин (средний возраст 32,5 года), находившихся

на стационарной судебно психиатрической экспертизе в ГИЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского в период 1990—1994 гг. после их привлечения к уголовной ответственности за сексуальные правонарушения. У 150 больных аномальное сексуальное поведение было связано с патологией сексуального влечения, диагностика которой проводилась в соответствии с критериями DSM III R и МКБ 10 для парафилий. При анализе психологической картины обнаружилась наибольшая частота диагноза органического поражения головного мозга (68%). Оказалось, что в 35 случаях особенности реализации девиантного акта свидетельствовали о состоянии измененного сознания. Полиморфизм клинической картины таких состояний делает затруднительной их квалификацию в существующих психопатологических терминах, поэтому с целью достижения первичной упорядоченности феноменов использовались критерии помрачения сознания К Яс перса, в соответствии с которыми они были систематизированы следующим образом.

**Нарушения восприятия:**

1. Дерреализация, которая проявлялась в изменении чувства реальности, ощущение чуждости окружающего, а также необычности и странности внешнего мира. По являлось субъективное впечатление неуловимого своеобразного изменения в окружающем: "все изменилось, стало неясным, размытым, как в тумане". В то же время испытываемые сознаниями, что в действительности никаких изменений в окружающем не произошло. Так, один из испытуемых рассказывал, что в голове появился непонятный шум, гул, "восприятие реальности как будто провалилось". Некоторые говорили о наступлении "тьмы". По мере нарастания тяжести состояния критическое отношение к изменениям восприятия нарушалось, появлялось ощущение истинности изменения окружающего. Однозначное отнесение описываемого феномена к расстройствам восприятия представляется сомнительным хотя бы потому, что на первом этапе менялось не столько само восприятие окружающего, сколько отношение к этому восприятию, выражавшееся в попытках интерпретации происходящего вокруг; однако характерным именно для дерреализации представляется описание изменений в неопределенных фразах при явном затруднении в подборе слов.

2. Состояния *deja vu* и *jamais vu*. И в этом случае отнесение феноменов к кругу обманов восприятия условно, так как речь идет не о нарушении восприятия как такового, а о нарушении соотносительности воспринимаемого с различными отрезками времени — прошлым и будущим с дезактуализацией текущего настоящего.

3. Аллестезии — расстройства узнавания [2,3]. Для описываемых феноменов было

характерно искажение узнавания, когда реальные объекты частично (форма тела, детали одежды) принимались за "объекты" из фантазий, перценторных предвосхищений или "вещей сна". Так, один из испытуемых утверждал, что он нападал только на тех женщин, которых уже встречал ранее "в сновидениях" и которых он узнавал по фигуре, размерам тела, плану. Давший феномен нельзя однозначно во всех случаях квалифицировать как ложное узнавание. Можно предположить наличие по меньшей мере двух механизмов образования этого симптома: во первых, действительное соответствие указываемых параметров, что соответствует концепции реализаторов, запускающих поведение и определяющих выбор объекта, к примеру, сексуального влечения происходит на подсознательном уровне, то здесь мы имеем дело с частичным осознанием этого процесса, возможно, вследствие изменения направленности фокуса сознания. Во вторых, нельзя исключить механизма проекции, когда выпадение отдельных параметров перцептивного поля компенсируется восприятием мнимых, исходящих из памяти испытуемого, как бы заполняющих возникшие пробелы. В последнем случае отнесение феномена к ложным узнаваниям неоспоримо.

4. Количественное изменение в виде усиления, уменьшения или полного исчезновения восприятия стимулов разных модальностей: зрения, слуха (гилер и гипоакзия), вкуса, обоняния, тактильной чувствительности, проприорецепции. Испытуемые отмечали, что "свет лампы становился чрезвычайно ярким" или, наоборот, "тусклым", "стук каблучков становился чрезвычайно громким", "речь жертвы — невнятной, непонятной, тихой", т.е. наблюдались сенсорные гипо- и гиперестезии. По мере нарастания тяжести расстройств отмечались парестезии на фоне снижения или утраты способности к различению стимулов внутри одной модальности: зрения — появление "неясных пятен, бликов" при исчезновении бокового зрения; слуха — отдаленное звучание отдельных непонятных криков, шумов при утрате дифференциации звуков; обоняния и вкуса — изменение характера переживания ощущений неприятных, "отвратительных запахов", вне данного состояния сохранявших негативную эмоциональную значимость (так, в одном из наблюдений испытуемый заставлял потерпевших испражняться, размазывал собственными руками каловые массы по телу, в другом — ел испражнения, пил кровь, вопреки обычно свойственной ему брезгливости). Также отмечалось нарушение болевой чувствительности вплоть до полной анестезии.

Изменение восприятия по модальностям отражалось на поведении испытуемых. Из-

бирательная концентрация на стимулах при редельной модальности выражалась в гипертенном сосредоточении на виде агонии, конвульсиях, издаваемых жертвой криках, клокотании крови. Ответная реакция появлялась только на сильные раздражители (крик, собственная боль). Испытуемые на длительное время (1—2 ч) оставались рядом с трупом, меняли положение тела, разрывали его, производили с ним различные манипуляции. Некоторые из них отмечали, что при прикосновении к жертвам (тело, колготки и т.д.) впечатление нереальности, как правило, ликвидируется. Часто в это время испытуемые затруднялись в определении — "жива жертва или мертва", и в ряде случаев только прикосновение к трупу давало понимание факта смерти. По видимому, это объясняется тем, что тактильные ощущения в филогенетическом ряду (зрение—слух—осознание) оказываются наиболее устойчивыми. Подобные явления регрессии восприятия по модальностям в порядке, обратном филогенезу, наблюдаются при истерии, типичном сне после соответствующего внушения [8,9].

#### Нарушения ориентировки:

1. Дезориентировка в пространстве различной степени [6] — от полной до частичной. Способность ориентироваться в пространстве зависела от глубины расстройств сознания, иногда она распространялась на обстановку полностью, иногда колебалась в процессе реализации парafilльного акта. Так, один из испытуемых, совершив серию агрессивных действий по отношению к потерпевшей, внезапно спросил у нее: "Где я? Кто ты, что здесь делаешь?". При этом выглядел он растерянным, недоумевающим, непонимающим. Другой испытуемый — тоже после серии агрессивных актов — вышел из квартиры полностью обнаженным, растерянным, огуленным, не мог ответить ни на один вопрос относительно его местонахождения. Отмечалось сужение субъективного пространства с фиксированностью на дороге, тропе или жертве; а после совершения действий нарушение ориентировки приводило к длительному и бесцельному блужданию, иногда в неопределенной близости к месту событий.

#### 2. Дезориентировка во времени:

*Изменение скорости течения времени для испытуемых, субъективное ощущение ускорения (тахихрония), замедления (брахихрония) или остановки времени.* Так, некоторые испытуемые не могли точно сказать, какое время они пребывали в описываемом состоянии, называли промежутки времени либо слишком краткие, либо, наоборот, чрезмерно длительные, не совпадавшие с объективными данными, показаниями свидетелей. Один из обследованных во время эксгибиционистских актов мог, не замечая, находиться на лестнице до 5 часов, не

чувствуя ни голода, ни усталости. Время для него "как бы съсдилось в пропасть", а сам он находился "в пустоте, во временной дыре". Примечательным являлся тот факт, что подобные нарушения скорости течения времени у испытуемых встречались и вне клинически очерченных нарушений сознания. Для них были характерны высказывания типа: "дни мелькают как листки в календаре" или, напротив, "день течет как один год". Описаны подобные ощущения в период гипнотического сеанса, при интенсивных эмоциональных переживаниях [5]. При более глубоких помрачениях сознания дезориентировка во времени носила иной характер, в воспоминаниях сохранялось ощущение "внезапности", "выключения", чужденности случившегося. Так, многие испытуемые, сообщая о своих ощущениях времени, употребляли довольно однотипные фразы: "я выключился", "провалился", "сколько прошло времени — не знаю", ждали показаний потерпевших.

*Изменение соотносительности переживания с временными периодами.* Распадались временные связи, нарушалась непрерывность психического потока и единство переживаний, смена впечатлений приобретала скачкообразный характер. Прошлое, настоящее и будущее переставали плавно переходить одно в другое. Клинически это выражалось в появлении феноменов перцепторного предвосхищения и перцепторных воспоминаний. Термины заимствованы у И.С.Сумбаева [8], описавшего подобные состояния не только у страдающих различными психическими заболеваниями, но и у здоровых. Согласно его взглядам, в норме перцепторное воспоминание или предвосхищение или не замечается совсем, или переживается весьма смутно, но в патологии, в результате дезинтеграции и изменения временных отношений внутри сферы восприятия они приобретают большую самостоятельность. Перцепторные воспоминания и предвосхищения отражают объекты по форме, поведению, цветовой гамме, половой принадлежности и носят непроизвольный, клишированный, стереотипный характер. В некоторых случаях их возникновение было однозначно связано только с местом преступления, т.е. восприятие территории как бы запускало воспроизведение всех связанных с ней переживаний.

Перцепторные воспоминания в некоторых случаях приносили большую разрядку, чем сами агрессивные действия. По сути, разница между воспоминанием и предвосхищением только в знаке времени, который они на себе несут, т.е. относятся испытуемым к прошлому или будущему. Так, перцепторные предвосхищения выражались в уверенности испытуемых в том, что они как будто бы "предвидели" настоящие события в деталях, путь, местность, внешний вид

жертвы, одежду, предполагаемые с жертвой действия. Причем достоверно было невозможно точно сказать, когда возникало ощущение предвидения или предвосхищения — до или после реальных событий. Некоторые испытуемые утверждали, что "все события, имевшие место в предвосхищениях, как бы повторяются" — копируется жертва, внешний вид, действия, ковулсии и т.п., и что все это "было predetermined". Аналогом перцепторных предвосхищений можно считать и "вещи" сны, о которых сообщали испытуемые.

3. Дезориентировка в собственной личности — от состояния отчуждения (соматического, психического) до полной утраты представлений о себе. В одних случаях или являлись ведущим психопатологическим образованием, в других — представляли собой эпизод между автоматизированными действиями, появлялись в начале приступа или после его окончания. В эту группу феноменов можно отнести и упомянутое выше ощущение нереальности или сомнения в реальности собственного поведения при реализации паразитального акта.

*Соматопсихическая гиперсонализация,* выражавшаяся в ощущениях "телодкости" в теле, "мышечного опеченения", "скованности" или "легкости", увеличения или уменьшения скорости собственных движений.

*Аутопсихическая гиперсонализация* в виде раздвоения "Я", распространявшаяся на речевые и двигательные акты. Прежнее "Я" лишалось своих чувств, свободных действий, произвольных воспоминаний. Действия приобретали насильственный характер, отмечалась отстраненность, сосредоточенность на процессе акта. Некоторые испытывали чувство вторжения посторонней силы, которая противодействовала свободным актам. По мере нарастания глубины расстроенного сознания они начинали как бы "видеть" себя и жертву со стороны, "как в кино", "наблюдать" собственные непривычно чужие, целенаправленные действия, измененный внешний вид, застывший взгляд, маскообразное лицо. В других случаях "зрительно" воспроизводились только действия с жертвой. Состояние отчужденности сохранялось у них и в дальнейшем, что было видно из их поведения, описания собственных ощущений ("объективная", от 3 го лица, манера изложения; восприятие случившегося как абсолютно чуждого его личности; чувство, что это был "тяжелый сон", "фильм ужасов").

*Анализ мышления испытуемых проводился по показаниям потерпевших, указывавших на "странные высказывания", "напряженную молчаливость".* Чаще всего испытуемые действовали безмолвно — те, которые из потерпевших даже не могли понять, что с ними хотят сделать — ограбить,

изнасиловать или убить; на вопросы потерпевших или свидетелей они отвечали невпопад, бессвязно, без осмысления вопросов. Сами испытуемые поясняли, что они "не понимают, как все это произошло", голова работала "непривычно ясно", или наоборот, они ощущали необычный гул, шум, который мешал сосредоточиться, "ни о чем не думалось", "тело работало отдельно от мыслей", сами они при этом "исчезали, превращаясь в одно ощущение, доведенное до сумасшествия". В других случаях они пояснили, что в голове не было никаких мыслей, например относительно убийства, было только желание прикоснуться, после чего возникало "непонятное ощущение".

Таким образом, можно предположить, что у испытуемых наблюдалась расстройство ассоциативной сферы, причем в одних случаях мышление было замедлено, заторможено, в других — бессвязно.

Основным феноменом, указывающим на глубину расстройств сознания, были автоматизированные действия. При анализе характера автоматизма были выделены речевые и моторные действия.

*Вербальное общение* с жертвой обediaлось, сокращалось до отрывочных приказов, команд, употреблялись только глаголы. Отмечалось изменение модуляции голоса в виде монотонности фраз. В других случаях действия осуществлялись безмолвно, без сообщения испытуемым своих намерений. Наблюдалась стереотипность высказываний, их непроизвольное повторение (персеверация).

*Моторный автоматизм* наблюдался в двух формах:

1) стереотипные поведенческие паттерны, которые характеризовались деструктивными действиями, направленными на себя или на жертву, отличались нарастающим клишированностью с каждым последующим актом, приобретением все большей цели и направленности и отточности, автоматизированности движений;

2) фрагментация поведения, при которой наблюдалось чередование хаотического психомоторного возбуждения с внешне упорядоченным поведением. Испытуемые производили впечатление "хмельных", наблюдались диспраксия, бросалась в глаза их растерянность.

**Расстройства памяти**, возникающие при состояниях измененного сознания, можно разделить на 3 типа:

1) гипермнезия в виде восстановления в памяти мелких эмоционально значимых деталей, особенно воспоминаний облика жертвы, деталей ее одежды, поведения. Одновременно отмечалось выпадение из памяти отдельных индифферентных по отношению к патогенным действиям событий с игнорированием окружающего и концентрацией почти исключительно на операционной деятельности;

2) "диссоциативная" амнезия, при которой представление о ранее пережитом с живым чувством воспоминания [6] наблюдалось наряду с невозможностью припомнить детали своих действий или переживаний в данной ситуации или чередования возможности и невозможности вспомнить их после совершения преступления, что подтверждалось материалами уголовных дел, в которых показания испытуемых носили удушливый характер, т.е. наблюдался феномен, аналогичный "перидическим" амнезиям по П.А.Юдасевичу [9];

3) контрадная амнезия, которая выявлялась обычно после фазы сна, когда испытуемые лишь по чувству слабости, недомогания, разбитости предполагали, что с ними что-то произошло (тотальная амнезия). В ряде случаев при вербальном контакте с испытуемыми отмечались нарушения памяти в виде неравномерности воспоминаний, неточности, смещения по времени, "проялов" памяти (парциальная амнезия). Для последнего расстройства памяти были характерны более отчетливые показания в первых допросах. Невербальное поведение при этих видах амнезии характеризовалось растерянностью, недоуменностью.

Эмоциональные расстройства, отмечавшиеся до и в период расстроенного сознания, также отличались своеобразием. Они с трудом поддаются какому-либо описанию, что, возможно, обусловлено силой аффективного переживания и связано с приущей испытуемым неспособностью описать свои чувства, переживания, т.е. алекситичией. Основными и наиболее общими, наблюдавшимися в большинстве случаев особенностями эмоций были:

преобладание смешанных, амфитимических контрастных (силы отрицательных с положительными) переживаний перед парциальным актом и в период его реализации, которое сменяется однозначным эмоциональным состоянием (астенодепрессивным или эйфорическим) после реализации;

несовпадение субъективных переживаний на фоне отрицательных эмоций и вегетативной основы (семиязвержение, отсутствие разрядки, тревоги, страха; эрекция — тревоги, отсутствие сексуального возбуждения), что свидетельствует о наличии специфической формы организации нервных процессов для каждого из компонентов самих различных по характеру и сложности эмоций;

высокий удельный вес витальных, пропатических эмоций (страх, ярость) при редукции тонких, дифференцированных эмоциональных проявлений (жалость, сочувствие).

Необходимо отметить также тот факт, что в состояниях измененного сознания часто нарушается распознавание эмоций другого человека по невербальному пове-

дению (выражению лица, движениям, интонации голоса): по утверждению испытуемых, жертва улыбалась, "сама хотела этого акта".

По клинической картине можно выделить следующие формы:

1) приступы раздражительности, доходящей до ярости, с чувством тоски, злобы. Подобные состояния возникали аутохтонно, предвеля парафильный акт или сопровождая его, в некоторых случаях аффект оказывался ригидным и сохранялся некоторое время;

2) состояния экстаза с ощущением могущества, "сверхчеловека", познания "чего-то великого" или преодоления себя ("я смог это сделать"), которые появлялись обычно после завершения парафильного акта.

В зависимости от клинической картины вегетативных нарушений, сочетающихся с эмоциональными расстройствами (изменение телесных и висцеральных ощущений, возбуждение, выраженный тремор, явления пароксизмальной гипотермии с субъективными ощущениями жара, "тряски" с усилением потоотделения, тахикардия, жажда, одышка, чувство страха, голода, последующий сон), в одних случаях можно было говорить о преобладании симпатoadреналовых феноменов, в других — парасимпатических, однако чаще всего наблюдалась смешанная симптоматика. Из показаний потерпевших, оценивавших внешний вид нападавших (состояние зрачков, неестественный блеск, взгляд, как у наркомана, "застывший, мутный"; влажность, сухость, сальность кож-

ных покровов; тяжелое дыхание, обильная слюна, дрожь в руках, всего тела и т.д.) также видна вовлеченность вегетативной сферы.

Патофизиологические основы данных состояний сознания, а также их значение для судебно психиатрической оценки будут рассмотрены в дальнейших публикациях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Введенский И. П. //Проблемы судебной психиатрии. — М., 1941. — Сб. 3. — С. 3—34.
2. Короленко К.Х. //Вопросы клинической психиатрии — Иркутск, 1948. — С. 181—196.
3. Короленко К.Х., Христин Б.М. //Там же — Иркутск, 1948 — С. 151—165.
4. Мани Д. Сексуальные преступления. — М., 1992. — С. 12—22.
5. Меграбян А.А. Личность и сознание. — М., 1977.
6. Руководство по психиатрии: В 2 т. Под ред. Г.В.Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1.
7. Скрыпичару Г.С., Пирожинский Т.А. //Судебно-медицинская экспертиза. — 1963. — № 3 — С. 39—42.
8. Сумбаев И.С. //Вопросы клинической психиатрии — Иркутск, 1946. — С. 3—6.
9. Юргевич П.А. //Проблемы судебной психиатрии — М., 1941 — Сб. 3. — С. 35—63.
10. Elliot F.A. The neurology of explosive rage //Psychitioner. 1976. — P. 51—60.
11. Fenwick P. Principles and practice of forensic psychiatry (edited by R Bluglass, P. Bowden). Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1990. — P. 271—292.

Вестник ИИИП