

# **Аномальное сексуальное поведение**

(Под редакцией А. А. Ткаченко. М., 1997)

**Оглавление**

**Abstract**

**Предисловие**

## **Глава 1 ГРАНИЦЫ СЕКСУАЛЬНОЙ НОРМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ**

*А.А.Ткаченко*

## **Глава 2 ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАРАФИЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*А.А.Ткаченко, Г.Е.Введенский*

## **Глава 3 СЕКСУАЛЬНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЛИЦ С АНОМАЛЬНЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

*Г.Е.Введенский, Л.О.Пережогин, А.А.Ткаченко*

## **Глава 4 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ПАРАФИЛИЯМИ**

*Н.В.Дворянчиков, А.В.Герасимов, А.А.Ткаченко*

## **Глава 5 НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ДЕВИАНТНЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

*И.И.Батамиров, Г.Е.Введенский, А.А.Ткаченко, Л.О.Пережогин*

## **Глава 6 НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АНОМАЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*А.В.Елисеев, А.А.Ткаченко, Т.В.Петина, Ю.Е.Куниковский*

## **Глава 7 СОСТОЯНИЕ МОНОАМИНОВЫХ СИСТЕМ ПРИ ПАРАФИЛИЯХ**

*Б.М.Коган, А.З.Дроздов, А.А.Ткаченко, А.В.Талицкий, И.А.Ковалева, Т.С.Филатова,  
И.В.Маньковская, Л.О.Пережогин, Ю.Е.Куниковский*

## **Глава 8 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПАРАФИЛИЙ**

*А.А.Ткаченко, Г.Е.Введенский*

**Заключение**

**Литература**

**Оглавление**

## **ABSTRACT:**

**Abnormal sexual behaviour.** (Ed. Tkatchenko A. A.) - Moscow: Serbsky Nat. Res. Centre for Social and Forensic Psychiatry, 1997.- 426 pp. У Tkatchenko A. A. & all., 1997.

Presented are the results of the interdisciplinary study of abnormal sexual behaviour, first of all - paraphilias. Given are the results of clinico-psychopathological and psychological findings as well as of neurophysiological and neurochemical examinations of persons with different forms of sexual inclination pathology - exhibitionism, pedophilia, sadism etc. The materials presented give an opportunity to elaborate pathogenetic and regulative models of paraphilic behaviour, to develop expert criteria and therapeutic programs. For psychiatrists, sexologists, psychologists, criminologists and law-enforcement agency personnel.

CONTENT:

**PREFACE,**

**CHAPTER 1. A. A. Tkatchenko**

**THE BORDERS OF SEXUAL NORMALITY AND CONTEMPORARY CLASSIFICATIONS OF PSYCHOSEXUAL ORIENTATION DISORDERS**

**CHAPTER 2. A. A. Tkatchenko, G. E. Vvedensky**

**PHENOMENOLOGY AND PSYCHOPATHOLOGY OF PARAPHILIC BEHAVIOUR**

**CHAPTER 3. G. E. Vvedensky, L. O. Perezhogin, A. A. Tkatchenko**

**SEXUAL DISONTOGENESIS AND GENDER IDENTITY DISORDERS IN PERSONS WITH ABNORMAL SEXUAL BEHAVIOUR**

**CHAPTER 4. N. V. Dvoryanchikov, A. V. Gerasimov, A. A. Tkatchenko**

**PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PARAPHILIC PERSONS**

**CHAPTER 5. I. I. Batamirov, G. E. Vvedensky, A. A. Tkatchenko, L. O. Perezhogin**

**NEUROPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PERSONS WITH DEVIANT SEXUAL BEHAVIOUR**

**CHAPTER 6. A. V. Eliseev, A. A. Tkatchenko, T. V. Petina, Yu. E. Kunikovskiy**

**NEUROPHYSIOLOGIC MECHANISMS OF ABNORMAL SEXUAL BEHAVIOUR**

**CHAPTER 7. B. M. Kogan, A. Z. Drozdov, A. A. Tkatchenko, A. V. Talizckiy, I. A. Kovaleva, T. S. Filatova, I. V. Man'kovskaya, L. O. Perezhogin, Yu. E. Kunikovskiy**

**STATES OF MONOAMIN SYSTEM IN PARAPHILIAS**

**CHAPTER 8. A. A. Tkatchenko, G. E. Vvedensky**

**PATHOGENETIC MODELS OF PARAPHILIAS**

**CONCLUSION,**

**REFERENCES.**

ANNOTATION:

## **CHAPTER 1**

### **THE BORDERS OF SEXUAL NORMALITY AND CONTEMPORARY CLASSIFICATIONS OF PSYCHOSEXUAL ORIENTATION DISORDERS**

Described is the historical transformation of approaches to the typology of abnormal sexual behaviour. Demonstrated is the alteration of ideas about the genesis of paraphilias within the framework of different tendencies (clinical, psychoanalytical). Presented are endeavours to introduce the criteria of "normal" and "pathological" with respect to the sexual behaviour. Proposed is the original definition of normal sexual behaviour. Analyzed are present-day classifications of psychosexual disorders (DSM-IV, ICD-10) with the evaluation of merits and demerits of modern taxonomies.

## **CHAPTER 2**

### **PHENOMENOLOGY AND PSYCHOPATHOLOGY OF PARAPHILIC BEHAVIOUR**

Presented is the systematic description of clinical manifestations of the abnormal sexual behaviour, basing on the subdivision of phenomena into objective, subjective and psychopathological. Grounded is the introduction of new clinico-psychological terms describing paraphilia signs not distinguished previously. Put forward is the original scheme of the correlation of paraphiliac behaviour principal phenomena (subject-object-activity). Specially analyzed are first specified predisposing psychopathological states, reflecting the peculiarities of mental disontogenesis of persons with paraphilias.

## **CHAPTER 3**

### **SEXUAL DISONTOGENESIS AND GENDER IDENTITY DISORDERS IN PERSONS WITH ABNORMAL SEXUAL BEHAVIOUR**

Analyse layered model of determination and normative beliefs about sexual ontogenesis in aspects: morpho-, etho- and psychogenesis. Consider phenomenology and psychopathology of three types of sexual disontogenesis: delays, premature sexual development and disharmonies. Described manifestations of breaking a sexual development in the plan of morpho-, etho- and psychodisontogenesis. Analyse relationship of types sexual disontogenesis and particularities of clinical picture of paraphilias. Discuss notion "gender identity", its types. Discuss role of identification as a mechanism of building identity, described pathology of this mechanism. Analysed conditions of gender identity: social, neurophysiological, psychological. Present phenomenological variants of disorder of gender identity with children, particularities of these variants at adults. Described pathological unconscious variant of disorder of gender identity with persons with the anomalous sexual behaviour: definition, predispositional factors, phenomenology, psychopathology and sexopathology.

## **CHAPTER 4**

### **PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PARAPHILIC PERSONS**

Analyzed in details are the problems of object and subject of psychological examination of individuals with anomalous sexual behaviour. Argued is the priority to study sex identity in paraphiliac studies. Presented are the results of psychological examinations of individuals with

different variants of paraphilias: exhibitionism, pedophilia, sadism, necrophilia, with revealing a degree of masculinity/femininity expressiveness, identification peculiarities and emotional perception of an object of sexual drive, characteristics of the motivational-affective sphere. The discovered significant differences allow to put forward some conceptual ideas about psychological mechanisms of the formation and realization of abnormal sexual behaviour both in the group of individuals with paraphilias in general and in their different variants.

## **CHAPTER 5**

### **NEUROPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PERSONS WITH DEVIANT SEXUAL BEHAVIOUR**

The chapter is devoted to the description of peculiarities brain organization of mental processes and urgent condition of functional systems of a brain at persons with abnormal sexual behaviour. Data on contribution of various structures of a head brain to realization of sexual behaviour on material of local defeats of a brain, representation about peculiarities general of activity of a brain at persons with frustration of inclinations are considered. Special place is stamped to comparison of phenomena at paraphilia-suffered men with clinic of various defeats. Results of complex research under traditional circuit by Luria of the persons with abnormal sexual behaviour, together with their interpretation according to concept of system dynamic localization of functions are resulted (brought). Results of definition (determination) of an individual structure of functional asymmetry are stated.

## **CHAPTER 6**

### **NEUROPHYSIOLOGIC MECHANISMS OF ABNORMAL SEXUAL BEHAVIOUR**

Description of neurophysiological gears of abnormal sex behaviour. In first part of the given chapter is contained the literary review of modern data and representations about structurally functional basis of emotions and motivations, of sexual inclination and behaviour of the person. In second part bring main results lead by the authors is computer aided of EEG inspection of men with organic defeats of brain and with abnormal sexual behaviour. The significant attention is given to the analysis of communication revealed neurophysiological patterns with ontogenetics infringements, neuropsychological syndromes and peculiarities of features of the person and form of sexual frustration. In conclusion, the authors offer original concept of neurophysiological gears abnormal sex behaviour.

## **CHAPTER 7**

### **STATES OF MONOAMIN SYSTEM IN PARAPHILIAS**

In chapter a role neuromediators, in particular, monoamines, in work of a head brain is discussed. Proceeding from numerous literary data and results of own researches, describing an a role нейромедиаторных of systems in realization of functions CNS in norm and in pathology, in particular - during sexual differentiation of a brain. The authors offer a number of the pathogenetic concepts, revealing the gear of development of paraphilias. The own data resulted in the chapter differ by high statistical reliability at the expense of plenty of the surveyed persons, that has allowed not only to ascertain characteristic for persons with paraphilias of peculiarity of a monoamine exchange, but also to reveal thin distinctions inside group of the persons with paraphilias that has formed the basis for development of the pathogenetic concepts. During work dependence of a number of elements of abnormal sexual behaviour on parameters of the neurochemical status is marked.

## **CHAPTER 8**

### **PATHOGENETIC MODELS OF PARAPHILIAS**

The endeavour was made to generalize findings of the interdisciplinary study of abnormal sexual behaviour given in the book. Analyzed are disontogenetic grounds for the formation of diviations of psychosexual orientations, role of self-consciousness disturbances and deprivation, fixation mechanisms. Given are different models of paraphiliac behaviour (play behaviour, ethological analogs) on whose basis the original concept of philo/ontogenetic regress as the principal pathogenetic mechanism of paraphilias is built. Discussed are the problems of regulation of the abnormal behaviour at psychopatological and psychological levels of the classification.

### **CONCLUSION**

The book comprises figures, clinical examples, illustrating its principal positions.

### **REFERENCES: 530.**

#### **Оглавление**

Аномальное сексуальное поведение (Под ред. А. А. Ткаченко, М., 1997)

### **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Отсутствие концептуальных представлений о клинико-патогенетических закономерностях аномального сексуального поведения приводит к затруднениям в решении как диагностических и терапевтических, так и экспертных вопросов. Не случайно поэтому, например, мнение о том, что часто признание лиц с парафилиями вменяемыми оправдано лишь недостаточным уровнем развития психиатрической науки для аргументации иного заключения. Действительно, многие предшествующие высказывания в пользу смягчения ответственности таких больных были хотя и верными по сути, но оставались слишком общими и недостаточно четкими.

Подобная ситуация - естественное следствие того, что проблема парафилий хотя и является одной из наиболее актуальных в социально-психологическом и судебно-психиатрическом планах, однако остается одной из наименее разработанной в современной психиатрии. Не решены вопросы основополагающего, концептуального порядка. К ним можно отнести, например, незавершенность феноменологического этапа в исследовании парафилий, которые после известной работы Р.Крафт-Эбинга (1909) являлись объектом либо психоаналитических, либо нозологически ориентированных изысканий, не всегда учитывавших их психопатологическое своеобразие, богатство связей с иными психопатологическими феноменами. Это во многом определило односторонность подходов к нарушениям психосексуальных ориентаций как к лишенным клинической самостоятельности явлениям. Отсутствие удовлетворительного дескриптивного анализа парафилий с выделением и изучением наиболее общих их клинической семиотики и закономерностей динамики затрудняет создание биологических и патопсихологических моделей данной патологии.

Не в полной мере оцененным остается и модельный характер самих парафилий, которые в силу своей многогранности предопределяют необходимость и предоставляют широкие возможности для меж- и мультидисциплинарных исследований, включающих как

биологически ориентированные, так и психологические и психопатологические изыскания.

Современное состояние проблемы требует сведения воедино разрозненных направлений в исследовании парафилий в рамках обобщающих патогенетических моделей. Основой для такого системного понимания могут явиться не только напрямую связанные с сексуальностью концепции половой дифференцировки мозга, процесса половой идентификации и дизонтогенетическая концепция нарушений психосексуальных ориентаций, но и такие теории высокоинтегративного уровня, как этологические подходы, эволюционно-биологическая теория полового диморфизма, раскрывающие не только некоторые биологические, патогенетические механизмы аномального сексуального поведения, но и содержащие значительный потенциал для раскрытия его психопатологических закономерностей.

Клинико-патогенетические особенности девиантного сексуального поведения не могут не найти отражения в специфике их экспертного исследования. Именно аномалии сексуальности, и прежде всего парафилии, занимая стабильное место в криминальной активности, определяют совершение как наиболее тяжких, так и наиболее рецидивных правонарушений. В этом заключается одновременно их отличие от иных психических аномалий. Если последние выступают в роли вероятностной predisposition ООД, то некоторые парафилии нередко почти однозначно ведут к совершению уголовно наказуемых деяний. Вследствие этих особенностей юристами все чаще ставятся вопросы, направленные на анализ расстройств именно психосексуальной сферы подэкспертного. Это диктует необходимость проведения новых видов экспертного исследования, подразумевающих компетенцию судебного сексопатолога.

Актуальной является и проблема ограниченной вменяемости, поскольку патологические влечения с наибольшей очевидностью относятся к тем психическим аномалиям, которые определяют возможность такого изменения осознания характера и значения своего поведения и его произвольной регуляции, применительно к которому использование данной категории оказывается наиболее целесообразным.

Монография обобщает трехлетний исследовательский опыт лаборатории судебной сексологии ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, а также результаты ее сотрудничества с коллективами лабораторий нейрофизиологии и нейрохимии. В монографии представлены результаты работ, выполненных в основном в рамках двух научно-исследовательских проектов. Первый - это НИР "Разработка системы судебно-психиатрической оценки и профилактики криминального агрессивного поведения у лиц с психическими расстройствами (психопатологическое, психологическое и биологическое исследования)", осуществляемая лабораторией в числе других судебно-психиатрических подразделений Центра. Второй - это "Патобиологические и клинико-психологические аспекты регуляции аномального сексуального поведения", выполняемый сотрудниками лаборатории при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (Грант № 96-03-04424).

## **Оглавление**

### **АНОМАЛЬНОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (под ред. А. А. Ткаченко, М. 1997)**

#### **ГЛАВА 1**

## ГРАНИЦЫ СЕКСУАЛЬНОЙ НОРМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ

История классификаций парафилий отражает длительный, далеко не завершившийся период естественно-научного познания данного феномена аномального поведения. Однако очевидным является тот факт, что все предлагавшиеся на протяжении последних ста лет классификации, отражая господствующие на тот или иной момент теоретические воззрения, заключали в себе одновременно попытку решения двух основных проблем: разграничения нормального и патологического сексуального поведения и объяснения его патогенетических механизмов.

Некоторые "адвокаты" маркиза де Сада утверждают, что в области дескриптивной сексопатологии он на сто лет опередил Р.Крафт-Эбинга и Хавлока Эллиса, а его произведения называют "непревзойденным по своей полноте описанием всех когда-либо наблюдавшихся половых отклонений". Ему же отводится и роль первого систематизатора в области сексопатологии, хотя, как оказалось, предлагавшееся им разделение страстей (вкусов) на 4 вида - простые, бичевания, жестокие, убийства - опиралось на классификацию наказаний в уголовном кодексе его времени.

Менее спорным приоритетом обладает В.М.Тарновский (1885), немецкое издание работы которого (Tarnowsky. Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes, Berlin, 1886) вышло в том же году, что и "Половая психопатия" Крафт-Эбинга, и последним широко цитировалось. Предложенная им классификация выглядела следующим образом:

### А. И з в р а щ е н и е п о л о в о г о ч у в с т в а н а п о ч в е н а с л е д с т в е н н о с т и

Врожденное половое извращение

Периодическое половое извращение

Эпилептическое половое извращение

Эротомания

Сатириазис

### Б. И з в р а щ е н и е п о л о в о г о ч у в с т в а в н е в л и я н и я н а с л е д с т в е н н о с т и

Приобретенное половое извращение

Половое извращение старческого слабоумия

Половое извращение паралитического слабоумия

Изменения полового отправления вследствие страдания спинного мозга

Приапизм

### В. С л о ж н ы е ф о р м ы и з в р а щ е н и я п о л о в о г о ч у в с т в а

В схеме половых неврозов, созданной Р.Крафт-Эбингом (1909), бывшим, как и большинство психиатров того времени, одновременно и неврологом, особое значение

придавалось поражению мозга и локализации сексуальных функций. Интересующие нас состояния были отнесены к неврозам церебрального происхождения, среди которых выделялись:

I. Парадоксия

II. Анестезия (врожденная и приобретенная)

III. Гиперестезия

IV. Парестезия полового чувства (извращение полового влечения), которая подразделялась в зависимости от объекта - своего или противоположного пола - на две группы. Первую составляли:

А. с а д и з м,

Б. м а з о х и з м,

В. ф е т и ш и з м.

Вторая была определена как превратное половое влечение и включала несколько его ступеней:

Ткаченко

---

***1 ступень: Простое извращение полового чувства;***

***2 ступень: Эвирация и дефеминация;***

***3 ступень: Стадия перехода к параноидному сексуальному превращению;***

***4 ступень: Параноидное сексуальное превращение.***

В дополнение к этому делению предлагалось разграничение данных вариантов на врожденные и приобретенные состояния. Так, превратное половое чувство врожденного характера по степени нарастания его тяжести подразделялось на:

*а) Психический гермафродитизм;*

*б) Урнинги (гомосексуалисты);*

*в) Эффеминация (вирагинизм у женщин);*

*г) Андрогиния (гинандрия у женщин).*

Примечательно, что в обеих приведенных классификациях в одном ряду оказываются как гипер- и гипополибинозные состояния, так и состояния кардинального отклонения от общепринятой цели сексуального поведения. Поэтому с определенной степенью условности можно считать, что сексологическая систематика предвосхитила



последующую ясперсовскую дихотомию количественных/качественных болезненных нарушений и неразрывно связанное с ними понятие "нормы" (Jaspers K., 1913).

Идеи Крафт-Эбинга в более-менее явном или скрытом виде определяли до недавнего времени основные подходы к пониманию генеза и типологии аномальных форм сексуального поведения. Так, представления о принципиальном различии врожденных и приобретенных форм перверсий, в последующем в несколько преобразованном варианте истинных и псевдоперверсий, "первичных" и "вторичных" их вариантов, на долгие годы стали главенствующими в отечественной психиатрии. Примером может служить классификация П.Б.Посвянского (1969), который предложил распределить различные варианты перверсий по степени их патологичности в виде трех ступеней:

**I. Перверзитеты:** аномальное ложное сексуальное поведение, выступающее в роли переходной формы;

**II. Факультативные,** психогенно-функциональные, нажитые перверзии, куда были отнесены и "ситуационные перверзии", или "перверзии по нужде";

**III. Истинные перверзии,** обусловленные конституционально, в основе которых лежат особенности церебральной и нейрогуморальной регуляции.

Данное деление дополнялось классификацией клинических форм перверзий, подразделенных на две основные группы и третью, включавшую перверзитеты:

**A. искажение влечения и способов его удовлетворения, являющееся доведенным до гротеска, иногда и до качественного искажения тех элементов либидо и осуществления половой близости, *которые в зачатке или в какой-то форме наличествуют в широкой норме:***

1) Количественные изменения влечения:

а) усиление полового влечения (сатириазис у мужчин, нимфомания, нимфоманическая фригидность у женщин);

б) ослабление или угасание полового влечения.

2) Аутоэротизм: нарцизм, патологический онанизм.

3) Алголагнии: садизм, мазохизм, садо-мазохизм.

4) Заместительные способы удовлетворения сексуального влечения, при которых сексуальное удовлетворение достигается вне полового акта:

а) вуайеризм (визионизм, миксоскопия);

б) фетишизм (включая пигмалионизм).

**Б. сексуальные перверзии, представляющие собой качественное искажение влечения, *"совершенно чуждое" нормальной половой жизни человека:***

*Границы нормы и классификация*

---

а) эксгибиционизм, б) гомосексуализм (лесбианство, сафизм у женщин; активный гомосексуализм (с "мужской идентификацией"), пассивный гомосексуализм (с "женской идентификацией")); стадии развития; в) трансвестизм, г) педофилия.

В. Перверзитеты (Fehlhaltungen):

а) инцест, б) дон-жуанизм, в) содомия, г) фроттеризм, д) парадоксальные формы влечения: геронтофилия, пагизм, псевдолизм.

Вместе с тем давно уже существовала попытка создания классификации на иных началах. Попытка эта принадлежала З.Фрейду (1914), который ввел два новых термина: лицо, внушающее половое влечение, было названо *сексуальным объектом*, а действие, на которое влечение "толкает" - *сексуальной целью*. Классификация Фрейда предстает в следующем виде:

## **I. Отклонение относительно объекта**

А. И н в е р с и я

Б. Ж и в о т н ы е и н е з р е л ы е

## **II. Отклонения по отношению к сексуальной цели**

а) выход за анатомические границы

*переоценка сексуального объекта*

*сексуальное использование слизистой оболочки рта и губ*

*сексуальное использование заднего прохода*

*другие части тела*

*несоответствующее замещение сексуального объекта - фетишизм*

б) остановка (фиксация предварительных сексуальных целей)

*возникновение новых намерений*

*ощупывание и разглядывание*

*садизм и мазохизм*

Решение Фрейдом проблемы врожденного-приобретенного было достаточно радикальным: он попросту заявил, что "предрасположение к перверзии составляет общее первоначальное предрасположение полового влечения человека, из которого в течение периода полового созревания развивается нормальное сексуальное поведение вследствие органических изменений и психических тормозов". Основная же концепция генеза парафилий Фрейда, как известно, сводилась к тому, что в любом зафиксированном отклонении от нормальной сексуальной жизни следует видеть задержку в развитии и

инфантилизм. Таким образом, по самой сути своей классификация Фрейда явилась первой, прямо введившей дизонтогенетический принцип систематизации девиантных форм сексуального поведения.

Дискутируя со сторонниками концепции о первоначальном бисексуальном предрасположении как объяснении сексуальной инверсии, Фрейд оспаривал правомерность высказываний типа "женский мозг в мужском теле", в частности, утверждения Крафт-Эбинга о сосуществовании "мужских и женских мозговых центров". При этом он ссылался на отсутствие данных о каких-либо церебральных различиях между мужчинами и женщинами, а также вообще о существовании "центров" для половых функций. В связи с этим он расценивал подобные высказывания как замену психологической проблемы анатомической, являвшуюся, по его мнению, "в равной мере бессмысленной и неоправданной".

Однако исследования, особенно бурно развивающиеся с 60-х годов, казалось бы, дают сторонникам теории биологической (церебральной) бисексуальности серьезную поддержку. Г.С.Васильченко с соавторами (1983) при разработке дизонтогенетической теории нарушений психосексуальной ориентации во многом опирались именно на эти работы. Нарушениям половой дифференцировки мозга отводится немаловажное место в понимании некоторых видов аномального сексуального поведения, которые рассматриваются как следствие нарушения процесса психосексуального развития, подразделяющегося на три этапа. Согласно данной концепции, конкретный вид девиации сексуального поведения зависит от периода, в который произошло нарушение. В случае патологии первых двух этапов возникают различные формы аномалий сексуальности, формирующиеся на основе нарушений полового самосознания и полоролевого поведения, например, транссексуализм и гомосексуализм. Одновременно сюда же включаются такие разновидности парафилий, как мазохизм и садизм, рассматриваемые как проявления патологического трансформированного и гиперролевого поведения, тогда как иные виды сексуальных перверсий рассматриваются особо в качестве отдельных форм отклонения в процессе психосексуального развития. В то же время такое разграничение противоречит клинической реальности, свидетельствующей в пользу неразрывной связи всех указанных феноменов девиантного сексуального поведения и наличия у лиц с парафилиями различных вариантов искажения полового самосознания. Не исключено поэтому, что теория нарушений половой дифференцировки мозга может быть использована для построения патогенетической теории всего комплекса отклоняющегося сексуального поведения.

J.Money (1992) считает возможным использовать в качестве оснований для таксономии в сексопатологии следующие "векторы", взаимно исключающиеся, с одной стороны, и наиболее полно охватывающие проблематику сексуальных расстройств - с другой:

- вектор фиилии (гипофилия, гиперфилия, парафилия);
- вектор телесного образа (мужской, женский, андрогинный; а также - конкордантный или дискордантный нательному полу);
- вектор возраста начала (пренатальный, подростковый, юношеский, половой зрелости, старческий);
- вектор партнерства;
- транскультуральный вектор.

К парафильным синдромам, определяемым первым вектором, J. Money относит те состояния, при которых сексоэротическое функционирование становится систематически ошибочным или склоняется в сторону, в частности, мышления и воображения процептивной или сексоэротической фазы возбуждения.

В понятие образа тела, определяющего второй вектор, входят три компонента: реконструкция или увеличение; облитерация или отказ; нарастание или дополнение. Во всех трех этих категориях образ тела может быть конкордантным нательному полу, в котором индивидуум зарегистрирован и к которому он принадлежит социально. Биологический пол и пол социальный могут противоречить друг другу. Данное несоответствие указывает на то, что телесный образ до некоторой степени ассимилировал транспозицию или перекрест мужских и женских стереотипов G-I/R (пол-идентичность/роль). В своей исчерпывающей форме транспозиция G-I/R представляется как транссексуализм. При трансвестизме (трансвестофилии) транспозиция является хотя и практически полной, однако эпизодической. При гомосексуализме и бисексуализме транспозиция может иметь настолько ограниченный характер, что она охватывает только сексоэротическую активность, не имея никакого отношения к другим аспектам или стереотипам полового диморфизма.

Вектор партнерства, указывает J. Money, заимствован из филогенетических принципов, в соответствии с которым человечество как вид основано на зависимости от групповых или парных связей.

Одно из первых определений патологического сексуального поведения принадлежит Крафт-Эбингу, по мнению которого *извращением* - при существующей возможности естественного полового удовлетворения - необходимо считать всякое проявление полового инстинкта, не соответствующее целям природы, т.е. размножению. При этом оно было для него однозначно определено психопатологическими условиями в отличие от *извращенности* половых действий, от которых *извращение* следует отличать, и где эти условия не обязательны. Однако дефиниция нормального сексуального поведения Крафт-Эбингом так и не была дана.

От определения нормы отказался и К. Ясперс, написавший: "Достаточно взглянуть на сущность человека с точки зрения постоянно свершающегося бытия и тут же становится ясной безнадежность и бесперспективность попыток определения понятия "здоровья". Тем не менее им было предложено следующее сложное определение болезни: 1. Как соматического процесса. 2. Как тяжелого, изменяющего становление всей душевной жизни соматического неблагополучия, нами не распознаваемого. 3. Как таких вариантов человеческого существования, которые при значительном отклонении от усредненной нормы представляют собой помеху для существования других, а, следовательно, требуют медицинского вмешательства (Jaspers K., 1913).

Тем не менее в последующем предпринимались неоднократные попытки сформулировать дефиниции сексуальной нормы. Так, Гамбургским сексологическим институтом были предложены шесть критериев *партнерской нормы*: 1) различие пола; 2) зрелость; 3) взаимное согласие; 4) стремление к достижению обоюдного согласия; 5) отсутствие ущерба здоровью; 6) отсутствие ущерба другим людям. Позднее (Godlewski, 1977) было введено понятие об *индивидуальной норме*, в котором акцентировались биологические аспекты. В соответствии с этими критериями нормальны такие виды сексуального поведения взрослого человека, которые: 1) по непреднамеренным причинам не исключают и не ограничивают возможность осуществления генитально-генитальных

снoшений, которые могли бы привести к оплодотворению; 2) не характеризуются стойкой тенденцией к избеганию половых снoшений.

Примечательно, что одним из основных стимулов к обсуждению новых дефиниций психического расстройства явилась как раз дискуссия по вопросу об исключении из классификации психических заболеваний гомосексуализма. Так, вынужденно стали рассматриваться более тонкие разграничения не только "нормы" и "патологии", но также и пограничных с ними состояний, по отношению к которым могли бы быть применены иные термины - "нарушения", "аномалии" и т.п. В 1973 г. Роберт Спитцер, член комитета АРА по номенклатуре, попытался пересмотреть определение психического расстройства исходя из двух критериев. С одной стороны, расстройство предполагает, что человек действительно чувствует себя больным, т.е. страдает. С другой, он должен быть явно неприспособленным к нормальному "социальному функционированию". Понятно, что подобные оговорки не могут означать окончательного разрешения проблемы, поскольку являются достаточно спорными, особенно в отношении состояний анозогнозических. Любопытно, что на вопрос о возможном намерении исключить из списка психических болезней, к примеру, фетишизма и вуайеризма, Спитцер ответил в том смысле, что это принципиально возможно в случае, если эти люди будут столь же организованы, как и гомосексуалисты, и заставят рассматривать свои проблемы. Так или иначе, указанные ограничения в представлении о психической патологии начали активно использоваться в современных психиатрических классификациях, предлагающих подобные же определения.

В МКБ-10 такой дефиницией стал термин "расстройство", используемый с тем, чтобы избежать понятия "болезни". Не являясь столь строгим, как "болезнь", термин "расстройство" подразумевает существование клинически распознаваемого набора симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев связаны с дистрессом или с нарушением функций и всегда проявляются на индивидуальном уровне и часто - на групповом или социальном (но не только на последних).

Те же тенденции определили введение термина "парафилия" как термина биомедицинского в качестве замены понятий "извращения" и "перверсии", ставших скорее юридическими обозначениями. Впервые он был использован I.F.Krauss, а затем был заимствован W.Stekel, чей ученик В.Карпман ввел его в американскую психиатрию в 1934 г.

Современные же подходы к парафилиям были во многом заложены в 1980 г. DSM-III, определяющей их как *необычные или причудливые образы или действия, которые могут быть настойчиво и произвольно повторяемыми и обычно включают в качестве наиболее предпочтительного для сексуального удовлетворения нечеловеческий объект, повторяющуюся активность с людьми, подразумевающую реальное или изображаемое страдание или унижение, или повторяющиеся сексуальные действия с партнерами без их согласия.*

Последующее развитие представлений об аномальном сексуальном поведении поставило задачу подразделения и разграничения "отклоняющихся" его форм от "патологических" вариантов. Именно эта попытка содержится в классификации, предложенной К.Имелинским (1982):

## **I. Сексуальные отклонения**

А. В о т н о ш е н и и о б ъ е к т а: 1) педофилия; 2) геронтофилия; 3) зоофилия; 4) фетишизм; 5) трансвестизм; 6) прочие.

Б. П о с п о с о б у р е а л и з а ц и и: 1) садизм; 2) мазохизм; 3) эксгибиционизм; 4) вуайеризм; 5) прочие.

В. Н е т и п и ч н ы е: 1) гомосексуализм; 2) транссексуализм; 3) кровосмешение.

## **II. Патологические сексуальные отклонения**

А. П р о г р е с с и р у ю щ и е ф о р м ы (половые извращения).

Б. И м п у л ь с и в н ы е ф о р м ы.

При этом под прогрессирующими формами Имелинский понимает те случаи, когда не удается интеграция девиации с личностью, вследствие чего индивидуум не в состоянии сопротивляться этого рода сексуальности, которая становится все более чуждой личности и существует как бы сама по себе. Импульсивные же формы возникают в результате внутриспсихической "расправы" личности с сексуальной девиацией путем ее подавления. В результате отсутствует предварительная борьба, конфликты и сомнения, девиантные действия возникают в благоприятствующей ситуации, в которой неспецифические факторы снижают контроль.

Если попытаться ухватить общие тенденции, имплицитно или явно определяющие все приведенные классификации, то можно выделить несколько основных осей:

- половозрастное статистическое соответствие проявлений сексуальности;
- характер взаимодействия субъекта сексуального влечения и его объекта;
- характер внутреннего переживания сексуальных побуждений их субъектом.

Таким образом, имеются определенные общие основания, способствующие выработке хотя бы рабочих дефиниций нормы, например, такого:

**Нормальное сексуальное поведение** - это *поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера.*

Подобное определение вполне согласуется и с более общими современными подходами к понятиям нормы. Так, Б.С.Братусем (1988) было разработано понятие "нормального развития", под которым он понимал такое развитие, которое ведет человека к обретению им родовой человеческой сущности. Условиями и критериями этого развития являются: отношение к другому человеку как к самооценности, как к существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода "человек"; способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; творческий, целетворящий характер жизнедеятельности; потребность в позитивной свободе; способность к свободному волепроявлению; возможность самопроектирования будущего и т.д. Соответственно, аномальным, отклоняющимся развитием является такого рода развитие, которое ведет человека к отъединению, отрыву от его всеобщей родовой сущности. Его условиями (критериями) следует считать: отношение к человеку как к средству, как к конечной, заранее определенной вещи; эгоцентризм и неспособность к самоотдаче и любви;

причинно обусловленный, подчиняющийся внешним обстоятельствам характер жизнедеятельности; отсутствие или слабую выраженность потребности в позитивной свободе; неспособность к свободному волепроявлению, самопроектированию своего будущего; неверие в свои возможности; отсутствие или крайне слабую внутреннюю ответственность перед собой и другими.

Сама форма поведения, также как и личностный его смысл, задается социальными условиями существования, в том числе характером тех запретов, которые существуют в данной культуре. Учет именно этого обстоятельства лежит в основе одной из попыток классификации парафилий с выделением общих их оснований (Money J., 1990). Одновременно данное разграничение основано на характерной для лиц с парафилиями психологической амбивалентности восприятия объекта влечения, который резко подразделяется на идеальный образ (комплекс Мадонны), в отношении которого реализуется платонико-эротический компонент либидо, и реальный, приземленный и пренебрегаемый (мизогиния), на который может быть направлена сексуальная составляющая либидо. J. Money выделил шесть основных категорий парафилий, каждая из которых представляет свою стратегию поведения, посредством которой сладострастие и чувственность отделяются от любви и романтического аффекта. Каждая из этих шести стратегий, имеющая при парафилиях сексоэротическое насыщение, приложима к таким неэротическим элементам западного общества, как религия, война, коммерция, магия, родство. Будучи приемлемыми в несексуальном контексте существования, они нежелательны, когда включаются в сексуальное и эротическое поведение. Однако они становятся кардинальными элементами при парафилиях, предоставляя возможность для сексуального экспериментирования со сладострастием при отсутствии любви как таковой. Классификация эта выглядит следующим образом.

1. *Жертвенно/искупительная* стратегия требует искупления греха сладострастия путем принятия кары и принесения жертвы. Крайним случаем жертвоприношения является сладострастное убийство, когда в жертву приносится партнер, и аутогомицидофилия, когда жертвой становится сам парафилик.
2. *Мародерско/грабительская* стратегия подразумевает похищение или принуждение сладострастного партнера из-за того, что "безгрешный" партнер не допускает греха сладострастия. Крайний вариант этой стратегии - синдром насильственного или агрессивного парафильного изнасилования (раптофилия или биастофилия). Спектр принуждения включает и случаи, когда возраст партнеров ниже законодательного совершеннолетия.
3. *Меркантильно/корыстная* стратегия требует, чтобы греховное сладострастие было куплено и оплачено либо обменено, из-за чего "безгрешный" любовник не вовлекается по договоренности в этот свободный обмен. Само существование этой стратегии маскируется использованием ее в торговле оргазмом. Несмотря на распространенный характер последнего, существуют некоторые проститутки, также как и их клиенты, которые обнаруживают особый вид парафилии (хрематистофилия) - маркетинг и покупка секса.
4. *Фетишистско/талисманная* стратегия щадит и избавляет "безгрешного" партнера от греха сладострастия подобием, фетишем или талисманом любовника. Фетиши связаны с запахом (при ольфактофилии) или тактильным ощущением (при гифилии), т.е. с признаками, основанными на сходстве запаха или ощущении частей человеческого тела.

5. *Избирательно/клейменная* стратегия требует, чтобы партнер в сладострастии был, метафорически выражаясь, неверующим язычником - в корне отличным по религии, расе, цвету, национальности, социальной (классовой) или возрастной принадлежности от "безгрешного" любовника своей социальной группы. Неравенство при морфофилии связано с несоразмерностью телесного облика, неравенство же при хронофилии определяется возрастной дистанцией. Исключительным случаем морфофилии является акротофилия, при которой партнер должен иметь ампутированную культю. Возрастные ограничения хронофилии связаны с инфантофилией/пеннофилией и геронтофилией.

6. *Просительно/завлекающая* стратегия предохраняет "безгрешного" партнера с помощью замещения акта копуляции в акцептивной фазе приглашающим жестом или инициативой в процептивной фазе. Она аналогична поведению приматов, у которых демонстрация гениталий и их осматривание является прототипическим приглашением к копуляции. При парафильном эксгибиционизме (педейктофилии) и при вуайеризме предварительная инициатива замещает основной акт своей собственной сладострастной значимостью.

Тем не менее официальные классификации отказываются от подобных системных попыток обоснования своих делений, и, декларируя "атеоретичность" своих подходов, ограничиваются феноменологическим принципом перечисления основных известных форм аномальных состояний сексуального влечения.

Во всех предшествовавших DSM-IV классификациях, включая и МКБ-10, описываемые состояния разводились по разным рубрикам. В DSM-III-R, например, расстройства половой идентичности находились за рамками собственно сексуальной патологии. В МКБ-10 существует несколько иное подразделение, подразумевающее соседство парафилий (F65 - расстройства сексуального предпочтения) и расстройств половой идентичности (F64) в группе "Расстройства зрелой личности и поведения", тогда как сексуальные дисфункции описываются в рубрике "Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием" (F52) группы "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами".

Одной из немаловажных особенностей современных классификаций является наличие диагностических критериев для каждого психического расстройства, в том числе для психосексуального. Их введение состоялось впервые в DSM-III и в последующем сохраняется во всех классификациях. В DSM-III-R общими для всех парафилий являлись критерии их тяжести, подразделявшейся на три степени:

**легкая:** личность испытывает выраженный дистресс от периодических парафильных побуждений, однако никогда не реализует их;

**средняя:** личность изредка реализует парафильные побуждения;

**тяжелая:** личность реализует парафильные побуждения с периодическим постоянством.

Таким образом, степень тяжести парафилий увязывалась с характером соотношения между идеаторной и поведенческой активностью и ставилась в зависимость от способности индивида противостоять беспокоящим его парафильным импульсам. В DSM-IV произошел отказ от подобной оценки степени тяжести, а общими для всех парафилий стали два критерия:



А. существование на протяжении не менее 6 месяцев периодически повторяющихся, интенсивных, сексуально возбуждающих фантазий, сексуальных побуждений или поведения.

Б. фантазии, сексуальные побуждения или поведение вызывает клинически значимый дистресс либо нарушение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Как видим, здесь оба компонента клинической картины парафилий - идеаторный и собственно поведенческий - уравниены в своей клинической значимости.

Систематика же парафилий в МКБ-10 выглядит следующим образом.

#### **F65 Расстройства сексуального предпочтения (парафилии).**

Общими диагностическими критериями парафилий являются следующие:

G1. Индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки.

G2. Индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями, или испытывает значительный дистресс из-за них.

G3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

#### **F65.0 *Фетишизм.***

Использование в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения неодушевленного предмета. Указывается, что многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, например, предметы одежды или обуви. Другие фетиши могут характеризоваться особым материалом - резина, пластик или кожа. Также указывается, что значимость фетишей для индивида может варьировать - в некоторых случаях они служат просто для повышения сексуального возбуждения, достигаемого нормативным образом. В этих случаях, например, на партнера одевается какая-нибудь особая одежда.

Диагностические указания содержат принцип, в соответствии с которым диагностика фетишизма осуществляется только в том случае, если фетиш является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или является обязательным для удовлетворительного сексуального ответа. Отмечается, что фетишистские фантазии встречаются часто, однако они не могут считаться расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям, которые являются столь непреодолимыми и неприемлемыми, что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у самого индивидуума. Указывается также, что фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

#### **F65.1 *Фетишистский транссвестизм.***

Надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения.

Указывается, что это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма. Основанием для их разграничения является то, что при фетишистском транссвестизме переодевание или использование предметов нацелено на преобразование собственной внешности с приданием ей черт, свойственных противоположному полу. Отмечается, что обычно надевается более одного предмета, часто - полный комплект одежды с дополнением ее париком и косметикой, при этом достигается ощущение принадлежности к другому полу. Другим состоянием, от которого необходимо дифференцировать фетишистский транссвестизм - это транссексуальный транссвестизм. Здесь необходимо помнить, что фетишистский транссвестизм имеет четкую связь с сексуальным возбуждением, а после достижения оргазма и снижения сексуального возбуждения обычно возникает сильное желание снять одежду. Указывается также на сообщения о фетишистском транссвестизме как о ранней фазе транссексуализма и предполагается, что в этих случаях он представляет собой стадию в развитии транссексуализма.

### **F65.2 Эксгибиционизм.**

Периодическая или постоянная склонность к неожиданной демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Обычно, хотя и не всегда, во время демонстрации возникает половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Указывается также, что эта склонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь длительными периодами без подобного поведения.

### **F65.3 Вуайеризм.**

Периодическая или постоянная склонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или "интимными делами", например, раздеванием. Отмечается, что это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой osoby, без желания обнаружить собственное присутствие и вступить в связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

### **F65.4 Педофилия.**

Постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение детей, как правило, препубертатного или раннего пубертатного возраста. Указывается, что может существовать предпочтение определенного пола (девочки или мальчики), а могут быть привлекательны одновременно дети обоего пола.

Отмечается, что педофилия редко выявляется у женщин. Указывается, что социально осуждаемые контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста, особенно однополыми, тем не менее не обязательно являются проявлениями педофилии. Точно также однократное действие, в особенности, если его субъект сам юношеского возраста, не свидетельствует о постоянной и доминирующей склонности, необходимой для постановки диагноза. Обязательным для установления диагноза считается достижение субъектом по меньшей мере 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с используемым объектом. Наряду с этим оговаривается, что данная диагностическая категория включает тех мужчин, которые, несмотря на предпочтение взрослых сексуальных партнеров, в силу постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются в качестве замены к педофильному объекту. Точно также диагноз педофилии может быть установлен в отношении мужчин, сексуально посягающих на собственных детей препубертатного возраста, в тех случаях, когда они обнаруживают домогательство к другим детям.

### **F65.5 Садо-мазохизм.**

Предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установления зависимости. Если индивидум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции (является реципиентом) - это мазохизм; если же он предпочитает быть ее источником - садизм. Отмечено, что часто человек получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности.

Упомянуто, что слабые проявления садо-мазохистской стимуляции обычно применяются для усиления в остальном нормальной сексуальной активности. В связи с этим дается указание использовать эту категорию лишь в тех случаях, когда садо-мазохистская активность является основным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения. С другой стороны, указывается на трудности отграничения сексуального садизма от проявлений в сексуальных ситуациях жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Поэтому диагноз может устанавливаться там, где насилие необходимо для эротического возбуждения.

### **F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения.**

Данная категория предназначена для диагностики тех случаев, когда у человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преобладания какого-либо из них. Предлагается перечислять различные типы предпочтения и их относительное значение. Среди наиболее частых указано на сочетание фетишизма, транссвестизма и садо-мазохизма.

### **F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения.**

Данная категория предназначена для диагностики множества других видов нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности, которые встречаются относительно редко. В качестве примеров перечисляются непристойные телефонные звонки (телефонная скатофилия), прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), сдавление кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения (аутоасфиксияфилия), предпочтение партнеров с какими-либо особыми анатомическими дефектами, например, с ампутированной конечностью (апотемнофилия), некрофилия.

Включение этой категории оправдывается тем, что эротическая практика является слишком разнообразной, а многие ее виды встречаются слишком редко, чтобы использовать специальный термин для каждого из них. Глотание мочи (уролагния), пачкание испражнениями или уколы кожи или сосков, например, могут быть частью поведенческого репертуара при садо-мазохизме. Часто встречаются различного рода мастурбаторные ритуалы, причем крайние степени такой практики - вставление предметов в прямую кишку или мочеиспускательный канал, неполное самоудушение, происходящее в том числе при обычных сексуальных контактах, - также относятся к патологии.

#### ***F65.9 Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное.***

Включение в классификацию тех или иных форм парафилий в виде самостоятельного таксона или упоминания лишь в сборной группе подвержено совершенно различным влияниям - появляющимся эпидемиологическим данным или изменяющимся представлениям о их социальной значимости. Б.Л.Винокуров (1993), например, склонен объяснять перенос в основной перечень зоофилии в DSM-III, причем с упоминанием женской зоофилии, влиянием обществ по защите животных, которые в США пользуются определенным авторитетом. В DSM-III-R и DSM-IV зоофилия вновь была лишена положения самостоятельного таксона и опять оказалась в сборной группе "атипичных парафилий". Трансвестизм в DSM-III был целиком отнесен к парафилиям. Лишь в DSM-III-R как вариант парафилии был оставлен только трансвестистский фетишизм, тогда как трансвестизм двойной роли был отнесен к расстройствам половой идентичности и занял место рядом с транссексуализмом, что было воспроизведено и МКБ-10. В DSM-IV в описании трансвестистского фетишизма не упоминается о мастурбации, а говорится только, что переодевание в платье другого пола вызывает половое возбуждение. В отличие от МКБ-10 и DSM-III, и DSM-IV используют в отношении садизма и мазохизма уточнение "сексуальный", поскольку осуществлялись попытки употребления данных обозначений в отношении определенных личностных типов. Последняя группа "атипичных парафилий" состояла из простого перечисления (в порядке английского алфавита) всех перверсий, которые ранее не были выделены особо (копрофилия, фроттеризм, клизмафилия, мизофилия, некрофилия, урофилия). В DSM-III-R к этому перечню были добавлены зоофилия и телефонная скатология, причем последнюю в DSM-IV предполагалось даже выделить в особый таксон, что, однако, сделано не было. В DSM-III-R также были внесены уточнения в отношении диагностики педофилии: педофилом могло считаться только лицо старше 16 лет, а объект его влечения должен быть моложе его не менее, чем на 5 лет, и вообще не старше 13 лет. Было выделено и два типа педофилии - эксклюзивный (влечение только к детям) и неэксклюзивный (и к детям, и к взрослым). DSM-IV также предусматривает подразделение в зависимости от направленности педофильного влечения на девочек, мальчиков, на тех и других, и отдельно - ограниченное инцестом.

В связи с тем, что сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается в качестве расстройства, сделана попытка отдельно регистрировать клинические проблемы индивидуума, возникающие вследствие особенностей сексуального развития и сексуальной ориентации.

#### ***F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.***

#### ***F66.0 Расстройства полового созревания.***

Больной страдает от неопределенности своей половой принадлежности или сексуальной ориентации и сомнений в них, что приводит к тревоге или депрессии. Указано, что чаще это имеет место в юношеском возрасте у лиц, которые не уверены, являются ли они гомо-, гетеро- или бисексуальными. Однако упоминается и другая когорта лиц, которые обнаруживают изменение собственной сексуальной ориентации после периода явно стабильной сексуальной ориентации со стабильными партнерскими отношениями.

#### ***F66.1 Эго-дистоническая сексуальная ориентация.***

Половая идентичность или сексуальное предпочтение не вызывает сомнений, но индивидуум желает, чтобы они были иными в связи с дополнительно имеющимися психологическими или поведенческими расстройствами и потому может стремиться к лечению с целью изменения их.

#### ***F66.2 Расстройство сексуальных отношений.***

Аномалии половой идентичности или сексуального предпочтения приводят к затруднениям в формировании или сохранении связи с сексуальным партнером.

#### ***F66.8 Другие расстройства психосексуального развития.***

#### ***F66.9 Расстройство психосексуального развития, неуточненное.***

Введение перечисленных рубрик в значительной степени явилось компромиссом в споре о классификации гомосексуализма. Первое голосование президиум Американской Психиатрической Ассоциации (АРА) провел 15.12.1973 г. Из 15 его членов 13 высказались за исключение гомосексуализма из реестра психических расстройств. Это решение инициировало протест со стороны ряда специалистов, которые собрали необходимые 200 подписей для проведения референдума по данному вопросу. Голосование состоялось в апреле 1974 года. Из немногим более 10 тыс. бюллетеней 5854 подтвердили решение президиума, а 3810 не признали его. Вся эта история получила название "эпистемологического скандала", поскольку для истории науки разрешение чисто "научного" вопроса путем голосования является случаем уникальным. В результате термин "гомосексуализм" был первоначально заменен на "нарушение сексуальной ориентации" - понятие, допускающее широкое толкование.

Примечательно, что даже воинственно настроенные гомосексуалисты были готовы согласиться с термином "нарушения сексуальной ориентации", правда, придавая ему особый смысл. Так, Фрэнк Кеймени заявил, что гомосексуалист, отказывающийся от своего "статуса", и в самом деле "чокнутый" и нуждается в лечении, которое поможет ему избавиться от гомофобии (Тюе П., 1993). Так в DSM-III появилось другое понятие - "*эго-дистонический гомосексуализм*", т.е. акцент был сделан на том обстоятельстве, что ситуацию как "болезнь" определяет само заинтересованное лицо - если у него "дистония", значит, есть нарушение. Если же человека собственный гомосексуализм не угнетает, говорят о его *эго-синтонической* форме. При этом DSM-III отмечала, что часто сами индивиды не страдают от своих парафилий, которые не вызывают у них дистресса, и проблема для них - в реакции окружения на их сексуальное поведение. Вместе с тем последующее развитие классификации привело к дальнейшей либерализации диагностических подходов. В DSM-III-R, вышедшем в 1987 году, "*эго-дистонический гомосексуализм*" перекочевал в диагностический указатель, окончательно исчезнув из основного раздела "Руководства". В разделе, озаглавленном "Неопределенные сексуальные нарушения", остался лишь намек на него в виде примера - в некоторых случаях отмечают "серьезное и стойкое расстройство, связанное с сексуальной ориентацией пациента". При этом он оказался в сборной группе, включающей, например, и дисморфофобии, если они касались собственных гениталий. Таким образом, термин

"гомосексуализм" вовсе исчез из официального профессионального языка. Пересмотрено было и понятие "дистонический" - данное определение используется для тех случаев, когда пациент действует под насильственными побуждениями или испытывает дистресс из-за своих действий. Таким образом, можно говорить о двух принципиально разных конфликтах - *вторичном*, возникающем вследствие реакции окружения, и *первичном*, возникающем в результате чуждости аномальных побуждений самих по себе. Примерно таким же образом выглядит положение в МКБ-10, где понятие "эго-дистонический" относится не только к психосексуальной ориентации вообще, но и к состояниям нарушенной половой идентичности.

Классификация парафилий остается несовершенной, поскольку ориентирована все-таки прежде всего на противоречие поведения социальным нормам. К тому же она остается условной, с одной стороны, в силу одновременного совмещения в реальном поведении характеристик различных форм аномалий сексуальности, с другой - поскольку не может охватить все их многообразие. Так, претензии к существующим классификациям предъявляются со стороны исследователей сочетанных форм парафильного поведения (Abel G.G. et al., 1988; Bradford J.M.W. et al., 1992). Результатом этих работ, в частности, явилось утверждение, что классификация не позволяет проводить диагностику некоторых форм аномального сексуального поведения как парафильного, хотя к тому есть все клинические основания. В свете этого оправданным следует считать использование обозначений, даже не упоминающихся в классификациях, например, "раптофилия", а также применение в исследовательских работах более обобщающих типологий, например, "агрессивных" и "неагрессивных" вариантов парафилий.

Диагностические принципы МКБ-10 подразумевают не только возможность, но и необходимость в соответствующих случаях *полидиагностики*, т.е. использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая. Такая необходимость может возникнуть как минимум в трех ситуациях. Во-первых, возможно раздельное кодирование длинника болезни и настоящего состояния (Циркин С.Ю., 1993). Во-вторых, это позволяет учитывать *коморбидность* парафилий - сосуществование их с иными психопатологическими состояниями. В этом смысле J.Money (1990) употребляет понятие "синдром частичного совпадения", подразумевая сочетание сексуальных девиаций с височной эпилепсией, биполярными, шизоидными, обсессивно-компульсивными расстройствами. Он также отмечает, что парафилии у некоторых больных не просто сосуществуют с височной эпилепсией (в виде двойного диагноза), но между эпизодическими приступами сексуального поведения и эпилептическими припадками бессудорожного типа (известными как психомоторные или височные) имеется явное сходство. Отмечалась также связь между парафилиями и другими нарушениями контроля импульса (расстройствами влечения в традиционном понимании), другими формами аддикции (Borrego H.O., 1995) и обсессивно-компульсивными расстройствами (Pearson H., 1990). E.Coleman (1990) говорил также о связи компульсивного сексуального поведения с генерализованными тревожными расстройствами и дистимиями. В-третьих, диагностируемое патологическое состояние может соответствовать диагностическим критериям сразу нескольких категорий. Так, в отношении парафилий давно дискутируется вопрос о возможности применения в некоторых случаях к ним категорий обсессивно-компульсивного расстройства и расстройства контроля импульса (McElroy S.L. et al., 1992).

Теоретическая неопределенность порождает двусмысленность итоговых классификационных подходов к патологии сексуального влечения. Действительно, с одной стороны, парафилии (нарушения сексуального предпочтения) есть самостоятельная группа психических расстройств в рамках "Расстройств зрелой личности и поведения"

(F65). Само по себе отнесение парафилий и расстройств идентичности в данную группу не является бесспорным. Как известно, по второму знаку классифицируется группа психических расстройств, обнаруживающих между собой определенную близость или связь прежде всего по форме проявления, а также в меньшей степени - по характеру поражения (органическому или функциональному). Объединение психосексуальных расстройств с расстройствами личности и влечений, по-видимому, соответствует продекларированному во введении к рубрике положению о их общности как клинически значимых состояний поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственных индивиду стилю жизни и способа отношения к себе и другим. Указывается, что некоторые из этих состояний и типов поведения появляются рано в процессе индивидуального развития как результат конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются позднее.

С другой стороны, те же парафилии в некоторых ситуациях теряют свою клиническую самостоятельность, рассматриваясь в качестве отдельных симптомов других психических расстройств самого разного ранга. Так, они выступают в роли особого критерия диагностики органических расстройств личности (F07.0), причем считающегося характерным для личностного синдрома лимбической эпилепсии. Точно также наличие obsessивных мыслей "без внутреннего сопротивления" с сексуальным или агрессивным содержанием рассматривается как отдельный диагностический критерий шизотипического расстройства (F21). Наконец, по соседству с парафилиями располагается "Эмоционально лабильное расстройство личности" (F60.3), диагностическим критерием пограничного типа которого является "расстройство и неопределенность образа Я, целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные)".

Помимо парафилий в DSM-III впервые появился новый подкласс психосексуальных расстройств - "Расстройства половой идентичности" (транссексуализм у взрослых и расстройство половой идентичности у детей). Часто осуществляемый перевод термина "identity" как "идентификация" представляется не вполне оправданным, поскольку понятия "идентичность" и "идентификация" с клинической точки зрения тождественными не являются. Также необходимо уточнение, что английское "gender" означает не пол в сексуальном или даже анатомическом смысле, но прежде всего - мужской и женский род как таковой, т.е. речь идет не об отклонениях исключительно сексуальности, но структуры полоролевых стереотипов в более глубоком плане.

#### **F64 Расстройства половой идентичности.**

##### **F64.0 Транссексуализм.**

Желание существовать и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и стремлением получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу.

Диагностические указания содержат требование констатации существования стойкой транссексуальной идентичности, по крайней мере, в течение 2 лет. При этом она не должна быть симптомом другого психического заболевания, например, шизофрении, или вторичным признаком каких-либо межполовых, генетических или хромосомных аномалий.

##### **F64.1 Трансвестизм двойной роли.**

Ношение одежды, присущей противоположному полу, как часть образа жизни с целью получения удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, однако без малейшего желания постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции.

Переодевание не сопровождается возбуждением, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма (F65.1). Эта категория включает нарушения половой идентичности нетранссексуального типа в подростковом и зрелом возрасте.

#### **F64.2 *Расстройство половой идентичности у детей.***

Включает круг расстройств, впервые появляющихся в детстве и всегда до начала пубертата, которые характеризуются постоянной выраженной неудовлетворенностью полом регистрации, что сопровождается настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к противоположному полу. Указывается, что проявления расстройства включают стойкую озабоченность одеждой и/или занятиями, свойственными противоположному полу, и/или отвержение своего собственного пола. Напоминается, что данное расстройство не должно смешиваться с гораздо чаще встречающейся неконформностью с общепринятым полоролевым поведением. Поэтому для диагностики его недостаточно мальчишеского поведения у девочек или девичьего - у мальчиков, тогда как необходимо выявление глубокого нарушения чувства принадлежности к мужскому или женскому полу. Также подчеркивается, что данный диагноз не может устанавливаться в случае, если индивидуум достиг пубертатного возраста.

Среди диагностических указаний помимо упомянутых в клиническом описании признаков приводится возможность отвергания анатомических структур, присущих собственному полу, хотя одновременно указывается на редкость такого "необычного" поведения. Характерной особенностью считается то, что дети с расстройством половой идентичности отрицают наличие переживаний по этому поводу, хотя и могут быть огорчены конфликтом, возникающем вследствие иных ожиданий и надежд родителей или сверстников, а также насмешек и/или отвергания.

Отдельно описываются проявления этого расстройства у девочек, причем сделана оговорка, что нельзя быть уверенным в том, что соотношение полов соответствует клинической практике. Предпочтение поведения, традиционно ассоциирующегося с противоположным полом, у девочек проявляется в выборе друзей среди мальчиков, в жадном интересе к спорту, дракам, они не интересуются куклами и женскими ролями в построенных на воображении играх. Девочки подвержены остракизму в меньшей степени, чем мальчики, хотя и они могут страдать от насмешек в позднем детстве или в юности. По достижении юношеского возраста большинство из них отказываются от преувеличенной настойчивости заниматься мужскими видами деятельности и носить мужскую одежду, однако у некоторых сохраняется мужская идентичность, а может проявиться и гомосексуальная ориентация.

В наиболее наглядном и стройном виде диагностические критерии изложены в "зеленой" книге ("Исследовательские диагностические критерии"), хотя они почти полностью воспроизводят описательный материал основного глоссария ("синей" книги):

У девочек:

А. Жизнь девочкой вызывает постоянный и тяжелый дистресс и имеется твердое желание быть мальчиком (это желание определяется не только предполагаемыми культуральными преимуществами принадлежности к мужскому полу) или девочка настаивает, что она - мальчик.

Б. Одно из двух:

1) девочки обнаруживают постоянное отчетливое отвращение к обычной женской одежде и настаивают на ношении общепринятой мужской одежды, например, нижнего белья для мальчиков и другого.

2) девочки постоянно отрекаются от женских анатомических структур, о чем свидетельствует, по меньшей мере, один из следующих признаков:

а) утверждение, что у нее есть или появится половой член;

б) отказ от мочеиспускания в сидячем положении;

в) утверждение, что ей не хочется, чтобы у нее росли грудные железы или были менструации.

В. Девочка еще не достигла пубертатного возраста.

Г. Расстройство должно наблюдаться минимум 6 месяцев.

У мальчиков:

А. Жизнь мальчиком вызывает постоянный и тяжелый дистресс и сильное желание стать девочкой или, в более редких случаях мальчик настаивает, что он - девочка.

Б. Одно из двух:

1) Занятия обычной для женщин деятельностью, о чем свидетельствует предпочтение женской одежды или придание своей одежде вида женского наряда, или сильное желание участвовать в играх для девочек или других формах досуга и отказ от мальчишеских игрушек, игр и деятельности.

2) Мальчики постоянно отрекаются от мужских анатомических структур, на что указывает как минимум одно из следующих неоднократных утверждений:

а) что он вырастет женщиной (не только выполняя роль женщины);

б) что его половой член или яички отвратительны или что они исчезнут;

в) что лучше бы не иметь полового члена или яичек.

В. Мальчик еще не достиг пубертатного возраста.

Г. Расстройство должно наблюдаться минимум 6 месяцев.

#### **F64.8 Другие расстройства половой идентичности.**

#### **F64.9 Расстройство половой идентичности, неуточненное.**

Отнесение этих расстройств в МКБ-10 в рубрику F64 объясняется наличием множества общих признаков с другими расстройствами идентичности, расположенными в данном разделе.

Ранее расстройство половой идентичности у детей включалось в иную группу состояний, поскольку в DSM-III-R расстройства половой идентичности, включая транссексуализм, были перенесены из класса сексуальных расстройств в класс "расстройств, обычно впервые проявляющихся у детей и подростков". При подготовке DSM-IV сначала предполагалось расстройства половой идентичности выделить в особый подкласс, следующий за сексуальными расстройствами. В итоге они были возвращены в группу расстройств психосексуальных, однако с исчезновением разделения на транссексуализм и расстройство идентичности в детстве. Теперь и для того, и для другого состояния приводятся единые критерии, и только в последующем рекомендовано проводить их кодировку как *"расстройство половой идентичности у детей"* (302.6) и *"расстройство половой идентичности у юношей и взрослых"* (302.85). У зрелых индивидов эти расстройства специфицируются и по направленности сексуального влечения (на мужчин, женщин, обоих, ни на тех, ни на других). Исчезла из DSM-IV существовавшая еще в DSM-III-R такая классификационная единица, как "расстройство половой идентичности у подростков и взрослых нетранссексуального типа", описывавшее состояния дискомфорта от переживания нежелательности своего пола, сопровождающееся переодеванием и соответствующим поведением, однако без требований хирургической и гормональной коррекции. В DSM-IV, однако, включена подрубрика "Неспецифицированных расстройств половой идентичности", в которой описываются:



I. Интерсексуальные состояния (например, синдром андрогенной нечувствительности или конгенитальной адренальной гиперплазии), сопровождающиеся дисфорией пола.

II. Транзиторное, связанное со стрессом, переодевание.

III. Устойчивая поглощенность мыслями о кастрации или пенэктомии без желания приобретения половых характеристик другого пола.

В отечественной сексологии проводится важное для выбора терапевтических подходов деление транссексуализма на его "ядерные" и "краевые" варианты. Если первые практически не зависят от влияний микросоциальной среды и без смены пола адаптации не поддаются, то вторые отличаются мягкостью течения и оцениваются как внешне компенсированные и социально адаптированные, несмотря на сохраняющееся ощущение принадлежности к противоположному полу. Предполагается, что в основе "краевых" вариантов лежат менее грубые нарушения половой дифференцировки структур мозга в пренатальном онтогенезе.

Конечно, клинические проявления нарушений половой идентичности более богаты. Не случайно поэтому включение в DSM-IV рубрики "Сексуальные расстройства, не специфицированные иным образом", предназначенной для кодировки сексуальных нарушений, не соответствующих критериям иных, специфических, сексуальных расстройств. Особо среди них упоминается *выраженное ощущение неадекватности, касающееся сексуальных действий или других особенностей, связанных с представляемыми стандартами маскулинности или фемининности*. Неоправданно отсутствует в DSM-IV и трансвестизм двойной роли, включенный МКБ-10 в сходную рубрику и характеризующийся переодеванием в одежду противоположного пола для временного переживания принадлежности к противоположному полу (F64.1).

В последней классификации (DSM-IV) впервые объединены все психосексуальные расстройства. Сведение всех этих состояний воедино более оправданно по нескольким причинам. Во-первых, подобное объединение знаменует становление сексологии как особой отрасли знаний, а сексопатологии - как отдельной клинической дисциплины, что близко к отечественным подходам. Во-вторых, между ними могут существовать многообразные патогенетические и патопластические взаимосвязи: например, формирование парафилий может базироваться на искажениях половой идентичности, а нарушения психосексуальных ориентаций - предопределять функциональные сексуальные расстройства и т.д. Примечательно, что связь всех этих расстройств учитывалась во всех предшествующих "традиционных" классификациях, располагавших в одном ряду и количественные, и качественные нарушения сексуальности.

**АНОМАЛЬНОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (под редакцией А. А. Ткаченко, М. 1997)**

## **ГЛАВА 2**

### **ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАРАФИЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Рассмотрение любого поведенческого акта возможно с трех позиций: субъекта действия, объекта действия и наблюдателя со стороны. В классической психиатрии дело обычно ограничивалось описанием переживаний субъекта в сочетании с описанием его поведения наблюдателем (объективный анамнез, т.е. совпадение описаний наблюдателя и объекта действия). Однако при этом подходе суть поведенческого акта как акта коммуникации

ускользает, поскольку выпадает возможность объективного описания и осмысления поведения. Предлагаемая ниже попытка изложения клинической картины парафильного поведения исходит из того, что описание переживаний субъекта (в том числе восприятие и объекта, и своего поведения по отношению к объекту) дается, разумеется, самим субъектом, а описание особенностей объекта действия и активности дается как бы наблюдателем, что в действительности является фикцией и должно рассматриваться всего лишь как прием моделирования анализируемой ситуации. Позиция наблюдателя в этом случае фактически является результирующей данных, полученных от объекта действия и возможных свидетелей (действительных наблюдателей) и интерпретации их экспертом.

Предлагаемое деление феноменов на объективные, субъективные и собственно психопатологические в некоторой степени условно и несколько нарушает те жесткие требования к феноменологическому этапу, являющемуся первой ступенью всякого психопатологического познания, которые сформулировал К.Ясперс. Как известно, он ограничил задачи феноменологии рамками субъективного мира пациентов и свел их к отображению этого мира на основе самоописаний больных. Таким образом, подобное отражение должно удовлетворять следующим условиям: 1) феноменологический метод в состоянии исследовать только сознательные проявления обследуемых субъектов, поскольку опирается на их самоописания; 2) непосредственность феноменологического описания исключает использование теоретических представлений, всевозможных психологических конструкций, объяснений и т.п., могущих исказить восприятие феноменов; 3) феноменологический метод дает не более чем статический отпечаток, "моментальный срез" душевной жизни; в его задачи не входит выяснение взаимосвязей переживаний, их динамики, обусловленности и пр.

Выполнение этих требований оказывается в отношении избранного объекта исследования затруднительным по нескольким причинам, прежде всего в связи с тем, что в этих случаях речь идет чаще всего о недостаточно осознаваемых, неподотчетных и потому плохо вербализуемых явлениях психической деятельности. Поэтому каждый из подразделов совмещает феноменологический и последующие этапы психопатологического исследования, в связи с чем феноменологические описания соседствуют с описаниями объективизирующими, которые имеют уже терминологическую и систематизирующую направленность, а следовательно - непосредственно предваряющую анализ каузальных взаимосвязей и концептуальное объяснение обнаруживаемых явлений.

## **2.1. Объективные феномены.**

### **2.1.1. Объектный выбор**

#### *2.1.1.1. Половозрастные характеристики искажения объекта*

##### 2.1.1.1.1. Полодиморфические признаки

Выбор объекта может оцениваться как самим испытуемым, так и экспертом. Здесь уместно рассмотреть его оценку с точки зрения эксперта.

В ряде случаев жестко фиксированного гомосексуального выбора удавалось выявить в анамнезе пациента гомосексуальное насилие в раннем возрасте. При преждевременном половом созревании иногда можно было предполагать связь пола соучастника ранних опытов сексуального поведения (имитация коитуса, взаимная мастурбация) с эмоционально положительным подкреплением в виде эротических ощущений и последующим половым предпочтением, даже после периода нормативных связей.

Кроме фиксированного гетеро- и гомосексуального выбора, при синдроме недифференцированного сексуального объекта (Старович З., 1990) полодиморфические признаки

*Ткаченко, Введенский*

---

\_\_\_\_\_ перестают играть какую-либо роль в возникновении сексуального влечения, которое реализуется при любом объекте. Выбор по полу может меняться в течение болезни (см. раздел 2.4).

#### 2.1.1.1.2. Возрастные особенности

Привлекает внимание то обстоятельство, что упомянутая выше смена пола сексуального объекта наблюдалась в случаях, когда предпочитается объект, чей возраст не превышает подростковый. В преобладающем большинстве случаев выбор по возрасту был фиксированным. В частности, при упоминавшихся выше случаях гомосексуального насилия возраст, в котором пациент подвергся насилию, и возраст предпочитаемого сексуального объекта совпадали. Такое же соответствие с возрастом партнера по сексуальным играм наблюдалось и в некоторых случаях ранней сексуализации поведения.

Для некоторых испытуемых оказалась характерной динамика изменения возраста объекта по мере развития болезни - совпадающая с взрослением пациента и обратная (см. раздел 2.4.).

#### 2.1.1.2. Внешние признаки объекта

При анализе выбора объекта обращает на себя внимание, что, как правило, жестко фиксируются не только пол и возраст, но и внешние данные - тип телосложения, цвет волос, особенности одежды и т.п.

Связь между каким-либо внешним признаком объекта (стимулом) и паттерном аномального сексуального поведения может не осознаваться пациентом, однако достаточно часто четко прослеживается экспертом. Иногда удается установить происхождение эталона. Так, у испытуемого Б., обвиняемого во множественных нападениях на подростков, персонаж-эталон контактировал с ним в период времени, связанный с ситуацией гомосексуального насилия, и, хотя он не был прямо причастен к этой ситуации, у испытуемого сохранились в памяти те негативные чувства, которые он ранее испытывал.

Для удобства дальнейшего изложения воспользуемся представлением об анализаторах как каналах коммуникации (Дерягина М.А., 1987) с выделением визуального, слухового, тактильного и ольфакторного.

##### 2.1.1.2.1 Основные модальности

#### А. В и з у а л ь н ы е

У лиц с парафилиями часто отмечается сексуальное возбуждение при виде крови - чужой или собственной. Иногда природа этого возбуждения не осознается - испытуемые рассказывают, что с детства или плохо переносили вид крови ("тошнота, слабость"), или ощущали возбуждение, не понимая его характера. По-видимому, похожим действием - по

крайней мере, для человека - обладает и черный цвет: так, у некоторых испытуемых с парафилиями стимулом, запускающим сексуальное поведение, служили черные колготки, лосины ("фетишистско-талисманная" стратегия, по J.Money, 1990). Известна роль черной кожаной одежды при садомазохистических практиках.

Интересно, что ряд пациентов одинаково однозначно расценивали обильную косметику, обтягивающие брюки или джинсы, укороченные юбки как признак "доступности" жертв, оправдывая свое агрессивное поведение по отношению к ним.

У некоторых гомосексуальных лиц отмечались случаи выбора объектов сексуального влечения по отдельным признакам, ставшим эротическими стимулами - размерам полового члена, степени оволосения, усам.

При шизофрении визуальные стимулы могут носить необычный характер: например, один испытуемый специально ставил жертв - несовершеннолетних мальчиков - в профиль, так как другие ракурсы не вызывали сексуального возбуждения. У другого больного сексуальное возбуждение наступало при виде женщины, испытывающей острое желание помочиться (мы не касаемся здесь вопроса, на основании каких признаков и насколько адекватно проводилось им распознавание такого состояния). Другое наблюдение касается восприятия такого сложного стимула, как текст: больной описывал возникновение сексу-

#### *Феноменология и психопатология*

---

ального возбуждения с эрекцией при чтении работы К.Юнга "Метаморфозы либидо" (что логически объяснимо), а также Ф.Ницше "Гибель богов" (что объяснить гораздо труднее).

По-видимому, определенные особенности поведения - в частности, невербального - могут также служить стимулом сексуального возбуждения. Одна пациентка рассказывала о случае, когда на нее в возрасте 7 лет сексуально посягал взрослый мужчина, который внешне производил впечатление психически больного, воспоминания об этом сохранились с положительной эмоциональной окраской. Другой пациент с эксгибиционизмом в качестве первого объекта выбрал также психически больного. Интересно, что в обоих случаях было дано одинаковое объяснение такого выбора: "не было чувства ответственности за свое поведение". Оставляя в стороне вопрос об адекватности такого объяснения, отметим, что подобный механизм может обуславливать тот факт, что жертвами сексуального насилия часто становятся психически больные и умственно отсталые.

Созерцание определенных видов деструктивного поведения также может служить стимулом сексуального возбуждения. Наиболее распространенными из них являются мучения животных (удушение руками или путем повешения, расчленение), часто встречающиеся в пубертате у лиц с садизмом. Нетривиальным примером является случай, когда больной испытывал оргазм при представлении своей рвущейся на куски одежды под колесами проходящего поезда (причем одежда обязательно должна была быть новой, употреблявшейся не более одного-двух раз).

Б. А у д и а л ь н ы е

Информацию о стимулах этой модальности получить у испытуемых труднее, возможно, из-за того, что их связь с аномальным паттерном поведения осознается хуже за счет меньшей представленности (репрезентации) этих стимулов в сознании. Один из испытуемых, совершивший серию убийств женщин, рассказывал, что стук женских каблучков среди ночной тишины вызывал у него неодолимое желание преследовать женщину, а стоны и хрипы жертв усиливали ярость. При шизофрении подобные явления обнаруживаются достаточно часто: сексуальное возбуждение наступало при звуке льющейся мочи, "звонкого детского смеха" .

## В. Тактильные

Необходимо подчеркнуть, что многие пациенты с парафилиями крайне плохо описывают свои телесные ощущения, особенно связанные с изменением эмоционального состояния, хотя в сексуальном поведении они играют особую роль, так как прикосновения у большинства людей несут эротизирующую нагрузку. Можно предполагать, что во многих случаях парафильного поведения функционирование этих анализаторных систем нарушается, так как субъект зачастую не может добиться эякуляции при сексуальном контакте с жертвой, тогда как при фантазировании (т.е. в ответ на зрительные стимулы), сопровождающемся мастурбацией, она достигается легче.

Значительную роль этот вид стимулов играет при фетишизме: так, один испытуемый онанировал с обувью детей, которая должна была быть сделана из гладкой кожи. В другом случае возбуждение вызывала "гладкая и скользкая" поверхность колготок.

## Г. Ольфакторные (запахи)

Стимулы подобной природы удастся распознать очень редко, так как в сознании большинства людей они представлены слабо. При органических поражениях ЦНС, однако, нередко встречается повышенная чувствительность к запахам. У таких испытуемых удастся получить интересную информацию: описывается, например, сексуально возбуждающий или вызывающий агрессию запах женщины во время месячных; у лиц с "обувным" или "ножным" фетишизмом - запах ступней. У испытуемого Е., совершившего серию убийств женщин, патологический паттерн поведения, заключавшийся в изнасиловании с последующим нанесением множественных ножевых ударов, запускался запахом духов и алкоголя, исходившими от жертв.

В клинике парафилий встречаются феномены, позволяющие также предполагать функциональную блокировку этого анализатора при реализации некоторых видов аномального сексуального поведения. Наиболее ярким примером являются случаи уро- и копролагнии. Например, один больной пил мочу и ел кал понравившихся ему женщин, при беседе он сравнивал эти ощущения с теми, которые бывали после плотного обеда, а запах для него носил субъективно приятный характер. В другом случае субъект размазывал кал по телу жертвы, между тем как вне подобных состояний он отличался повышенной брезгливостью и чистоплотностью.

## Д. Другие стимулы

Стимулом сексуального поведения, наконец, могут выступать и знаки, символы социального плана ("избирательно-клейменная" стратегия, по Money J.). Так, у одного пациента им служил высокий социальный статус женщины, независимо от ее возраста и внешности. В другом наблюдении сексуальное возбуждение у женщины наступало только в том случае, когда она ложилась голой на постель и муж посыпал ее деньгами, которые

"возбуждающе касались тела". У некоторых гомосексуалов сексуальная привлекательность объекта была связана с ношением формы - военной, милицейской (Введенский Г.Е., 1994).

#### 2.1.1.2.1 Запускающие и направляющие стимулы.

Для анализа клинического описания поведения имеет смысл также различать *запускающие* (вызывающие определенное поведение) и *направляющие* (поддерживающие) релизеры, которые могут не совпадать.

В клинике парафилий можно проследить закономерность, заключающуюся в том, что одни стимулы *запускают* поведение (внешние факторы: сокращение индивидуального расстояния - в лифтах, стук каблуков, вид жертвы; внутренние: вегетативные и эмоциональные сдвиги), другие - *направляют* или прерывают стереотип аномального сексуального поведения. Примером последних могут быть различные реакции объектов актов эксгибиционизма: это может быть не только испуг, но и насмешка, даже проявление сексуальной заинтересованности и, в некоторых случаях, нарочитое невнимание; слезы, однако, чаще прерывали паттерн поведения. Молчание жертвы у некоторых садистов прерывало поведение, а стоны усиливали возбуждение, однако могли отмечаться и обратные феномены.

Психологическое объяснение вышеописанных случаев представляется неубедительным именно вследствие того, что они выявлялись у многих пациентов независимо от личности, биографии и психического заболевания. Последнее заставило обратиться к этологическому уровню анализа, в частности, к концепции релизеров. Понятие релизера как стимула (причины) определенного действия или поведения впервые появилось в рамках этологии. К.Лоренц определял релизеры как "морфологические признаки или инстинктивные действия" (в большинстве случаев сочетанные). Применение этого понятия в феноменологии человеческого поведения не является обычным, однако, как будет видно из нижеследующего, оно представляется перспективным как в аспекте описания, так и в плане интерпретации поведения.

### 2.1.2. Выбор активности

#### 2.1.2.1. Формальные характеристики искажения активности

Многообразие клинических проявлений парафилий в поведенческом аспекте, которое простирается от сексуального поведения, близкого к нормативному (как, в частности, при раптофилии, когда обычный гетеросексуальный половой акт просто предваряется обязательным принуждением к нему), до внешне бессмысленных и немотивированных нападений с нанесением множественных ножевых ранений или убийствами, заставляет искать достаточно простые и в то же время фундаментальные принципы классификации видов активности, которые могли бы быть приложимы к любому человеку, независимо от его прошлого опыта или текущего состояния. Другими словами, они должны быть видоспецифическими. Очевидно, на данном этапе развития психологии и психиатрии мы можем сделать только определенные шаги к этому идеалу.

В классификации видов активности могут быть использованы разные оси - в зависимости от контекста анализа. Предлагаемые ниже критерии, разумеется, априорно не могут быть исчерпывающими.

I. По пространственному критерию (дистанции между субъектом и объектом) среди парафилий могут быть выделены:

#### А. Д и с т а н т н ы е

К ним можно отнести поведение, связанное с демонстрацией гениталий (экспозиционизм), подсматриванием за сексуальным актом (вуайеризм, скоптофилия), подслушиванием (эксаудиризм) и другие.

Как можно заметить, общим для них, кроме расстояния между субъектом и объектом, является вытекающее из этого обстоятельство преимущественного использования дистантных анализаторов (зрительного, слухового и обонятельного). По-видимому, имеет смысл упомянуть, что в эту группу следует отнести "психический" садизм или мазохизм, хотя в большинстве подобных случаев трудно выделить ведущую модальность. При шизофрении таковой часто является аудиальная: один из пациентов получал удовлетворение, запугивая незнакомых девушек по телефону, если же в последующем он добивался личных встреч, то при них стремление к запугиванию исчезало.

#### Б. К о н т а к т н ы е

В эту группу относятся все виды поведения, связанные с непосредственным контактом субъекта и объекта: ощупывание половых органов при педофилии, физические истязания жертвы при садизме и многие другие. Понятно, что при этих видах поведения подключается тактильная модальность.

Данный критерий классификации может использоваться при анализе типа течения парафилии (см. раздел 2.4.).

II. По направленности активности (здесь используются представления об основных направлениях этогенеза (см. гл. 3): освоение пространства собственного тела, экстракорпорального пространства и коммуникативное поведение):

#### А. Н а с е б я

Сюда относятся манипуляции с собственным телом (мастурбация, аутоагрессия, скарфинг), которые подразумевают ведущую роль тактильной модальности. Зрительные стимулы преобладают при переодевании в женскую одежду перед зеркалом (трансвестизм двойной роли, аутомоносексуализм).

#### Б. Н а д р у г и х л ю д е й

#### В. Н а п р е д м е т ы

Кроме очевидного фетишизма в эту группу следует отнести фетишистский трансвестизм (зрительная модальность), случаи уро- и копрофилии (обонятельная). В этом смысле случаи сексуальной активности с животными (зоофилия), трупами (некрофилия), некросадизма, каннибализма являются как бы промежуточными между "А" и "Б". Несомненна особая роль тактильной модальности в этих случаях.

III. По наличию обратной связи

Этот критерий, в сущности, определяет - имеет ли данный вид активности коммуникативный компонент. При направленности поведения на неживой объект (предмет) ответ на данный вопрос очевиден, однако при выборе в качестве объекта других людей дело обстоит сложнее: в динамике, к примеру, эксгибиционизма, можно иногда заметить, как требуемая вначале реакция испуга сменяется на предпочтение насмешки, унижения, а затем реакция жертвы перестает влиять на поведение (один испытуемый специально становился так, чтобы быть видимым самому, но не видеть женщину, особенно лицо). Исчезновение коммуникативного компонента - важный критерий динамики.

#### IV. По модальности

Предлагаемый критерий характеризует не вид *Homo sapiens*, а класс млекопитающих, однако он имеет то преимущество, что позволяет применить к анализу вида активности эволюционный подход (см.гл 3.).

Надо отметить, что использование этого критерия при садизме, мазохизме и гомоцидомании затруднено, так как в клинической практике не всегда можно четко определить, какая модальность при подобных видах поведения является ведущей - для одних испытуемых стимулом является вид крови, ран, униженной позы жертвы, для других - стоны, хрипы при удушении, для третьих - физическое сопротивление или судороги жертвы в своих руках и т.п.

##### *2.1.2.2. Регрессивность*

Под регрессивностью следует понимать появление паттернов поведения, характерных для более ранних этапов онтогенеза, чем тот, в котором находится данный индивид.

Ярким примером онтогенетической регрессивности является типичное поведение педофила с разглядыванием и ощупыванием половых органов: паттерн этого поведения при нормативном развитии возникает в возрасте 4-5 лет. Другим столь же демонстративным примером можно считать межполовую агрессию как проявление дистинкции, которая характерна для возраста 8-10 лет.

Манипуляции с жертвами или с трупами, их расчленение сходны с играми ребенка, когда он от любопытства разбирает игрушки. Канибализм как возврат к "оральной " стадии развития давно является любимым примером психоаналитиков.

Иногда удается у одного пациента проследить этапы регрессии: так, у осмотренного нами подростка в возрасте 5-6 лет наблюдалось стремление обнюхать, облизать пятки у мамы и бабушки, годом позже в фантазиях также появляются образы женских ног, затем пяток, которые он отрезает, начинает жарить их, наконец, есть.

При выраженных (в смысле сдвига в прошлое) видах регрессии отмечается высокая степень сходства с биологическими аналогами, что излагается в главе 8.

##### *2.1.2.3. Процессуальность поведения.*

Процессуальность - фиксация на процессе, а не на результате деятельности, которая приобретает незавершенный характер с нарастающей редукцией отдаленных целей поведенческого акта и пролонгацией его ближайших звеньев, которые подвергаются



схематизации и символизации с имитацией генитального проникновения и возможностью психического оргазма.

Данный феномен идентичен процессуальности игровой, отражающей незаинтересованный характер игры, т.е. прерывающий процесс непосредственного удовлетворения нужд и страстей, вклинивание ее как временного действия, которое протекает внутри себя самого и совершается ради удовлетворения, приносимого самим совершением действия (Хейзинга Й., 1992).

Процессуальность складывается из двух основных компонентов:

**А. Незавершенность** - проявляется в нерезультативности деятельности, причем подразумеваемой и "входящей в замысел". Особенно это бросается в глаза в тех многочисленных случаях, когда сам по себе навык гетеросексуального (или иного) поведения оказывается сформированным, однако в ходе исполнения девиантного ритуала наблюдается отказ от логического, казалось бы, его завершения с ограничением предпринятых действий (даже в самых предрасполагающих к тому ситуациях) неким набором эротических или даже платонических актов. Как ни парадоксально, внешне явно сексуальное действие часто не завершается именно в сексуальном смысле (отсутствие эякуляции и оргазма).

Именно это качество процессуальности определяет симптом "охоты", встречающийся чаще всего при садизме и заключающийся в самостоятельной значимости поиска необходимого объекта. Причем само по себе это иногда длительное блуждание, сочетающееся с соответствующим эмоциональным состоянием, оказывается самодостаточным, и по своей субъективной эффективности - сравнимым с полноценным перверсным актом.

**Б. Пролонгация** - намеренное продление осуществляемых действий, что достигается зачастую их усложнением и затруднением с помощью использования достаточно длительного и схематичного ритуала. Целью подобной модификации активности может являться продление восприятия и связанного с ним аффекта в силу самооценности данного воспринимательного процесса. В этом контексте становится до конца понятным высказывание К.Имелинского, который говорил, что сутью садизма является переживание времени.

Поэтому и убийство объекта менее предпочтительно, нежели продолженные действия с ним: "Заклеймим ее (женщину), опозорим ее; от этого унижения она будет страдать до последнего мига своей жизни, и наше бесконечно растянутое сладострастие станет от этого более изысканным". Подобное высказывание могло бы принадлежать не только Саду, но и другим, если бы они могли столь же ясно высказать свои желания. Один из наблюдавшихся нами больных выразил примерно то же, когда говорил о сокровенной своей мечте - оказаться "облепленным со всех сторон женщинами, чьи половые органы он мог бы ласкать постоянно". Отсюда и грезы Сен-Фона, одного из героев маркиза, о чем-то вроде бесконечной смерти, достигаемой неисчерпаемыми ресурсами адских пыток. М. Бланшо видит в этом противоречие, составляющее часть системы Сада: мысль о вечно причиняемой смерти исходит, по его мнению, из желания вечной жизни, и потому палач и жертва оказываются наделенными одной и той же властью, тем же "божественным атрибутом вечности" (Бланшо М., 1992).

Указанные феномены, свойственные и игровому поведению, рассматриваются как доказательства того, что предметом таких действий является само действие, тогда как

собственно результат остается внешним по отношению к действию. Поэтому действие оказывается направленным на самое себя и становится самодействием.

#### 2.1.2.4. Ритуализация (клиширование)

Стереотипность сексуального поведения, характерная для многих лиц с парафилиями, выражается в предсказуемости без обратной связи, что проявляется в стремлении осуществить определенную активность, например, выражающуюся в фелляции или анальном коитусе, или ощупывании половых органов. При этом осуществление стереотипа в полном объеме и достижение эмоционального состояния в разной степени зависело от реакции партнера - от абсолютной спонтанности до жесткой обусловленности, например, реакцией испуга. С клинической точки зрения можно было говорить о клишированности поведения.

Другое выражение клишированности поведения - связь его с определенной территорией. В клинике парафилий часто выявляется связь аномального сексуального поведения с окружающей обстановкой. Последняя может повторять ситуацию первого правонарушения (у эксгибиционистов и садистов часто наблюдается локализованный ареал). Так, один из испытуемых описывал возникновение влечения к нападению на девочек-подростков, когда он оказывался в районе высотных домов, где он их обычно и совершал, в других районах города или в других местах такого желания не возникало. Обстановка также может быть связанной с уменьшением расстояния между людьми (типичный пример - кабина лифта), что запускало паттерн патологического поведения. У некоторых серийных сексуальных преступников отмечался также феномен неоднократного возвращения на место преступления, обстановка при этом играла роль триггера запуска воспоминаний, которые возвращали испытуемому чувство реальности происшедшего.

В этом аспекте имеют значение два понятия этологии: *индивидуальная территория*, т.е. пространство, на котором человек имеет тенденцию доминировать, находиться в состоянии комфорта и возвращаться, и *индивидуальное расстояние* - дистанция, запускающая определенные виды поведения.

Еще одним проявлением клишированности аномального сексуального поведения является постоянное воспроизведение отношений доминирования и иерархии (насильник и жертва; подглядывающий - с ощущением власти над объектами в сознании субъекта, и неведущая об этом пара; демонстрирующий половые органы эксгибиционист и вынуждаемая этим на какую-либо реакцию женщина). Сюда же следует отнести также встречающуюся неспособность жертвы сексуального насилия оказать сопротивление, а также случаи мазохизма.

Все приведенные выше аспекты клишированности имеют общий признак - они характеризуют усиление, подчеркивание тех компонентов поведения, которые не связаны с личностью пациента, а имеют видовой характер, поэтому для их обобщенной характеристики правомерно обращение к этологическим понятиям. Под ритуализацией в этологии понимают усиление лишь некоторых элементов и комплексов поведения, что делает их более различимыми при коммуникации. В норме механизм ритуализации связывает приукрашенное поведение с контекстом, в патологии - оказывается оторванным от него.

#### 2.1.2.5. Амбигуэнтность

К ее проявлениям относится часто наблюдаемое у лиц с парафилиями сочетание аутоагрессии (нанесение самоповреждений) и агрессии и, как частный случай, садистических и мазохистических тенденций. Известный серийный сексуальный преступник Г. пытался проделывать над собой те же манипуляции, что и над своими жертвами - мальчиками, как бы меняясь с ними местами в процессе действия. Более редко встречается диспраксия - один из испытуемых одной рукой удерживал жертву, другой - отталкивал, при этом угрозы расправы чередовались с упреками в том, что она так поздно ходит одна.

Состояние растерянности с амбивалентными чувствами стыда, отвращения и страха, с одной стороны, и влечением к эротическим ласкам - с другой, с проявлениями амбигенности в поведении, когда прикосновения сменяются отталкиванием, может встречаться при гомосексуальной инициации в подростковом возрасте или в случаях ретардации психосексуального развития (Введенский Г.Е., 1994).

Другой вариант наблюдается при обсессивно-компульсивном характере аномального сексуального влечения. Испытуемый К., говоря о "борьбе мотивов", описывал состояния, когда он по полчаса стоял в подъезде, испытывая одновременно два желания - и идти "на охоту" и вернуться назад.

#### *2.1.2.6. Символизм*

Для многих вариантов парафильного поведения были характерны внезапное возникновение стремления к реализации либидо, символизм сексуальных действий. Наиболее ярко эта особенность аномального сексуального поведения иллюстрируется случаями введения во влагалище или прямую кишку пальца у педофилов, посторонних предметов - карандашей, палок или бутылок или нанесения ножевых ранений в область промежности, низа живота. Еще более трудно объяснимыми могли быть действия при убийствах. Так, один испытуемый всегда снимал с трупа туфли и аккуратно ставил их рядом с телом. Другой привязывал труп за шею к дереву или столбику. В большинстве случаев испытуемые не могли дать объяснение таким своим действиям, так что их оценка как символических определялась мнением эксперта.

### **2.2. Субъективные феномены**

Для описания субъективной феноменологии парафилий нами был избран подход, который может быть предметом для дискуссии, однако его несомненное достоинство в том, что он позволил провести структурирование материала в первом приближении. В качестве основной позиции избрана концепция "осознавания" (awareness) F.Perls (1951). Отсылая интересующихся за подробностями непосредственно к первоисточнику, отметим лишь, что в данной парадигме основными положениями являются возможность перемещения фокуса сознания в психической сфере и необходимость формирования определенной целостности - гештальта. Нарушения этих процессов - сущность патологии осознавания.

Исходя из вышеизложенного, можно говорить о нарушениях осознавания себя (субъекта) и окружающей реальности, частью которой является объект действия. Парадоксом используемой концепции, пожалуй, является тот факт, что именно при аномальном сексуальном поведении происходит искажение обычных субъект-объектных отношений, и такое разделение носит весьма условный характер.

К патологии осознавания себя авторы относят феномены диссоциации. Патология осознавания объекта выражается в феноменах деперсонификации, фетишизации и

аутоэротизма. Нарушения осознания реальности описаны ниже в традиционном психиатрическом ключе как нарушения сознания.

### **2.2.1. Деперсонализация**

Деперсонализация - феномен, отражающий *нарушения в системе субъект-субъектных отношений и определяющий лишение субъективности объекта, чья роль сводится к значению предмета, стимула для воспроизведения особого, для каждого случая своего, аффективного состояния либо воображения, реализации внутренних побуждений, связанных с приверженностью к определенным ситуациям.*

Человек у маркиза де Сада сводится к простому присутствию, пишет С. де Бовуар (1992), становясь "чистым фактом, лишенным всякой ценности, волнующим субъекта действий не более, чем неодушевленный предмет". Парафильное влечение представляет собой случаи, пренебрегающие личностью партнера как таковой и сводящие роль объекта действий к чисто предметным свойствам: "Мой ближний для меня ничто; он не имеет ко мне никакого отношения". Если он и представляет некую ценность, то лишь как обладатель чего-то, что имеет чисто эротическое значение: "...предоставьте мне часть своего тела, которая способна меня на миг удовлетворить, и наслаждайтесь, если вам угодно, моею, которая может быть вам приятна".

Психологический механизм деперсонализации представляется не вполне ясным, хотя понятно, что его поиск может осуществляться в изначальной неспособности или незрелости эмпатии, или утере этой способности в состояниях искаженного сознания. Эмоциональное изменение порождает "стоическую нечувствительность, которая, кажется, предполагает полную автономию человека по отношению к миру" (Бланшо М., 1992). Зато ее эффекты достаточно очевидны и заключаются не только в облегчении манипулятивной активности, но и в возможности в ее ходе использовать объекты для экспериментирования с ними как с носителями определенных качеств. Последние оказываются теснейшим образом связанными с теми категориями, освоение которых составляет суть кризисных периодов идентификации и впоследствии становятся важнейшими конструктами самосознания. Они могут быть представлены в виде следующих оппозиций:

#### *а) живое-неживое*

Здесь вполне уместны упоминания о случаях использования проституток, изображающих трупы, прямого некрофильства, использования кукол. Нами наблюдались случаи намеренного приведения партнерш в бесчувственное состояние, например, путем спаивания, после чего и осуществлялись привычные предпочтительные действия. Другим интересным примером было использование косметики и макияжа с достаточно своеобразным объяснением этого поведения, направленного как бы на устранение кажущегося оттенка мертвенности лица.

#### *б) мужское-женское*

Данная дихотомия определяет саму суть педофилии, поскольку, помимо формального преобладания возрастных искажений, основную роль здесь играет предпочтение объекта, в первую очередь лишенного очевидных половых отличий, и только поэтому - не достигшего зрелости.

Наглядны также случаи с симптомом зеркала, где сходные тенденции прилагаются к собственному телесному облику. Так, один из пациентов, у которого в препубертатном

возрасте наблюдались явления половой мимикрии, прибегал к достаточно своеобразным действиям: стоя перед зеркалом, он прятал половой член между ног, что периодически перемежал с его обнажением. Сам он описывал эти эпизоды как некую игру с чередованием противоположных образов: "девочка-мальчик и вновь - девочка-мальчик".

Самыми яркими в этом смысле являются случаи аутогинефилии или трансвестизма двойной роли.

*Д., с 15-16 лет стал испытывать особый интерес к своей внешности, часами мог разглядывать себя в зеркале. Стал замечать, что лицом и фигурой больше похож на женщину, тайком одевался в одежду матери, любовался своим отражением в зеркале, испытывая при этом иногда половое возбуждение. Стал похищать женскую одежду с бельевых веревок. С 20 лет стал краситься, пудриться, делать маникюр. Иногда, переодевшись в женскую одежду, разгуливал по городу. Ощущая на себе взгляды окружающих, испытывал удовольствие, однако полового возбуждения никогда при этом не возникало. Понимал противоестественность своего поведения, пытался остановить себя, отказаться от очередной кражи женской одежды и переодевания, однако через несколько дней вновь появлялось непреодолимое желание, и он вновь повторял прежние действия. В возрасте 21 года был привлечен к уголовной ответственности за кражу предметов женской одежды и косметики, причем во время одной из краж хозяйка квартиры застала его одетым в женскую одежду. Находился на принудительном лечении до тех пор, пока не совершил побег из больницы, через месяц вновь был арестован за кражу женского пальто. В период проведения принудительного лечения у него также находили женскую одежду. В последующем, после выписки и совершения подобной же кражи, вновь направлялся на лечение, из больницы опять убежал, совершал новые кражи женской одежды. Проживал с матерью, продолжал тайно переодеваться в женское белье, красил волосы. Любил рассматривать себя в зеркале одетым в женскую одежду, при этом воспринимал себя как "отчужденный женский образ" со своим лицом, испытывал чувство радости "как при покупке новой игрушки". В возрасте 31 года его аномальное поведение несколько изменилось: будучи в состоянии алкогольного опьянения, он похитил детскую коляску с 7-месячным ребенком, при задержании под мужской одеждой на нем были два бюстгалтера, три пары колготок, женские трусы. После задержания заявлял, что в последние годы у него появилось желание образовать семью и иметь детей, сожалел, что не родился женщиной. Якобы обращался в Дом ребенка с просьбой об усыновлении, однако ему было отказано на основании того, что он холост. Вновь находился на принудительном лечении, однако менее чем через год самостоятельно обратился в психиатрическую больницу после того, как был сильно избит жильцами дома во время очередной кражи женской одежды с бельевых веревок. Врачам рассказывал, что у него периодически возникает непреодолимое желание украсть женское белье, рассматривать его, накануне кражи в течение нескольких дней ощущает возбуждение, а во время нее - подъем настроения, "восторг" на несколько минут, после чего успокаивается. Несмотря на проведенное лечение, спустя четыре месяца, будучи одетым в женские куртку, юбку и сапоги, тайно похитил детскую коляску с грудным ребенком.*

Чрезвычайно демонстративным представляется случай, когда серийный убийца женщин снимал с них кожу в виде трусов и надевал на себя.

#### *в) детское-взрослое*

Помимо прямых указаний на нарушение восприятия педофильных объектов, которые наделяются явно не соответствующими им более зрелыми качествами, имеются и примеры поведения, направленного на вхождение в соответствующий образ. Это случаи так называемого *цисвестизма*, примером которого было поведение одного из пациентов, который во время педофильных актов не только проводил эротические действия, но и переодевался в одежду подростков, что составляло неизменный элемент его поведенческого репертуара.

В рамках концепции осознания деперсонализация может расцениваться как минус-феномен ("выпадения"), при котором восприятие объекта страдает, во-первых, на уровне непосредственной перцепции, во-вторых, на уровне категориального обобщения. Первое прослеживается в клинике в виде отсутствия лиц у объектов сексуального влечения уже при патологическом фантазировании, а также в том факте, что позже, после реализации

аномального влечения, многие испытуемые, детально запоминая одежду жертвы, не могут узнать ее в лицо. Второе выражается в виде изложенных выше дихотомий. Из приведенных примеров также видно, что этот феномен затрагивает как объект, так и субъект действия.

### 2.2.2. Фетишизация

Важность анализа стимулов, запускающих сексуальное поведение, наиболее ярко иллюстрируется существованием такого вида парафилий, как фетишизм. Фетишем может быть не только часть одежды, обувь, но и другие признаки. Фетиш - это репрезентация релизера в сознании. Фетиш может вызывать, как отмечал Фрейд, амбивалентное отношение - сексуальное возбуждение и стремление уничтожить. В рамках концепции осознания можно говорить о том, что при фетишизме осознается само действие релизера как безусловного стимула сексуального возбуждения, осознается как невозможность противостоять ему, так и невозможность рационального объяснения этого факта, что и порождает вторичную эмоциональную амбивалентность.

*М., 17 лет: с 6-7 лет испытывал сексуальное возбуждение от созерцания женских туфель, большие возбуждали закрытые или высокие сапоги, лучше не сильно поношенные или даже новые, обязательно с высокими каблуками. Цвет, блеск не имели значения. Сначала доставляло удовольствие портить их, затем, наоборот, найденную старую обувь ремонтировал, потом стал надевать, ходить по комнате, смотреть на себя в зеркало. При этом отмечалось сильное сексуальное возбуждение, причем эякуляция часто наступала даже без прикосновений к половым органам. Оклеил стены комнаты картинками женских ног в туфлях с каблуками. В 14 лет приходили мысли о том, что ему лучше было бы быть женщиной, однако объяснял это тем, что в этом случае не было бы неприятностей (после того, как мать и сестра обнаружили, что он снашивает их туфли, и стали прятать свою обувь, ему пришлось воровать их). Одной пары туфель "хватало" на три-четыре манипуляции, затем они переставали вызывать возбуждение. При ношении туфель фантазии отсутствуют, сосредоточен на ощущениях от них. Отмечает, что прием алкоголя ослабляет влечение к ношению туфель, дольше двух недель воздерживаться от этого не может, влечение становится непреодолимым. Если бы мог покупать туфли, то не воровал бы их.*

Фетишизацию можно расценивать как плюс-феномен (появление в сознании того, что в норме отсутствует). С другой стороны, фетишизация прямо связана со склонностью к образованию сверхценностей.

Нетипичным примером фетишизации является поведение испытуемого К., который в подростковом возрасте стал красть женское белье с веревок или брать у матери, одевал колготки, туфли, лифчики перед зеркалом, иногда это сексуально возбуждало, и он онанировал, иногда появлялось чувство комфорта, успокоения, воображал, как он идет по улице переодетый в женскую одежду, и на него с завистью смотрят женщины.

В приведенном примере необычно чередование использования фетиша (женской одежды) то с целью сексуального возбуждения (фетишистский трансвестизм), то с целью достижения психологического комфорта (трансвестизм двойной роли).

Представляют интерес те объяснения выбора объекта, которые дают сами пациенты. Так, ряд лиц с педофилией говорят, что они сами чувствуют себя детьми, им интересно играть с ними, они понимают их переживания. Другой вариант - когда больной декларирует сознательный отказ от нормативных гетеросексуальных контактов - "я понял, что со взрослыми женщинами у меня никогда не получится". По сути, это не объяснение выбора, а объяснение отказа от нормативного объекта. В некоторых случаях испытуемые сами указывают на сходство жертв со значимыми для них людьми - матерью, первой девушкой, которая нанесла ему психотравму, отвергнув его. Несмотря на внешнюю психологическую понятность такого объяснения ("мечь"), механизм данного феномена

представляется достаточно сложным - это уничтожение не конкретного человека, а совокупности стимулов - реальных и проецируемых, составляющих фетиш.

### ***2.2.3. Аутоэротизм***

Элементы аутоэротизма почти всегда наличествуют при различных видах парафилий, что неоднократно отмечалось в литературе. Особенно ярко он представлен в пубертате при транзиторных трансвестистских проявлениях, мастурбации перед зеркалом. Однако в большинстве случаев черты сходства субъекта и объекта сексуального влечения не осознаются. Иногда эксперт обращает внимание на сходство предпочитаемого объекта с самим пациентом - эта задача облегчается, к примеру, при вышеупомянутых случаях гомосексуального насилия в детстве, когда возраст субъекта и объекта насилия совпадает. В тех же случаях, когда это осознание происходит и стабилизируется, становится возможным феномен нарциссизма.

### ***2.2.4. Диссоциация***

Под диссоциацией здесь понимается возникновение незавершенного гештальта, в том смысле, что осознание различных его составляющих отличается от обычного. Традиционно понимаемая диссоциативность как следствие вытеснения эмоционально значимых переживаний и действия других защитных механизмов представляется в этом аспекте частным случаем.

Описанная выше процессуальность парафильного поведения, заключающаяся в том, что другого предмета и другого продукта, кроме самого действия нет, достигается путем самоотстранения, т.е. отделением себя от самого действия. В отличие от слитности со своими действиями в неигровом поведении игра дает возможность владеть своим действием, быть субъектом по отношению к нему, а следовательно - стать активным, свободным по отношению к действиям. Одним из следствий подобного различия является и отличие в степени осознанности. Если действия, направленные на результат, выступающие в качестве пути к определенной цели, имеют тенденцию к сокращению, редуцированию и, следовательно, к утере их сознательности, автоматизации, то в отношении игровых действий наблюдается обратная картина. Они, напротив, в силу самоустремленности тормозятся, что делает ощутимым их построение, и всегда сознательны и двусмысленны, проблемны. Таким образом, задаются условия для дезавтоматизации отдельных элементов поведения при стереотипизации, т.е. автоматизации его целостной структуры.

По сути, при нарушениях осознания отчуждаться (отстраняться) может прежде всего та сторона психической деятельности, которая редко или никогда раньше не становилась содержанием сознания.

В норме осознаются лучше цель и результат действия, сам же процесс (исполнение программы и контроль за ее протеканием), как правило, осуществляется на бессознательном уровне (Хомская Е.Д., 1987). Осознание программы при отсутствии в сознании мотива порождает ощущение безличности (аспонтанности, произвольности) или отчужденности (насильственности, чувства овладения) переживаний в фантазиях, поведения в реализации. Осознание контроля за протеканием программы приводит к позиции наблюдателя, которая у лиц с парафилиями крайне затруднена уже при фантазировании.

Когда механизм выбора объекта не осознается и не интерпретируется пациентом, немотивированность, необусловленность выбора в сочетании с частичным осознанием программы и возможностью занять позицию наблюдателя переживается пациентом как нечто чуждое, непонятное, навязанное - например, при обсессивно-компульсивном характере аномального сексуального влечения. Полное отсутствие в сознании целей, мотива и программы поведения клинически проявляется как импульсивность.

Часто встречающийся феномен сохранения в памяти фактического поведения при амнезии эмоциональных переживаний и телесных ощущений также может быть связан с различной степенью осознания разных сторон собственной психической деятельности.

В отдельных случаях диссоциация достигает степени расщепления "Я", хотя в практике авторов был лишь один случай, когда можно было ставить вопрос о двойной личности. Иногда в гипнотическом состоянии удается выявить несколько субличностей.

Частным случаем диссоциативных расстройств представляются и нарушения идентификации. При рассмотрении деперсонификации мы видели, что она часто становится механизмом субъект-объектных смещений. Нетрудно заметить, что все три вышеперечисленные ее характеристики содержат манипуляции с собственной субъективностью, суть которой - подмена ее иной, с присвоением чужих, отсутствующих у себя самого качеств. Гомосексуалами, а также лицами с парафилиями иногда описывается идентификация себя с женщиной (в некоторых случаях только в отдельных функциях - ощущениях, эмоциях, мышлении, в других - полностью) в ситуации сексуального контакта или девиантного поведения. Подобные феномены описывались еще Р.Крафт-Эбингом.

Так, один из эксгибиционистов, описывая свои ощущения в момент реализации, сообщил, что думает как бы мыслями воображаемой женщины, хотя при этом телесно себя ею не ощущает, при этом по ракурсу видения себя со стороны понимает, что смотрит на себя ее глазами, "изнутри ее".

Таким образом, обычно бессознательный процесс идентификации может в некоторых случаях осознаваться в зависимости от ситуации.

## **2.3 Психопатологические характеристики**

### **2.3.1. Дистония-синтония**

Под *эго-дистоническим* отношением к своему сексуальному влечению понимается обычно наличие критики к нему, что позволяет пациенту бороться с ним. Очевидно, что для этого необходимо осознание его чуждости личности, наличие внутриспсихического конфликта. В психопатологическом аспекте речь идет о навязчивом, обсессивном характере влечения. Представляется, что наличие у индивида стратегий "совладания" также можно отнести к проявлениям эго-дистонии: на подсознательном уровне личность пытается заместить неудовлетворяющее ее поведение.

Понятие *эго-синтонии* отражает спаянность личности с аномальным влечением, невозможность критического отношения к нему и контроля над ним. Внутриспсихического конфликта при этом нет, действия приобретают характер импульсивных.

В основе формирования эго-синтонической формы парафилий лежат несколько различных механизмов:



1. Эго-синтоническое принятие девиантных побуждений в пубертатном периоде, до осознания их противоречия социальным стандартам. В этих случаях возникает вопрос о степени зрелости психики такой личности.
2. Заведомая неспособность руководствоваться социальными нормами поведения, знание которых остается в лучшем случае "декларативным" и не является "реальным". В этих случаях внутриличностного конфликта может и не быть, однако тогда встает вопрос о характеристике личности, не сумевшей интериоризировать их.
3. Аддиктивный этап динамики парафилий с характерными для него уходом от реальности, изоляцией от общества с постепенным упрощением отношения к самому себе, выработкой определенного аддиктивного ритма, фиксацией на заранее предсказуемой эмоции, которая достигается стереотипным образом, и, что самое главное - с достижением иллюзии контроля своих аддиктивных реализаций, когда поведение функционирует как самообеспечивающаяся система.

### **2.3.2 Компульсивность-импульсивность**

Наиболее ранним источником сегодняшних представлений о клинической дифференциации компульсивных и импульсивных форм аномального сексуального поведения являлась постановка проблемы эксцессивного сексуального поведения как психопатологической. Первоначально использовавшиеся обозначения его как нимфомании, эротомании, синдромов Казановы и Дон Жуана исходили из понимания эксцессивного сексуального поведения как аморальных и антисоциальных актов. Позднее появившиеся термины "гиперэротизм", "гиперлибидо", "гиперсексуальность" были скорее ориентированы на представления о подобном поведении в рамках континуума с поведением нормальным. В 1980-х годах произошел характерный пересмотр старых подходов, ознаменовавшийся введением термина "сексуальная аддикция", устанавливавшего сходство гиперсексуальной активности с химической аддикцией (алкогольной, лекарственной). Согласно A.Goodman (1993), сексуальная аддикция определяется как сексуальное поведение, направленное на получение удовольствия и на устранение внутреннего дискомфорта. P.Carnes (1989) выделил ключевые аспекты поведения сексуального аддикта: *озабоченность*, когда мысли аддикта фокусируются на поведении; *ритуализация*, когда индивидуум следует однотипному методу подготовки к сексуальной активности; *сексуальная компульсивность*, когда сексуальное поведение становится неподвластным контролю индивидуума; *стыд и отчаяние*, возникающие в результате сексуального поведения.

A.Goodman (1992) сформулировал перечень диагностических критериев для сексуальной аддикции, базирующийся на критериях, которые прежде были им предложены для аддиктивных расстройств:

- (а) Периодическая неспособность противостоять импульсам к специфическому сексуальному поведению;
- (б) Нарастание ощущения напряжения, непосредственно предшествующего началу сексуального поведения;
- (в) Удовольствие или облегчение во время осуществления сексуального поведения;
- (г) По меньшей мере пять из следующих:

- (1) частая озабоченность сексуальным поведением или подготовительной к нему активностью;
  - (2) частое осуществление сексуального поведения в более значительной степени или более длительный период, нежели предполагалось;
  - (3) повторяющиеся усилия по уменьшению, контролю или устранению сексуального поведения;
  - (4) много времени тратится на деятельность, связанную с сексуальным поведением, реализацией сексуального поведения, или на то, чтобы оправиться от его эффектов;
  - (5) частое осуществление сексуального поведения, когда ожидается выполнение профессиональных, учебных, семейных или социальных обязанностей;
  - (6) важная социальная, профессиональная или рекреационная активность откладываются или прекращаются из-за сексуального поведения;
  - (7) продолжение сексуального поведения, несмотря на знание об имеющихся постоянных или периодических социальных, финансовых, психологических или физических проблемах, связанных или возникающих вследствие сексуального поведения;
  - (8) толерантность: потребность увеличить интенсивность или частоту сексуального поведения для достижения желаемого эффекта или ограниченный эффект при продолжающемся сексуальном поведении сходной интенсивности;
  - (9) нетерпеливость или раздражительность в случае невозможности реализовать сексуальное поведение.
- (д) Некоторые симптомы расстройства проявляются по меньшей мере один месяц или повторяются периодически в течение более длительного периода времени.

R.J.Barth & B.N.Kinder (1987) полагали, что сексуальный аддикт использует секс для избавления от таких тревожно-провоцирующих ситуаций, как социальный стресс, негативные эмоции, одиночество, скука, напряжение или гнев.

Согласно A.Goodman (1992) и P.Carnes (1989), индивидуум может стать аддиктивным к любому виду сексуального поведения. Например, P.Carnes (1983) выделил три уровня аддиктивного сексуального поведения. *Первый уровень* включает мастурбацию, гетеросексуальность, гомосексуальность и проституцию. Виды поведения этого уровня рассматриваются как нормальные, приемлемые или толерантные, когда осуществляются "умеренно". *Второй уровень* состоит из форм поведения, которые уже считаются противоправными, например, эксгибиционизм и вуайеризм. *Третий уровень* включает инцест, злоупотребление детьми и изнасилование. Эти виды поведения описываются как имеющие серьезные последствия как для сексуального аддикта, так и для жертвы. P.Carnes подчеркивал, что эти уровни представляют нарастание рискованного поведения.

По мнению многих исследователей (Quadland M.C., 1985; McCarthy B.W., 1994), гиперсексуальность, однако, лучше понимаема как компульсия, в связи с чем появился термин "сексуальная компульсивность". M.C.Quadland (1985) выделил следующие характеристики как центральные для этого расстройства: снижение контроля над сексуальным поведением; низкая сексуальная удовлетворенность и, наконец, диссоциация

между любовью, эмоциональной привязанностью и сексуальным поведением. Он утверждал, что гиперсексуальное поведение вызывается высоким уровнем тревоги, от которой эксцессивное сексуальное поведение и избавляет индивидуума. Подобное описание напоминает как раз поведенческие паттерны обсессивно-компульсивных расстройств.

Это положение о тесной связи аномального сексуального поведения с аффективными расстройствами остается наименее оспариваемым. Основным же пунктом расхождения является возможность при подобном поведении получения удовольствия. Именно этот факт послужил основанием для отграничения целого ряда поведенческих вариаций (расстройства приема пищи, парафилии, патологическое воровство, алкогольная зависимость) от "истинных" компульсий, в отличие от которых желание противостоять возникающим побуждениям появляется только вследствие осознания вторичного вреда (DSM-III-R). Между тем подобное категорическое отрицание компульсивной природы парафилий вряд ли обосновано. Сам по себе используемый в данном случае критерий дифференциации довольно сомнителен с клинической точки зрения, поскольку сразу же возникает вопрос о смысловом содержании понятия "удовлетворения". С одной стороны, целый ряд пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством испытывает облегчение в результате исполнения своих ритуалов, с другой - лица с аномальным сексуальным поведением описывают свои переживания в ходе девиантных реализаций как не имеющие ничего общего с нормативной сексуальной разрядкой, а у некоторых они приводят к выраженному эмоциональному дискомфорту. Более серьезным клиническим признаком, сближающим обсессивно-компульсивные расстройства и компульсивную сексуальность, является чуждость возникающих побуждений, их аутохтонный, насильственный характер.

Мы не приводим здесь развернутые клинические описания компульсивного сексуального поведения, которые ранее были представлены достаточно детально (Ткаченко А.А., 1989; Шостакович Б.В., Ткаченко А.А., 1992). Стоит лишь указать, что клиническая реальность убедительно свидетельствует о том, что вышеуказанное разграничение игнорирует психопатологическое разнообразие даже однородных форм парафильного поведения. Причем это не удивительно, поскольку психопатологическая форма выявления независима от содержания клинического феномена. Это замечание справедливо и в отношении возможности импульсивного сексуального поведения.

R.J.Barth & B.N.Kinder (1987) утверждали, что характеристики, связанные с эксцессивным сексуальным поведением, наиболее точно могут быть описаны как атипичные *расстройства контроля импульса*.

При этом они ориентировались на следующие критерии DSM-III-R для расстройств контроля импульса:

- 1) Неспособность противостоять импульсу, влечению или искушению, которые пагубны для индивидуума или других людей. Может быть, а может и не быть сознательное сопротивление импульсу. Акт может быть, однако, может и не быть преднамеренным или спланированным.
- 2) Нарастание ощущения напряжения перед совершением акта.
- 3) Переживание удовольствия, удовлетворения или облегчения во время совершения акта. Действие является эго-синтоническим, т.е. согласующимся с непосредственно

осознаваемыми желаниями индивидуума. Непосредственно после акта может быть, хотя может и отсутствовать неподдельное раскаяние, самобичевание и переживание вины.

Если сравнить используемые критерии всех трех обозначений аномального сексуального поведения, то нетрудно усмотреть существенное сходство в целом ряде признаков. Однако это не должно вести к полному их отождествлению, как это иногда происходит. Как представляется, аддиктивность, или зависимость, - более обобщающее понятие, которое применимо и к компульсивным, и к импульсивным формам парафилий. Последние же, хотя и могут являться этапами динамики патологического влечения, по клинической своей сути представляют различные психопатологические состояния. Не случайно и своеобразие парафильной активности, свойственное каждому из них. Например, в отличие от жестко фиксированного сценария, целиком определяемого внутренней ритуальной программой при компульсивных парафилиях, импульсивное сексуальное поведение нередко модифицируется в соответствии с характером внешнего стимула, варьируя от чисто педофильной до садистической активности.

### ***2.3.3 Искажения сознания***

На возможность изменения сознания при парафильных реализациях указывал еще Р.Крафт-Эбинг. Так, приводя историю больного Верцени, прибегавшего к садистически-гомицидным актам, сопровождавшимся антропофагией, он писал, что тот "при совершении своих преступлений не сознавал, что вокруг него делается". Р.Крафт-Эбинг предполагал, что это, очевидно, было связано с "прекращением апперцепции и инстинктивности действий, обусловленных чрезмерным половым возбуждением".

Особенности реализации девиантного акта, действительно, в некоторых случаях свидетельствуют о состоянии измененного сознания. Так, D.Bourget & J.M.W.Bradford (1995) обследовали 20 пациентов, которые жаловались на амнезию своих противоправных сексуальных действий, что составило 4% от всех наблюдавшихся ими лиц с девиантным сексуальным поведением. Авторами не исключается в этих случаях роль диссоциативных процессов во время совершения девиантных действий. Для обозначения свойственных парафильному поведению искажений сознания, используется, например, термин "парафилические фуги", характеризующиеся внешней целенаправленностью поведения при его автоматичности и произвольности в действительности (Money J., 1992). 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.

Полиморфизм клинической картины таких состояний делает затруднительной их квалификацию в существующих психопатологических терминах, однако с целью достижения первичной упорядоченности феноменов нами использовались критерии помрачения сознания К.Ясперса, в соответствии с которыми они были систематизированы следующим образом.

#### ***I. Нарушения восприятия.***

**А. Д е р е а л и з а ц и я**, которая проявлялась в изменении чувства реальности, ощущении чуждости окружающего, а также необычности и странности внешнего мира. Появлялось субъективное впечатление неуловимого своеобразного изменения в окружающем: "все изменилось, стало неясным, размытым, как в тумане". В то же время испытуемые сознавали, 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 истинного изменения окружающего.

Однозначное отнесение описываемого феномена к расстройствам восприятия представляется сомнительным хотя бы ввиду того, 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 дереализации представляется описание изменений словами неопределенного значения при явных затруднениях в подборе самих слов.

#### Б. Состояния *d e j a v u* и *j a m a i s v u*.

И в этом случае отнесение феноменов к кругу обманов восприятия спорно, так как речь идет не о нарушении восприятия как такового, а о нарушении соотнесенности воспринимаемого с различными отрезками времени - прошлым и будущим с дезактуализацией текущего настоящего.

В. А л л е с т е з и и - расстройства узнавания. Для описываемых феноменов было характерно искажение узнавания, когда реальные объекты частично (форма тела, детали одежды) принимались за "объекты" из фантазирования, перцепторных предвосхищений или "вещих снов". 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, плащу.

Данный феномен нельзя однозначно квалифицировать как ложное узнавание хотя бы потому, что нам недоступно содержание идеаторной активности, кроме как из его описания больными. Можно предположить наличие по меньшей мере двух механизмов образования этого симптома: во-первых, действительное соответствие указываемых параметров, что согласуется с концепцией релизеров, запускающих поведение и определяющих выбор жертвы. Если в обычных условиях 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 механизм проекции, то есть случаи, 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.

Г. Количественное изменение в виде у с и л е н и я, у м е н ь ш е н и я или полного и с ч е з н о в е н и я в о с п р и я т и я стимулов разных модальностей: зрения, слуха (гипер- и гипоакузия), 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-, 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 ощущения неприятных, отвратительных запахов, вне данного состояния сохранявших негативно-эмоциональное значение (так, в одном из наблюдений испытуемый заставлял потерпевших испражняться, размазывал

собственными руками каловые массы по телу жертв, в другом - ел испражнения, пил кровь, вопреки обычно свойственной ему брезгливости); нарушение болевой чувствительности, вплоть до полной анестезии.

Изменение восприятия по модальностям отражалось на поведении испытуемых. Избирательная концентрация на стимулах определенной модальности выражалась в напряженном сосредоточении на виде агонии, конвульсиях, издаваемых жертвой хрипах, клочкотании в горле крови. Ответная реакция появлялась только на сильные раздражители (крик, собственная боль). Испытуемые на длительное время (1-2 часа) оставались рядом с трупом, меняли положение тела, разглядывали его, производили с ним различные манипуляции. Некоторые из них отмечали, что при прикосновении к жертвам (тело, колготки и т.д.) впечатление нереальности, как правило, исчезает. Часто в это время испытуемые также затруднялись в определении - жива жертва или мертва, и в ряде случаев только прикосновение к трупу давало понимание факта смерти.

## *II. Нарушения ориентировки.*

А. В п р о с т р а н с т в е, имевшие различную степень дезориентировки - от полной до частичной. Способность ориентироваться в пространстве была связана с глубиной расстройства сознания, иногда распространялась на всю обстановку, иногда колебалась в процессе реализации парафильного акта. Так, один из испытуемых, совершив серию агрессивных действий с потерпевшей, внезапно спросил у нее: "Где я? Кто ты, что здесь делаешь?" При этом внешний вид у него был растерянный, недоуменный, непонимающий. Другой испытуемый, опять же после серии агрессивных актов, вышел из квартиры полностью обнаженным, растерянным, оглушенным, не мог ответить ни на один вопрос относительно его местонахождения. Отмечалось сужение субъективного пространства с фиксированностью на дороге, тропе или жертве. При анализе материалов уголовных дел, показаний испытуемых было видно, что у них менялся способ ориентировки, который уподоблялся женскому, т.е. ориентированному не на расстояние, направление сторон света, а на материальные объекты. Нельзя категорично утверждать, что этот феномен появляется только в состоянии расстроенного сознания, поскольку не исключено, что это свойственно им изначально в силу иной организации мозговой деятельности.

### *Б. В о в р е м е н и:*

а) изменение скорости течения времени, когда возникало субъективное ощущение ускорения, замедления 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. Примечательным являлся тот факт, что подобные нарушения скорости течения времени встречались и вне клинически очерченных нарушений сознания. Для них были характерны высказывания типа: "дни мелькают как в календаре", или, напротив: "день течет, как один год". Описано возникновение подобных ощущений в период гипнотического сеанса, при интенсивных эмоциональных переживаниях (Меграбян А.А., 1977). При более глубоких помрачениях сознания дезориентировка во времени носила иной характер, в воспоминаниях сохранялось ощущение "внезапности", "выключения", мгновенности случившегося. Так, многие испытуемые, сообщая о своих ощущениях времени, употребляли довольно однотипные фразы: "я выключился", "провалился", "сколько прошло времени - не знаю", ждали показаний потерпевших;

б) изменение соотнесенности переживаний с временными периодами.

Распадались временные связи, нарушалась непрерывность психического потока и единство переживаний, смена впечатлений приобретала скачкообразный характер. Прошрое, настоящее и будущее переставали плавно переходить одно в другое. Клинически это выражалось в появлении феноменов перцепторного предвосхищения и перцепторных воспоминаний. Согласно взглядам И.С.Сумбаева (1948), в норме перцепторное воспоминание или предвосхищение либо не замечается совсем, либо 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, действиям с ними 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. Один из испытуемых возвращался туда и часами как бы "просматривал" свои воспоминания о происшедшем, и только неоднократные подобные переживания возвращали ему чувство реальности по отношению к преступлению, т.е. он убеждался в том, что действительно он это сделал, что "правильно" выбрал жертву и что "нужно" было это сделать. Перцепторные воспоминания в некоторых случаях приносили большую разрядку, чем сами агрессивные действия. Разница между воспоминанием и предвосхищением только в знаке времени, который они на себе несут, т.е. относятся испытуемым к прошлому или будущему. Так, в наших наблюдениях 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 нею (ним) действия. Причем достоверно было невозможно точно сказать, когда возникало ощущение предвидения или предвосхищения - до реальных событий или после. Некоторые испытуемые утверждали, что "все события, имевшие место в предвосхищениях, как бы повторяются" (копируется внешний вид жертвы, действия и т.п.), и что все это "было predetermined". Аналогом перцепторных предвосхищений можно считать и "вещие" сны, о которых сообщали испытуемые.

**В. В с о б с т в е н н о й л и ч н о с т и** - от состояния отчуждения (соматического, психического) до полной утраты представлений о себе. Данные психопатологические феномены можно рассматривать как деперсонализационные.

В одних случаях они 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 парafilльного акта.

Соматопсихическая деперсонализация выражалась в ощущениях "неловкости" в теле, "мышечного оцепенения", "скованности" или "легкости", увеличения или уменьшения скорости собственных движений. В последующем появлялась аутопсихическая деперсонализация в виде "раздвоения Я", распространявшаяся на речевые и двигательные акты. Прежнее "Я" лишалось своих чувств, свободных действий, произвольных воспоминаний. Действия приобретали насильственный характер, отмечались отстраненность, сосредоточенность на процессе активности. Некоторые испытуемые отмечали 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 четкие, 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 третьего лица, манера изложения; восприятие случившегося как абсолютно чуждого его личности; чувство, что это был "тяжелый сон", "фильм ужасов").

III. *Анализ мышления* испытуемых проводился по показаниям потерпевших, указывавших на "странные высказывания", "напряженную молчаливость". Чаще всего испытуемые действовали безмолвно, некоторые из потерпевших даже не могли понять, чего от них хотят - ограбить, изнасиловать или убить, на вопросы потерпевших или свидетелей 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 необычайный гул, шум, который мешал сосредоточиться, "ни о чем не думалось", "тело работало отдельно от мыслей". В других случаях они поясняли, что в голове не было никаких мыслей, например, относительно убийства, было только желание прикоснуться, после чего возникало "непонятное оцепенение".

Таким образом, с учетом вербального и невербального поведения, самоотчетов испытуемых можно предположить, что у индивидуумов наблюдались расстройства ассоциативной сферы, причем в одних случаях мышление было замедлено, заторможено, в других - бессвязно. Основным феноменом, указывающим на глубину расстройства сознания, были автоматизированные действия. Можно выделить речевые и моторные автоматизмы. При первых вербальное общение с жертвой обеднялось, сокращалось до отрывочных приказов, команд, употреблялись только глаголы. Отмечалось изменение модуляции голоса в виде монотонности фраз. В других случаях наблюдались стереотипность высказываний, их непроизвольное повторение (персеверации).

Моторные автоматизмы выявлялись в двух формах: 1) стереотипные поведенческие паттерны, которые характеризовались деструктивными действиями, направленными на себя или на жертву, отличались нарастанием клишированности с каждым последующим актом, приобретением все большей целенаправленности и отточенности, автоматизированности движений; 2) фрагментация поведения, при которой хаотическое психомоторное возбуждение чередовалось с внешне упорядоченным поведением. Испытуемые производили впечатление выпивших, бросалась в глаза их растерянность, наблюдалась диспраксия.

IV. *Расстройства памяти*, возникающие при состояниях измененного сознания, можно разделить на три типа:

а) гипермнезия в виде восстановления в памяти мелких эмоционально значимых деталей, особенно воспоминаний облика жертвы, подробностей ее одежды, поведения;

б) "диссоциативная" амнезия, при которой представление о ранее пережитом с живым чувством воспоминания наблюдалось наряду с невозможностью припоминания своих действий или переживаний в данной ситуации или, в другом случае, чередование возможности и невозможности вспомнить их после совершения преступления, что подтверждалось материалами уголовных дел, в которых показания испытуемых носили "мерцающий" характер, т.е. наблюдался феномен, аналогичный "периодическим" амнезиям, по П.Л.Юделевичу (1941). Согласно МКБ-10, основным признаком диссоциативной амнезии является потеря памяти на недавние эмоционально значимые события, общим признаком является невозможность вспомнить события в состоянии бодрствования, т.е. речь идет о памяти, связанной с разными состояниями сознания;



в) собственно 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, "провалов" памяти (парциальная амнезия). Для последнего расстройства памяти были характерны более отчетливые показания при первых допросах. Невербальное поведение при этих видах амнезий характеризовалось растерянностью, недоуменностью.

По длительности отмечалась амнезия двух видов - селективная и локализованная.

Кроме критериев К.Ясперса необходимо остановиться и на эмоциональных расстройствах, отмечавшихся до и в период расстроенного сознания, которые также отличались своеобразием. Они с трудом поддаются описанию, что, возможно, обусловлено силой аффективного переживания, а может быть связано с изначально присущей испытуемым неспособностью описать свои чувства, переживания, т.е. с алекситимией. Основными и наиболее общими особенностями эмоций были:

- 1) преобладание смешанных (сплав отрицательных с положительными) переживаний до и в период реализации парафильного акта, которое сменяется однозначным эмоциональным состоянием (астенодепрессивным или эйфорическим) после реализации
- 2) несовпадение между субъективными переживаниями на фоне отрицательных эмоций и вегетативной основой (семяизвержение - отсутствие разрядки, тревога, страх; эрекция - тревога, отсутствие сексуального возбуждения), что свидетельствует о наличии специфической формы организации нервных процессов для каждого из компонентов самых различных по характеру и сложности эмоций.
- 3) высокий удельный вес витальных, протопатических 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 поведению (выражению лица, движениям, интонации голоса), о чем свидетельствуют утверждения испытуемых о том, что жертва улыбалась, или "сама хотела полового акта".

По клинической картине можно выделить следующие формы:

- а) приступы сильнейшей раздражительности, доходящей до ярости, с чувством тоски, злобы. Подобные состояния возникали аутохтонно, предвеля парафильный акт, или сопровождая его, в некоторых же случаях длились и после случившегося;
- б) 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 (изменения телесных и висцеральных ощущений, возбуждение, выраженный тремор, субъективные ощущения "тряски" с усилением потоотделения, тахикардией, жаждой, одышкой, чувством страха, голода, последующим сном), 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 кожных покровов; тяжелое дыхание, обильная слюна, дрожь рук, всего тела и т.д.), также видна заинтересованность вегетативной сферы.

Таким образом, с учетом разнообразной клинической картины, преобладания одних психопатологических феноменов над другими или параллельного их течения можно говорить о нескольких видах расстроенного сознания в период реализации парафильного акта. Всего выделено 5 типов таких состояний измененного сознания:

а) Нарушения сознания, которые по клиническим характеристикам можно отнести к *"особыми состояниям сознания"*, по М.О.Гуревичу (1936). К ним автор относит расстройства "без генерализованных тотальных нарушений сознания, не сопровождающиеся амнезией и проявляющиеся в эндогенных изменениях со стороны восприятия (дизинтеграция психосенсорного синтеза), а также мышления и аффективности". Лакунарность расстройств при особых состояниях выражается не только в отсутствии амнезии, но и в том, что по окончании приступа испытуемые критически относятся к пережитому.

Критериями данного типа расстройств являются: дереализация; частичная дезориентировка в пространстве (пространственная "ограниченность") и времени (нарушение скорости течения); нарушения мышления (заторможенность, замедление); аффективные нарушения (тоскливая депрессия). Для этих состояний характерно отсутствие речевых, двигательных автоматизмов, амнезии. В физическом и психическом статусе испытуемого после состояния измененного сознания отмечается улучшение самочувствия. Длительность расстройств достигает 2-3 часов.

б) *Диссоциативные расстройства сознания в виде трансов*. Клиническая характеристика этого типа расстройств дана в МКБ-10. Критериями данного типа расстройств являются: изменения восприятия в виде нарушений узнавания, аллестезий; дезориентировка в пространстве и времени; перцепторные предвосхищения, воспоминания; дезориентировка в собственной личности (деперсонализация) - соматопсихическая и аутопсихическая (раздвоение "Я", "чуждость собственных действий, воспоминаний, воли, мыслей, утрата произвольности, ощущения управления некоей силой, состояние зрителя); нарушения мышления (слабость суждений, невозможность суждений); речевые автоматизмы (изменение модуляции, монотонность, металлический оттенок голоса, заученный характер высказываний, стереотипный набор повторяющихся фраз и т.д.); двигательные автоматизмы (стереотипные целенаправленные, отточенные агрессивные действия); расстройства памяти (гипермнезии, диссоциативная амнезия). Психическое и физическое состояние после транса характеризуется улучшением самочувствия. Длительность расстройств достигает 4-5 часов.

в) Состояния расстроенного сознания *с преобладанием диэнцефальной симптоматики*. Клиническая картина данного типа расстройств характеризуется сочетанием психопатологических феноменов в виде психосенсорных, аффективных нарушений с диэнцефальными пароксизмами.

Критериями диагностики подобных состояний являются: изменения восприятия (аллестезии); соматопсихическая и аутопсихическая деперсонализация (утрата произвольности); речевые и двигательные автоматизмы; аффективные расстройства; диэнцефальные расстройства (симптоадреналовые, парасимпатические, смешанные пароксизмы); расстройства памяти (собственно амнезия, селективная). Психическое и

физическое состояние в дальнейшем характеризуется слабостью, резкой усталостью, нередко наступает сон. Длительность состояния достигает от нескольких минут до 1 часа.

г) Состояния нарушенного сознания в виде *сумеречных расстройств*.

Согласно МКБ-10, они внесены в рубрику диссоциативных расстройств. Возникают остро под влиянием алкоголя, психотравмы или других отрицательных воздействий. Критериями данной квалификации являются: выраженные нарушения восприятия; полная дезориентировка в пространстве и во времени (состояние "выключенности"); полная дезориентировка в собственной личности; нарушения мышления (бессвязность); речевые автоматизмы или отсутствие речи; двигательные автоматизмы (стереотипные агрессивные целенаправленные и отточенные действия или хаотическое моторное возбуждение); аффективные расстройства витального характера; расстройства памяти (собственно амнезия - локализованная, антероградная, ретроградная). Психическое и физическое состояние в дальнейшем характеризуется слабостью, часто заканчивается сном. Длительность состояния - от 30 мин. до 1,5-2 часов.

д) *Аффективно суженные расстройства сознания* характеризовались пароксизмальными аффективными и вегетососудистыми нарушениями в сочетании с другими психопатологическими феноменами, реже - с расстройствами восприятия (притупление, обострение) на фоне общей сохранности личности. Анализ структуры этих пароксизмов и субъективных переживаний испытуемых затруднен возникающей при этом состоянии амнезией, носящей селективный, реже локализованный характер. Электроэнцефалографические исследования указывают на пароксизмальную активность в височных долях, преимущественно слева. Клиническая картина сходна с проявлениями височной эпилепсии. Критериями данного типа являются: частичная дезориентировка в пространстве и во времени или состояние "выключенности"; соматопсихическая и аутопсихическая деперсонализация (утрата произвольности); нарушения мышления (слабость суждений, вплоть до остановки ассоциативных процессов); речевые автоматизмы - двигательные автоматизмы - аффективные нарушения витального характера (дисфория, тревога, тоска, ужас, страх); расстройства памяти (селективная амнезия, локализованная амнезия). Психическое и физическое состояние характеризуется в дальнейшем слабостью, нередко заканчивается сном. Длительность состояния - от 20-30 минут до 1 часа .

## **2.4. Варианты динамики.**

Оценка вариантов течения парафилий, по нашему мнению, должна опираться на сопоставление изменений клинической картины с направлением нормального онтогенеза и учетом последовательности его этапов.

### **2.4.1. Стационарный.**

При данном типе динамики аномальное сексуальное поведение отличается высокой степенью стереотипности, многократно повторяется один рисунок поведения с одинаковыми субъективными переживаниями.

### **2.4.2. Прогрессивный.**

О данном типе течения можно говорить, когда при смене синдромов или видоизменении уже имеющихся в клинической картине болезни появляются формы поведения или переживаний, присущие определенным периодам нормативного онтогенеза и "выпавшие"

в ходе развития именно данного индивида. У серийного сексуального преступника Г. после ряда садистических убийств мальчиков в переживаниях стали появляться эротические элементы, возникли потребность в ласках, тенденция к избирательности поведения (правда, выразившаяся в чудовищно-гротескной форме: наиболее понравившегося мальчика он мучил дольше других). В другом случае стереотип поведения серийного насильника П. стали прерывать слезы жертв, появилось чувство жалости к ним. Может также наблюдаться смена дистантных способов патологической коммуникации (экспозиционизм) на контактные. Другой критерий этого типа течения - смена объекта влечения с приближением к нормативному (гомосексуальный на гетеро-, педо - на эфебофильный).

#### ***2.4.3. Регрессивный.***

В этом случае в качестве первого критерия выступает смена синдромов на более онтогенетически ранние или архаические: изнасилования, гомосексуальные анальные половые акты или фелляция сменяются агрессивно-садистическим поведением, некрофилия - стремлением к издевательствам над трупами (некросадизм) или каннибализмом. Второй критерий - также смена объекта влечения с удалением от нормативного. Третий - утрата обратной связи (реакция жертвы перестает иметь значение и регулировать поведение), что свидетельствует о распаде коммуникации.

Представленные феномены, конечно же, не исчерпывают всей клинической картины, наблюдаемой у лиц с парфилиями. Все описанные признаки, находясь друг с другом в неразрывной связи (рис. 2.1), описывают всего лишь поведенческие и психопатологические проявления собственно парафильного акта, который, однако, оказывается сложным и многокомпонентным клиническим образованием как по содержанию, так и по форме проявления. За рамками данного описания остались, например, морбидные влияния, требующие направленного исследования и упоминавшиеся здесь в некоторых случаях, когда необходимо было указать на своеобразие выявления сходных клинических признаков при той или иной нозографической единице. Подобное дистанцирование от нозологически ориентированного подхода в значительной степени было намеренным, поскольку основная задача заключалась в выделении тех клинических закономерностей, которые являются общими для различных видов парафильного поведения. Однако общими оказываются не только психопатологические феномены уже сформированного аномального поведения, но и целый ряд проявлений целостной клинической картины, которая обычно увязывается с дизонтогенетическими механизмами синдрообразования и может рассматриваться как предрасположительно-патологическая к собственно патологическому поведению.

### **2.5. Предиспонирующие психопатологические состояния.**

#### ***2.5.1. Парааутистические состояния.***

Доводя до логического завершения свои рассуждения о предрасполагающих к некрофилии особенностях личностного склада, Э.Фромм указывает на подобие этих черт картине детского аутизма. Основываясь на описаниях этого расстройства Каннером и Малером, он особо выделяет характерные для таких детей неумение различать живую и неживую материю, неспособность к человеческим отношениям и общению, использование речи в манипулятивной функции, преобладающий интерес к неодушевленным предметам - т.е. признаки, практически идентичные таковым при некрофилии.

Действительно, оказывается, что клинические характеристики, свойственные аутистическим формированиям, встречаются у лиц с парафилиями наиболее часто. К возрасту 3-4 лет обычно становятся очевидными неравномерность психомоторного развития и задержки речи, недостаточная эмоциональность, склонность к ритуальному поведению и стремление к сохранению и поддержанию неизменности окружения. Однако основными являются трудности общения. Во многих случаях все эти клинические признаки складываются в типичный комплекс детского аутизма, не имеющего, однако, психотической трансформации. Требуемые стереотипы поведения усваиваются механически при малой интернализации коммуникативных установок. Даже кажущаяся легкость общения на поверку оказывается лишенной истинного взаимодействия и понимания в контактах.

Среди личностных особенностей проявляются медлительность, осторожность, приверженность устоявшимся традициям, вплоть до крайнего консерватизма, склонность придерживаться жизненных стереотипов с трудностями принятия нового. Это гармонично сочетается со свойственными трудностями межличностных контактов при высокой значимости оценок окружающих, с выраженной неуверенностью, нерешительностью и тревожностью.

Характерны невропатические проявления, причем ригидные страхи часто сочетаются с полным отсутствием чувства опасности в других сферах поведения, которое нередко становится рискованным. В детском возрасте наиболее частыми являются невротические эпизоды снохождения, сноговорения, ночных страхов, энуреза, заикания. Их истинная природа на данном этапе развития с трудом поддается дифференциальной диагностике. Представляя в этот период некий спектр однородных феноменов, они лишь впоследствии приобретают более отчетливую форму истинно невротических, истероподобных или пароксизмальных проявлений, оставаясь сходными по своему содержанию. В ряде случаев отмечается трансформация первоначально, казалось бы, очевидно истерических припадков со спазмами в горле, трудностями речи, характерными фугами с их психогенным возникновением - в судорожные приступы, обычно ночные, со специфической аффективной дисфорической и деперсонализационно-дереализационной аурой. Общими же остаются стержневые для этих проявлений повышенная тревожность, легкость возникновения реакций страха и испуга.

При отсутствии полной картины детского аутизма наблюдаются реакции и личностные развития в сторону ограничения и свертывания общения. Чаще всего это мальчики с невротическими расстройствами и шизоидным радикалом. Еще одним из условий, предопределяющим трудности общения, являются соматические нарушения и любые дефекты, определяющие проблемный характер общения, ценностную переориентацию, переформирование телесного и психического "Я". В этих случаях речь идет о псевдоаутистических формированиях в силу сохранности предпосылок способности к общению.

#### ***2.4.2. Патологическое фантазирование.***

Первоначально фантазирование отличается конкретностью, образностью, целенаправленностью, реальностью, произвольностью, представления возникают на фоне ясного сознания и большей частью свидетельствует о некотором усилении детской мечтательности. Такие дети мечтают о поездке с родителями на море, путешествиях и т.д. Помимо этих достаточно невинных представлений параллельно входят в роль гипер- и псевдокомпенсаторные механизмы фантазирования с уходом в мир грез от реальности с неотделимыми от нее коммуникативными трудностями, недооценкой или даже

насмешками и оскорблениями, мнимыми или действительными. Обычно в препубертатном возрасте происходит коренная трансформация фантазирования, заключающаяся в том, что его произвольный характер уступает место непроизвольности и даже неодолимости привычных представлений. Фантазирование, имея свой непатологический аналог в нормальной психике подростка, постепенно приобретает патологический характер: вымыслы становятся более значимыми, чем события реальной действительности, переходят на сверхценный уровень с постепенным формированием готовности и стремления к реализации фантастических построений. Под влиянием опосредованных психогенных факторов, формирующихся отдельных дисморфофобических переживаний обнаруживается тенденция к усилению и нарастанию черт аутохтонности с включением агрессивно-садистических элементов.

Возникающие представления сопровождаются иллюзорным восприятием действительности, дисфорическим оттенком настроения, их продолжительность достигает нескольких часов. В этот период формируется "зрительный образ" будущей жертвы-объекта, согласно намечающейся сексуальной ориентации с представлением себя в роли "фашиста", палача, сцен пыток над одноклассниками и т.д. В период фантазирования наблюдается изменение аффективного фона - от злобно-напряженного до состояния "внутреннего успокоения". Последний феномен означает, что фантазирование взяло на себя своеобразную роль эмоциональной регуляции.

В пубертатном возрасте, а иногда и значительно позже в силу ретардированного становления сексуальности, уже сформировавшееся агрессивно-садистическое фантазирование начинает включать элементы платонического и эротического либидо. Именно в этот момент стереотипность и непроизвольность фантазирования с соответствующим содержанием создают клинически необходимый набор для диагностики парафилий, поскольку наличие подобной, даже исключительно идеаторной, активности подразумевает захват сферы влечений. С этого момента фантазирование теряет защитную функцию, приобретая, напротив, побудительную силу. Свидетельствуя о незрелости психики, синдром фантазирования одновременно сам становится препятствием на пути гармоничного развития психосексуальной ориентации, блокируя на всех его ступенях переход фазы формирования установки в реализацию полового влечения.

К указанным особенностям присоединяются выраженные дистимические и дисфорические расстройства, характеризующиеся болями за грудиной, ощущением физического давления в области легких, раздражением, "радостным посасыванием". Таким образом, при анализе аффективных расстройств четко выявляются витальный и соматопсихический компоненты, контрастные эмоциональные переживания.

В пубертатном возрасте с учащением эпизодов фантазирования усиливаются и дисморфофобические переживания, на фоне которых формируются отдельные сензитивные идеи отношения, носящие отрывочный, неразвернутый характер, а также сверхценные образования, определяющие однонаправленный, стереотипный характер активности. На сверхценном этапе патологическое фантазирование сближается по структуре с другими феноменами аутистического мышления. Этому способствуют нарастающая оторванность от реальной обстановки, пассивная отдача себя во власть возникающих представлений с фиксацией на самом процессе фантазирования, который представляет самостоятельную ценность как вид деятельности и доставляет основное удовольствие. В этом коренное отличие феномена от обычного эротического фантазирования, имеющего инструментальное, вспомогательное значение при достижении оргастического переживания. Интеллектуальная деятельность при этом приобретает не только монотематический, но и стереотипизированный, клишированный

характер с постоянным возвратом к уже привычным, однообразным образам и представлениям, к тем сюжетным коллизиям, на которых было прервано фантазирование. Фантазии занимают большую часть жизни индивидуумов, они не могут сосредоточиться, заниматься обычными делами, не находят себе места. Реальная жизнь становится лишь неизбежной паузой между любимыми занятиями, которые вызывают изменение эмоционального состояния с повышением настроения и достижением известной психической разрядки.

Содержание фантазий уже в начальном периоде может свидетельствовать о формировании патологических влечений, чаще всего агрессивно-садистического характера, поскольку сразу может включать представление соответствующих сцен и сюжетов, в более или менее явном виде отражая наличие деструктивных тенденций. Не менее показательны увлечения и интересы, которые в скрытой и смещенной форме отражают те же установки. Ограничиваясь преимущественно игровыми видами деятельности, так или иначе связанными с содержанием фантазий, они включают образы власти, доминирования либо, напротив, подчинения и послушания, которые поначалу не содержат эротических компонентов.

Содержание представлений приобретает еще большую агрессивность, исчезает связь с психотравмирующей ситуацией, возникает потребность в их реализации. Однако в конце подросткового периода, на фоне формирования сверхценных, однонаправленных увлечений, тенденция к фантазированию может редуцироваться, замещаться выбранной личностной стратегией поведения с частичным воплощением фантазий, в том числе в социально приемлемых формах. Болезненные переживания становятся все более скудными и даже теряют актуальность. Однако в дальнейшем даже незначительные психогенно-травмирующие обстоятельства, несмотря на некоторое улучшение психического состояния (исчезновение дисморфофобических переживаний, сензитивных идей отношения), могут актуализировать фантазии с агрессивно-садистической структурой. Они характеризуются малой выраженностью эротического и сексуального компонентов, глубиной садистических переживаний. Именно в этих условиях происходит реализация фантазий - запоздалый переход в фазу научения и закрепления установки, к этому времени обычно непоправимо деформированной. О теснейшей и неразрывной связи формирующегося поведенческого стереотипа с патологическим фантазированием свидетельствует сам характер девиантных актов, которые не только полностью соответствуют бывшему ранее в воображении сценарию, но и сами часто представляют собой целое театрализованное действо с концентрацией на процессе игровой деятельности, деперсонификацией объекта и собственной отстраненностью от происходящего.

В процессе становящейся стереотипной девиантной активности непроизвольность парафильных представлений и побуждений сменяется их желанностью, приемлемостью, а парафилии приобретают эго-синтонический характер. Представления при непроизвольном фантазировании "обрабатываются" с каждым днем, подвергаются творческому развитию. Соответственно имеющимся личностным особенностям, эти представления насыщаются прагматизмом, расчетливостью, схематизмом, рациональностью. Между личностью и имеющимися представлениями исчезают конфликт, "борьба", дисгармония. Одновременно с этим в каждом случае для фантазий требуются "интенсивность" ощущений, "эксперимент", "психологический подъем", достигается уже лишь при реализации представлений. После реализации, несмотря на "полученные положительные эмоции", состояние "покоя" бывает все более непродолжительным, желание "вспомнить" полученные ощущения, представить все в зрительных образах возникает с прежней силой, что усиливается аффективным компонентом, "ностальгическими", по выражению одного

из испытуемых, проявлениями. В сознании постоянно формируются "новые сцены пыток", причем, если в первых случаях фантазирования удовлетворение наступает от физических страданий потерпевших, то в дальнейшем формируется потребность "подавлять их морально" (своей властью разрушать детскую дружбу, способствовать предательству и т.д.). При этом ощущение собственной власти выражается в "возвышенных чувствах", "электрическом разряде" и других трудно вербализуемых переживаниях. Каждый ежедневный поиск новой жертвы сопровождается "анализом" полученных ощущений, тогда как прежние интересы дезактуализируются. Сам процесс фантазирования постепенно становится все менее достаточным, для его эффективности требуются некоторые специфические стимулы, обычно в виде символических фетишей, воплощающих образы бывших жертв.

### **2.5.3. Сверхценные образования.**

Одно из наиболее ранних выявляемых феноменов - склонность к различным по стойкости сверхценным увлечениям, отражающая особенности психического склада этих лиц с характерной для них ригидностью психофизиологических процессов. Впоследствии та же ригидность обуславливает как личностные характеристики этих лиц, так и некоторые психопатологические феномены.

Среди психопатологических образований обнаруживаются различные виды сверхценных образований и увлечений, в том числе коллекционирование. Зачастую испытуемыми педантично систематизируются совершенно ненужные и бесполезные вещи, различных хлам, т.е. процесс собирания имеет самоценный характер. Один из испытуемых подобным образом хранил грязное старое белье, банные веники и шапки из парилки, которые он приносил из бани, где работал. Нередко эта деятельность представляет собой как бы "застывшие" интересы аутичного детства и часто свидетельствует о потере всякой безразличности.

Потеря чувства безразличности, отражающая особую измененную эмоциональность с дезинтеграцией аффективных проявлений, вообще свойственна лицам с парафилиями. В ряде случаев именно те предметы и вещи, которые в обычных условиях связаны с ощущением безразличности, приобретают значение сексуального стимула. Данное отличие от общепринятых эмоциональных реакций может сказываться и в обыденной жизни и проявляться в пренебрежении к своей одежде, к чистоте. Однако может наблюдаться и обратная картина, когда при эротической манипуляции именно подобными предметами в обиходе особенно подчеркивается стремление к аккуратности, требование которой было педантично, а их несоблюдение сопровождается реакциями раздражения.

Одним из часто встречающихся феноменов в детском и подростковом возрасте лиц с парафилиями является их повышенная тяга к контактам с животными. Наиболее известными в этом плане являются описания жестокого обращения с животными. Так, "ненависть и насилие по отношению к кошкам" причислялись к тем условиям, которые оказываются предикторами сексуального насилия или сексуального убийства (Revitch E. & Schlesinger L.B., 1988). Специально рекомендуется при обследовании лиц, совершивших изнасилования, расспрашивать их о подростковом делинквентном поведении, поскольку садистические насильники часто в этом возрасте обнаруживают "такое не явно сексуальное" поведение, как жестокость к животным и частое участие в драках (Groth A.N., 1979).

Однако подобное поведение может являться частью более общего феномена, заключающегося в явном предпочтении контактов с животными, не всегда окрашенных в



агрессивно-деструктивные тона. Зачастую эти интересы приближаются к сверхценным, аффективно окрашиваются, реализовываются не только без поддержки, но и вопреки желаниям родителей. Характерно, что внимания и эмоций, обращенных на животных, никогда не удостоиваются близкие и другие окружающие, в отношении которых эти дети остаются холодны, безразличны, а иногда и агрессивны. Эти интересы могут постепенно окрашиваться и в откровенно сексуальные тона, как, например, у одного из испытуемых, имевшего 15 аквариумов, возле которых он мог просиживать часами, испытывая половое возбуждение во время нереста. По крайней мере, в этом интересе проявляется концентрация на биологических аспектах существования животных.

Не всегда оценка этих увлечений окружающими однозначна, поскольку любовь к животным, граничащая с зоофилией, может перерасти в откровенно садистические действия. В подобном изменении отношения, по-видимому, отражается динамика увлечения, направленного на замещающий человеческий объект. В одном случае использование животного (кошки) носило даже сознательное замещение сформированного человеческого объекта, в отношении которого, однако, в тот период реализация садистических влечений была невозможна. Выбор животного для реализации эмоциональных, в том числе эротических, потребностей можно объяснить и желанностью данного объекта в силу отсутствия у него субъективности.

Садистические действия с животными способствуют ускорению динамики влечения, приводя к реализации садистических фантазий в отношении человеческого объекта, который нередко отождествлялся с животным. Так, у одного из испытуемых первые же в жизни действия в отношении женщины, направленные на продление ее мучений и включавшие тягчайшие повреждения с отрезанием ушей, выбиванием глаз и т.д., почти полностью повторяли его прежние многочисленные манипуляции с кошками, казнь которых всегда доставляла ему удовольствие и улучшала настроение. Во многом действия с животными объясняются аутистическим характером соответствующего садистического фантазирования, для "подпитки" которого используются переживания, испытываемые во время их истязания. Точно также, как затем легко осуществляется переход к человеческому объекту, это фантазирование одновременно насыщается нарциссическими элементами с мазохистской направленностью. Причем представляемые мучения подчас полностью идентичны тем, которым испытуемые подвергают животных.

Именно в этих фантазиях могут осуществляться истинные побуждения, тогда как в отношении другого человеческого объекта предпринимаются лишь условные, заместительные садистические действия. Иногда переход от животных к человеку опосредуется этапом замещающего фетишистского объекта, по отношению к которому, однако, предпринимаются те же самые действия. Так было в одном из случаев садистического поведения, которому предшествовало истязание животных с последующим их сожжением, сменившееся затем тягой к сжиганию женского белья. Параллельно могут осуществляться элементы садистических побуждений, не окрашенные в явно эротические тона - подкалывание сокалассников булавками, пачкание мелом одежды, издевательства над девочками и младшими школьниками и т.п. Это свидетельствует о том, что агрессивно-садистические действия приобретают собственную значимость.

Готовность к продуцированию сверхценных образований охватывает и чисто сексуальные проявления различных стадий либидо, что проявляется, например, уже на понятийной стадии в систематическом штудировании специальной литературы по половым вопросам, учебников анатомии и т.д.

Для последних двух клинических феноменов оказалось возможным выделить критерии их патологичности, практически идентичных таковым же критериям аномальности парафильного поведения и заключающихся в совокупности следующих признаков: 1) аутохтонность; 2) стереотипность, клишированность представлений и интересов; 3) исчезновение связи с реальной (например, психотравмирующей) ситуацией; 4) аспонтанность, проявляющаяся в произвольности, неодолимости, отчуждении; 5) связь с аффективными расстройствами; 6) приобретение данными феноменами либо активностью, с ними связанной, функции аддиктивной эмоциональной саморегуляции.

#### ***2.5.4. Дисморфофобические и дисморфоманические расстройства.***

По мере приближения к пубертатному периоду на первое место выступают расстройства, характерные для кризиса идентичности и связанные с комплексом неполноценности. Первоначально в его структуре появляется переживание своей недостаточности и несоответствия ожиданиям окружающих с легким возникновением чувства тревоги и невротических расстройств.

В дальнейшем эти неясные ощущения находят завершение в различных дисморфофобических (дисморфоманических) образованиях. Спектр их необычайно широк и разнообразен и включает как отдельные отрывочные и нестойкие идеи, имеющие более или менее реальную основу, так и более глобальные расстройства, отражающие стойкое убеждение в наличии несуществующего дефекта. Частым при этом был "симптом зеркала", когда испытуемые подолгу смотрятся в зеркало в поисках желаемых изменений. Иногда этот феномен "антинарциссизма" чисто поведенчески напоминает нарциссическое поведение, хотя в своих переживаниях представляет абсолютно противоположную основу. Нередко эти расстройства сосуществуют с явно нарциссическим восприятием своего тела и внешности. Это примечательно тем более, что обычно эти два феномена рассматриваются как альтернативные и противоположные друг другу. Характерным является то, что сами по себе нарциссические проявления сочетаются с тенденциями, свойственными противоположному полу и заключающимися в особом значении собственной привлекательности, живом отклике на похвалы своей внешности. Если учитывать эти особенности, то одновременное появление дисморфоманических и нарциссических тенденций вполне закономерно, поскольку обе они являются отражением неосознанного тяготения к некоему идеальному образу с женственными чертами независимо от сознательного стремления к соответствию маскулинным стандартам.

Нередко дисморфоманические переживания охватывают не какие-то части тела, а все тело в целом, которое, например, может казаться более соответствующим строению и фигуре противоположного пола. Будучи причастными к расстройствам осознания "я", в частности, телесного "я", данные психопатологические феномены смыкаются с деперсонализационными (Беззубова Е.Б., 1993). Являясь одним из следствий слабой или нарушенной идентификации с маскулинной ролью, данный феномен рождает новые - например, различные сензитивные идеи, которые не только переживаются, но и сказываются на поведении. К примеру, один из испытуемых с гомосексуальным влечением постоянно увиливал от мытья в группе мальчиков, не желая обнажать в присутствии сверстников свое "дефектное" тело. Таким образом, данное поведение сближается с поведением лиц с измененным половым самосознанием, несмотря на различную в этих случаях мотивацию. Вследствие этих переживаний наступает резкое ухудшение коммуникации со сверстниками своего пола, хотя может не наступить адаптации и в группе противоположного пола, что ведет к недифференцированной половой социализации. Такие лица оказываются в полной изоляции, не будучи способными примкнуть к какой-либо референтной группе, обозначенной по половому

признаку. Нередко в этих случаях проблема коммуникации разрешается не в "горизонтальном", а в "вертикальном" направлении, когда наиболее приемлемой становится группа младших по возрасту, причем избранных уже в соответствии с формирующимся объектом психосексуальной ориентации.

Характерна тенденция к расширению дисморфоманических переживаний в зависимости от степени выраженности нарушений идентификации и полоролевого поведения. Постоянство данного феномена, несмотря на разнообразие его проявлений, позволяет рассматривать его как условно специфический клинический признак для лиц с парафилиями, в основе которого лежат общие основания.

Выделение этих условно специфичных проявлений позволяет представить основные пути формирования своеобразной клинической картины, которая, несмотря на возможные ее модификации под влиянием морбидных факторов, является относительно типичной для лиц с парафилиями. В основном речь идет о психопатологических образованиях дизонтогенетической природы и потому свойственных детскому и подростковому возрасту. В их основе - ретардация психического развития, нарушающая в первую очередь закономерную этапность формирования самосознания и отношений: отношение к миру предметов, выделение человека из мира предметов, отношение к другому человеку как к субъекту и, наконец, идентификация себя как субъекта и объекта познания, как личности. Правомерность рассмотрения именно этих психопатологических феноменов объясняется не только тем, что они подготавливают основы клинического своеобразия более зрелых возрастных периодов, но и потому, что именно они во многом сами его определяют, а иногда и исчерпывают.

**Аномальное сексуальное поведение. (Под ред. А. А. Ткаченко, М., 1997)**

## **ГЛАВА 3**

### **СЕКСУАЛЬНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ И РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЛИЦ С АНОМАЛЬНЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

В настоящее время имеются достаточные основания полагать, что парафилии представляют собой дизонтогенетические состояния (Васильченко Г.С. с соавт., 1983; Ткаченко А.А., 1994). Поэтому рассмотрение особенностей сексуального развития и половой идентичности у лиц с аномальным сексуальным поведением позволит не только расширить и уточнить клиническое и феноменологическое описание таких пациентов, но и приблизиться к пониманию патогенетических механизмов подобного поведения.

#### **3.1 Детерминация пола**

В соответствии с современной многоуровневой моделью детерминации пола (Г.С.Васильченко с соавт., 1977) выделяются следующие ее уровни:

##### ***1. Физикальные детерминанты половой принадлежности:***

а) *генетический пол*, определяющийся кариотипом (XX/XУ);

б) *гонадный пол*, который определяется по гистологическому строению половой железы (семенники/яичники);

в) *гаметный пол* - характеризуется способностью половой железы образовывать сперматозоиды или яйцеклетки, т.е. выявляет роль данного индивидуума в процессе воспроизводства;

г) *гормональный пол* - отражает способность половой железы секретировать специфические половые гормоны), при этом надо учитывать, что в эмбриональном периоде функционируют только семенники, в пубертатном же периоде начинается регулярное продуцирование специфических половых гормонов как в семенниках, так и в яичниках;

д) *морфологический (соматический) пол* - определяется по фенотипу субъекта, то есть по строению его внутренних и наружных половых органов, а также вторичных половых признаков.

**2. Промежуточная (первая конвенциональная) детерминанта**, к которой относится *гражданский пол* (мужской/женский), выводимый акушерами непосредственно из пола морфологического.

Связь между этими двумя детерминантами не носит характера жесткой функциональной зависимости, а в некоторые критические периоды оказывается настолько рыхлой, что порождает ряд диссоциаций между соматическими и психосоциальными детерминантами, на почве которых и формируются некоторые нарушения.

**3. Социально - психологические детерминанты** связаны с полом воспитания, определяющимся многими факторами - от выбора формы одежды, прически и игр до применения наказания за неконформное сексуальное поведение. К этой же группе детерминант относятся также половая идентичность, половая роль и психосексуальные ориентации, являющиеся этапами психосексуального развития.

Однако главным фактором, определяющим поведение индивида, является *психический пол*.

Под *психическим полом* следует понимать совокупность характеристик психической деятельности и поведения индивида, которые в субъективной и объективной интерпретации могут быть отнесены к признакам пола.

Понятие объективной интерпретации охватывает оценку параметров экспертами, которые исходят из концепций пола, различающихся в разных научных школах. Используемая концепция определяет качественную и количественную характеристику параметров пола. На данном этапе развития медицины представляется необходимым учет трех основных групп таких параметров, выявляемых с помощью сексологического, психиатрического и психологического методов обследования.

Понятие субъективной интерпретации отражает оценку параметров самим индивидом, которая может происходить как на уровне сознания, так и подсознания, определяя его самооценку как представителя определенного пола.

### 3.2. Онтогенез

Термин "онтогенез" соответствует индивидуальному развитию биологической особи. Для него характерны три процесса (Needham J., 1933): рост - увеличение объема и веса; развитие - дифференцировка и возрастание сложности; созревание и прекращение роста с

наступлением репродукции. С.Waddington (1957) считал, что существует жесткая направленность развития по определенному пути с последовательным включением механизмов дифференциации. Считается, что существуют два главных механизма онтогенеза: синхрония - коррелирующее развитие разных систем и гетерохрония - изменение относительных сроков, процессов развития систем организма.

Воздействие внешних факторов на онтогенез неодинаково в различных стадиях, существуют так называемые критические периоды, когда это воздействие может изменить особенности роста, дифференцировки и интеграции систем организма. Известна роль пубертата и климакса в генезе психических заболеваний и сексуальных расстройств. Относительно аномального сексуального поведения можно с уверенностью говорить, что оно в большинстве случаев связано с патологией пубертата, хотя встречаются и случаи патологии инволюции.

В.П.Самохвалов (1993) предлагает различать три ключевых понятия онтогенеза: *морфогенез* - развитие генотипа, конституции, фенотипа; *этогенез* - развитие поведенческих паттернов; *психогенез* - развитие психики индивида в социальном окружении.

### **3.2.1.Морфогенез**

Для определенных соматотипов выявлены некоторые закономерности становления, в частности, различия в сроках начала пубертатного периода. У нормостеников пубертат начинается на год раньше, чем у астеников, но в дальнейшем его течение затягивается, у астеников же он протекает быстрее. Лица с пикническим соматотипом занимают промежуточное положение.

Каждый нормотип (астенический, нормостенический, пикнический) представляет собой филогенетически закрепившийся канал развития, с определенным стереотипом развития индивидуума (Самохвалов В.П., 1993).

### **3.2.2.Этогенез**

Поскольку процесс развития канализирован генетическими и конституциональными факторами, то в каждый онтогенетический отрезок времени наблюдается определенное эпифенотипическое свойство развивающегося организма (Самохвалов В.П., 1993). Это означает, что каждому периоду развития присуща некоторая определенность набора поведенческих паттернов. В рамках данной работы имеют значение:

- 1) освоение пространства собственного тела (манипуляции с телом);
- 2) освоение экстракорпорального пространства (в частности, через манипуляции с игрушками);
3. коммуникативное поведение (с матерью, группой), депривация и стресс в раннем возрасте.

### **3.2.3. Психогенез**

Общим закономерностям психосексуального развития присущи некоторые основные характеристики (Васильченко Г.С. с соавт., 1977):

- а) фазность - на каждом этапе различаются фазы научения и реализации;
- б) относительное ослабление биологической детерминации с каждым последующим этапом, что проявляется в большей стабильности и меньшем диапазоне ориентировочного поиска в начале ранних стадий. В динамике формирования каждого отдельного компонента сексуальности (половая идентичность, половая роль, психосексуальная ориентация) поиск постепенно сужается и становится конкретным к завершению этапа;
- в) преемственность и взаимосвязь этапов (стадий) и их нарушений, проявляющаяся в том, что выпадение любого этапа или фазы искажает течение последующих и в итоге - становление всей сексуальности.

Все эти характеристики определяют развитие трех составляющих сексуальности:

### 3.2.3. 1. Половое самосознание (половая идентичность)

#### 3.2.3.1.1. Идентичность и самосознание

Не вдаваясь в дискуссию о сходстве и различии понятий "идентичность" и "самосознание", отметим лишь, что с прагматической точки зрения первый термин позволяет иметь ввиду тот факт, что индивид не всегда может осознать (то есть дать вербальный отчет) какую-то часть своей психической деятельности. Поэтому понятие "идентичности" дает возможность учитывать и неосознаваемые процессы.

*Идентичность* означает сознание тождественности самому себе, непрерывности во времени собственной личности, несмотря на ее изменения и развитие, и связанное с этим ощущение, что другие также признают это (Erikson E., 1996). В индивидуальной идентичности автор также различал личностную и Я-идентичность: если первая в основном совпадает с данным выше определением идентичности, то вторая означает более узкую, глубинную область, ответственную за постоянство личности.

Идентичность, согласно взглядам E.Erikson, является некоторой "промежуточной стадией" между чрезвычайно подавленным состоянием и интенсивным ощущением благополучия, временное "затишье" вечного конфликта между депрессивными и маниакальными, сменяющими друг друга, тенденциями. Он выделяет несколько этапов формирования идентичности, каждому из которых соответствует свой тип нормативных конфликтов.

По мнению А.Е.Личко (1983), *личность* - представление об индивидууме, которое складывается у других, *идентичность* - представление о самом себе.

#### 3.2.3.1.2. Идентичность и идентификация

Важнейшим механизмом формирования и поддержания стабильности самосознания является *идентификация*. С одной стороны, это понятие означает уподобление, отождествление с кем-либо или чем-либо, с другой - опознание чего-либо или кого-либо. Эти две стороны идентификации представляются неотторжимыми друг от друга - человек опознает, уподобляясь, и уподобляется, опознав.

Г.Блум (1996) говорит о меньшей очерченности и смешанности процесса идентификации у женщин по сравнению с мужчинами. E.Erikson (1996) писал: "Лингвистически как и психологически идентичность и идентификация имеют общий корень. Является ли идентичность простой суммой ранних идентификаций или это другой ряд идентификаций

? Если предположить формирование интроекции, идентификации и идентичности этапами превращения "эго" в более зрелое взаимодействие с достижимыми моделями, то возникает следующая психосоциальная схема:

Механизм интроекции (примитивное присвоение чужого образа) определяется тем, насколько удовлетворительно взаимодействие между опекающим взрослым и опекаемым ребенком. Только переживание такой исходной взаимности создает у ребенка то ощущение безопасности, которое приводит его к первым "объектам" любви.

В свою очередь, судьба детских идентификаций зависит от того, насколько удовлетворительным является взаимодействие с заслуживающими доверия представителями значимой для ребенка иерархии ролей, принадлежащих членам семьи разных поколений.

Формирование идентичности, наконец, начинается там, где идентификация становится непригодной. Она вырастает от избирательного отказа от одних и взаимной ассимиляции других детских идентификаций и их объединения в новую конфигурацию, которая, в свою очередь, определяется процессом, посредством которого общество (часто через субкультуры) идентифицирует юного индивида с тем, кем он, само собой разумеется, должен стать."

Как видно из вышеприведенной цитаты, Е.Еrikson уравнивает идентификацию и идентичность как состояния, в то же время разграничивая их во времени развития индивида. Однако в современных работах содержится и другой взгляд на соотношение понятий "идентичность" и "идентификация", в частности, как на "состояние" и "процесс" (Ремшмидт Х., 1994).

Внешним проявлением идентификации можно считать *имитативное поведение*, которое, по мнению этологов, универсально для животного мира (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П. и др., 1990) и играет ведущую роль в межличностной коммуникации (Grinder J., Bandler R., 1976).

В литературе встречаются и попытки анализа внутренней динамики идентификации как процесса становления идентичности. Так, А.И.Белкин (1979), описывая процесс идентификации у транссексуалов при смене пола, выделяет следующие 7 стадий:

- 1) отождествление (уподобление) "Я" чужому, принятому условно за эталон (манеры, психологические черты);
- 2) готовность к эмоциональному сопереживанию с эталоном, а также с другими людьми со сходной идентификацией;
- 3) признание референтной группой своим.

Идентификации, по мнению автора, всегда предшествует *дистинкция* - негативизация черт противоположного пола.

Референтные группы (источники моделей поведения), по М.Кле (1990), включают:

- 1) сверстников - эта группа определяет вкусы, предпочтения, язык и способы индивидуальных или половых взаимодействий, т.е. модели поведения, соотносимые с изменчивыми социальными и культуральными нормами;

2) родителей - в тех сферах, где культурные нормы стабильны и тогда, когда решения имеют долговременные последствия.

### 3.2.3.1.3. Половая идентичность

Частным аспектом самосознания является *половая идентичность*. И.С.Кон (1988) определяет половую идентичность как "единство поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли". Наиболее подробно понятие половой идентичности у детей разработано в исследованиях Д.И.Исаева, В.Е.Кагана (1986,1988) и В.Е.Кагана (1991). Последний определяет половую идентичность как "соотнесение личности с телесными, психофизиологическими, психологическими и социокультурными значениями маскулинности и фемининности" и различает следующие ее виды:

1. *Базовая идентичность* - соотнесение личности с традиционными, восходящими к филогенетическим, половым различиям, альтернативным представлениям о маскулинности/фемининности; этот вид идентичности детерминирован психофизиологически.

2. *Ролевая идентичность* - соотнесение поведения и переживаний личности с существующими в данной культуре и в данное время полоролевыми стереотипами; детерминирована влияниями среды.

3. *Персональная идентичность* - интегрирует первую и вторую и характеризует соотнесение личности с маскулинностью/фемининностью в контексте индивидуального опыта межличностного общения и совместной деятельности.

По представлениям автора, если базовая идентичность стабильна, то на уровнях ролевой и персональной идет непрерывающийся процесс половой идентификации.

В.Е.Каган выделяет также условия половой идентичности:

а) внешние - существующие в культуре представления о половых ролях и стереотипах поведения и переживаний;

б) внутренние психические - связанные с нейрофизиологическими характеристиками индивида (в частности, функциональной асимметрией полушарий головного мозга) и задающие определенные особенности познавательной и эмоциональной переработки средовых влияний и границы их восприятия;

в) внутренние психологические - смысловые установки личности, которые опосредуют влияние двух предыдущих условий.

Взаимосвязь между пунктами "а" и "в" можно выразить и через взаимоотношение "декларативного" (не определяющего поведение и переживания индивида) и "реального" (на уровне убеждений и побуждений) знаний (Шмелев А.Г., 1983).

Анализируя взаимоотношение "реального" и "идеального" образов пола у мальчиков и девочек, В.Е.Каган отмечает, что в характеристиках идеальных образов мужчин и женщин у мальчиков преобладали предметно-инструментальные признаки, у девочек - эмоционально-экспрессивные, однако реальные образы обоих полов в восприятии мальчиков были окрашены негативно. Учитывая, что идеальные образы играют ведущую



роль в обучении (передаче информации о должном и желательном), а реальные - в научении (выработке практических установок поведения и отношений), у мальчиков вследствие их несовпадения больше вероятность развития когнитивного диссонанса. Автор впервые описал потенциально кризисный этап половой идентификации у мальчиков на 5-6 году жизни, когда негативизация эмоционального образа "Я" совпадает с негативизацией образа своего пола. Причиной этого он считает репрессивное отношение среды к маскулинному поведению мальчиков при маскулинной ориентации половой культуры в целом. У мальчиков с фемининными чертами с возрастом увеличивается риск психологической дезадаптации, их системная организация характера представлена более конфликтными и потенциально патогенными сочетаниями.

Зарубежными авторами (Кле М., 1991) выделяются несколько другие этапы психосексуального развития, в том числе родовая идентичность (по Douvan S.): телесные аспекты представления о себе и своем поле как результат знакомства с телом определенного пола и ранних эффектов социализации. Представление о поле предшествует идентификации с родителями, и они не являются единственным источником формирования родовой идентичности. В подростковом возрасте эта проблема вновь оживляется, приобретая нормативный характер, которого она не имела в детстве. У мальчиков принятие ее представляется более трудным, страдает амбивалентностью, так как начальные привязанности фиксируются на женском образе, поэтому у них сохраняются следы женской идентификации.

В фазе *научения* складываются внешние по характеру равнозначные представления о половых различиях (внешний вид, одежда, строение тела и гениталий) на нейтральном эмоциональном фоне. В фазе *реализации* отмечаются игры с разглядыванием и ощупыванием половых органов.

Формирование половой идентичности происходит в период до 7 лет.

### 3.2.3.2. Половая роль

Под ней понимается модель поведения, система предписаний, которую должен усвоить и которой должен соответствовать индивид, чтобы его признали мужчиной или женщиной. Общая логика взаимосвязи половой роли и половой идентичности та же, что и в других сферах соотношения ролевого поведения и индивидуального самосознания (Кон И.С., 1988).

Понятия половой роли и половой идентичности можно рассматривать в определенном единстве (структура половая роль /идентичность), поскольку половая идентичность есть не что иное как субъективное переживание половой роли, а половая роль - публичное выражение половой идентичности.

Формирование стереотипа полоролевого поведения, то есть выбор половой роли, наиболее соответствующей психофизиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулинности/фемининности микросоциальной среды, захватывает период с 7 до 13 лет. В фазе научения происходит выработка полоролевой установки, а в фазе реализации она осваивается в играх ("дочки-матери" и т.п.).

Согласно стереотипам, свойственным в целом господствующей сейчас в российском обществе культуре, маскулинность ассоциируется с силой, активностью, уверенностью, властью, доминантностью, агрессивностью, интеллектуальностью, а фемининность - с мягкостью, слабостью, пассивностью, зависимостью и подчиняемостью,

конформностью, эмоциональностью. Само существование подобных стереотипов и их содержание - объективный факт, влияющий на поведение людей и их восприятие самих себя.

### *3.2.3.3. Психосексуальные ориентации.*

На этом этапе, в возрасте 13-18 лет, происходит выбор объекта сексуального влечения и вида сексуальной активности, то есть формируется либидо, становление которого проходит несколько стадий:

а) *платоническая* (романтическая) стадия, для которой характерен выраженный эмоциональный компонент, имеющий возвышенную, романтическую окраску без специфического интереса, в частности, к генитальной области. Научение выражается в виде детской влюбленности, желания духовного общения, а реализация осуществляется в совместной деятельности, играх, уходе за собой;

б) *эротическая* стадия, на которой в фазе научения отмечаются эротические фантазии, интерес к соответствующей литературе, реализация же проходит в виде ласк и игр, чаще без оргазма, на уровне фрустраций;

в) *сексуальная* стадия, на которой после сексуальных фантазий в фазе научения происходит реализация либидо, начало половой жизни с сексуальным экспериментированием, сочетание сексуальных эксцессов с периодами абстиненции и мастурбацией.

Зарубежными авторами (Кле М., 1991) выделяется "половая идентичность": те стороны представления о самом себе, которые соответствуют сексуальному поведению. По S. Douvan 20% мужчин и женщин определяют себя как исключительно маскулинных и фемининных, большинство же включают в свою половую идентичность черты противоположного пола и спокойно соединяют в себе личностные, поведенческие или ценностные особенности, выходящие за рамки "классических" половых ролей.

. В понимании Д.Н.Исаева, В.Е.Кагана (1988) это понятие ближе к термину "сексуально-эротическая идентичность".

### **3.3. Дизонтогенез.**

В.В.Ковалев (1979,1983) выделяет три механизма дизонтогенеза: *регрессию* - появление признаков, характерных для более ранних периодов развития; *ретардацию* - задержку ожидаемых для возраста пациента признаков; *асинхронию* - неравномерность развития отдельных систем. Г.С.Васильченко с соавт. (1977, 1983) выделяют три вида сексуального дизонтогенеза: задержку, преждевременное половое развитие и дисгармонию (расхождение психо- и соматосексуального развития). Однако используемая ими шкала половой конституции не учитывает многокомпонентность психосексуального развития.

#### **3.3.1. Морфодизонтогенез.**

Описаны основные типы диспластических конституций (Строевский В.А., 1988), признаки которых нами сведены в таблицу.

#### **Диспластические варианты конституции**

**Таблица 3.1.**

Тип телосложения	Рост	Конечности	Оволосение		Половые органы	Ведущий канал коммуникации
			лобка	лица		
астенически-евнухоидный	выше среднего	длинные, высокий и широкий таз	женское	юнош.	слабая пигментация и складчатость мошонки	жесты
низкорослый атлетико-диспластический	ниже среднего	короткие	мужское	мужское	норма	поза
инфантильно-грацильный микросоматик	маленький	тонкие короткие	тенденция к горизонтали	слабое	маленький половой член	мимика

Астенически-евнухоидный вариант ворникает вследствие гипогонадизма, низкорослый атлетико- диспластический связан с ускорением темпов полового созревания, инфантильно-грацильный микросоматический - с гипопитуитаризмом.

### 3.3.2. Этодизонтогенез.

К признакам преждевременного психосексуального развития авторами были отнесены:

- 1) *ранняя сексуализация поведения*, которая выражалась в виде повторяющихся эмоционально окрашенных сексуальных игр с ровесниками своего или противоположного пола, чаще всего с имитацией коитуса, нормативного, орального или анального;
- 2) *ранняя допубертатная мастурбация*;
- 3) *фрустрационная псевдомастурбация*.

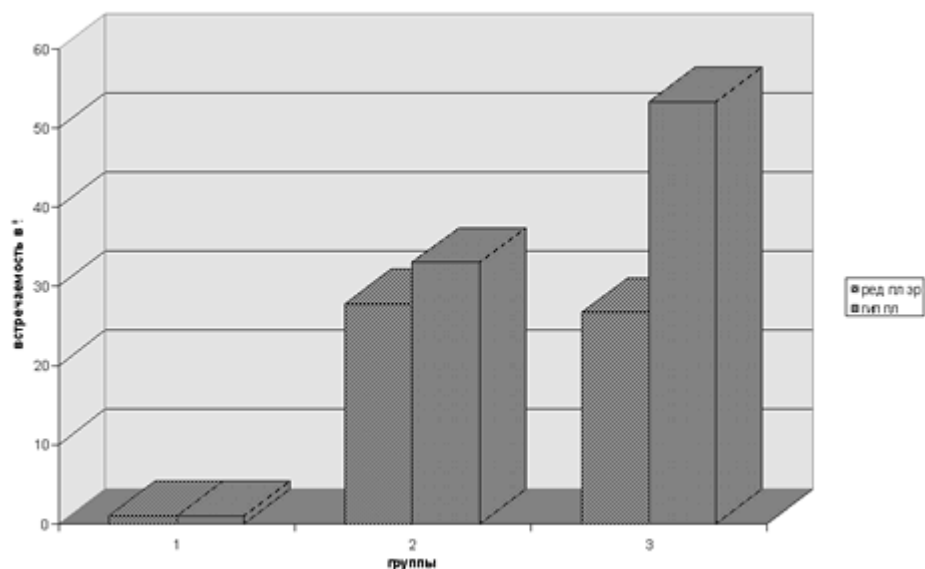
При задержке психосексуального развития наблюдались выпадения определенных этапов:

- 1) отсутствие любопытства к половым признакам в период до 7 лет;
- 2) отсутствие периода межполовой агрессии в возрасте от 7 до 12-13 лет.

На базе описанных выше проявлений сексуального дизонтогенеза и с учетом шкалы половой конституции по Г.С.Васильченко с соавт.(1977, 1983) была создана шкала, в которой отдельно оценивались феномены опережения или задержки сомато- и психосексуального развития. Обследование с помощью этой шкалы 102 школьников в возрасте 16-17 лет позволило провести сравнение трех групп: нормативной, лиц с аномальным сексуальным поведением без признаков аномалий сексуального влечения (52 чел.) и лиц с парафилиями (81 чел.). Статистически достоверные различия ( $p < 0,01$ ) обнаружены по следующим параметрам (везде в последующих диаграммах: 1 - нормативная группа, 2 - лица без парафилий, 3 - лица с парафилиями):

## 1. Взаимоотношение этапов (компонентов) либидо

Рис. 3.1. Соотношение искажений компонентов либидо

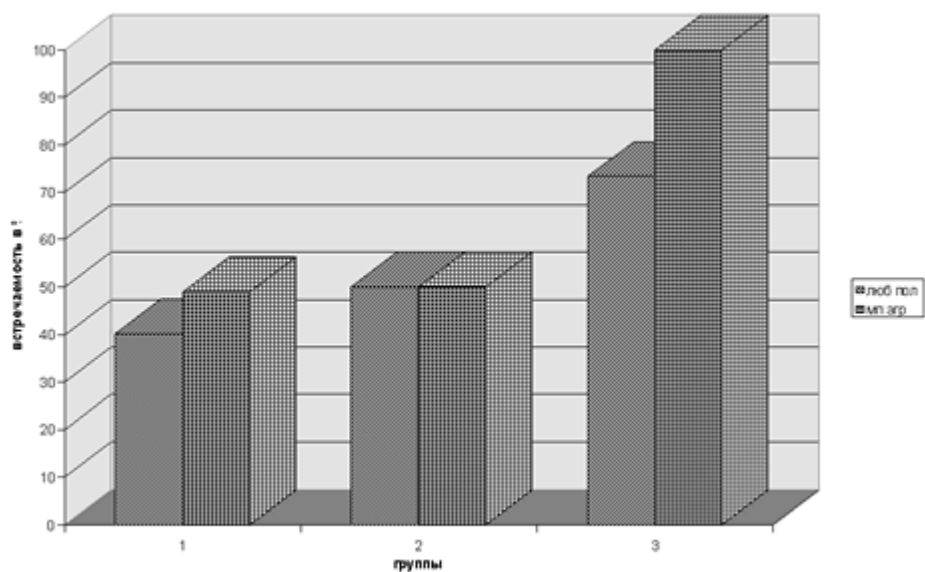


Примечание: *ред пл эр* - редукция платонического и эротического либидо, с опережением сексуального, *гип пл* - гипертрофия платонического с редукцией сексуального

Оба варианта чаще встречаются в группах с аномальным сексуальным поведением, в группе с парафилиями по сравнению с группой лиц без аномалий влечения достоверно преобладает гипертрофия платонического либидо с редукцией сексуального.

## 2. Выпадение этапов психосексуального развития

Рис.3.2. Выпадение этапов психосексуального развития

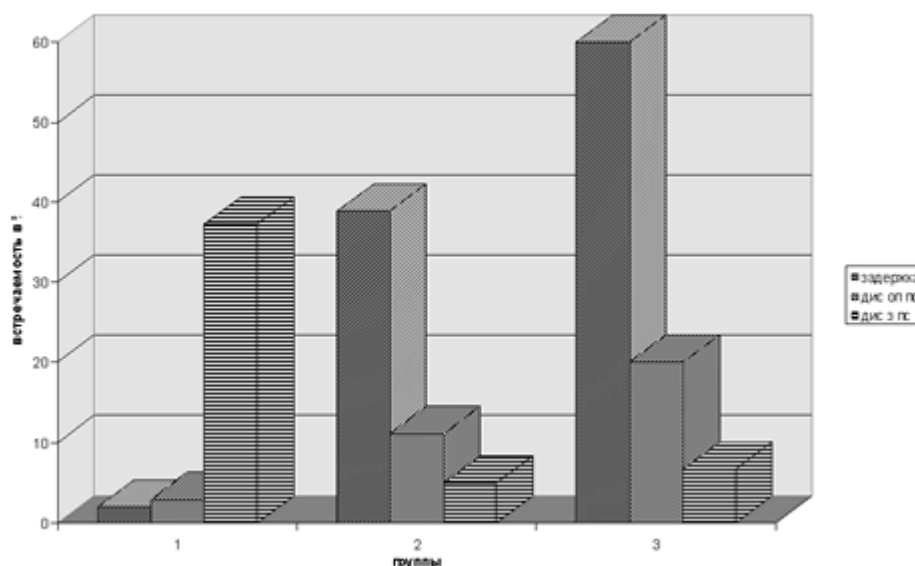


Примечание: *люб пол* - отсутствие любопытства, направленного на половые признаки до 7 лет, *мпол агр* - отсутствие периода межполовой агрессии до 11-12 лет.

В группе парафилий чаще встречаются оба признака, однако отсутствие периода межполовой агрессии встречается значительно чаще, чем во второй группе.

### 3. Типы сексуального дизонтогенеза по группам

Рис.3.3. Типы сексуального дизонтогенеза



Примечание: *задержка* - тотальная ретардация (психо- и соматосексуального развития), *дисс оп пс* - дисгармония с опережением психосексуального развития, *дисс з пс* - дисгармония с задержкой психосексуального развития.

Из диаграммы видно, что тотальная задержка преобладает во второй и третьей группах. При парафилиях значительно преобладали дисгармонии с опережением психосексуального развития, а в группе нормы - дисгармонии с его ретардацией.

С целью изучения связей типа дизонтогенеза и особенностей клинической картины, прежде всего поведенческого компонента, был проведен анализ 80 верифицированных случаев парафилий. Диагноз выставлялся на основании критериев ICD-10, случаи установочного поведения или сомнительной диагностики исключались. В случае полиморфизма клиники учитывался преобладающий синдром.

Для характеристики начального и текущего синдромов было использовано несколько подходов:

- 1) выделение ведущей модальности (зрение, слух, тактильная, обонятельная чувствительность);
2. учет последовательности развития модальности в онтогенезе - согласно биогенетическому закону Бэра-Мюллера-Дарвина-Геккеля она повторяет последовательность развития модальностей у млекопитающих в филогенезе: тактильная, вестибулярная, слуховая, зрительная (по Gottlieb G., 1968).

Что касается становления слуховой модальности в онтогенезе человека, то здесь следует сделать поправку на то, что развитие вербальной функции, отсутствующей у животных, происходит на более поздних этапах онтогенеза, и завершение формирования слухового анализатора у человека происходит позже зрительного;

3) учет последовательности этапов психосексуального развития и становления либидо (половое самосознание, половая роль, психосексуальные ориентации с выбором объекта).

Садизм, садомазохизм и гомицидомания рассматривались как отдельная смешанная группа, так как в клинической практике не всегда можно четко определить, какая модальность при садистическом поведении является ведущей - для одних испытуемых стимулом является вид крови, ран, униженной позы жертвы, для других - стоны, хрипы при удушении, для третьих - физическое сопротивление или ощущение судорог жертвы.

Выделены следующие группы синдромов:

1 - некрофилия, некросадизм, фетишизм, фроттаж, скарфинг, зоофилия, синдром недифференцированного сексуального объекта.

Для первых двух синдромов этой группы, а также для фроттажа, скарфинга ведущей является тактильная модальность. В рамках данной работы рассматривались такие случаи фетишизма, когда с уверенностью можно было говорить о преобладающей роли тактильной модальности (например, обувной фетишизм, когда наиболее выраженное сексуальное возбуждение достигалось при ощупывании поверхности кожи туфель или при их надевании).

При синдроме недифференцированного сексуального объекта, как и при зоофилии, ведущей является также тактильная модальность, поскольку ни пол, ни возраст, ни внешние признаки не влияют на поведение, стимулом (по крайней мере, направляющим) является ощущение живого тела. Сюда же были включены те случаи педофилии, когда активность ограничивалась ощупыванием половых органов жертвы.

2 - уро- и копрофилия, копрофагия.

Для данной группы синдромов представляется ведущей обонятельная и вкусовая модальности.

3 - эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия.

В случаях эксгибиционизма и вуайеризма нет сомнений в ведущей зрительной модальности. В эту же группу были включены те случаи педофилии, при которых отмечалось обязательное разглядывание половых органов жертвы.

4 - трансвестизм.

Ведущая модальность этого поведения явно зрительная, однако особенность его - в отличие, к примеру, от эксгибиционизма - заключается в явной символической функции кроссдрессинга (обозначение принадлежности к женскому полу), поэтому он был выделен в отдельную группу. Сюда же были отнесены транзиторные проявления трансвестизма, часто встречающиеся у лиц с парафилиями в периоде пубертата.

5 - стремление к подслушиванию.

Как уже отмечалось выше, запуск парафильного поведения или фантазий слуховыми стимулами (например, звуки льющейся мочи, смех девочек), как правило, наблюдался при шизофрении.

б - эфебофилия, раптофилия, геронтофилия.

Причиной выделения этой группы синдромов, с одной стороны, как и при садизме, явилось затруднение определения в клинической картине ведущей модальности, с другой - наибольшая близость как объекта сексуального влечения, так и активности к нормативным, что отражает преимущественно патологию последнего этапа формирования либидо - этапа психосексуальных ориентаций.

При статистической обработке вычислялся коэффициент параметрической корреляции ( $r$ ), коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r_o$ ) с определением показателя достоверности по критерию Стьюдента ( $p$ ).

Статистически значимые результаты были получены при анализе корреляций следующих факторов:

- 1) возраст на момент обследования - текущий синдром;
- 2) длительность болезни - текущий синдром;
- 3) возраст на момент обследования - полиморфизм;
- 4) объект-активность - тип дизонтогенеза.

Как видно из результатов, клиническая картина текущего синдрома связана как с возрастом пациента, так и с длительностью болезни, в то время как полиморфизм клиники коррелирует с возрастом на момент обследования.

Корреляция между возрастом и текущим синдромом подтверждает предположение о том, что и при парафилиях сохраняются основные закономерности развития анализаторных систем в онтогенезе, что косвенно подтверждается и зависимостью полиморфизма клинической картины от возраста. Взаимосвязь же между длительностью болезни и текущим синдромом должна свидетельствовать о собственной динамике парафилий. Однако разница между коэффициентами корреляции 1 и 2 групп факторов оказалась статистически недостоверной, поэтому последний вопрос остается открытым.

Отмечается взаимосвязь также между типом сексуального дизонтогенеза и изменением парафильного поведения в аспекте "объект-активность", при тотальной задержке развития чаще наблюдается отклонение от нормативного сексуального контакта по объекту, при дисгармонии - по объекту и активности. Во всех случаях преждевременного полового развития отмечались отклонения и по объекту, и по активности.

Таким образом, с одной стороны, клиническая картина парафилии определяется особенностями индивидуального сексуального дизонтогенеза, с другой - отражает общебиологические закономерности развития.

### ***3.3.3. Психодизонтогенез.***

Общие закономерности патологии психосексуального развития вытекают из нарушений нормативных его характеристик:

а) в норме фаза научения должна предшествовать фазе реализации. При обратном соотношении (как бывает, к примеру, при совращении детей с ранним половым созреванием) продемонстрированная модель сексуального поведения, ситуативно связавшаяся с эмоциональным стрессом по механизму импринтинга, стереотипно воспроизводится в последующем, блокируя нормативные проявления. Самый частый пример - копирование акта гомосексуального насилия жертвой в роли агрессора.

Если же фаза реализации по каким-то причинам выпала на своем этапе, то она переносится на более поздние, приобретая регрессивную форму, примером чего является типичная сексуальная активность педофила (разглядывание и ощупывание половых органов);

б) при нарушении развития сексуальности на ранних стадиях ослабление биологической детерминации полового поведения выражено в минимальной степени, что проявляется в повышении удельного веса агрессивных действий и частой недифференцированности сексуального объекта при парафилиях;

в) клиническая картина нарушений психосексуального развития будет складываться из проявлений расстройств на этапе воздействия патогенного фактора (возможно, в ходе развития частично компенсированных), и феноменов искаженного формирования последующих этапов.

В то же время можно говорить и об относительной независимости нарушений на разных этапах. Так, у транссексуалов с инверсией половой роли может наблюдаться направленность влечения на людей такого же психического пола или садизм, а выраженная полоролевая трансформация может сочетаться с гетеросексуальной направленностью либидо. Отсутствие или нарушение ранних этапов психосексуального развития приводят к грубым деформациям, затрагивающим ядро личности, которые по аналогиям с психопатиями можно назвать "ядерными". Если же воздействие патогенных факторов приходится на завершающий этап, то развиваются "краевые"- поверхностные, легкие расстройства.

### *3.3.3. 1. Расстройства половой идентичности.*

Расстройства половой идентичности могут определяться различными патогенными механизмами, затрагивающими обе фазы. Так, нарушения фазы научения могут быть связаны со следующими факторами :

а) инверсией пола воспитания, когда ребенок ориентируется на требования соответствующей половой роли, формируя в ходе ее интернализации половую идентичность. Этот процесс завершается к 5-6 годам. Воспитание ребенка до этого возраста как представителя противоположного пола оказывается необратимым или трудно обратимым;

б) невозможностью усвоения половых различий вследствие психического расстройства. Например, при тяжелой степени олигофрении, когда страдает формирование понятийной стадии, пациент может не осознавать себя как носителя определенного пола.



Нарушения фазы реализации могут быть связаны с отсутствием игр, удовлетворяющих любопытство к строению гениталий, что в дальнейшем получает отражение в типично педофильном поведении.

### *3.3.3.2. Расстройства половой роли.*

Нарушения фазы научения проявляются в сохранении равнозначности признаков пола. При этом внешние признаки пола в последующем начинают играть роль основы для ролевой самоидентификации (одежда - при трансвестизме) или обуславливают поверхностное (внешнее) усвоение половой роли.

Нарушения фазы реализации характеризуются отсутствием ролевых игр ("дочки-матери" и т.п.), что приводит к недостаточному усвоению и пониманию половых стереотипов поведения как в общем плане (асоциальное поведение), так и в сексуальном (нет фиксированного сексуального сценария, выражено сексуальное экспериментирование в виде девиаций). При этом формируются гиперролевое поведение и трансформация половой роли как варианты компенсации неосознаваемого несоответствия идеалу маскулинности или фемининности.

### *3.3.3.3. Расстройства психосексуальной ориентации.*

Наблюдается чаще не просто отставание по времени этой стадии, но и изменение порядка развития, часто сексуальное либидо формируется первым.

#### **1. Платоническое либидо**

Нарушение фазы научения проявляется в редукции этого компонента либидо. Некоторые испытуемые при рассказах о своих сексуальных партнершах не могут описать их как персон, дать им личностную характеристику. При этом обращает на себя внимание отсутствие не только сопереживательного, эмпатийного компонента, но и вообще понимания отличия женской психологии от мужской. В выраженных случаях отмечаются неспособность дифференцировать половое влечение от эрекции, защитного характера генерализация отношения к женщинам (мизогиния) - "все женщины шлюхи, животные".

При отсутствии на этом этапе фазы реализации она переносится на более поздние, часто замещая собственно эротическую и сексуальную активность, при этом приобретает гротескный, гипертрофированный вид. Это проявляется, например, в "обожествлении" женщины (комплекс "мадонны") при психологической неудовлетворенности в сексуальных контактах. В последующем у таких пациентов наблюдаются садистические действия по отношению к женщинам (сохранение стереотипа путем "перевертывания"). У женщин обнаруживается тяга к мужскому обществу ("чтобы понимали") или, наоборот, ненависть и зависть к ним. У тех и других фактически это не фаза либидо, а подсознательный выбор референтной группы в рамках аутоидентификации. Совпадение объекта референции и объекта сексуального влечения (кроме случаев нарциссизма) ведет к двойственному эмоциональному отношению к нему - "любовь и ненависть", сексуальная притягательность и враждебность.

#### **2. Эротическое либидо**

Отсутствие у ряда пациентов эротических фантазий, интереса к литературным описаниям соответствующих сцен, непонимание необходимости ласки, поцелуев или отвращение к

ним, пренебрежение к прелюдии полового контакта предполагают нарушение фазы научения.

При нарушении фазы реализации эротические фантазии при раннем соматосексуальном созревании могут получать оргастическое подкрепление, что в отсутствие контактов с другим полом может приводить либо к аутоэротической фиксации, либо к внедрению в содержание фантазий девиантных представлений с последующим приобретением ими патологической формы и появлением снов инцестуозного характера с поллюциями. У мужчин фантазии становятся более сильным сексуальным стимулом, чем реальный объект, наблюдается психический онанизм.

Ласки с оргазмом могут привести к задержке формирования сексуального компонента либидо. Встречается петтинг с партнером, мастурбация с аутоэротической направленностью или образ партнера в фантазиях, что приводит к фиксации на подобных формах активности, получению психологического удовлетворения в основном при ласках с обесцениванием собственно полового акта.

### 3. Сексуальное либидо

Отсутствие психологического удовлетворения, несмотря на оргазм при стандартных гетеросексуальных контактах, а также эпизодическое или перманентное изменение активности представляется связанным с нарушением фазы научения. У мужчин наблюдается предпочтение и/или получение психологического удовлетворения при фелляции, анальном коитусе или использовании позы сзади; при первом половом акте отсутствует эрекция или нет эякуляции, иногда нет психологического удовлетворения или они не видят разницы в ощущениях между мастурбацией, гомо- и гетероконтактами; часто мастурбация сосуществует с брачными отношениями или гетеросексуальными связями.

Нарушение фазы реализации проявляется в особенностях выбора объекта. Часто предпочтительным оказывается гомосексуальный, особенно при условии осознания направленности влечения. При отсутствии его осознания такой выбор может проявляться неожиданно для субъекта, часто в состоянии опьянения наблюдаются импульсивные акты гомосексуального насилия с садистическими действиями, что вступает в резкое противоречие с декларируемой в обычном состоянии гомофобией. При бисексуальном выборе наблюдаются безличностные эпизодические контакты, что сходно с синдромом неразличения сексуального объекта. При гетеросексуальном объекте у мужчин часто осуществляется геронтофильный выбор. Неосознанный выбор объекта проявляется в наличии эякуляции или ее облегчении при контактах со своим полом. Парциальное сохранение равнозначности признаков пола приводит к фиксации на них сексуального либидо, то есть они могут становиться объектами влечения (фетишизм).

#### ***3.3.4. Расстройства половой идентичности.***

В отличие от вышеупомянутых в разделе 3.3.3.1. феноменов здесь речь идет не об изолированных расстройствах, связанных с воздействием определенных вредностей на этапе развития до 7 лет, а о феноменологической совокупности, выявляемой у взрослого индивида, хотя начало ее становления связано именно с этим этапом. Речь идет о своеобразной сумме расстройств собственно половой идентичности, половой роли и психосексуальных ориентаций.

Е.Ериксон (1996) считал, что для различения нормативного процесса диффузии и состояния патологического смешения надо знать, приводят ли эти состояния к возврату на предыдущие стадии развития.

D.Blanchard (1989), исходя из критерия характеристики стимула, вызывающего сексуальное возбуждение, говорит о двух вариантах отклоняющейся половой идентичности: гомосексуальной - когда сексуальное возбуждение возникает при контакте с мужчиной, и "аутогинефилии" (термин автора) - когда сексуальное возбуждение возникает при мысли о своей принадлежности к женскому полу, что клинически проявляется как транссвестизм. Подобный подход вызывает серьезные возражения вследствие сомнительности критерия, поскольку явно подразумевает прямое соответствие между сексуальным стимулом и типом идентичности.

В.Е.Каган (1991) предпринял попытку создания семиотики нарушений половой идентичности у детей, в частности, он описывает следующие признаки:

- стремление к принятию облика другого пола;
- влюбленность в людей своего пола;
- идентификация с персонажами другого пола в восприятии произведений литературы и искусства и т.д.

Важными критериями диагностической значимости этих признаков он считает:

- совпадение поведения и переживаний;
- включение в них сексуально-эротических компонентов;
- контражность (принятие стереотипов другого пола при активном неприятии своего);
- избыточность, утрированность отдельных проявлений.

В.Е.Каган выделил три варианта половой идентичности:

- 1) *нормативный* - отражающий индивидуальные особенности и сопровождающийся адаптационными реакциями;
- 2) *условно-патологический* - характеризующийся наличием полоролевого конфликта как переживания своего несоответствия полоролевым стандартам, принимающий форму невротических реакций;
- 3) *патологический* - конфликт половой идентичности как осознаваемое активное противостояние субъективного переживания своей половой принадлежности и диктуемых паспортным полом половых стереотипов, когда личностные реакции носят активно-приспособительный характер и направлены на легализацию своей половой идентичности, а при фрустрации выражаются в широком спектре реакций пассивного и активного протеста, кризисных реакциях и состояниях (становление гомосексуальной ориентации или транссексуализма).

Динамика условно-патологического варианта у взрослых сопровождается либо трансформацией невротических реакций в развитие с явлениями психического

инфантилизма, либо постепенной компенсацией. Гиперролевое поведение и трансформация половой роли, известные в сексологии, очевидно, можно расценивать как такие компенсаторные варианты.

В.Е.Каган показал, что у мальчиков с фемининными чертами с возрастом увеличивается риск психологической дезадаптации, их системная организация характера представлена более конфликтными и потенциально патогенными сочетаниями. В этом содержится объяснение того факта, что аномальное сексуальное поведение и, в частности, парафилии чаще встречаются у мужчин.

#### 3.3.4.1. *Патологический неосознаваемый вариант расстройства половой идентичности.*

Изучение лиц с аномальным сексуальным поведением показало, что на определенном этапе развития у таких индивидов складывается некоторая феноменологическая совокупность, которая имеет как общие, так и отличительные признаки по сравнению с другими вариантами расстройств половой идентичности. Очевидно, что речь идет о большой разнородной группе, которая на первом этапе исследования рассматривалась как единое целое и была обозначена как неосознаваемый патологический вариант расстройства половой идентичности, стержнем которого является конфликт между интериоризованными индивидом социальными требованиями, предъявляемыми к мужчинам и женщинам (половые роли), и его личностными предпочтениями, внешне же поведение человека при этом будет являться результатом компромисса между двумя этими тенденциями.

К predispositional факторам расстройства половой идентичности можно отнести:

1) особенности семьи - практически во всех случаях физическое отсутствие отца (развод, пьянство, много времени проводит на работе). Побои и издевательства над матерью или испытуемым, особенно в возрасте до 6-7 лет, очевидно, в силу имитационных механизмов отражаются в виде агрессивно-садистического поведения испытуемого позже. Вышеуказанные проявления блокируют идентификацию с отцом;

2. женское воспитание - по-видимому, вследствие того, что женщина при этом часто является единственно доступным эталоном для половой идентификации.

1. Феноменология неосознаваемого патологического варианта расстройства половой идентичности.

Е.Т.Соколова (1989) при рассмотрении концепции самосознания выделяла физическое и психическое "Я". Используя этот подход, опишем феномены этого варианта расстройства половой идентичности.

В целом клиническая картина *нарушений собственно половой идентичности* (в узком смысле) определяется в первую очередь расстройствами психического и физического "Я". О нарушении психического "Я" свидетельствуют следующие феномены:

а) предпочтение игровой деятельности в группе противоположного пола с раннего детства (сколько себя помнит); иногда можно говорить об отсутствии предпочтения партнеров по играм по полу.

б) смешанный характер игровой деятельности (предметно-инструментальный и эмоционально-экспрессивный) или не соответствующий полу.

Пациенты играли в куклы и наряду с этим - в машинки, конструктора, кубики. В ролевых играх ("дочки-матери" и т.п.) изображали мам или бабушек, иногда в этих играх прослеживались тенденции к пассивному полюсу: например, один из больных в играх в "больницу" всегда изображал больного, которого раздевали, осматривали, лечили. В некоторых случаях прослеживалась негативная идентификация с отцом (изображал "вечно пьяного папу").

При аутистических играх и в фантазиях с возрастом пассивная роль могла меняться на активную: испытуемый Г. представлял себя сначала мальчиком, которого наказывает "злая старшая сестра", затем - мальчиком, который сам наказывал других. В подобных сценах наказаний со сменой ролей, очевидно, и проявляется смешанный характер игр: сочетание интенсивных переживаний на уровне кинестетики и манипуляции со своим телом и телом другого;

в) отождествление с театральными или литературными персонажами противоположного пола.

Один из испытуемых с удовольствием изображал в школьных спектаклях "барыню", другой в воображении представлял себя "Красной шапочкой".

О нарушении физического "Я" свидетельствует:

а) предпочтение внешних атрибутов другого пола.

Даже принимая во внимание культуральные влияния, веяния моды, упорное предпочтение длинных волос, или, наоборот, утрированно короткой стрижки, стремление ярко, необычно одеться или, наоборот, крайняя внешняя запущенность и неряшливость, особенно если они сохраняются длительное время и по выходе из пубертата - все это должно привлекать внимание врача. В отличие от естественных для этого этапа развития вариаций здесь речь идет не о подражании какому-то конкретному лицу или группе. Иногда это абсолютно неосознаваемые предпочтения, иногда отчетливо декларируется борьба с внешней женственностью, миловидностью.

б) негативное восприятие собственного телесного облика (в том числе у женщин - негативное отношение к росту груди, появлению месячных, у мужчин - неудовлетворенность маленькими размерами полового члена, ростом, телосложением, внешностью в целом).

В отличие от дисморфоманических и дисморфофобических расстройств эти проявления нестойки, чаще по времени не выходят за рамки пубертата, никак не высказывались испытуемым в тот период и могут вообще прямо не отражаться в его поведении, не подвергаются дальнейшим трансформациям в бредовом плане. Главное же отличие определяется отношением содержания этих переживаний к полоролевым стандартам.

В целом клиническая картина *полоролевой трансформации* также определяется в первую очередь расстройствами психического и физического "Я".

О нарушении психического "Я" свидетельствуют следующие феномены:

а) переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола.

Подобные проблемы в большинстве случаев пациентами с сексуальной сферой не связываются, в некоторых случаях в качестве объяснения выдвигается отвращение к грубо маскулинным стандартам поведения, характерным для подростков - курению, циничным разговорам, особенно о девочках.

б) предпочтение интересов и увлечений, в данной культуре более свойственных другой роли (у девушек в школе - увлечение точными науками, подвижными спортивными играми, у мужчин - кулинарией, шитьем и т.п.). Может наблюдаться соответствующий выбор профессии, чаще связанный с долгими поисками, метаниями.

в) элементы гиперролевого (гипермаскулинного) поведения, обусловленного гиперкомпенсацией трансформации и отражающего, как правило, поверхностное усвоение половой роли и потому чаще имитирующего только внешние признаки (у мужчин - увлечение силовыми видами спорта, стремление к еще большей маскулинизации фигуры, раннее курение, у женщин - употребление алкоголя, курение, наркотики, грубость, жестокость (мужская роль). Гетеросексуальный промискуитет у обоих полов при этом служит в основном подтверждению навязанной обществом половой роли, однако личностные предпочтения - как по объекту, так и по активности - могут не совпадать с этой ролью и проявляться в других видах сексуального или несексуального поведения.

О нарушении физического "Я" свидетельствует:

а) негативное восприятие физиологических проявлений, естественных для своего паспортного пола.

В отличие от случаев транссексуализма речь идет о менее грубых расстройствах. Часто встречалось утрированно негативное отношение к мастурбации: так, один из испытуемых, будущий серийный убийца, привязывал на ночь свою (левую! - хотя левшой не был) руку, чтобы "не впасть в искушение". В некоторых случаях мастурбация носила вычурный характер (между подушками, между ногами), объяснить такое предпочтение можно было бы случайной находкой, однако обращало на себя внимание то, что при переходе к обычной мануальной мастурбации семяизвержение не наступало или ощущения были "не такие сильные".

Нередко наблюдалось и в целом отрицательное отношение к сексуальности ("грязь"), некоторые пациенты с видимым удовольствием и даже гордостью рассказывали, как они сдерживали свое сексуальное влечение. Иногда это достигало степени курьеза: один из них в течение 5 лет не вступал в сексуальный контакт с собственной женой, хотя спал с ней в одной постели. Он отказывал ей в близости, мотивируя тем, что не знает, прочные и долгие ли отношения сложатся у них в дальнейшем ("не хочу портить ей жизнь, лишив девственности"). В беседе с врачом некоторые доходили до абсурда, отрицая не только, к примеру, мастурбацию, но и утренние эрекции, ночные поллюции.

б) стремление физически походить на противоположный пол или фобия такого сходства.

Такие лица находят или добиваются позированием перед зеркалом сходства фигуры с женской, прибегают при мастурбации к переодеванию, обычно частичному (колготы, обувь) и нестойкому в отличие от транссвестизма, когда оно становится единственным способом получения психологического и сексуального удовлетворения.

В ряде случаев подобные феномены обнаруживались только в повторяющихся снах, где испытуемый видел себя в зеркале в женской одежде или без нее "особенно красивым".

На этапе формирования *психосексуальных ориентаций* для рассматриваемого варианта расстройства половой идентичности были характерны:

а) генерализованное негативное или амбивалентное отношение к противоположному полу с сосуществованием разнонаправленных (негативных и позитивных) эмоциональных установок.

Отношение к противоположному полу у пациентов колебалось от отчетливой мизогинии ("все женщины шлюхи") до необъяснимой для самого пациента зависти ("женщинам легче живется"), а один испытуемый высказывал открытую зависть к женщинам за то, что они могут вступать в половые контакты с несколькими мужчинами за день.

Достаточно часто встречается и амбивалентное, двойственное отношение ("тревожит и привлекает"). Подобная двойственность иногда своеобразно соотносилась с разными фазами развития либидо и, соответственно, с различными объектами: платоническая влюбленность в одну женщину ("первая любовь") сочеталась с негативным отношением к объектам сексуального либидо; отсутствие эротики ("не понимаю, зачем люди целуются") - с промискуитетом; целомудренное отношение к объекту "первой любви" - с насильственными половыми актами со случайными жертвами. Однако и к одному объекту отношение могло быть двойственное: наиболее часто сочеталось сексуальное влечение с презрением за "доступность".

б) предпочтение общения с женщинами.

Некоторые испытуемые четко разводили свое стремление к общению с женщинами вне сексуальной сферы и стремление к половым контактам с ними, в подавляющем большинстве случаев эти объекты не совпадали. Другим вариантом являются утверждения пациентов, что с женщинами им общаться легче, чем с мужчинами, часто они имеют "подруг" (реже ровесниц, чаще - женщин старше по возрасту). В некоторых случаях феномен имеет форму давнишней привязанности к одному человеку - воспитательнице детсада, учительнице, с которой на протяжении многих лет поддерживаются доверительные отношения.

в) психологическая неудовлетворенность в сексуальных контактах с партнером противоположного пола (несмотря на возможность физиологических реакций).

Отсутствие "психологического удовлетворения" при нормативных сексуальных контактах, несмотря на внешнюю их успешность - наличие эрекции, эякуляции и оргазма, - феномен, который претендует на роль патогномоничного при расстройствах половой идентичности.

Термин "психологическое удовлетворение" не самый удачный, однако более точное словесное обозначение феномена представляется пока затруднительным. Пациенты описывают его по-разному: "разочарование" после первого полового контакта ("ждал большего"), неудовлетворенность половой жизнью ("чего-то не хватает"), субъективная ненасыщаемость ("на какое-то время немного успокаиваюсь, но все равно хочется чего-то еще, чего - не знаю"). Тем более поражают "находки" этого ощущения, которые иногда переживаются как "озарения" ("это мне и нужно").

г) выбор социальной роли, естественной в данной культуре для противоположного пола.

Речь идет не только о выборе определенных профессий (например, повара, парикмахера и т.п.), что, кстати, в исследуемой популяции встречалось нечасто, возможно, вследствие внешней "гиперсоциальности" пациентов. Большее значение имеют внутренние, часто не реализованные предпочтения, особенно в пубертате. Роль в семье также часто может быть подчиняемой, она контрастирует со стремлением к лидерству на работе, или зеркально наоборот.

д) выбор сексуальной роли, более характерной для противоположного пола (в сексуальных контактах предоставление инициатив женщине, пассивная роль или элементы деперсонификации партнера (позы).

Отклонения от стандартной в данной культуре маскулинной сексуальной роли также могут быть разнообразными: от пассивного поведения в постели (причем эякуляция быстрее или исключительно наступает при таком поведении) до предпочтения поз, при которых осуществляется хотя бы частичная деперсонификация объекта (не видят лица) - например, поза сзади. Предпочтение фелляции, возможно, обусловлено не только этим обстоятельством, но и самим характером активности, реализующей иерархическое поведение в доминирующей роли. Другая девиация - анальный коитус - как культурально более осуждаемая, чем фелляция, - реализуется реже, однако иногда в фантазиях удается проследить ее предпочтение.

е) интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства (прежде всего в нормативных гетеросексуальных контактах).

К ним относятся нарушения эрекции и эякуляции. Расстройства эрекции выражаются в частых неудачах при введении полового члена во влагалище, иногда это отмечается уже при начале половой жизни, когда первый половой акт удается только после нескольких попыток. Один из наблюдавшихся пациентов мог добиться эрекции только когда садился голыми ягодицами в снег (случайная находка). Достаточно типично и затруднение или отсутствие эякуляции, несмотря на длительный период фрикций. В сексологической литературе подобные нарушения давно связывались к примеру, с латентным гомосексуализмом (Кратохвил С., 1992; и и др.).

Динамика развития патологического неосознаваемого варианта расстройства половой идентичности в большинстве случаев заключается в формировании парафилий.

В качестве иллюстрации к вышеизложенному приводится клинический случай, особенностями которого является, во-первых, то, что речь идет о парафилии у женщины, во-вторых, что многие из описанных феноменов нашли здесь свое отражение.

*Испытуемая П. , 1959 г.р., поступила на судебно-психиатрическую экспертизу в связи с убийством гр-ки Г. членами группы якобы религиозного характера, которую она организовала.*

*Субъективный анамнез: единственный ребенок в семье. Отца характеризует импульсивным, но "разным" в поведении, в зависимости от настроения. Часто выпивал, в состоянии опьянения скандалил с матерью, дрался. Долго не было детей, так как у матери были "извитые трубы", а когда отец "уже перестал ждать", мать забеременела. Отец хотел сына, и когда родилась дочь, три недели не приходил в роддом. Мать характеризует упрямой, не способной считаться с другими, часто "издевалась по пустякам" над испытуемой, хотя никогда ее не била. Считает, что мать доводила отца до конфликтов и драк, "сама виновата, так как не могла создать отцу душевный*



комфорт". Помнит, что отец давал ей подзатыльники три раза - два раза незаслуженно, потому что она просто не могла сделать что-то, один раз - за дело. Во время скандалов и драк уходила из дома, очень переживала. Считает, что матери было "не до нее", вспоминает, что та часто уходила из дома, оставляя ее привязанной (после случая, когда испытуемая порвала себе рот крючком от весов). Больше была привязана к отцу. До школы дружила с соседями - мальчиком и девочкой, "было одинаково интересно", "играли в заговор с мальчиком против девочки".

В школе учеба давалась легко, с учителями не конфликтовала. Друзей не было, хотя дружить с кем-нибудь хотелось, но никто не нравился. В свободное время рисовала, научилась шить. Интересовало, как устроены движущиеся игрушки, часто разбирала их, нравилось играть в конструктор. В 4-5 классах стала завидовать мальчишкам, их физической силе, хотела играть в футбол, но ее "как девчонку" в команду не приняли. Завидовала им еще и в том, что они могут проявить инициативу в отношениях с девочками, а она должна "ждать".

В старших классах интересовала химия, плавала металлы. Нравилось устраивать дома "представления", любила исполнять в них мужские роли (вспомнила только роль монаха из мужских, из женских - роль барыни). Носила короткую стрижку, против чего возражала мать, любила ходить в брюках. Стеснялась раздеваться при людях, особенно - до сих пор - при женищинах, избегала ходить в женскую баню.

В 3 классе мальчик прислал ей записку с признанием в любви, она в ответ написала ему, что "еще рано". После этого он ее "возненавидел", дал ей пощечину, натравливал на нее других мальчишек, так как был вожаком в классе, те издевались над ней, делали ей "темную". В 5 классе этот же мальчик поцеловал ее, когда они были в планетарии всем классом, после чего и девочки стали издеваться над ней, "распускали слухи". Встречалась с ним, он ее целовал, обнимал, испытывала к нему "какие-то чувства, но не любовь".

Грудь стала расти с 3 класса, "было неприятно, стыдно, что на это обращали внимание мальчишки". Менструальные с 12-13 лет, точно не помнит. При менархе испугалась, "было противно", боялась, что умрет, так как ничего об этом не знала. С 9 класса месячные стали болезненными, длительными, в предменструальный период тошнило, кружилась голова, крайне тяготилась менструациями, завидовала мальчикам, что у них "такого не бывает". С 14-15 лет в фантазиях представляла себя мальчиком, в мужской одежде, видела себя со стороны, заметила, что в фантазиях отличалась от себя настоящей счастливым выражением лица, при этом испытывала удовольствие, однако после фантазий настроение ухудшалось, чувствовала себя несчастной, усиливалась зависть к мужчинам. Отмечает, что фантазии появлялись помимо ее воли и, несмотря на то, что она знала, что ей потом будет плохо, прервать их не могла.

В 7 классе - первая влюбленность в мальчика, который был похож на статую Давида, в фантазиях представляла себе ласки с ним. Встречалась с ним, обнималась, целовалась, "было приятно", однако желания "чего-то большего" не было. В 9 классе он "после сплетен" стукнул ее по голове, потом "порезал финкой". Ее отец написал заявление в милицию, но она пошла и забрала его, так как, "несмотря на пьянство и воровство, любила его так, что жить не хотелось". В 10 классе вступила с ним в половую связь, желания не было, но боялась потерять его, поэтому уступила. Ощущений не помнит, боли не было, осталось в памяти чувство зависти, "хотела быть на его месте", "было неприятно подчиняться". Когда испытала первый раз оргазм и с кем - не помнит, "наверное, с ним". Потом испытывала якобы по 10-20 оргазмов во время полового акта, после этого появлялось "чувство какой-то зависимости от мужчины", ненавидела себя

за "слабость", пыталась не испытывать оргазм, но у нее не получалось. В это время стала понимать, что по характеру и силе воли она "сильнее мужчин". В это же время и позже "девочки признавались в любви ко мне", однако считала такие отношения "омерзительными", "хотя среди них были молодые и красивые". Мечтала стать оперной певицей, но "репутацию погубили сплетни" женщин, которые завидовали ее успеху у мужчин. Неоднократно сожительствовала с разными мужчинами, говорит, что уступала их домогательствам, хотя влечения не чувствовала, "было противно, когда видела мужскую похоть". Хотела, чтобы ее ценили "не за тело, а за душу", мечтала найти мужчину "сильнее себя", но быстро разочаровывалась. По собственной инициативе отношений никогда не порывала, "уходили сами, не выдерживали моего характера". Самая длительная связь продолжалась два года. Одному из партнеров "продемонстрировала животную сексуальность-ночь и полдня не вылезали из постели" для того, чтобы "забыл и думать о близости", однако "получила обратный результат". В половые связи с членами "группы" вступала с целью "исправить" их.

Из материалов дела: в детстве из дома никогда не убегала, при конфликтах родителей уходила в сад. Никогда не помогала по хозяйству, объясняя это тем, что у нее болят руки. Родители фактически содержали ее все время. Много курила, часто "от тоски" употребляла алкоголь, пробовала наркотики. С первым партнером прожила несколько дней, стала испытывать к нему "неприязнь за его пассивность, зависимость, внутреннюю трусость", "вызывала у него садистские чувства, так как оставалась за гранью его воздействия". Ходила по ресторанам, "чтобы познакомиться с умными людьми", вступала в связи с иностранцами. "Мужчинам быстро надоедала разговорами", "недолго терпели мой пылкий, темпераментный и суровый нрав". К одному из партнеров изменила отношение, когда он стал "жлобиться с ремонтом ее квартиры". Бывшим партнерам писала записки с угрозами и оскорблениями наряду с предложением вернуться, заставляла членов "группы" подкидывать их в квартиры, к одному послала "устроить погром", если он не вернется, женщинам при этом дала инструкции совершить с ним насильно половой акт. Вступала в половую связь со всеми мужчинами "группы" по очереди, давала указания, кто, с кем и когда должен вступить в половой контакт или "пожить в одной комнате, невзирая на разницу полов, без грешных мыслей", контролировала выполнение. При первом же знакомстве с одним из будущих партнеров уселась к нему при всех на колени, "чтобы не подумал плохого". Давала членам группы инструкции "грохнуть" кого-либо, что заключалось в том, что они должны были унижить и оскорбить человека как можно сильнее, при этом прямо предписывала, что нужно говорить, потом требовала отчета о выполнении. Одной из женщин приказала перессорить между собой родителей. Заставляла членов "группы" есть несъедобное и пить "озверин", если после этого была рвота, заставляла есть рвотные массы. Вслух обсуждала интимные подробности "грехов", особенно женщин. Об одном из своих партнеров всей группе в его присутствии рассказывала, что от него "исходит смрад, его тело было ей неприятно", что он "слаб в половом отношении и не давал ей полного удовлетворения", что она при близости с ним пересиливала свое отвращение, никогда не испытывала к нему влечения как к мужчине, а относилась как к сыну, что "близость с ним - это ее жертва". Одну из женщин обвиняла в том, что она "подсаживает ей женские половые органы", сказала, что будет превращать ее в собаку, замотала лицо жертвы платком, снятым с покойницы, к ногам подставила включенные пылесос и утюг, говорила, что будет пытать и выколет глаза, била пассатижами по переносице, пыталась ткнуть ими в задний проход со словами: "на тебе, ты всегда этого хотела". Жертву заставила проглотить крестик своего партнера, била по голове молотком, заставила съесть банку огурцов, светила в глаза лампой, колола иглами и двузубой вилкой в грудь, наносила удары напильником в задний проход. Сказала членам группы, что ту надо убить, труп расчленив, части завернуть в целлофановые мешки и выбросить в

туалет. Сама в расправе не участвовала. Во время убийства, когда из сарая доносились крики жертвы, требовала от партнера физической близости.

**Психически:** держится напряженно, настороженно, выражение лица печальное, сдерживает жестикуляцию. Сидит ссутулившись, на вопросы отвечает с задержкой, тихим голосом со скорбными интонациями. В то же время исподлобья наблюдает за лицом врача, часто повторяет его движения, копирует выражение лица, интонации голоса. При разговоре об отношении ее к мужчинам подчеркивает отсутствие влечения к ним, на вопрос об оргазме не дала никаких вегетативных и невербальных реакций, хотя утверждает, что испытывает его по многу раз в течение полового акта. При беседе о лесбийских отношениях мимика оживилась, заулыбалась, в голосе появились "игривые" интонации, хотя при этом называла такое поведение "омерзительным", отрицала влечение к женщинам. В ответ на вопрос врача о "радостном и печальном ощущении неизбежной любви"(из ее показаний), вспыхнула, приподнялась с места и сказала с агрессивными, "металлическими" нотками в голосе, выдвинув вперед нижнюю челюсть, что кощунственно издеваться над ней, "я сама умею издеваться не хуже вас", затем осеклась и вернулась к прежнему тону. Признает "двойственность" своего отношения к мужчинам, хотя четко объяснить, в чем она заключается, не может. Мужчин считает "слабыми по характеру" по сравнению с ней, говорит об этом с горечью, но спокойно. Женщин называет "шлюхами", "животными", которые только изображают сексуальность, а сами ничего не чувствуют, при этом голос повышается, на лице появляется выражение злобы, начинает жестикулировать. Заявила, что если бы была мужчиной, то все равно жила бы только с мальчиками, настолько женщины гадки. Брак считает "идиотизмом", хотя признается, что в подростковом возрасте мечтала о семье. Детей иметь не хочет, так как во время беременностей всегда была тошнота, рвота, "организм не хочет ребенка". Когда не знает, что ответить, на лице появляется выражение растерянности, прикладывает руку ко лбу, говорит, что частью ума находится в другом измерении и ей трудно отличить, что было и чего не было. Сказала, что не помнит, наносила ли удары жертве пассатижами в задний проход, и тут же: "а она с неграми в общегититии что только не вытворяла". При зачитывании ее показаний часто говорит: "у меня тогда было другое состояние". Отрицает, что требовала от партнера полового акта во время убийства. В отношении расчленения трупа заявила, что "видела образы, как надо сделать, чтобы убить киборга".

**Неврологически:** ослаблена конвергенция слева, рефлексy снижены, без четкой разницы.

**Соматически:** со стороны внутренних органов без видимой патологии.

**Сексологически:** отложение жира на животе и бедрах. Оволосение лобка - горизонталь. Молочные железы развиты, диаметр ареол обоих сосков 5 см. Наружные половые органы развиты правильно. Рост-156 см, длина ноги-86 см. ТИ=1,81. Окружность грудной клетки 84 см, ширина таза 27 см, ширина плеч 30 см. РЕ=92,8, ИТ=68.

**Диагноз:** вследствие установочного поведения четкая квалификация сексуального расстройства невозможна, предположительно - садизм. Полоролевая трансформация. Латентная гомосексуальность.

**Обоснование диагноза:** в психическом статусе установочное поведение, о чем говорит сдерживание жестикуляции, отрицание или уклонение от объяснения фактов, могущих повредить испытуемой. Обращает на себя внимание выраженная имитативность невербального поведения и высокий уровень различения эмоциональных нюансов по интонации, аффективное реагирование, что говорит о сохранности эмоциональной сферы.

В пользу предположения о наличии у испытуемой садизма говорит использование сексуальности как инструмента для установления иерархических отношений со стремлением к доминирующей роли в них, использование всевозможных видов унижения, наконец, прямой факт - сексуальное возбуждение в момент убийства.

О полоролевой трансформации говорит предпочтение мужской референтной группы, использование одежды противоположного пола, специфические игровые интересы, негативное отношение к телесному облику и физиологическим процессам, свойственным женщинам в подростковом возрасте, отрицательное отношение к социальной роли женщины (брак). Поверхностное усвоение женской половой роли проявляется в увеличении количества сексуальных партнеров, что может расцениваться в плане компенсации и как элемент гиперролевого поведения.

По анамнестическим данным видно, что и мужская половая роль усвоена поверхностно: пила, курила, общалась с ворами и наркоманами - все эти особенности поведения могут быть истолкованы как элементы гиперролевого поведения вследствие компенсации "недостаточной" маскулинности.

При анализе структуры либидо выявляется редукция его платонического и эротического компонентов. Сексуальное либидо внешне вроде бы направлено на мужчин, однако даже оргазм (если он вообще был) при гетеросексуальной близости вызывает отвращение, ощущение унижения, зависимости от мужчины. Сама испытуемая подчеркивает, что идет на сексуальный контакт только для удержания мужчины возле себя, а желаемая ей цель общения с мужчинами - "духовная близость", что говорит о том, что мужчины для нее - референтная группа в полоролевом смысле, а не объект сексуального влечения. Явно положительная эмоциональная окрашенность высказываний о лесбийских отношениях в сочетании с содержательным осуждением их (симультанная инконгруэнтность) позволяет предположить наличие внутриспсихического конфликта в этом плане. Этот факт в сочетании с тем, что наиболее изощренные садистские действия, включая символические сексуальные (удары пассатижами и напильником в задний проход), направлены на женщин, позволяет предполагать латентную гомосексуальность.

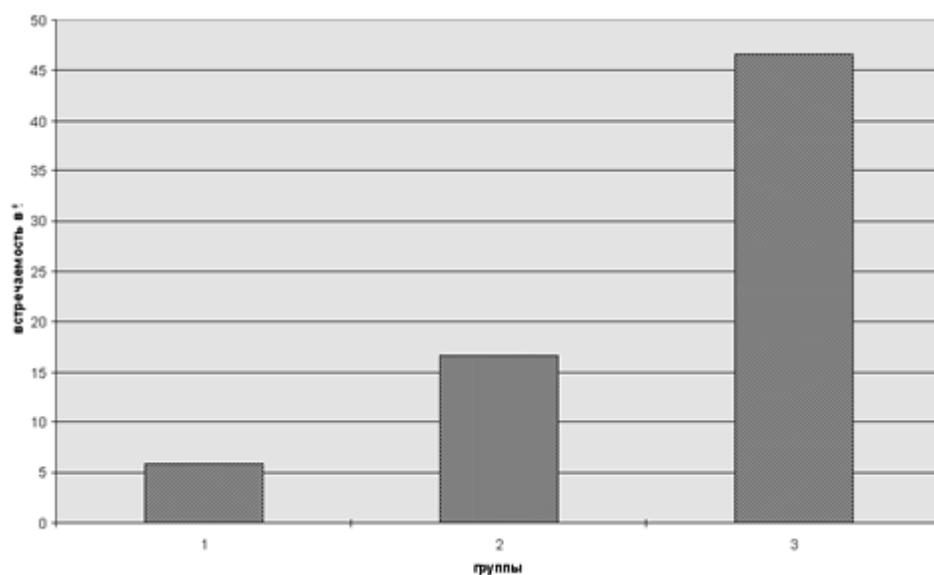
На базе описанных выше феноменов была создана шкала расстройств половой идентичности. Проведенное обследование с помощью этой шкалы 102 школьников в возрасте 16-17 лет позволило провести сравнение трех групп: нормативной, лиц с аномальным сексуальным поведением без признаков аномалий сексуального влечения (52 чел.) и лиц с парафилиями (81 чел.).

Интересно, что только в контрольной группе встретился такой феномен отрицательного отношения к физиологическим проявлениям своего пола, как обморок при первой эякуляции с последующим развитием страха перед семяизвержением.

Статистически достоверные различия ( $p < 0,01$ ) обнаружены по следующим параметрам (везде в последующих диаграммах 1 - нормативная группа, 2 - лица без парафилий, 3 - лица с парафилиями):

*1) психологическая неудовлетворенность в нормативных сексуальных контактах, несмотря на возможность физиологических реакций*

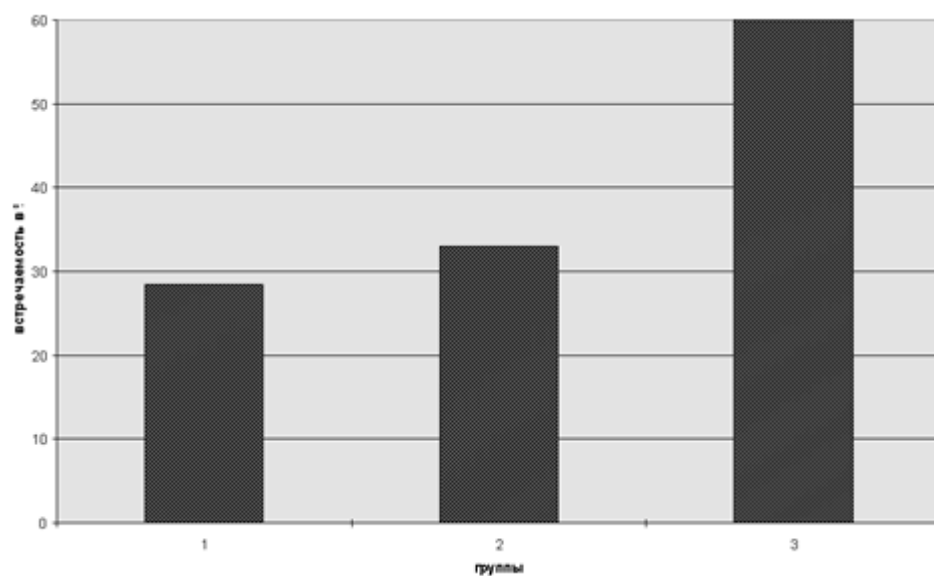
Рис.3.4. Отсутствие психологического удовлетворения



Как видно из диаграммы, различия нарастают от группы нормы к непарафильным и достигают максимума у лиц с парафилиями.

*2) переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола*

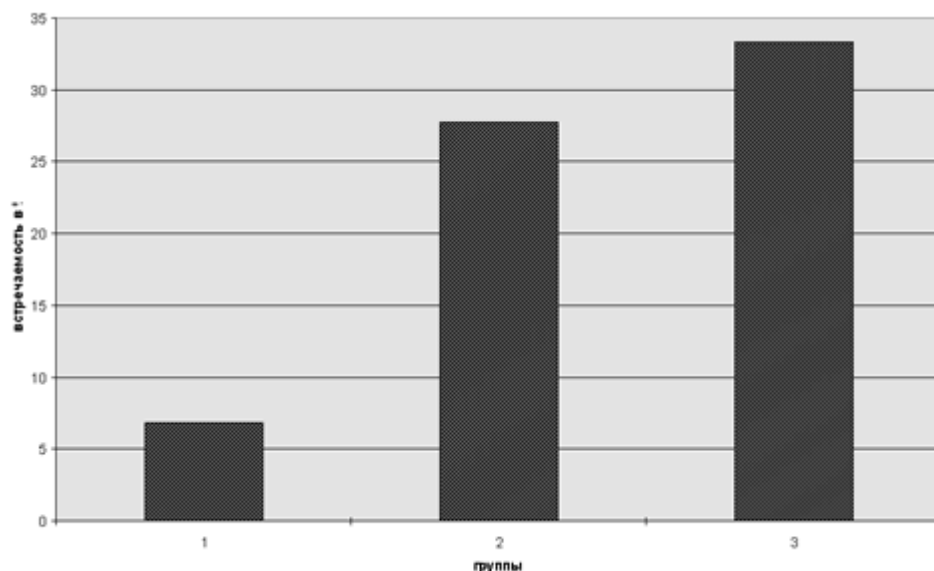
Рис.3.5. Психологический дискомфорт



Здесь разницы между группой нормы и лицами без парафилий нет, однако она значима между группами лиц с аномальным сексуальным поведением с патологией влечения и без нее.

*3) интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства*

Рис.3.6. Функциональные сексуальные расстройства



В этом случае достоверна разница между группой нормы и лицами с аномальным сексуальным поведением.

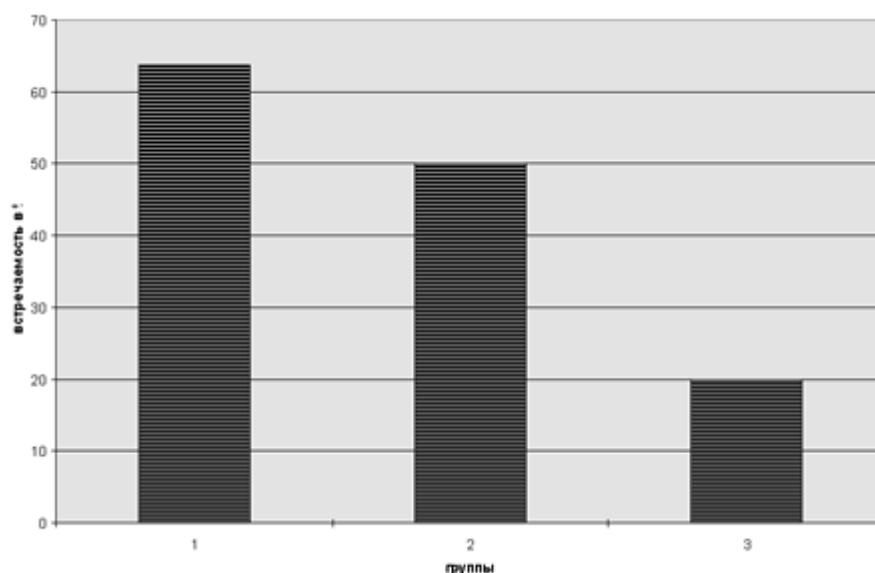
Однако по некоторым параметрам обнаружено значительное сходство между лицами с парафилиями и нормативной группой с одновременным статистически значимым отличием от группы лиц без парафилий:

- 1) предпочтение игровой деятельности в группе противоположного пола;
- 2) негативное восприятие телесного облика;
- 3) негативное или амбивалентное отношение к представителям противоположного пола.

И, наконец, ряд феноменов встречался достоверно чаще в группе нормы:

1. смешанный характер игровой деятельности;
2. предпочтение интересов и увлечений, свойственных в данной культуре противоположной половой роли;

Рис.3.7. Инверсия ролевых увлечений



В этом случае можно видеть снижение частоты встречаемости этого феномена от нормативной группы до лиц с парафилиями;

3) элементы гиперролевого поведения;

4. предпочтение общения с женщинами.

При интерпретации полученных данных следует учитывать специфичность выбранной нормативной группы по возрасту (пубертат). Наличие сходства между ней и группой лиц с парафилиями говорит прежде всего о значительном удельном весе задержки развития у последних. Разница между этими группами по показателю отсутствия психологической удовлетворенности в нормативных сексуальных контактах свидетельствует о высокой степени патогномичности данного феномена для аномалий сексуального влечения. Интермиттирующие сексуальные расстройства связаны, очевидно, с выраженностью расстройств половой идентичности вообще. Наконец, причина преобладания ряда феноменов в группе пубертата, по-видимому, может объясняться по-разному: преобладание гиперролевого поведения и предпочтение интересов и увлечений, свойственных в данной культуре другой половой роли, отражает вариативность становления половой роли в пубертате в норме с учетом культурально обусловленного отхода от традиционных полоролевых представлений, а предпочтение общения с женщинами, кроме культуральных сдвигов, в группе нормы, возможно, связано также с достаточно высоким удельным весом задержки пубертатного развития. Интересная динамика снижения частоты встречаемости феномена предпочтения интересов и увлечений, свойственных другой половой роли от нормы до парафилий позволяет предположить заместительный характер парафильного поведения (см. главу 8).

Отдельно изучалась взаимосвязь между степенью выраженности расстройств половой идентичности и частотой встречаемости аномалий сексуального влечения. Тяжесть нарушения половой идентичности проводилась путем вычисления общего интегративного показателя, позволяющего оценить все обнаруженные у пациента признаки. Оценка давалась на основании суммирования баллов по всем периодам с отнесением результата в одну из четырех категорий по нарастанию выраженности расстройства.

. В первую группу вошли лица, у которых не было выявлено признаков расстройства половой идентичности. Среди обследованного контингента лиц такие испытуемые

составили около 25%. Сексуальное развитие в данной группе как правило проходило своевременными темпами, изредка отмечались незначительные задержки соматосексуального и психосексуального развития. Парафилии в указанной группе встречались у 38% обследованных.

Ко второй группе были отнесены лица с незначительным искажением половой идентичности. В группе встречались гипермаскулинные формы поведения у 68,2% испытуемых, большинство из них предпочитало общение с женщинами - 59,1%, в детстве отмечалась смешанная игровая деятельность у 36,4%, предпочтение интересов и увлечений, свойственных противоположному полу - у 29,6%. В то же время для испытуемых в данной группе не было характерно отождествлять себя с персонажами другого пола, сталкиваться с непониманием и неприятием со стороны сверстников, переживать в кругу сверстников своего пола психологический дискомфорт, никогда не отмечалось психологической неудовлетворенности в гетеросексуальных контактах и не было функциональных сексуальных расстройств. Из вариантов дизонтогенеза у 47,8% отмечалась задержка сексуального развития, в 15% случаев - дисгармония пубертата. Парафилии в указанной группе встречались у 49% обследованных.

К третьей группе относились лица с выраженным расстройством половой идентичности. 90% из них имели в детстве смешанный характер игровой деятельности и у 90% в дальнейшем отмечались женские интересы и увлечения. Предпочитали общение с женщинами 83,7% обследованных, гипермаскулинное поведение выявлялось в 75,5% случаев, у 61,2% обследованных отмечались дисморфофобические переживания. У 40,8% испытуемых из этой группы отмечалась также тенденция к определенному стереотипу смены признаков: игровая деятельность в группе противоположного пола - психологический дискомфорт в группе сверстников своего пола - негативное или амбивалентное отношение к женщинам. У 57,1% лиц выявлена задержка, у 24,5% - дисгармония пубертата. Парафилии выявлены у 74% обследованных.

В четвертую группу входили лица с резко выраженным нарушением половой идентичности. В данной группе, кроме накопления уже перечисленных признаков, появлялись качественно новые, не характерные для предыдущих групп симптомы: 11,1% обследованных отождествляли себя с противоположным полом, 22,3% предпочитали атрибуты противоположного пола, часто переодевались в дамскую одежду, 33,4% негативно относились к имевшимся у них признакам своего пола (рост волос, огрубение голоса, фигура, семяизвержение, мужские гениталии), и 66,7% стремились физически походить на противоположный пол (эпиляция, употребление гормональных препаратов). Негативное отношение к женщинам отличало всех испытуемых в данной группе, треть хоть однажды испытывали отвращение при нормативных половых актах. У 49,1% отмечена задержка сексуального развития, у 33,5% выявлялась дисгармония пубертата. Парафилии в указанной группе встречались у всех обследованных.

Таким образом, частота встречаемости аномалий сексуального влечения пропорциональна тяжести расстройств половой идентичности и их развитие связано прежде всего с задержкой и дисгармонией пубертата.

#### *3.3.4.2. Клинико-психопатологическая характеристика неосознаваемого патологического варианта расстройства половой идентичности*

##### *а) невербальное поведение*



У лиц с расстройствами половой идентичности часто отмечается фемининность невербального поведения: кокетство, манерность, плавность движений с преобладанием поз и мимики над жестами, высокие интонации голоса, а также проявление симультанной инконгруэнтности - несоответствия невербального поведения вербальному: например, при беседе с испытуемым о гомосексуализме при вербальном отрицании или осуждении гомосексуальных контактов отмечается положительная эмоциональная реакция, прежде всего мимики. Все эти проявления, как правило, усиливаются в стрессовой ситуации.

Таким образом, анализ невербального поведения, в частности, таких визуальных каналов коммуникации, как поза, мимика и жест, может давать значительное количество информации о пациенте. Следует подчеркнуть, что в экспертной ситуации картина часто искажается за счет сдерживания жестикуляции, что свидетельствует о желании скрыть информацию (Самохвалов В.П., 1993). Кроме того, для обеспечения достоверности подобных наблюдений необходимо соблюдение определенных условий (объем помещения, расстояние между врачом и испытуемым и т.п. - подробно см. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П. и др., 1990). Достаточно подробный анализ визуальных каналов коммуникации возможен только при видеосъемке, что, безусловно, ограничивает применение данного метода в практике.

#### б) психический инфантилизм

При задержке пубертатного развития формируется клиническая картина психофизического инфантилизма, при асинхрониях - дисгармонического

#### в) эмоции

Можно отметить несколько особенностей эмоциональной сферы:

1) недифференцированность - больные часто затрудняются в описании собственных переживаний, иногда им трудно определить даже знак эмоционального переживания, бывшего в прошлом, причем в ранее актуальной ситуации;

2) судя по объективным сведениям, у подобных пациентов и в обыденной жизни на фоне "спокойного характера" могут наблюдаться необъяснимые для окружающих кратковременные аффекты - злоба, страх, гнев или стертые дистимии, или депрессии различной длительности ;

3) такие пациенты часто не различают особенности настроения близких людей, однако в беседе с врачом бывают способны улавливать эмоциональные нюансы - последнее зависит, очевидно, от личности и пола врача. В практике работы лаборатории неоднократно отмечались случаи, когда больные с разными врачами не только по-разному вели себя, но и по-разному описывали свои переживания;

#### г) волевые нарушения

Даже с близкими людьми в обыденной жизни могла часто проявляться неспособность коррекции или снижение контроля за поведением

#### д) сверхценность сексуальной сферы

Возможны были прямой (фиксация на сексе) и обратный ("борцы за моральную чистоту") варианты. Последний особенно характерен для паранояльных личностей, совершивших инцест;

е) эротические фантазии

Особенностями их являлись:

- 1) часто неподвижные женские фигуры без лица ("как фотографии");
- 2) сюжет половой метаморфозы - женщины превращаются в мужчин, в одном случае - в кошек (символ женщины), иногда невозможность определить пол приснившегося лица;
- 3) в подавляющем числе случаев пациент - участник не видит себя со стороны (эта способность появляется обычно позже, когда фантазии приобретают четко парафильный характер или при воспоминаниях после парафильных действий), однако при шизофрении в эротических фантазиях он может видеть себя со стороны с самого начала;

ж) особое поведение

Избегая давать ему названия, носящие интерпретативный характер ("защитное", "стратегии совладания") и т.д., просто опишем его формы:

- 1) гиперсоциальность, тщательное до карикатуры следование социальным нормам;
- 2) антисоциальность - кражи, бродяжничество;
- 3) смена социальных групп или профессий, определяющих круг общения испытуемого (например, гомосексуалисты, проститутки, бродяги, верующие); иногда даже создание микроокружения (пример-основание секты с ролью "гуру"). Подобное поведение часто производит впечатление психопатического или обусловленного хроническим психическим расстройством.

### ***3.3.5. Расстройства идентификации***

Г.Блюм (1996), анализируя роль идентификации в происхождении психических расстройств, правомерно ставит два вопроса: каков уровень осознанности этого процесса и в какой степени идентификация выполняет преимущественно адаптивные, а не защитные функции.

Первый пример осознанности процесса идентификации касается гомосексуалов, у которых самоидентификация в большинстве случаев проходит на уровне сознания, что отразил S.Schaffer (1977) в описании ее стадий. Так, он выделяет следующие стадии:

- а) от первого осознания эротического интереса до первого подозрения о своей гомосексуальности;
- б) от первого подозрения до первого гомосексуального контакта;
- в) от первого контакта до уверенности в своей гомосексуальности.

По-видимому, процесс самоидентификации правомерно рассматривать как один из аспектов становления половой идентичности. Если у большинства людей он протекает на подсознательном уровне, то у лиц с задержкой пубертатного развития, например, он может осознаваться. Авторы наблюдали случай транссексуализма у лица с тотальной задержкой пубертата, когда само понимание своего психического пола, а также полоролевых функций начало формироваться только на базе складывающегося стереотипа гомосексуального поведения. Свое самоощущение до начала сексуальных контактов испытуемый описывал своеобразно: "ни мальчик, ни девочка", само осознание конфликта между физическим и психическим полом пришло только после определенного периода гомосексуальных связей, также, как и стремление носить женскую одежду, употреблять косметику и т.п. Таким образом, в данном случае речь идет о "ретроспективном осознании", построении половой идентичности как бы в обратном порядке - от этапа психосексуальных ориентаций к половой роли и собственно идентичности.

Г.Е.Введенский (1994) считает, что самоидентификация себя как гомосексуала часто является защитной и не может быть объективным критерием направленности либидо.

Представляется, что разграничение защитной и адаптивной функций самоидентификации условно, поскольку, например, в случае гомосексуальности, она, во-первых, снимает тягостную неопределенность индивида в осознании своеобразия своего психического пола, во-вторых, как социальный ярлык, обуславливает выбор референтной группы.

От осознания процесса самоидентификации следует отличать патологическое осознание идентификации как механизма, описанное в главе 2.

Таким образом, расстройства половой идентичности являются базовыми при аномальном сексуальном поведении. Основное значение в происхождении этих нарушений имеют задержка и дисгармония пубертата. Частным случаем динамики расстройств половой идентичности является формирование парафилий.

**Аномальное сексуальное поведение (Под ред. А. А. Ткаченко, М., 1997)**

## **ГЛАВА 5**

### **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ДЕВИАНТНЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

Важную роль в разработке представлений об этиопатогенетических механизмах и закономерностях формирования сексуальных перверзий, исследовании особенностей регуляции актуальной девиантной активности играет изучение нейрофизиологических детерминант и мозговых коррелятов этих нарушений, взаимодействия мозговых функциональных систем, детерминирующих характер реализации аномального влечения, определение характера искажений церебрального и психического развития, являющихся факторами риска в отношении возникновения сексуальных девиаций.

По сравнению с животными у человека завершение сексуального развития отодвигается на более поздние этапы онтогенеза, что связано с возрастанием роли социального научения, с развитием высших отделов мозга, которые опосредуют все поведение человека, в том числе и сексуальное. Сам процесс становления сексуального поведения у человека сложен, со своими критическими периодами и обусловлен различными факторами - как биологическими, так и социальными, каждый из которых имеют

решающее значение в определенные периоды онтогенеза. Очевидно, что психосексуальное развитие непосредственно связано с церебральным онтогенезом.

При этом каждая последующая стадия этого процесса основывается на предыдущей, каждому этапу соответствует определенный критический период и если он по какой-либо причине "пропущен" или имеет место влияние каких-либо патогенных факторов, то последствия этого обычно необратимы (Кон И.С., 1989), т.е. все последующее развитие искажается.

Очевидно, для нормального формирования полоспецифических особенностей сексуального поведения, сексуальных ориентаций, становления полноценной системы регуляции сексуального поведения в рамках социально приемлемых форм его реализации необходимым условием является адекватное развитие полового самосознания, эмоционально-волевой сферы личности, должны быть сохранены системы восприятия, оценки и регуляции собственных эмоциональных и мотивационно-потребностных состояний, восприятия эмоциональной экспрессии других людей, способность к произвольной регуляции поведения на основе оценки изменений ситуации и т.д.. Не вызывает сомнения и то, что благополучие этих функций зависит от нормального развития, адекватного функционирования определенных мозговых образований и их взаимодействия.

Любая деятельность человека, в том числе и сексуальное поведение, обеспечивается работой сложной функциональной системы, связанной с интегративной деятельностью мозга, складывающейся из взаимодействия различных его структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в ее обеспечение.

Огромное значение для выяснения той роли, которую различные мозговые структуры играют в организации сексуального поведения и в формировании его аномальных форм имеет анализ данных сексуальных нарушений при локальных поражениях мозга, а также церебральных дисфункций, специфических паттернов электрофизиологической активности, коррелирующих с аномалиями сексуального поведения.

## **1. Роль различных структур мозга в регуляции сексуального поведения и**

### **его патология при очаговых поражениях мозга**

Начиная уже с самых ранних этапов индивидуального развития организма прослеживается тесное и сложное взаимодействие эндокринных систем и головного мозга. Мозговые структуры, прежде всего гипоталамус, не только дифференцируются под влиянием фетальных гормонов, но и сами могут непосредственно воздействовать как на эндокринную, так и на половую дифференцировку поведения. Можно предположить, что процесс дифференцировки нервного субстрата связан не только с гормональными воздействиями, но и с информационными процессами, связывающими организм со средой (Кон И.С., 1989).

Гипоталамус является интегратором моторных, вегетативных и эндокринных компонентов эмоционального поведения, которому передний мозг придает целенаправленный характер, именно гипоталамус передает во фронтальную кору возбуждение мотивационного характера (Симонов В.П., 1993).

Тесная связь диэнцефально-гипофизарной области с медиобазальными отделами лобной и височной долей мозга, участие в процессах нейроэндокринной регуляции объясняет ту полиморфность симптоматики, которая возникает при ее поражении. Так, наряду с эндокринно-обменной, вегетативной, собственно сексологической симптоматикой имеют место достаточно отчетливые эмоциональные нарушения (Доброхотова Т.А., 1994; Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992). Гипоталамо-гипофизарно-гонадной системе отводится важная роль в формировании сексуальной патологии и агрессивного поведения (Kula K., 1986).

Большое количество литературных данных свидетельствует о связи расстройств сексуального поведения с различными нарушениями гипоталамических структур (Симонов В.П., 1981; Бешкемпиров Е., 1988; Нохуров А., 1988; Poeck K., Pilleri G., 1965; и др.). S. Levey (1991) указывает на то, что размер одного из сегментов гипоталамуса у гомосексуальных мужчин составляет от четверти до половины такового у гетеросексуальных (цит. по *Abnormal Psychology*, 1992). Исследования на животных показывают, что при удалении аналогичного участка "самцы теряют интерес к самкам и выражают свои сексуальные интересы в мастурбации".

Наряду с гипоталамусом особого внимания заслуживают другие структуры, в том числе миндалевидный комплекс и гиппокамп.

По мнению некоторых исследователей (McLean P., 1960; Kawakami M. et al., 1968), миндалевидный комплекс отвечает за интеграцию эмоциональных выражений, характерных для сексуальной мотивации. П.В.Симонов (1993) указывает на значительную роль миндалины в системе структур, определяющих выбор поведения, ее участие в этом процессе основано на "взвешивании" конкурирующих эмоций, порожденных конкурирующими потребностями.

Миндалина является необходимым звеном для перестройки поведения в соответствии с изменившимися условиями подкрепления. Приводятся данные, свидетельствующие о важной роли миндалины в поведенческом торможении при конфликтных ситуациях. По мнению автора, система морфологических связей миндалины, наличие мощных путей к гипоталамусу, развитых путей от лобных и височных отделов коры хорошо согласуются с ее преимущественной связью с внешними, а не внутренними мотивационными стимулами. Биологическая значимость внешних объектов определяется участием системы височная кора - миндалина - латеральный гипоталамус. Важным представляется факт наличия в миндалине, как и в височной коре, нейронов, реагирующих на зоосоциальные стимулы: лица, мимику, выразительные жесты. Предполагают, что мотивационный выбор поведенческих актов обеспечивается системой связей базолатерального ядра миндалины с цингулярной и премоторной корой (Симонов П.В., 1993).

Автор приводит пример нарушения процессов принятия решения и смены стратегии поведения у больной с двусторонним поражением амигдалы. Двустороннее поражение миндалины может вызывать нарушение зрительной невербальной памяти при сохранности речи и общего интеллекта. Некоторые авторы указывают на то, что ведущим нарушением при повреждении амигдалы является нарушение мотивационного механизма выбора поведения, приобретенного в конкретной ситуации. Разрушение гипоталамо-амигдаларных связей, повреждение или раздражение самой миндалины могут приводить к нейрогуморальным сдвигам и влиять на сексуальное поведение (Вейн А.М., Соловьева А.Д., 1973; Акмаев И.Г., Каллимулина Л.Б., 1993), вплоть до появления перверзных форм (Pilleri G., 1966).

Гиппокамп является структурой, где мотивационное возбуждение сопоставляется с информацией, поступающей из внешней среды, и со следами прошлого опыта. Данная структура участвует в извлечении следов памяти под влиянием мотивационного возбуждения для использования этих следов в организации текущего поведения (Симонов П.В., 1993).

Анализируя различные нейropsychологические синдромы, А.Р.Лурия (1974) отмечал, что при поражении лимбической системы и системы гиппокампа, помимо других нарушений, могут наблюдаться и первичные расстройства влечений.

В настоящее время стало общепризнанным участие неспецифических структур мозга в соматической и эмоциональной организации сексуального поведения (Хаит Н.З., 1979). Особое место в изучении тесной связи лимбической системы с сексуальной чувствительностью у людей и особенностей нарушений сексуального поведения при повреждении этих отделов отводится исследованию височной эпилепсии (Темин П.А., Мухин К.Ю., 1989; Ellison G.M., 1982; Kolarsky A., 1967; Blumer D. 1969, Blumer D., Benson D.F., 1982; Blumer D., Walker A.E. 1967; Jones A.H., Frei D., 1979; Mitchell W. et al., 1954). Клинические проявления сексуальных нарушений, возникающих при локализации очага в височных долях, достаточно разнообразны: могут наблюдаться как гипо-, так и гиперсексуальность, пароксизмы оргазма, собственно аномалии сексуального поведения.

Имеются сообщения (Ellison G.M., 1982, Hooshmand M.D., Brailey B.U., 1969), что девиантная сексуальная активность при височной эпилепсии входит в структуру эпилептического приступа и носит характер психомоторных автоматизмов, что наиболее характерно для эксгибиционизма. S. Spenser с соавторами (1983), описав сексуальные автоматизмы при лобной эпилепсии, пришел к выводу, что при сексуальной ауре с оргазмом эпилептоидный очаг чаще локализован в лимбической системе передних височных отделов, а при сексуальных автоматизмах - в лимбических отделах лобных долей. На основе ряда клинических и ЭЭГ-данных у больных эпилепсией с сексуальными нарушениями очаг патологической активности установлен в правом полушарии головного мозга (Remillard J.M. et al. 1983, Tucker A. et al. 1984). Приводятся данные о наличии определенных морфологических изменений, так, при садистических формах расстройств влечений в 3 раза чаще, чем при неагрессивных, наблюдается расширение правого височного рога (Langevin R. et al., 1988).

Передним отделам головного мозга традиционно отводится важная роль в организации поведения, осуществлении программирования и контроля за протеканием деятельности, обеспечении избирательности и целенаправленности психических процессов, они непосредственно участвуют в механизмах эмоциональной саморегуляции, мотивационных процессах и т.д.

Эмоциональные нарушения в большей степени связаны с поражением медиобазальных отделов лобных долей. При этом в значительной степени страдает именно наиболее высокий личностный уровень эмоциональной сферы (Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992), авторы указывают на то, что пересечение связей лобных долей коры головного мозга с передними базально-медиальными структурами ведет к выраженным эмоционально-личностным нарушениям. Так, двустороннее разрушение базальных отделов лобных долей ведет к облегчению возникновения реакций ярости, что можно объяснить высвобождением "центра ярости" в заднем гипоталамусе в связи с дефицитом тормозных влияний со стороны передних отделов (Fulton J.F., 1951 - цит. по Хомской Е.Д., Батовой Н.Я., 1992). При поражении лобных долей наиболее часто наблюдаются сужение диапазона эмоциональных реакций, недифференцированность эмоций, явления

анозогнозии (Доброхотова Т.А., 1974), нарушение способности к формированию мотивов (прежде всего социально значимых), нарушение контроля и самоконтроля, критики (Лурия А.Р., 1984). Существуют данные о преимущественном участии дорзолатеральных отделов лобных долей в информационной системе образований мозга, а медиобазальных - в мотивационной системе (Симонов В.П., 1993). А.Р.Лурия (1973) отмечает важную роль медиальных отделов не только в регуляции тонуса коры, но и в регуляции влечений и аффективной жизни.

Достаточно часто нарушения сексуального поведения встречаются при поражении глубинных структур передних отделов мозга. У больных с базально-лобными поражениями расстройства поведения в грубых случаях могут сопровождаться расторможенностью низших влечений в сочетании со снижением истинной активности и выступать на фоне аспонтанности (Доброхотова Т.А., 1974). Ярким примером может служить наблюдение, описанное Lesniak et al. (цитируется по Flor-Henry P., 1991). У мужчины в возрасте между 56 и 60 годами появились сексуальные отклонения в виде инцестной педофилии, гетеро- и гомосексуальной педофилии, содомии, мазохизма, садизма, копролалии и эксгибиционизма. В течение четырех лет его статус изменился от расторможенной эйфории до импульсивной агрессивности. Впоследствии у него была обнаружена опухоль глубинных структур правой лобной доли.

Существуют представления о том, что корковые отделы полушарий головного мозга имеют тесные функциональные связи с различными образованиями срединных структур: правое полушарие - с диэнцефальным отделом, левое - с активирующими отделами ствола (Каменская В.М., Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1976). На основе анализа клинических и экспериментальных данных, описанных в литературе и полученных в собственных исследованиях, Е.Д. Хомская и Н.Я. Батова (1992) высказывают предположение об особой роли правого полушария в восприятии и выражении эмоций в целостном эмоциональном реагировании, о наличии некой первичной "эмоциональности" правого полушария, особого правостороннего эмоционального модуса переработки информации, отличного от более когнитивного левостороннего. Правое полушарие отвечает за регуляцию внутренней среды, гомеостаза (Логинов А.А., 1979) и участвует в формировании адаптивно-поведенческих способностей (Reeves W., 1983).

## **5.2 Особенности функционального состояния и взаимодействия мозговых**

### **структур у лиц с аномальным сексуальным поведением**

По мнению многих авторов, органический фактор является обязательным этиопатогенетическим звеном в механизме формирования девиаций сексуального поведения и основное патологическое воздействие приходится именно на тот этап онтогенеза, когда еще не закончено биологическое созревание как морфологических структур, так и механизмов функционирования мозга (Ковалев В.В., 1985; Имелинский К., 1986; Money J., 1990; и др.)

Характер этих нарушений, преломляя весь ход церебрального развития, не может не находить своего отражения в актуальном состоянии психических процессов и специфике их мозговой организации. Их выявление и анализ должны иметь решающее значение для изучения патогенетических механизмов формирования и регуляции аномального сексуального поведения.

Основные феноменологические характеристики сексуальных девиаций, их навязчивый, квазиобсессивный характер, часто на фоне относительной гипосексуальности, по мнению

ряда исследователей, свидетельствуют о наличии измененных лимбических механизмов, что приводит к активации кортико-лимбических структур доминантного полушария (Flor-Henry P., 1991). Автор придерживается мнения, что сексуальные девиации у мужчин связаны с изменением его функционирования и дезинтеграцией лобных межполушарных взаимодействий. По его мнению, патологическая организация нервных процессов доминантного полушария является субстратом для формирования аномальных образов при сексуальных девиациях и связана с изменением межполушарных взаимодействий, поэтому только эти патологические представления имеют высокую вероятность для инициирования оргастической реакции. При этом подчеркивается, что дисфункция одного полушария изменяет организацию и характер функционирования контрлатерального. На картине ЭЭГ у лиц с эксгибиционизмом (Flor-Henry P., 1991) отмечается изменение передне-задних и межполушарных фазовых отношений и чрезвычайно высокая активность лобных отделов правого полушария. При этом основной паттерн когерентности дизрегуляторных изменений характеризуется внутриволновым взаимодействием доминантного полушария, определенными изменениями электрофизиологической активности правого полушария (фронтальные отведения) и дезинтеграцией межполушарных взаимоотношений.

Другими исследователями отмечается повышение межполушарной когерентности в височных областях, что может быть связано с изменением в этих зонах корково-подкорковых отношений и снижением степени относительной автономности деятельности корковых нейронных систем разных полушарий мозга, и снижение МКОГ по сравнению с нормой в лобных и центральных областях, что, возможно, связано с их относительной дезинтеграцией, вместе с этим отмечается относительное повышение активационных влияний в центральных и лобных областях правого полушария (Елисеев А.В., Ткаченко А.А., Куниковский Ю.И., 1996). Более подробно данные этого исследования рассмотрены в главе 6.

В ряде исследований лиц с девиантным сексуальным поведением с использованием различных нейропсихологических и нейролингвистических методов были получены данные, свидетельствующие о недостаточности у этих испытуемых функций лобных и височных отделов с выраженным левополушарным акцентом (Yeudall L.T. et al., 1986; Baker L., 1985; Langevin R. et al., 1989; Lang R. et al., 1989; Hucker S. et al., 1986).

Определенные отличия между гетеросексуалами и гомосексуалистами наблюдаются и в выполнении ряда когнитивных тестов (Кимура Д., 1992). В результате нейропсихологического исследования этого контингента были выявлены специфические нарушения психических функций, близкие к наблюдаемым при недостаточности структур правого полушария головного мозга. Отмечались односторонние (в левой руке) дефекты сложных видов чувствительности, праксиса и левостороннее игнорирование; невозможность удержания заданного порядка и пространственной ориентации эталонных стимулов при запоминании; трудности оценки и манипулирования с объектами, несущими отрицательную эмоциональную окраску; специфические ошибки в счете; облегченное отношение к заболеванию (Беляева В.В., Семенович А.В., Адигамов М.М., 1992).

Другим фактом, описанным в литературе, является определенное накопление факторов моторного левшества у лиц с девиантным сексуальным поведением (Springer S., Deutsch G., 1983; и др.), среди гомосексуальных лиц (McCormic C. et al., 1990), у транссексуалов (Oriebeke I et al., 1991), что может быть отражением глубоких изменений функциональной организации мозга, характеризующихся диффузностью и относительной разобщенностью полушарий (Семенович А.В., 1991).



Причиной возникновения таких изменений, по мнению ряда авторов, могут быть наследственная предрасположенность, наиболее вероятная при наличии левшества в роду, или искажение церебрального развития вследствие воздействия различных вредностей в пренатальном и раннем постнатальном периодах (Bakan P., 1973; и др. - цит. по Семенович А.В., 1991), в том числе и гормональных сдвигов (Springer S., Deutsch G., 1983; Herron I., 1980).

М. Kisbourne (1980) высказал предположение, что изменение функциональной асимметрии является следствием специфического распределения кортикальной активации в связи с нарушением асимметричного активирующего влияния со стороны стволовых структур.

При этом в результате нарушенного или атипичного цереброгенеза в сочетании с диффузностью и разобщенностью полушарий может иметь место ряд особенностей, наиболее интересных в контексте данного исследования. Речь идет о специфическом изменении реципрокного взаимодействия мозговых гемисфер, при котором ослабевает ингибирующее влияние левого полушария на правое, характерное для "правшеской нормы" (Corballis M., 1979; Семенович А.В., 1991).

Другим важным следствием изменений мозговой организации психических функций являются не характерные для правшей увеличение и элиминация функциональной дистанции между мозговыми факторами (Семенович А.В., 1991), что приводит к необычному взаимодействию не связанных в норме факторов и рассогласованию обычно взаимодействующих.

Таким образом, в литературе приводится множество фактов поражений различных структур мозга, которые в той или иной степени приводят к изменению нормального формирования и реализации сексуальных функций и сексуального поведения, имеются сведения об определенной специфике функционирования мозга и церебральной организации психических процессов у лиц с девиантным сексуальным поведением, а также свидетельства дизонтогенетической обусловленности и регрессивного характера подобных нарушений.

Однако существующие данные в большинстве случаев не дают целостного представления об особенностях протекания психических процессов и их церебральной организации, о состоянии функциональных систем и мозговых факторов, которое могло бы быть положено в основу концептуальных моделей формирования и регуляции аномального сексуального поведения на уровне интегративной деятельности мозга.

Помимо рассмотрения данных о сексуальных нарушениях при поражении различных структур и систем головного мозга ценным материалом для выработки представлений о церебральных механизмах сексуальных девиаций является анализ основных клинико-психопатологических феноменов аномального сексуального поведения.

### **3. Клинико-психопатологическая феноменология парафильного**

**поведения и функционирование определенных мозговых систем**

Феноменология подобных расстройств раскрывает широкий спектр аффективных и когнитивных нарушений, многие из которых являются характерными чертами актуальной девиантной активности.

В литературе имеются некоторые данные, позволяющие провести определенные параллели между клиническими феноменами аномального сексуального поведения и особенностями функционирования мозговых систем, функциональной асимметрией мозга. Выделяют ряд основных клинических феноменов, встречающихся у лиц с парафилиями (см. главу 2), каждый из которых позволяет выдвинуть гипотезы о характере нарушений мозговой деятельности при парафилиях.

Так, реализация аномального сексуального поведения часто протекает на фоне измененного сознания, что проявляется в виде особых трансовых состояний, экстатического, аффективного сужения и т.п.. Важным моментом является регрессивный характер девиантной активности, заключающийся в актуализации филогенетически более древних форм и онтогенетически более ранних стереотипов поведения (см. главу 2). J.Grinder, R.Bandler (1978) связывают развитие трансовых состояний с деятельностью недоминантного (правого) полушария, которая, в частности, проявляется в появлении визуальной репрезентации (зрительных образов) и произвольных движениях левой половины тела.

Одним из основных критериев девиантного сексуального поведения является его стереотипный, клишированный характер, что связано с негибкостью реализуемых готовых программ действий, определенной автономностью поведения от изменяющихся условий внешней ситуации. С позиции классической нейропсихологии функционирование лобных долей мозга, прежде всего конвекситальных отделов, связывается с пластичностью поведения, его произвольной регуляцией, с программированием и контролем за деятельностью в соответствии с изменяющимися условиями окружения (А.Р.Лурия, 1969, 1973; Е.Д.Хомская, 1972, 1987; К.Прибрам, 1966). Вместе с тем существует мнение, что актуализация закрепленных автоматизированных, произвольных действий на основе сложившихся программ связана с деятельностью правого полушария головного мозга, тогда как левое полушарие ответственно за реализацию произвольной деятельности, построение новых программ поведения в динамичной внешней среде. Так, при всех видах психической деятельности ее новизна сопровождается преимущественной активацией лобных областей левого полушария, а по мере перехода к привычным операциям начинают преобладать задние отделы правого полушария (Симонов П.В., 1993).

Одним из вариантов искажения уровневой структуры действия (Н.А.Бернштейн, 1966) Г.В.Залевский (1993) считает феномен, при котором средства сращиваются с целью и подавляют ее, выбираются привычные, автоматизированные, ранее эффективные средства. В этом случае фиксированным элементом структуры действия выступает уровень средств. В психопатологии это проявляется в виде стереотипных действий. По мнению Т.Д.Лоскутовой (1982), при смещении мотива на цель, что является характерным для случаев, когда сама стереотипная активность (например, сексуальная) становится целью поведения, наблюдается относительное усиление функций левого полушария (височной и нижнетеменной зон).

Анализируя возможное нарушение отношений между уровнями действия, Г.В.Залевский (1993) описывает вариант, когда уровень цели, трансформируясь, опускается до уровня средств, как бы подменяя его. Цель в этом случае выступает как фиксированный элемент структуры действия, становится самоцелью. Эта структура может упрощаться - от

перебора многих средств при одной цели до отношения: одна цель - одно средство (сверхценные идеи, аддиктивное поведение).

При поражении правого миндалевидного комплекса и гиппокампа (т.е. при сохранных левых) отмечается преобладание мотивации, направленной на достижение и обладание целевым объектом - в отличие от сохранения и удержания при поражении левых аналогичных структур (Мадорский С.В., 1982), что может служить основой для возникновения сверхценности.

Неотъемлемым элементом психопатологии парафилий является патологическое фантазирование, которое будучи потоком образов, по-видимому, связано с механизмами симультанной обработки информации (правое полушарие).

Важным критерием аномальности парафильного поведения являются: насильственность девиантных переживаний и побуждений, носящих характер неодолимости, фиксация на определенных эмоциональных состояниях, достижение которых осуществляется стереотипным способом. По данным В.М. Смирнова (1976), подобное переживание отчуждения, насильственности характерно для артифициальных психических состояний, возникающих при электростимуляции ряда подкорковых образований. Автор описывает эмоционально-мотивационные состояния при стимуляции структур лимбической системы, диэнцефальных структур, которые характеризовались эмоционально-напряженной целенаправленной активностью и снижением контроля со стороны личности, открыто проявлялись элементы полового, агрессивного, оборонительного поведения, которые в нормальном состоянии подавлялись.

По мнению В.М.Смирнова (1976), продолжительные артифициальные состояния, характеризующиеся переживанием неуправляемости, произвольности текущих психических процессов, по сути являются сложными психическими автоматизмами, в основе которых лежит временная дезорганизация механизмов саморегуляции мозга, поддерживающих стабильность режимов его работы. Возможность актуализации подобных феноменов обусловлена наличием или созданием условий для относительно изолированной активности определенных мозговых структур, функциональных систем, которая реализуется вне целостной деятельности мозга по обработке текущей информации и формированию адаптивного поведения и приводит к его дезорганизации и реорганизации.

Как известно, переживание насильственности, чуждости, неодолимости девиантных побуждений в сочетании с борьбой мотивов характерно для эгодистонических форм парафилии. Однако по мере развития перверзного синдрома, на более поздних стадиях формирования парафилии нередко наблюдается переход к эгосинтонической форме. Возможно, что механизм этих изменений аналогичен динамике отношения к явлениям сенсорного психического автоматизма, описанной в работе В.М.Смирнова (1976). Так, автор отмечает, что при многократных появлениях одного и того же феномена он может оцениваться и интерпретироваться на различных уровнях психической деятельности. С помощью категоризации происходит постепенное "присвоение" личностью ранее чуждого ей феномена. При этом переживания неуправляемости, насильственности данного психического автоматизма отходят на второй план, игнорируются личностью, а преобразованный феномен включается в психическую деятельность и приобретает некоторое сигнальное значение.

Значительное место в клинике парафилии занимают расстройства и искажения восприятия, в ряду которых выделяют феномены дереализации, деперсонификации,

пароксизмальное изменение восприятия пространства и времени, феномены " уже виденного" и " никогда не виденного" . Данные нарушения часто наблюдаются при очаговой патологии правого полушария, при правосторонней височной локализации эпилептогенной активности и значительно реже - при поражении левого полушария (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., 1977, 1993). Авторами было высказано предположение, что наличие дереализационно-деперсонализационных феноменов связано с внезапным выключением аффективного тонуса, исчезновением эмоциональной окраски восприятия самого себя и окружающего мира.

Следует отметить, что для лиц с парафилией характерны определенное искажение восприятия, эмоциональной экспрессии другого, трудности определения возраста и даже пола объекта, адекватной интерпретации переживаний жертвы. Известно, что функции лицевого гнозиса, восприятия эмоционального выражения тесно связаны с деятельностью правого полушария (Лурия А.Р., 1969,1973; Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992; Деглин В.Л., 1996; и др.). Здесь же необходимо сказать о частой встречаемости у лиц с парафилией дисморфофобических, дисморфоманических переживаний, что может быть связано с определенными искажениями в сфере соматогнозиса. Следует отметить, что сохранность систем восприятия собственного тела и адекватное их развитие на ранних этапах онтогенеза, по-видимому, являются критически важными для становления полового самосознания, а соответственно и всего последующего психосексуального развития. Феномены нарушения " схемы тела" , соматоагнозии и анозогнозии возникают, как правило, при различных поражениях таламо-париетальной системы, чаще правого полушария, при этом в механизмах реализации этих синдромов важное значение имеют и общечеребральные факторы (Смирнов В.М., 1976). Так , часто наблюдаемая диффузная дезорганизация мозговых ритмов свидетельствует о массивных патологических сдвигах в головном мозге, распространенная пароксизмальная активность - о нарушении в сфере подкорково-корковых взаимодействий, а резкая межполушарная асимметрия - о диссоциации парной работы полушарий. Симптомы нарушения схемы тела наблюдаются чаще при поражениях правого полушария и коррелируют с левым перцептуальным пространством, причем больше у мужчин, чем у женщин (Fischer S., Greenberg K., 1979).

В основе деперсонификации, возможно, также лежат когнитивные нарушения, прежде всего восприятия (неразличение эмоций, о котором говорилось выше). Описаны затруднения в определении пола и возраста объекта у гомосексуальных лиц (Кудрявцев И.А., Симоненкова М.Б., Дозорцева Е.Г., 1990).

У лиц с парафилиями выявляются также феномены сплавления эмоций и переживаний, отношение которых в норме носит реципрокный характер, возникновение не существующих в норме стимульно-реактивных связей. Подобные феномены могут быть связаны с особенностями мозговой организации психических функций, при которых возникает элиминация расстояния между невзаимодействующими в норме мозговыми факторами (Семенович А.В., 1991).

Наряду с этим имеют место и несоответствие между вегетативной основой и субъективным переживанием эмоций, рассогласование психосенсорных и психомоторных компонентов, что может быть связано с определенной автономностью мозговых факторов, функционально связанных в норме. Характерно наличие трудностей вербального описания собственных эмоциональных состояний. Некоторые авторы полагают, что в основе алекситимии лежит недостаточность межполушарных взаимодействий (Garran E. с соавт., 1996).

Ряд исследований указывает на преобладание у большинства лиц с аномальным сексуальным поведением в структуре аффективных нарушений дистимических, субдепрессивных, генерализованных тревожных расстройств, иногда сочетающихся с дисфориями (Смирнова Л.К., Ушакова И.М., Николаева Т.Н., 1991; Coleman E. et al., 1992). Как известно, наличие подобных нарушений может быть связано с патологически повышенной активацией правого полушария или же недостаточной активацией левого, наиболее важным фактом является наличие при расстройствах депрессивного характера определенного дисбаланса в степени активации полушарий, с преобладанием правого полушария и некоторым общим снижением активации обеих полушарий по сравнению с нормой (Деглин В.Л., 1996).

Анализ клинико-психопатологической феноменологии парафилии в сопоставлении с наблюдениями подобных феноменов в клинике локальных поражений позволяет предположить, что их наличие обусловлено дисфункциональным состоянием преимущественно правополушарных структур, прежде всего височных и лобных отделов коры во взаимодействии с подкорковыми образованиями и определенным дефицитом межполушарных взаимодействий.

#### **5.4 Развитие сексуальности, половой диморфизм и церебральный онтогенез**

Процесс полового диморфизма включает в себя этапы генетической, гормональной, морфологической, поведенческой и психологической дифференцировки и в конечном итоге определяет половое самосознание, выбор половой роли, психосексуальные ориентации индивида. Одной из важнейших составляющих формирования пола является дифференцировка нервных путей, определенных отделов мозга, регулирующих половые различия в поведении.

Важным представляется и тот факт, что мозг, в отличие от репродуктивных органов, дифференцировка которых альтернативна, бипотенциален, т.е. имеет возможность программирования поведения как по мужскому, так и по женскому типу. Так, в исследованиях на животных было отмечено, что самцы, лишённые в период половой дифференцировки мозга адекватных андрогенных влияний, в зрелом возрасте демонстрировали поведение, характерное для самок (Резников А.Г., 1982).

Существуют предположения, что "центр" мужского полового поведения расположен в правом, а женского - в левом гипоталамусе (Филипов Б.Е., 1992). При этом имеют место две реципрокные нейрофизиологические системы - маскулинная и фемининная, одна из которых находится в активном, а другая в ингибированном состоянии (Dorner C., 1978). Однако надо ясно понимать, что центры полового поведения, локализованные, по мнению авторов, в гипоталамусе, являются лишь одним из звеньев многоуровневой функциональной системы, и наиболее сложные формы поведения, в том числе и сексуального, обеспечиваются интегративной деятельностью мозга, работающего в режиме сложного взаимодействия различных структур.

В литературе имеются данные о функциональных и анатомических различиях мужского и женского мозга. Очевидно, что эти особенности мозговой организации неизбежно должны отражаться на протекании психических процессов. Так, мужчины обычно лучше женщин справляются с заданиями, требующими пространственной ориентировки, координации и точности движений (в пробах с прицеливанием), математических рассуждений, тогда как у женщин лучше развиты речевые способности, тонкие инструментальные движения кистей рук и способности, связанные с идентификацией сходных предметов (McGlone J., 1980; Блум Ф. с соавт. 1988; Каган В.Е., 1991; Кимура Д., 1992; и др.). Данные

исследования нарушения психических функций у мужчин и женщин при одной и той же локализации очага поражения позволяют предположить существование определенных различий как в межполушарной, так и внутриполушарной организации функций. L. Womack (1980) считает, что у мужчин основные факторы вербальных, зрительно-пространственных и математических способностей более автономны, чем у женщин. R. Sperry (1966) выдвигает предположение о меньшей степени латеральной специализации женского мозга и о большем количестве связей между полушариями, что подтверждается данными о различиях в размерах мозолистого тела (его заднего отдела) между мужчинами и женщинами (М-К. де Лакост, 1982 - цит. по Кимура Д., 1992).

Вследствие пониженной специализации полушарий ряд авторов (Levy J., 1982) делают вывод о подобии женского мозга и мозга мужчины-левши. Однако существует мнение, что определенная степень функциональной амбилатеральности в этих случаях обеспечивается качественно различными факторами.

Учитывая эти данные, можно с уверенностью говорить о том, что половой диморфизм оказывает существенное влияние на особенности мозговой организации ряда высших психических функций и на степень их латерализации.

## **5.2 Объект исследования**

Было проведено комплексное нейропсихологическое исследование 68 мужчин, привлеченных к уголовной ответственности за совершение различных сексуальных правонарушений и находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в лаборатории судебной сексологии ГНЦСиСП им. В.П.Сербского.

На основании клинико-психопатологического и сексологического обследований в соответствии с критериями МКБ-10 для диагностики расстройств сексуального предпочтения (F65) в 36 случаях (группа I) было установлено наличие парафилии, у 22 испытуемых (группа II) данные расстройства отсутствовали, а у 10 - диагноз парафилии не был установлен в связи с недостаточностью клинических критериев (данные их нейропсихологического исследования были исключены из дальнейшего анализа). Таким образом, основную экспериментальную группу составили лица с верифицированным диагнозом парафилии, группу сопоставления - испытуемые без парафилии.

Кроме этого, было проведено сравнение результатов нейропсихологического исследования испытуемых с различными видами расстройств влечения, в связи с чем в рамках группы лиц с парафилией были выделены следующие подгруппы: 17 испытуемых, в девиантной активности которых доминировали агрессивно-садистические тенденции (группа лиц с садизмом), и 17 человек с неагрессивными формами парафилии, в том числе с педофилией (9) и эксгибиционизмом (8).

В рамках настоящего исследования в выборке из 50 испытуемых определялся профиль функциональной асимметрии (26 человек с парафилией и 24 - без парафилии).

На материале исследования 54 испытуемых был проведен анализ зависимости показателей, свидетельствующих о недостаточности различных нейропсихологических факторов, от изменения показателя по шкале расстройств половой идентичности (см. главу 3).

## **5.3 Методы исследования**

Адекватным подходом к исследованию особенностей мозговой организации психических процессов и состояния основных высших психических функций является комплексное нейропсихологическое исследование с использованием набора функциональных проб, направленных на изучение различных видов и уровней психической деятельности, анализ полученных данных на основе концепции системной динамической локализации функций с выделением ведущих дефицитарных факторов.

Методика основывалась на традиционной схеме нейропсихологического исследования по А.Р.Лурия (1969), с незначительными адаптациями и дополнениями.

### ***5.3.1 Методики нейропсихологического исследования***

Для оценки состояния мнестических процессов были использованы следующие стандартные пробы:

*слухоречевая память*: непосредственное и отсроченное воспроизведение серии из 6 слов; 2-х групп по 3 и по 4 слова; двух предложений; рассказов с одним и двумя смысловыми концентрами (для слухоречевой памяти в качестве гетерогенной интерференции выступают счетные операции, а в качестве гомогенной - взаимное интерферирующее влияние двух групп вербальных стимулов);

*зрительная память*: непосредственное и отсроченное воспроизведение серии из 6-ти трудновербализуемых фигур; отсроченное воспроизведение сложноорганизованной фигуры Тейлора.

Для исследования *зрительного гнозиса* использовались стандартные пробы: реальные изображения; зашумленные и наложенные изображения; изображения несуществующих животных ("химеры"); описание сюжетных и серийных картинок.

Для исследования *зрительно-пространственного гнозиса*: копирование и отсроченное воспроизведение фигуры Тейлора; перешифровка фигуры на 180 градусов; копирование и самостоятельный рисунок (куб, дом, стол); учитывался характер выполнения других проб (зрительный гнозис, зрительная память).

Исследование *движений и действий* включало пробы, направленные на оценку различных видов праксиса, в том числе: праксис поз по зрительному образцу; перенос поз с одной руки на другую; пробы на реципрокное взаимодействие; динамический праксис (воспроизведение серии движений); проба Хеда; при оценке движений и действий учитывался характер выполнения графических проб.

Для исследования *тактильных функций*: проба на локализацию прикосновений; проба для исследования "чувства Ферстера" (дермолексия).

Состояние *речевых функций* оценивалось на основе наблюдения в ходе предварительной беседы, при описании сюжетных картинок, воспроизведения рассказов и другого вербального материала, специальных стандартных проб на понимание логико-грамматических конструкций, при назывании изображений в пробах для исследования зрительного гнозиса и др. Для оценки состояния звена звукоразличения и кинестетической составляющей организации тонких артикуляторных движений дополнительно использовались повторение и письменное воспроизведение соответствующего вербального материала, учитывались наличие и характер парафазий

(литеральные парафазии: по месту и способу воспроизведения фонем; нарушение восприятия и воспроизведение оппозиционных фонем).

При исследовании *счетных операций* использовались стандартные пробы: счет от 100 по 7, от 30 с чередованием вычитаемого числа (1 и 2), решение простых арифметических задач и примеров.

Качественный анализ получаемых результатов предполагает выделение ведущих нарушений (симптомокомплексов) и учет сохранных функций. Получаемый профиль состояния основных психических процессов в сопоставлении с современными представлениями о системной локализации функций (основными данными о нарушениях при локальных поражениях мозга) позволяет в итоге говорить о дисфункциях тех или иных структур мозга, высказывать предположения о латеральных акцентах нарушений, судить о состоянии межполушарных и подкорково-корковых взаимодействий.

Определение профиля функциональной асимметрии проводилось с использованием набора методик, рекомендованных Н.Н.Брагиной, Т.А.Доброхотовой (1981,1988,1993).

Тип мануального предпочтения определялся с использованием опросника М.Аннетт (1970), динамометрии, измерения длины рук, традиционных проб на определение скрытых факторов моторного левшества (Лурия А.Р., 1969): " переплетение пальцев" , " аплодирование" , " поза Наполеона" ; пробы Чернашека, учитывался фактор наличия семейного левшества. Определение ведущей ноги осуществлялось с помощью измерения длины ног и проб " нога на ногу" и " отклонение от заданного направления" . Оценка асимметрии функции зрительного восприятия осуществлялась с использованием пробы Розенбаха (" прицеливание" ) и выявления ведущего глаза при галоскопическом предъявлении. Для определения асимметрии в слухоречевой сфере применялась методика дихотического прослушивания вербального материала (Котик Б.С., 1975).

### **1. Принципы регистрации и анализа данных и система количественной**

#### ***оценки результатов исследования***

Для регистрации и количественной оценки получаемых результатов была создана карта нейропсихологического исследования, включающая 82 параметра (пункта) соответственно оценкам состояния различных звеньев основных высших психических функций, в том числе - общих модально-неспецифических факторов и операциональных звеньев каждой исследуемой функции. Ряд параметров отражает наличие и степень выраженности определенных патологических феноменов.

1. В первом разделе карты отражены: характер общего фона настроения испытуемого, особенности эмоциональных реакций на ситуацию обследования, экспериментатора, успех/успех при выполнении экспериментальных заданий; ориентировка испытуемого в месте и времени - выявляемые в ходе предварительной клинической беседы и на основе наблюдения за испытуемым на протяжении всего исследования; оценивалось субъективное переживание (восприятие) времени на основании результатов пробы "индивидуальная минута".

2. В следующем блоке фиксировались данные, характеризующие состояние нейродинамической составляющей психических процессов: наличие и степень колебаний



внимания и работоспособности, истощаемости психических процессов, особенности темпа протекания деятельности.

3. Отдельно оценивался характер усвоения и удержания инструкции; наличие и степень выраженности патологической инертности раз возникших стереотипов.

4. Оценки состояния мнестических процессов - слухоречевой и зрительной памяти - фиксировались в соответствующих разделах карты, для которых общими являлись параметры: общая оценка непосредственного воспроизведения стимульного материала; объем непосредственного воспроизведения; оценка прочности следов в условии интерференции (гомо- и гетерогенной) - отсроченное воспроизведение; интегративная оценка избирательности следов. Представление о характере и степени дефицитарности данного механизма давал анализ нижеследующих параметров, отражающих наличие и степень выраженности патологических феноменов: (для слухоречевой памяти) нарушение воспроизведения заданного порядка предъявляемых для запоминания элементов стимульного ряда; наличие парафазий (литеральных и вербальных); контаминации двух групп предъявляемого материала; конфабуляции и привнесения (воспроизведение не предъявляемого материала); привнесения из предыдущих проб; неконтролируемое воспроизведение одного и того же элемента.

Для зрительной памяти: нарушение порядка; наличие параграфий; реверсий; контаминаций; привнесений. При исследовании слухоречевой памяти оценивалось влияние смысловой организации материала на характер запоминания. Общим для двух разделов являлся параметр динамики воспроизведения, дававший возможность зафиксировать наличие колебаний, истощаемости, плато-феномена.

5. Зрительный гнозис. В соответствующем разделе фиксировалось: наличие ошибок узнавания (парагнозии); наличие тенденции к фрагментарности восприятия (нарушение сложного симультанного синтеза)

6. Зрительно-пространственные представления. Данный раздел составляли параметры: наличие тенденции к игнорированию левой стороны перцептивного поля; состояние метрических, координатных, структурно-топологических, проекционных представлений; тип стратегии копирования фигуры Тейлора; наличие поворота фигуры Тейлора на 90 градусов; различия в воспроизведении материала правой и левой рукой.

7. Двигательные функции. Фиксировались следующие параметры: оценка мышечного тонуса; наличие тремора; пространственная составляющая движений; кинестетическая составляющая движений; динамический праксис (формирование "кинестетических мелодий"); характер (первичное или вторичное, связанное с недостаточностью одной из рук) и степень нарушения реципрокного взаимодействия; патологическая инертность раз возникших стереотипов (двигательные персеверации); тенденция к эхопраксии.

8. Тактильные функции. В карте фиксировались оценки выполнения вышеописанных проб для обеих рук.

9. Для оценки речи были введены следующие параметры: оценка фонации и модуляции; оценка интонационной составляющей; наличие и степень дизартрических нарушений; степень речевой активности; наличие тенденции к эхолалии; состояние фонематического слуха (звена звукоразличения); нарушение кинестетической составляющей тонких артикуляторных движений; нарушение серийной организации высказывания; оценка

понимания логико-грамматических конструкций (квазипространственные представления); темп речи.

10. При исследовании счетных операций отмечалось наличие различных по характеру ошибок: связанных с недостаточностью оперативной памяти и являющихся следствием колебаний внимания; с упрощением программы действий и патологической инертностью раз возникших стереотипов; обусловленных дефицитом пространственной составляющей.

Количественные значения большинства параметров, отражающих интегративную оценку состояния функции или ее звеньев, соответствовали следующей системе оценок: оценка "0" выставляется при отсутствии каких-либо нарушений; "1" - при легких нарушениях, поддающихся самостоятельной коррекции со стороны испытуемого; "2" - при средней, умеренной выраженности нарушения, значительном количестве ошибок, возможности выполнения задания лишь с подсказкой и коррекцией со стороны экспериментатора; "3" - при наличии грубых нарушений, полной невозможности перейти к адекватному выполнению задания. Основанием для выбора такой системы оценок послужили нормативные данные, а также критерии, разработанные лабораторией нейропсихологии (под руководством Л.И.Московичюте) Института Нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко. При исследовании мнестических процессов использовалась система баллов, изложенная в методических рекомендациях по количественной оценке нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных ( Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л., 1982).

К данной стандартизованной системе оценок были добавлены результаты количественного анализа частоты встречаемости различных феноменов нарушения избирательности следов памяти (парафазий, параграфий, реверсий, контаминаций, привнесений, неконтролируемого воспроизведения одного и того же элемента ) в условных единицах, отражающих наличие и степень выраженности данного феномена. Подобная система оценок использована для шкалирования степени выраженности ряда других патологических феноменов (фрагментарность восприятия, парагнозии, левостороннее игнорирование, персеверации, эхопраксии и т.д.): оценка "0" - отсутствие нарушений (феномена); оценка "1" - единичные феномены или наличие тенденции к их актуализации; оценка "2" - феномен выражен.

Пункты карты, требующие учета качественных характеристик отражаемых явлений, имели шкалы оценок, соответствующие количеству возможных или выбранных для учета альтернатив (во всех случаях оценка "0" выставлялась при отсутствии нарушений).

В ходе количественного анализа данных оценивалась частота встречаемости параметра в выборке (процент испытуемых в группе отвечающих заданному критерию); рассчитывался средний балл в процентном отношении к максимальной оценке по заданному параметру.

Для количественной оценки данных исследования профиля функциональной асимметрии рассчитывались значения: коэффициента правой руки (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981), коэффициента правого глаза и коэффициента правого уха.

Значения коэффициентов правой руки меньше -20% расценивались как доминирование левой руки, в интервале от -20% до 20% - как отсутствие преобладания какой-либо из рук (амбидекстрия) и больше 20% - как доминирование правой руки, аналогичные градации были выбраны и для значений коэффициента правого глаза; для шкалирования

показателей коэффициента правого уха были определены следующие интервалы значений: меньше -10%, от -10% до 10% и больше 10%.

Следует отметить, что приведенные в литературе градации этих коэффициентов и данные о распределении их значений в популяции (для нормы) весьма неоднозначны. Однако независимо от этого использование вышеприведенных шкал позволяет оценить соотношение степени и характера латерализации функций в выделенных экспериментальных группах.

С помощью инструментов статистической обработки данных проверялись гипотезы о наличии различий в уровнях эмпирического распределения исследуемого признака в сравниваемых выборках (на основе вероятности, соответствующей одно- и двустороннему t-критерию Стьюдента), для определения связи между признаками рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена.

## 5.4 Результаты исследования

### 1. Структура нарушений основных высших психических функций лиц с парафилией и испытуемых без расстройств влечения на основе сопоставления степени дефицита отдельных составляющих психических процессов и выраженности патологических феноменов<sup>1</sup>.

В основной экспериментальной группе (36 испытуемых с парафилией) на первый план выступали нарушения мнестических процессов с преобладанием дефицита в сфере зрительной памяти, недостаточность ряда составляющих зрительно-пространственных представлений, двигательных функций и счетных операций.

Так, в соответствии с интегративной оценкой непосредственного воспроизведения материала при исследовании *слухоречевой памяти* (рис. 5.1) нарушения составили около 38% от максимального уровня. Недостаточность различной степени выраженности была выявлена в 55,6% случаев, при этом у 39% испытуемых данное звено вербальной памяти обнаруживало значительные и грубые нарушения.

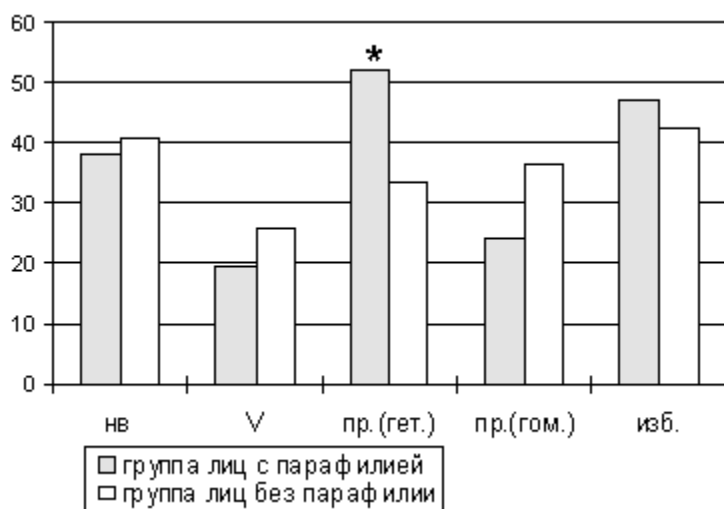


Рис. 5.1 Степень нарушения различных составляющих слухоречевой памяти у лиц с девиантным сексуальным поведением.

Примечания: нв - интегративный показатель непосредственного воспроизведения следов; V - объем непосредственного воспроизведения; пр.(гет.) - прочность следов в условиях гетерогенной интерференции; пр.(гом.) - прочность следов в условиях гомогенной интерференции; изб.- избирательность слухоречевой памяти.

\* -  $P < 0,05$

Следует отметить, что ведущим патологическим механизмом в большинстве наблюдений являлось нарушение избирательности следов (47,2%), тогда как показатель дефицита объема слухоречевой памяти составил 19,4%. Среди феноменов нарушения избирательности следов превалировали: несоблюдение заданного порядка элементов, литеральные парафазии, значительной была частота встречаемости неконтролируемого воспроизведения одного и того же слова.

Другим выражено дефицитарным звеном в сфере слухоречевой памяти оказалась прочность следов при отсроченном воспроизведении в условиях гетерогенной интерференции (52%), что явилось статистически достоверным различием при сопоставлении группы лиц с парафилией и группы без парафии, при этом патологическое влияние гомогенной интерференции в среднем по группе не превышало 24%.

Как отмечено выше, более грубые нарушения были характерны для *невербальной, зрительной памяти*. Так, интегративная оценка дефицита этой функции составила 67%. В 25 случаях из 36 (69,4%) эти нарушения достигали средней и грубой степени выраженности. Также как и в слухоречевой памяти, ведущим нарушенным звеном являлся механизм избирательности следов (55,6%), при показателях сужения объема и прочности следов соответственно 27% и 31%. Наиболее часто встречающимися феноменами нарушения избирательности следов зрительной памяти были параграфии и реверсии (в 80% и 75% случаев), у 39% и 25% испытуемых данные феномены носили множественный устойчивый характер и в большинстве наблюдений не поддавались коррекции.

Анализ профилей основной экспериментальной группы лиц с парафилией и группы сопоставления (без парафии), построенных на основе показателей средней выраженности нарушений по каждому из фиксируемых параметров, не выявляет значительных различий в структуре нарушений основных высших психических функций, однако есть ряд тонких отличий, которые могут быть рассмотрены в качестве тенденций или признаков таких фактов, которые могут быть вскрыты на другом уровне анализа.

Так, в отличие от основной группы в группе сопоставления в сфере *мнестических функций* наблюдалось несколько более выраженное нарушение слухоречевой памяти и несколько меньший дефицит зрительной памяти.

В структуре нарушения *вербальной памяти* во второй группе выше степень недостаточности объема, патологического влияния гомогенной и значительно ниже - гетерогенной интерференции ( $t'' 0,04$ ); среди феноменов нарушения избирательности следов выше показатели нарушения порядка элементов, литеральных парафазий, контаминаций групп элементов и ниже - вербальных парафазий и конфабуляций. В *зрительной памяти* наблюдалось снижение показателей нарушения объема, прочности следов, параграфий и реверсий; некоторое повышение степени нарушения порядка элементов.

Определенное преобладание дефицита невербальных когнитивных процессов в структуре нарушения высших психических функций в основной группе подтвердилось и результатами исследования *зрительно-пространственных представлений*. Анализ выполнения соответствующих функциональных проб указывал на значительную недостаточность этих процессов. Интегративная средняя оценка степени нарушения зрительно-пространственных представлений составила 57% от максимального дефекта. В 64% случаев состояние функции характеризовалось выраженной и грубой степенью нарушений. Наиболее дефицитарными в среднем по группе являлись метрические (44%) и координатные (47%) представления с некоторым преобладанием последних при относительной сохранности структурно-топологических (26%) и проекционных (29%) представлений.

При этом в данной группе все составляющие оптико-пространственных представлений были нарушены в большей степени, чем в группе лиц без парафилии.

При исследовании *зрительного гнозиса* в обеих группах в большинстве случаев не было выявлено выраженных нарушений, однако следует отметить наличие в % наблюдений лиц с парафилией некоторой тенденции к фрагментарности восприятия (недостаточность сложных симультанных синтезов) и в % - к игнорированию левой стороны перцептивного поля. В группе лиц без расстройств влечения данные феномены имели место соответственно в 40,91% и 36,36% случаев.

В сфере *двигательных функций* у испытуемых основной экспериментальной группы на первый план выступают нарушения динамического праксиса с незначительным преобладанием дефицита левой руки и реципрокного взаимодействия с превалированием выраженного первичного дефицита. При этом случаи вторичного нарушения, связанные с недостаточностью левой руки, встречались несколько чаще, чем вызванные дефицитарностью правой. В 58% наблюдений имели место трудности усвоения моторной программы в сочетании с тенденцией к патологической инертности стереотипов, в 38% можно было говорить о наличии некоторой тенденции к эхо-феноменам в двигательной сфере.

Кинестетическая составляющая движений и *тактильные функции* в большинстве случаев не обнаруживали грубых нарушений, однако по всем показателям соответствующие функциональные пробы выполнялись несколько хуже левой рукой, чем правой.

Сравнительный анализ состояния двигательных функций в рассматриваемых группах позволяет говорить о большей степени выраженности нарушений большинства составляющих у лиц с парафилией. Вместе с этим наблюдалось некоторое различие соотношения между дефицитом левой и правой рук для некоторых проб: в основной экспериментальной группе оно было чуть меньше, что связано с незначительным повышением степени дефицита правой руки. Напротив, показатели недостаточности тактильных функций чуть выше во второй группе.

Средняя степень нарушения *счетных операций* у лиц с парафилией достигала 46%. При этом у 44,12% испытуемых выполнение экспериментальных заданий было значительно нарушено, что в большинстве наблюдений связано с наличием феноменов упрощения программы действий, персевераторных ошибок и недостаточностью оперативной памяти и колебаниями внимания, реже встречались ошибки пространственного характера.

В группе сопоставления счетные операции нарушены были в меньшей степени (35%), ниже была частота персевераторных и пространственных ошибок и несколько выше показатель ошибок, связанных с дефицитом оперативной памяти.

Следует обратить внимание на ряд интегративных параметров, одним из которых является оценка состояния *нейродинамической составляющей* психических процессов. Ее недостаточность различной степени среди лиц с парафилией имела место в 88,89% случаев и наиболее часто выражалась колебаниях внимания, активности и работоспособности, флуктуациях темпа деятельности испытуемых и феноменах нарушения избирательности психических процессов, при этом признаки истинного истощения психических процессов наблюдались крайне редко. В структуре нарушения нейродинамической составляющей испытуемых без парафилии несколько меньшим был показатель колебаний внимания и незначительно выше - степень истощаемости психических процессов.

Трудности усвоения и удержания программы действий и патологическая инертность раз возникших стереотипов в первой группе достигали соответственно 26,5% и 35%, а во второй - 27,8% и 29,6%.

В *эмоциональной сфере* у 36,76% испытуемых с парафилией отмечалось наличие колебаний фона настроения, в группе сопоставления - в 52,63% случаев. В различной степени сниженное настроение имело место соответственно в 75,86% и 68,42% наблюдений, преобладание положительного фона настроения и эмоциональных реакций (в ряде случаев с некоторым оттенком эйфории) отмечалось у 24,14% испытуемых I группы и в 15,79% случаев во II группе. Для испытуемых обеих групп было характерно некоторое сужение диапазона эмоциональных реакций. Наличие неадекватных эмоциональных реакций на ситуацию исследования, на успех/неуспех в выполнении экспериментальных заданий в I группе встречалось несколько чаще (34,48% ), чем во II группе (26,32%).

Несмотря на то, что большинство приведенных выше различий между группами не достигало уровня статистической значимости (критерий Стьюдента), данный вид анализа (по средней степени выраженности нарушений *отдельных составляющих* психических процессов и патологических феноменов) позволяет обрисовать усредненную картину состояния отдельных психических процессов в исследуемых группах и указать, пусть лишь на уровне тенденций, на характер различий между ними.

Таким образом, среди лиц с парафилиями преобладали расстройства в сфере зрительной памяти и зрительно-пространственных представлений по сравнению с испытуемыми с девиантным сексуальным поведением без расстройств влечений, у которых несколько чаще наблюдались расстройства слухоречевой памяти.

Другой подход может заключаться в анализе каждого конкретного наблюдения с оценкой представленности симптоматики, патогномичной для дисфункции определенной латерализации (полушарные факторы, связанные преимущественно с деятельностью задних, теменно-височных отделов), недостаточности передних отделов головного мозга, факторов межполушарного и подкорково-коркового взаимодействия в структуре нарушения психических процессов. Это позволило бы выявить соотношение между различными нейропсихологическими факторами, а соответственно - и определенными мозговыми системами в интегративной деятельности мозга, вне зависимости от колебания степени нарушений у разных испытуемых.

#### 5.4.2 Сравнительный анализ групп на уровне макрофакторов

Для более адекватного анализа собственно церебральных факторов и особенностей мозговой организации психических процессов у испытуемых рассматриваемых групп были введены интегративные параметры: нарушения, патогномоничные для дисфункции правого полушария головного мозга (D), нарушение левополушарных факторов (S), феномены, связанные с недостаточностью подкорково-корковых взаимодействий (SC-C), межполушарных взаимодействий (IHC) и передних отделов головного мозга (F). Все они оценивались для каждого отдельного испытуемого с акцентом не на выраженности отдельных симптомов или патологических феноменов, а на их соотношении в структуре нарушений и на том, насколько полно представлен комплекс нарушений, патогномоничных для дисфункционального состояния того или иного из выделенных мозговых макрофакторов.

В результате был получен ряд фактов, свидетельствующих о статистически достоверных различиях между группами сопоставления по некоторым из введенных интегративных параметров (рис.5.2).

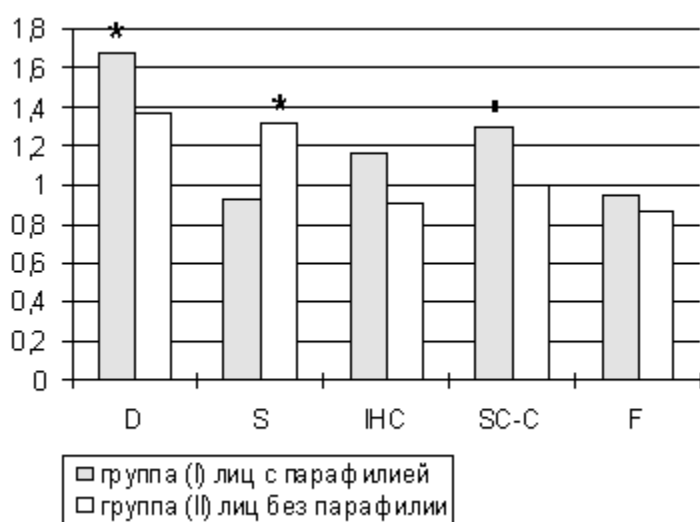


Рис. 5.2 Макрофакторы.

Примечание: \* -  $P < 0,05$  (двусторонний t-критерий); -  $P < 0,05$  (односторонний t-критерий)

Так, в группе лиц с парафилией по сравнению с группой испытуемых без расстройств влечения преобладал показатель D, соответствующий правополушарным расстройствам ( $t'' 0,04$ ) и достоверно ниже был показатель недостаточности левополушарных факторов S ( $t'' 0,04$ ). На уровне тенденции было выявлено преобладание в I группе недостаточности субкортикально-кортикальных и межполушарных взаимодействий (соответственно  $t'' 0,04$  и  $t'' 0,08$  по одностороннему t-критерию).

Таким образом, на основе полученных данных можно говорить о том, что для парафилии в целом характерна прежде всего дефицитарность правого полушария, при этом в группе лиц без парафилии не наблюдается отчетливого латерального акцента нарушений.

Однако следует отметить, что группа лиц с парафилией была весьма неоднородна, так как состояла из испытуемых с различными видами расстройств влечения. Несмотря на то, что, по мнению ряда авторов, они представляют собой различные этапы формирования единого парафильного синдрома, в рамках дизонтогенетической концепции сексуальных девиаций (Васильченко Г.С., 1990) определенные формы аномалий влечения отражают нарушения определенных стадий психосексуального развития, что позволяет предположить существование различий в этиопатогенетических механизмах формирования данных расстройств. Это, в свою очередь, может находить определенное отражение в особенностях церебрального онтогенеза, а следовательно - актуального состояния функциональных систем и мозговой организации психических процессов.

#### **5.4.3 Группы с различными видами парафилии**

Для дальнейшего анализа среди лиц с парафилией были выделены следующие подгруппы: 17 испытуемых с агрессивно-садистическими тенденциями (I.1), 17 - с неагрессивными формами расстройств влечений (I.2), среди них 9 лиц с гомо- и гетеросексуальной педофилией без агрессивных компонентов поведения (I.2.a) и 8 - с эксгибиционизмом (I.2.b). Было проведено сравнение представленности различных мозговых макрофакторов (симптомокомплексов) в структуре нарушений и средней степени выраженности отдельных параметров у различных групп испытуемых. Каждая из выделенных выше групп сопоставлялась по приведенным показателям с группой лиц без парафилии, группа лиц с садизмом (I.1) сравнивалась с группой испытуемых с неагрессивными формами расстройств влечений в целом (I.2), а также с каждой из составляющих ее подгрупп (I.2.a и I.2.b). Кроме этого, последние сравнивались между собой. Ниже приводятся результаты анализа в форме описания относительных особенностей каждой из подгрупп.

В сфере *мнестических процессов* во всех подгруппах отмечалось определенное преобладание показателей нарушения зрительной памяти над показателями недостаточности вербальной памяти, однако их величина и соотношение в различных подгруппах были неодинаковы. Так, наибольшая средняя степень нарушения слухоречевой памяти была в группе педофилии, а наименьшая - у испытуемых с эксгибиционизмом. Напротив, в зрительной памяти нарушения преобладали у последних.

Некоторые различия наблюдались и в структуре нарушений мнестических процессов, при этом общим было преобладание дефицита избирательности следов и патологического влияния гетерогенной интерференции (вербальная память).

Для *оптико-пространственных представлений* было характерно нарушение метрической и координатной составляющих, несколько меньшими эти показатели были в группе лиц с садизмом, при этом в ней чуть больше, чем в других группах, были представлены дефицит проекционных представлений и тенденция к игнорированию левой стороны перцептивного поля.

При анализе результатов исследования *двигательных функций* наибольший дефицит кинестетического фактора имел место в группе лиц с эксгибиционизмом, а наименьший - с садизмом, однако для последних было характерно несколько большее, чем в других группах нарушение, динамического праксиса.

В группе лиц с педофилией практически во всех видах праксиса и тактильных функциях отмечалось некоторое преобладание дефицита левой руки. Таковое наблюдалось и в группе лиц с садизмом при исследовании динамического праксиса, реципрокного взаимодействия и тактильных функций. В группе испытуемых с эксгибиционизмом



показатели нарушения двигательных функций для правой и левой рук были практически одинаковыми, однако при оценке (средняя степень нарушения) выполнения пробы на локализацию прикосновений несколько большим был дефицит правой руки, а в пробах на дермолексию (чувство Ферстера) рассматриваемое соотношение, также как и в других группах, характеризовалось большей недостаточностью левой руки.

Первичная недостаточность реципрокного взаимодействия в группе садистов имела место в 31,25% случаев, вторичное нарушение в связи с дефицитом правой руки наблюдалось у 12,5% испытуемых и левой у 18,3%. В группе лиц с педофилией 44,4% имели первичную недостаточность, дефицит правой руки наблюдался у одного испытуемого и в одном случае - недостаточность левой руки. У 83% испытуемых с эксгибиционизмом отмечено первичное нарушение реципрокной координации различной степени выраженности.

По показателю средней степени нарушения *счетных операций* наиболее дефицитарными таковые были в группе лиц с педофилией (47,6%) и в наименьшей степени нарушенными (43,1%) - у лиц с садизмом. При этом для первых характерно некоторое преобладание ошибок, связанных с недостаточностью оперативной памяти и колебаниями внимания (27,8%), а для вторых на первый план выступали упрощение программы действий и ошибки персевераторного характера (30,6%), у испытуемых с эксгибиционизмом данные показатели составляли соответственно 26,7% и 38,8%.

Нарушения *нейродинамической составляющей* психических процессов имели место у всех лиц с эксгибиционизмом, у 88,2% испытуемых с агрессивно-садистическим поведением и 77,8% лиц с педофилией.

#### 5.4.4 Сравнение групп с различными видами парафилии на уровне макрофакторов

В результате анализа интегративных показателей комплекса нарушений, характерных для дисфункции правого и левого полушарий (преимущественно височных и теменных структур), подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий и недостаточности передних отделов головного мозга было обнаружено, что у лиц с различными видами парафилии с разной степенью достоверности выраженность расстройств, связанных с дисфункцией правого полушария (D) (рис. 5.3), выше, чем в группе лиц без парафилии. В наибольшей степени это было характерно для лиц с

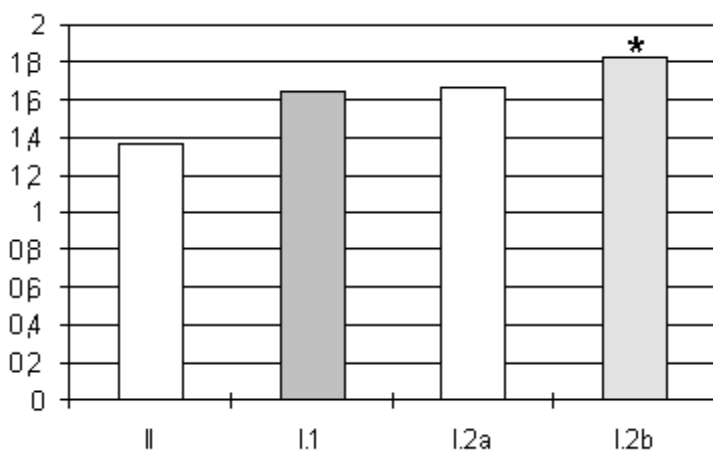


Рис. 5.3 Фактор D. Примечание: II - группа лиц без парафилии; I.1 - группа лиц с садизмом; I.2a - группа лиц с педофилией; I.2b - группа лиц с эксгибиционизмом.

\* -  $P < 0,05$

эксгибиционизмом ( $t'' 0,04$ ) и в наименьшей - для испытуемых с педофилией ( $t'' 0,08$  по одностороннему t-критерию).

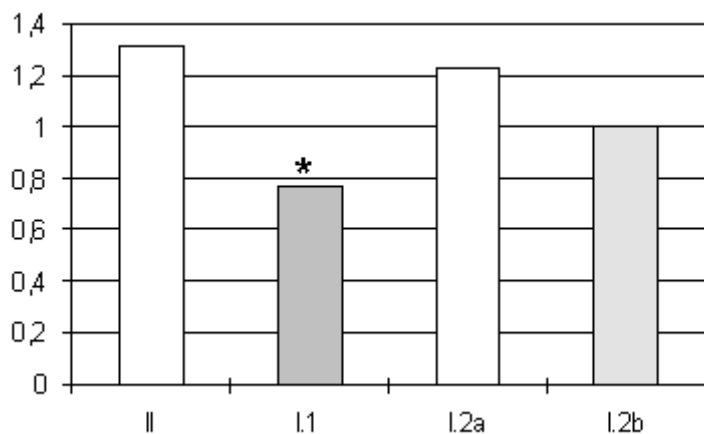


Рис. 5.4 Степень выраженности нарушений, характерных для дефицита левого полушария (Фактор S). Примечание: II - группа лиц без парафилии; I.1 - группа лиц с садизмом; I.2a - группа лиц с педофилией; I.2b - группа лиц с эксгибиционизмом.

\* -  $P < 0,05$

Наиболее выраженные различия по показателю левополушарной недостаточности (S) (рис. 5.4) были обнаружены при сопоставлении групп II и I.1, так, в последней он был достоверно ниже ( $t'' 0,02$ ). На уровне тенденции этот показатель был несколько выше в группе педофилии, чем в группе с садизмом ( $t'' 0,06$  по одностороннему t-критерию), и лица с педофилией были менее других групп отличны от лиц без расстройств влечения по показателю левополушарных расстройств (S).

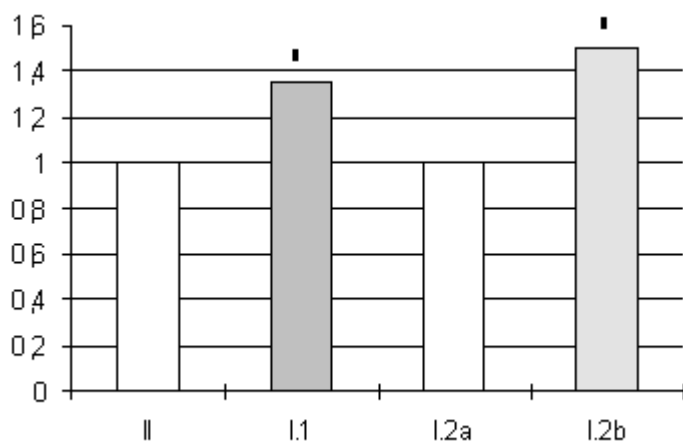


Рис. 5.5 Фактор SC-S. Примечание: II - группа лиц без парафилии; I.1 - группа лиц с садизмом; I.2a - группа лиц с педофилией; I.2b - группа лиц с эксгибиционизмом.

† -  $P < 0,05$  (односторонний t-критерий)

Были выявлены определенные различия (на уровне тенденций) между группами по фактору подкорково-корковых взаимодействий (SC-C) (рис. 5.5). Наиболее высоким данный показатель был в группе лиц с эксгибиционизмом и наименьшим - в группе без парафилии, различие групп по этому показателю соответствует  $t'' 0,04$  по одностороннему и  $t'' 0,08$  по двустороннему критерию Стьюдента, группа лиц с педофилией была практически идентична группе II ( $t=1$ ).

По фактору межполушарного взаимодействия (ИНС) и показателю состояния передних отделов головного мозга (F) достоверных различий между выделенными группами обнаружено не было. Однако следует отметить, что первый показатель был наибольшим у лиц с эксгибиционизмом и наименьшим - у испытуемых без парафилии, второй параметр наибольшей величины достигал в группе с агрессивно-садистическими тенденциями и наименьшей - в группе с педофилией.

В структуре нарушения высших психических функций в *группе лиц с парафилией* на первый план выступают симптомокомплексы, связанные с дисфункцией правого полушария (прежде всего височных отделов), и недостаточность подкорково-корковых и межполушарного взаимодействий, в меньшей степени представлены нарушения, связываемые с передними отделами коры головного мозга (левого полушария), и наиболее сохранены функции задних отделов левого полушария.

В *группе лиц без расстройств влечения* практически в равной степени представлена лево- и правополушарная симптоматика, с незначительным преобладанием последней, далее по степени убывания выраженности нарушений идут показатели недостаточности подкорково-корковых, межполушарных взаимодействий (наименьшие значения параметров ИНС и SC-C среди всех групп) и дисфункции передних отделов головного мозга.

У *лиц с агрессивным поведением* преобладают недостаточность правополушарных функций подкорково-корковых взаимодействий, несколько в меньшей степени выражен дефицит межполушарного взаимодействия, затем следуют нарушения, связанные с дисфункцией передних отделов коры больших полушарий, и наиболее сохранены функции задних отделов левого полушария. При этом показатель недостаточности передних отделов головного мозга (F) является в этой группе наибольшим среди всех исследуемых групп, а недостаточность задних отделов левого полушария выражена здесь в наименьшей степени.

В *группе лиц с педофилией* параметры D, S, ИНС, SC-C, F расположены в порядке убывания соответствующих им значений, при этом нарушения функций правого полушария, подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий являются наименьшими среди лиц с расстройствами влечения, показатель дисфункции фронтальных отделов (F) - наименьшим среди всех выделенных групп, а недостаточность задних (прежде всего височных) отделов левого полушария является наибольшей среди лиц с парафилией.

Наибольшая выраженность правополушарных нарушений (по сравнению со всеми группами) имеет место у *лиц с эксгибиционизмом* и является в данной группе ведущим нарушенным фактором. Для данной группы характерно и значительное расхождение между показателями D и S (так же, как в группе с садизмом, менее значительно это различие в группе лиц с педофилией и показатели D и S практически одинаковы в группе лиц без парафилии). Далее в порядке убывания степени дефицита следуют

недостаточность подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, нарушения передних и задних отделов левого полушария.

Таким образом, у лиц с эксгибиционизмом и испытуемых с садизмом наблюдалось преобладание дефицита правополушарных факторов по сравнению с недостаточностью левополушарных функций, а в группе с педофилией соответствующее различие было незначительным, что в определенной степени сближает ее с группой лиц без расстройств влечения.

#### 5.4.5 Профили функциональной асимметрии

В результате измерения профиля функциональной асимметрии у 50 испытуемых были получены данные о частоте встречаемости "левых" и "правых" значений коэффициентов и показателей, соответствующих отсутствию выраженной асимметрии функций (интервал небольших по модулю значений коэффициентов), в клинически различных группах.

**Таблица 5.1 Соотношение функциональных симметрий-асимметрий в группах нормы, лиц с аномальным сексуальным поведением без парафилий и лиц с парафилиями (в %)**

Латерал. признак	Н о р м а			Б е з п а р а ф и л и й			П а р а ф и л и и		
	симметр.		а с и м м е т р и я	симметр.		а с и м м е т р и я	симметр.		а с и м м е т р и я
		левая	правая		левая	правая		левая	правая
Рука	9,5	4,5	86	25*	4,16	70,83	15,38	0	84,62
Нога	3	47,5	49,5	20,83*	16,67	62,5	42,31	11,54	46,15
Зрение	8	23,5	68,5	43,48*	39,13	17,39	36	24	40
Слух	33	8	59	26,08	26,09*	47,83	29,17	25	45,83

Примечания:

$P < 0,01$

Данные по норме взяты из работы Н.Н.Брагиной, Т.А.Доброхотовой (1981).

Из таблицы видно, что в группе лиц с аномальным сексуальным поведением в целом чаще, чем в группе нормы, встречаются симметрии по рукам, ногам и зрению, а также левая асимметрия слуха. В то же время группы лиц с парафилией и без таковой по данным показателям практически не различаются.

**Таблица 5.2 Соотношение функциональных симметрий-асимметрий внутри группы лиц с парафилиями (в %)**

Функции	Асимметр.	Садизм	Педофил.	Эксгибиц.
Рука	симметр	30	11,11	33,33
	левая	0	0	0
	правая	70	88,89	66,67
Нога	симметр	60	22,22	50

	левая	20	0	33,33
	правая	20	77,78	18,67
Зрение	симметр	40*	22,22*	83,33*
	левая	40	0	18,67
	правая	20	77,78	0
Слух	симметр	37,5	33,33	18,66
	левая	12,5	11,11	18,67
	правая	50	55,56	66,67

Примечание:

\*  $P < 0,01$

Как видно из таблицы, частота встречаемости симметрии зрения в группах лиц с педофилией, агрессивно-садистическим поведением и эксгибиционизмом значительно различается с отчетливым преобладанием при эксгибиционизме. По частоте встречаемости левых асимметрий и симметрий наиболее близкой к группе нормы предстает группа лиц с педофилией, а наиболее отличающейся - группа испытуемых с эксгибиционизмом, особенно по зрению.

**Таблица 5.3 Соотношение типов индивидуальных профилей функциональной асимметрии по группам (в %)**

Типы профилей		Норма	Без параф.	Парафил.	Садизм.	Педофил.	Эксгибиц.
Правый		25	4,17	11,54	10	22,22	0
Смешанный		75	95,83	88,46	90	77,78	100

Данные по норме взяты из работы Н.Н.Брагиной и Т.А.Доброхотовой (1988). Как видно из таблицы, в группе лиц с аномальным сексуальным поведением в целом смешанный тип профиля встречается чаще, чем в норме. Наименее от нормы отличаются лица с педофилией, наиболее - лица с эксгибиционизмом.

Таким образом, если говорить о накоплении признаков левшества и симметрии в целом среди различных групп испытуемых, то, при наличии статистически достоверного его возрастания в группе лиц с аномальным сексуальным поведением оно наиболее выражено в группе с эксгибиционизмом, наименее - у лиц с педофилией. В сопоставлении с результатами нейропсихологического обследования можно говорить, что признаки левшества и выраженность правополушарной дисфункции в группе лиц с парафилиями связаны между собой.

В заключение приведем пример полиморфного парафильного синдрома у левши.

*Испытуемый Г., 32 лет.*

*Из анамнеза: о наследственности данных нет, переученный левша. Беременность у матери протекала с токсикозом первой половины срока. Отмечались снохождение, ночной энурез до 8 лет, детские инфекции, простуды, пневмония. Рос физически слабым, читать научился еще до школы. Любил уходить в лес, быть один. В детстве был обидчивым, легко ранимым, мог "закатить истерику", все бросить и убежать. Друзей*

никогда не было, только "приятели". В 7 лет была подружка, с ней просто разговаривал, когда их застал отец, то избил его. С 8-9 лет нравилось вешать кошек, бросать камни в собак, позже стал вешать и собак, при этом ощущал удовлетворение. Однажды выбросил кошку с 12 этажа, пошел добывать ногой, зрелище "вывороченных мозгов" доставило удовольствие. До сих пор любит играть в солдатиков, изготавливает их из глины, разыгрывает сражения; игры со спичками - красит их в разные цвета, ломает.

Мать "не замечал", к отцу до 11-12 лет относился хорошо, затем стал ненавидеть за то, что он бил его за плохую учебу, закрывал в туалете, гасил свет. До школы в основном жил у бабушки, к ней относился хорошо. Учился посредственно, часто прогуливал. Нравилось русский язык, литература, писал стихи. Выщипывал волосы на лобке, так как не нравилась "волосатость". После 20 лет не может смотреть на свое отражение в зеркале, не нравится внешность, взгляд - "чужие глаза". Взрослым стал высокомерным, лживым, грубым с родителями, к работе относился с безразличием. При виде своей крови ощущал непонятное возбуждение и страх, чужая - "притягивала". В 1989 г. нанес себе самопорезы правой руки, боли не чувствовал, потом испытывал гордость, что выдержал это. Считает, что кисти рук у него не чувствуют боли. Умеет готовить, шить. Сшил себе сумку, кисет.

Из раннего детства помнит два эпизода, связанные с солдатами: когда те пробежали мимо, кидал им яблоки, однажды купался голым в пруду, увидел двух солдат (они его не видели), чего-то испугался и убежал, "побоялся, что они со мной что-нибудь сделают".

. В 5-6 классе нравилась девочка из-за "красивого лица". С 12 лет стал представлять себе другую семью - других родителей, много братьев-ровесников, сестру на 5-6 лет старше - "злую", которая заставляла его - с целью унижить - надевать женское белье, била его, при этих фантазиях появились первые эрекции.

Мастурбация с 12 лет перед зеркалом в нижнем белье, "катал член в руках", после того, как увидел мастурбацию в фильме, стал подражать. Затем для усиления ощущений стал одевать трусы, колготки, платья матери, смотрел на себя в зеркало, очень нравился себе, отмечались сильные эрекции, прорезал для этого дырку в трусах и колготах, мастурбировал. Потом стал ложиться на пол в женском платье, представлял, будто воображаемая старшая сестра мастурбирует его, при этом онанировал до эякуляции. Затем стал представлять, как она издевается, избивает его братьев-ровесников, которым придумывал имена, биографии. Стал собирать картинки с обнаженными детьми и подростками-мальчиками, критерием отбора было лицо, хотя не может описать, какое именно ему нравилось. Также не может описать внешность идеального сексуального партнера. Отобрав картинки, комплектовал "семью", давал всем имена, придумывал биографии, иногда (уже после 20 лет) 2-3 персонажа были "сестры", представлял, как их бьет старшая сестра, при этом видел себя со стороны. Картинки с понравившимся телом переделал-вырезал голову и приклеил свою, в таком виде включил в фантазии. Позже стал представлять себе приют для детей-бомжей, где начальник - взрослый мужчина - издевается над детьми, принуждает их к фелляции и анальному коитусу, избивает их, иногда среди его жертв представлял и себя. Особенно возбуждали сцены, когда видел мальчиков сбоку, вид полового члена и ягодиц возбуждал слабо. Стал стегать себя ремнем для усиления возбуждения, затем в фантазиях стегал других мальчиков. Хранил картинки под ковриком в туалете, где смотрел на них, вспоминал их историю", представлял их тела без лиц, при этом онанировал. С 18 лет стал записывать свои впечатления от мастурбации с картинками, при перечитывании записей перед глазами возникали зрительные образы-воспоминания, при этом мастурбировал. С 21 года стал представлять себе насильственную фелляцию и анальный коитус с мальчиками, сопровождавшиеся угрозами и запугиванием, обычно в темноте, лиц не различал, только тела, иногда сам был в роли жертвы. Последние полгода в фантазиях пил кровь из прокушенного предплечья мальчика.

Первая эякуляция в 12 лет при мастурбации в женской одежде перед зеркалом. Максимальный экссесс при мастурбации - 4, в 21 год.

В 12 лет подросток старше на 4 года пытался совершить с ним анальный коитус, но не сумел ввести член в задний проход, совершал фрикции между бедер до эякуляции. Осталось воспоминание об унижении, "было противно". В 16 лет "осознал" влечение к мальчикам, однако ни к кому не испытывал чувства нежности, стремления заботиться или обратить на себя внимание. Даже к первому партнеру, с которым поддерживал отношения в течение двух лет, никаких чувств не испытывал - "давал деньги на водку, никогда не было стремления обнять, поцеловать - зачем?". Несколько раз, после команды голоса своего "двенадцатилетнего "Я", познакомился с женщинами, пытался ухаживать за ними, покупал цветы, но когда "приходил в себя" через 2-3 дня - не понимал, зачем ему это было надо, хотя в памяти сохранялось желание понравиться и т.п. Половые контакты с женщинами отрицает.

Реальные сексуальные действия начал с 21 года - знакомился с детьми, разглядывал их, старался запомнить внешность (без лица), затем онанировал дома при воспоминаниях. Затем появилось стремление трогать их половые органы. Запугивал, угрожал ножом, затаскивал жертвы в подвал, мастурбировал их, при этом реакция мальчика его не интересовала. Отмечает, что если смотрит мальчику в глаза, то пропадает сексуальное возбуждение и эрекция, старается не смотреть на лицо. Заставлял совершать у него на глазах взаимную фелляцию, позже - анальный коитус. В 1992 г. "перестал сдерживаться и бороться с собой", начал сам или с помощью других мальчиков заманивать жертвы в подвал, где при свете фонарика проводил сексуальные контакты с 12-13-летними мальчиками. Сначала выяснял возраст, имя, адрес, все это заносил в записную книжку, потом, перечитывая ее, вызывал у себя образы тел этих мальчиков и мастурбировал до эякуляции. Заставлял их "выбирать" - тянуть спички или на словах - наказание за то, что они ходят по подвалам - удары по ягодицам, фелляцию или анальный коитус. Когда один из них выбрал побои - избил его, но удовольствие от этого было слабым. Затем стал заставлять их сосать свой половой член, пытался ввести им член в задний проход. При анальном коитусе эякуляции ни разу не достиг, при фелляции - 1-2 раза из всех многочисленных контактов. Эякуляции добивался либо при онанизме (один раз, когда его мастурбировал мальчик), при этом ставил 2-3 мальчиков в профиль, либо при мастурбации дома при воспоминаниях об очередном эпизоде в подвале. Пытался мастурбировать мальчиков, но это его возбуждало слабо.

Психический статус: поза закрытая, ноги скрещивает, жестикация симметричная, когда говорит о мальчиках, жестикулирует только левой рукой. Мимика бедная, неадекватно гримасничает, в основном левой половиной лица. Обнаженно, охотно описывает сексуальные подробности, при этом отмечается невербальное оживление. Голос мало модулированный, мышление непоследовательное, обстоятельное. Настроение с оттенком эйфории. Суждения конкретные, примитивные. Слышит голос своего двенадцатилетнего "Я" - он появляется в основном при оргазме, в течение 5-6 сек. - который осуждает его за онанизм. Иногда этот голос внезапно отдает ему команды, которым он не может сопротивляться: ухаживать за женщиной, уехать в деревню. Эти периоды не амнезирует, через 2-3 дня "приходит в себя", не понимая, зачем он это делал, и возобновляет прежнее поведение.

Неврологический статус: ослаблена конвергенция с обеих сторон, больше слева. Сглажена левая носогубная складка, девиация языка вправо. Рефлексы высокие, зоны расширены.

Соматический статус: правильного телосложения, оволосение лобка по мужскому типу. Внутренние органы без видимой патологии.

Половая конституция  $K_2=5,25$ ;  $K_a=4$ ;  $K_f=5$ ;  $K_a/K_2=0,76$ ;  $ТИ=1,92$ ; индекс Таннера=82;  $P.E.=104,6$

Нейропсихологическое исследование: состояние основных высших психических функций характеризуется легкой и средней степенью нарушений одних составляющих при относительной сохранности других. Так, в сфере мнестических процессов наиболее дефицитным является механизм избирательности следов, что в слухоречевой памяти выражено больше при отсроченном воспроизведении материала в виде множественных привнесений из предыдущих проб, воспроизведения не предъявлявшихся слов, нарушения порядка элементов. В зрительной памяти эти нарушения связаны с устойчивыми ошибками пространственной ориентации фигур при непосредственном воспроизведении материала. В оптико-пространственной деятельности наиболее нарушенными явились координатные, метрические представления. Наблюдалась и некоторая недостаточность структурно-топологических и проекционных представлений, при этом значительные трудности вызывало копирование куба левой рукой. Выявлена тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля. В сфере двигательных функций наиболее выраженными были нарушения динамического праксиса. В счетных операциях отмечалось упрощение программы действий, персевераторные ошибки, ошибки, связанные с недостаточностью оперативной памяти и колебаниями внимания. В графических пробах наблюдался пропуск букв, разорванность написания и легкая тенденция к персевераторному повторению элементов. Отмечается феномен зеркального письма.

Заключение: наблюдаемые нарушения могут свидетельствовать о функциональной недостаточности медиобазальных лобных и височных отделов с правополушарным акцентом. Вместе с этим ряд патологических феноменов является характерным для лиц с левшеством. Предположение о латерализации нарушений имеет с определенную долю условности, так как нельзя не учитывать особенности мозговой организации по левшескому типу.

Профиль функциональной асимметрии:  $K_{пр}=-55$ , ведущая нога - правая, ведущий глаз - левый,  $K_{пу}=-43$ .

*Диагноз: полиморфный парафильный синдром (садомазохизм, аутоэротизм, гомосексуальная эфебофилия). Преждевременное психосексуальное развитие. Шизофрения на органически неполноценной почве. Феномен двойной личности.*

Клинические особенности данного случая, такие, как необычная полиморфность симптоматики, сценopodobность патологического фантазирования с представленностью в нем всех модальностей, осознание с хорошей вербализацией подробностей своих переживаний, наконец, феномен двойной личности, представляются связанными прежде всего с необычной мозговой организацией испытуемого.

## **6. Макрофакторы и сексуальный дизонтогенез**

Вследствие малого количества наблюдений статистически достоверных различий выявить не удалось, однако можно говорить об определенной тенденции к нарастанию числа пораженных макрофакторов в ряду: задержка пубертатного развития - преждевременное половое развитие - дисгармония пубертата.

### **5.4.7. Нейропсихологические факторы и расстройства половой идентичности**

При анализе связи между степенью недостаточности различных нейропсихологических факторов и степенью расстройств половой идентичности было выявлено наличие положительной корреляции между выраженностью феноменов, свидетельствующих о дефиците межполушарных взаимодействий (ИНС), и увеличением степени расстройств половой идентичности ( $P < 0,05$ ).

Говоря об искажении половой идентичности, следует учитывать и выраженное преобладание в структуре нарушений недостаточности правополушарных функций у лиц с аномальным сексуальным поведением, так как именно структуры правого полушария являются субстратом для формирования "схемы тела" как образа "физического Я", лицевого гнозиса, восприятия эмоциональной экспрессии других людей, что во многом определяет становление полового самосознания и полоролевого поведения.

## **5.5 Резюме**

Полученные в результате проведенного исследования данные свидетельствуют о наличии у лиц с расстройствами влечений различных по степени выраженности нарушений высших психических функций с преобладанием недостаточности правополушарных процессов, подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, причем по первым двум параметрам группа лиц с парафилией достоверно отличается от лиц без расстройств влечения.

С учетом отсутствия у большинства лиц обследованного контингента очаговых поражений мозга и имеющихся анамнестических данных о пренатальной и ранней постнатальной патологии можно предположить, что наблюдаемые нарушения являются результатом специфического варианта церебрального развития в условиях дефекта.

Выявлено также значительное расхождение в степени дефицита право- и левополушарных процессов при отсутствии четкого латерального акцента в группе лиц без парафилии.

Обнаружены определенные различия между группами испытуемых с различными видами парафилии: так, отмечалась определенная близость по ряду показателей группы лиц с



педофилией и без расстройств влечения, тогда как испытуемые с садизмом и эксгибиционизмом в значительной степени отличались от испытуемых без парафилии.

Наибольшая выраженность нарушений, свидетельствующих о правополушарной недостаточности имела место у испытуемых с эксгибиционизмом, для них и для лиц с садизмом было характерно значительное преобладание этих нарушений над показателями левополушарного дефицита (задние отделы), при этом у последних они были представлены в наименьшей степени по сравнению с остальными группами. Для лиц с педофилией и испытуемых без расстройств влечения общим было незначительное расхождение степени дефицита лево- и правополушарных процессов. Нарушения, связанные с недостаточностью передних отделов мозга, в наибольшей степени были характерны для лиц с агрессивно-садистическим поведением и в наименьшей для испытуемых с педофилией.

Также на уровне тенденций можно отметить большую представленность дефицита подкорково-корковых взаимодействий у испытуемых с эксгибиционизмом и садизмом. При некоторой общей для парафилий недостаточности межполушарных взаимодействий, в наибольшей степени она была выражена в группе испытуемых с эксгибиционизмом.

При общем накоплении факторов левшества при парафилии была обнаружена определенная связь между ними и степенью правополушарной дисфункцией. Можно предположить, что особенности мозговой организации психических процессов у лиц с аномальным сексуальным поведением, характеризующиеся снижением степени функциональной асимметрии в могут быть связаны с искажением процесса половой дифференцировки мозга.

Аномальное сексуальное поведение (Под ред. А. А. Ткаченко. М., 1997)

## **ГЛАВА 6**

### **Глава 6 НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АНОМАЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Сексуальные реакции и состояния, сексуальное влечение и поведение являются, возможно, и особыми, но все же частными случаями эмоциональных реакций и состояний, мотиваций и "мотивированного" поведения. Поэтому корректный анализ и интерпретация как литературных, так и собственных данных, имеющих отношение к указанной проблеме, практически невозможны вне такого, более широкого физиологического контекста. Исходя из этого, в первом разделе будет предпринята попытка синтезировать определенные концептуальные подходы к объяснению нейрофизиологических механизмов эмоционально-мотивационной сферы и приложить их к конкретным данным, полученным в настоящее время на стыке нейрофизиологии, психофизиологии, психологии, психиатрии и сексологии.

#### **6.1. Церебральный базис сексуального поведения**

##### ***6.1.1. Роль подкорковых структур лимбической системы в регуляции эмоциональных и мотивационных процессов***

Паттерны поведения и животных, и человека формируются в филогенезе исходя из необходимости обеспечения как группового, так и индивидуального выживания, для которого гомеостаз является ключевым фактором, связанным с рецепцией жизненно

важных параметров внутренней и внешней среды, регуляцией температуры тела, питанием, избеганием боли и т.п. Значение гипоталамо-гипофизарной системы в этих процессах трудно переоценить. Функции *гипоталамуса*, как известно, заключаются как в рецепции биологически значимых внутренних констант, так и в интеграции моторных, вегетативных и эндокринных компонентов поведения, которое организуется и регулируется при непосредственном участии структур переднего мозга (Шефер Д.Г., 1971; Вейн А.М., Соловьева А.Д., 1973; и др.). Гипоталамус обеспечивает перерастание биологических потребностей в биологические мотивации, которые активизируют мозг, вызывая перестройку деятельности лимбических структур и передних отделов неокортекса (Судаков К.В., 1971; и др.). Таким образом, гипоталамус участвует в регуляторных процессах и на самых ранних стадиях организации поведения, и на более поздних этапах, когда окончательно оформляется внешне реализуемый ответ (Симонов П.В., 1987; и др.).

С точки зрения эволюционного подхода, эмоциональный тон ощущений, выражающийся в чувстве дискомфорта или удовлетворенности и т.п., нужен для субъективного отражения успеха или неудачи отдельной особи в достижении ею целей, значимых для индивидуального и видового выживания. Эти "базисные" чувства и эмоции могут быть и относительно "элементарными", и достаточно сложными. Причем установлено, что аффективные реакции и даже определенные индивидуальные особенности поведения остаются сохранными при разрушении у животных неокортекса, в отличие от структур лимбической системы (Hara K., Myers R.E., 1973; Murphy M.R. et al., 1981; и др.). Интересно, что это, в определенной степени, относится и к сексуальному поведению у животных, причем преимущественно у самок, у которых деструкция неокортекса существенно не нарушала паттернов сексуального поведения (Blumer D., Walker A.E., 1975; и др.). Учитывая данные факты, высказывается точка зрения, что и у животных, и у человека как собственно продукция и субъективное переживание основных эмоций (в том числе и чувств сексуальной удовлетворенности или неудовлетворенности), так и развитие "сенсорно-аффективного" самосознания, определяется прежде всего деятельностью мезэнцефалических и лимбических подкорковых структур и, уже опосредованно, связанных с ними структур неокортекса (Doty R.W., 1989; Houdart R., 1994).

Рассматривая вопрос о структуре и функциях отдельных подкорковых структур лимбической системы, можно выделить три ее основных компонента: *хабенуло-интерпедункулярный комплекс*, *гиппокампальную систему* и *миндалевидный комплекс*.

Функции *хабенуло-интерпедункулярного комплекса* в настоящее время исследованы недостаточно, однако ряд данных позволяет высказать предположение, что из всех компонентов лимбической системы деятельность именно структур *хабенуло-интерпедункулярного комплекса* могла бы быть наиболее тесно связана с формированием собственно эмоций, как особых субъективных психических феноменов. В пользу этого предположения говорят следующие факты. Во-первых, связи данного комплекса с подкорковыми структурами (Jones E.G., 1985; Doty R.W., 1989; и др.), где осуществляется как рецепция тех или иных мотивационно и эмоционально-значимых гомеостатических показателей, так и перцепция "врожденных" (безусловно-рефлекторных) чувственных стимулов. Во-вторых, связи структур комплекса с нейрохимическими регуляторными системами (Azmitia E.C., Gannon P.J., 1986; Motohashi N. et al., 1986; и др.), что могло бы объяснить эффективность тех или иных фармакологических агентов при лечении аффективных расстройств и т.п.. В-третьих, полушарная асимметрия проекций комплекса (Mandell A.J., Knapp S., 1979; Doty R.W., 1983; и др.), что соотносится с полушарной "эмоциональной" асимметрией головного мозга. И, в-четвертых, данные о возникающих при стимуляции ряда структур этого комплекса субъективных эмоциональных

переживаниях, в частности, чувстве эйфории и хорошего самочувствия (Schaltenbrand G. et al., 1973; и др.).

*Гиппокампальная система*, согласно данным многих авторов (Hirsh R., 1974; Виноградова О.С., 1975; Olton D.S. et al., 1979; Muller R.U. et al., 1987; и др.), ответственна прежде всего за регуляцию сохранения в долговременной памяти и извлечение из нее под влиянием мотивационного возбуждения следов ситуаций и событий, имеющих значение для организации целенаправленного поведения.

*Миндалевидный комплекс* связан афферентными и эфферентными волокнами как с различными подкорковыми структурами, так и с алло- и неокортикальными зонами (Russchen F.T., 1986; Price J.L., 1986; Amaral D.G., 1987; Акмаев И.Г., Калимуллина Л.Б., 1993; и др.). При этом важно отметить, что анатомические и функциональные взаимосвязи между правым и левым миндалевидными комплексами, также как и между правой и левой гиппокампальными системами, отсутствуют (Wada J.A. et al., 1981; Pandya D.N., Seltzer B., 1986; Rosene D.L., Van Hoersen G.W., 1987; Wilson C.L. et al., 1990, 1991). Касаясь функций миндалевидного комплекса, можно констатировать, что хотя миндалина и представляет из себя комплекс ядер, выполняющих различные задачи, но, в целом, среди них преобладают функции, связанные с организацией и регуляцией эмоциональных и мотивационных процессов, агрессивности и пр. (Clemente C.D., Chase M.H., 1973; Valenstein E.S., 1973; Halgren E. et al., 1978; Valzelli L., 1978; Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е., 1981; Gloor P. et al., 1982; Симонов П.В., 1987; и др.). Среди эмоционально-мотивационных функций миндалины чрезвычайно важное место занимают анализ и оценка эмоционально-ассоциированных сенсорных образов. На это указывает то, что активность единичных нейронов в миндалине у животных может строго селективно зависеть от эмоциональной и мотивационной значимости появляющихся в поле их зрения стимулов (Leonard C.M. et al., 1985; Ono T. et al., 1983; Kendrick K.M., Baldwin B.A., 1987). Современные исследования с использованием позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) также дают основание предполагать, что передние структуры височной доли (миндалина, гиппокамп и височные области) ответственны прежде всего за "оценочную процедуру" (evaluation procedure), которая определяет оценку эмоциональной значимости экстрацептивных сенсорных стимулов (Reiman E., 1996).

Таким образом, миндалевидный комплекс может рассматриваться в качестве одной из главных структур эмоционально-мотивационной системы. Миндалина, во-первых, получает и "эмоционально" анализирует поступающую, в частности, из височно-теменной коры сенсорную информацию об окружающем мире, сопоставляет ее с мотивационным возбуждением из гипоталамуса, а также воздействует на гиппокамп, который регулирует сохранение в долговременной памяти и извлечение из нее данных, необходимых для текущего "эмоционального" анализа. Во-вторых, миндалевидный комплекс "взвешивает" конкурирующие эмоции, которые формируются при сопоставлении конкурирующих потребностей с перспективами их удовлетворения, и выделяет доминирующую мотивацию. И, в-третьих, принимая во внимание все эти источники, миндалина инициирует организацию адекватного имеющейся ситуации поведения в лобно-центральных регионах головного мозга и, посредством влияния на гипоталамус и вегетативную нервную систему, создает этому поведению соответствующее гормональное и нейровегетативное обеспечение (Симонов П.В., 1987; Doty R.W., 1989; и др.).

#### ***6.1.2. Роль подкорковых структур лимбической системы в регуляции сексуального поведения***

Переходя собственно к подкорковым нейрофизиологическим механизмам сексуальных реакций и поведения и учитывая вышесказанное, можно попытаться следующим образом интегрировать накопленные за последние десятилетия данные по этому вопросу.

Организация проводящих путей, передающих сенсорную информацию, вызывающую сексуальное возбуждение, аналогична другим соматосенсорным системам. Репрезентация генитальной чувствительности связана с парацентрными регионами коры головного мозга. Афферентные проекции поступают и в гипоталамус, и в другие подкорковые образования. Из парацентральных областей нервные волокна следуют в срединные лимбические структуры височной доли, т.е. в миндалину, гиппокамп и прилегающие области лимбической коры (Blumer D., Walker A.E., 1975).

Эфферентные же волокна направляются, в частности, в *гипоталамус*, где, по всей видимости, находятся реципрокно-связанные между собой гормонально-зависимые центры, инициализирующие (преоптическая область) или тормозящие (область маммиллярных тел) собственно копуляторные сексуальные действия (Lisk R., 1966, 1967; Имелинский К., 1986), которые реализуются при участии структур базальных ганглиев и моторно-двигательных зон коры. Поэтому изменение функций гипоталамических структур (и соответственно, гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы) может играть важную роль в развитии нарушений сексуальности. Так, при поражении или дисфункции гипоталамических структур отмечаются как гипер-, или чаще гипосексуальность (Kolarsky A. et al. 1967; Taylor D., 1969; Ellison J.M., 1982; Хаит Н.З. 1993; и др.), так и девиантные формы сексуального поведения (Kula K., 1986; Темин П.А. и др., 1988; Шостакович Б.В. и соавт., 1990; и др.).

По-видимому, формирование оргазмической эмоциональной реакции на сексуальную стимуляцию осуществляется посредством вовлечения в процесс *септальной области* (MacLean P.D., 1957; Heath R.G., 1964; Смирнов В.М., 1976; и др.), деятельность которой модулируется соответствующими влияниями из гипоталамуса и зависит от уровня половых гормонов (Michael R.P., 1962; и др.). На существенную роль септальной области в механизмах инициации оргазмических переживаний указывает и ее тесная структурно-функциональная связь с хабенуло-интерпедункулярным комплексом (Jones E.G., 1985; Doty R.W., 1989; и др.), функции которого при формировании "базисных" эмоций обсуждались выше.

В свою очередь, деятельность *миндалевидного комплекса*, как вытекает из сказанного ранее, могла бы обеспечивать формирование сложных паттернов сексуального поведения. Во-первых, организуя комплексную эмоциональную и мотивационную оценку наличной ситуации и сенсорных стимулов, условно-рефлекторно связанных с сексуальной сферой, и формирование и извлечение из памяти, в кооперации с височными областями неокортекса и гиппокампом, соответствующих "сексуальных" ассоциаций. И, во-вторых, иницируя или тормозя (посредством влияния на лобно-центральные зоны коры, гипоталамус и базальные ганглии) "сексуально-ориентированное" поведение, в зависимости как от существующей ситуации, так и от наличия и выраженности других конкурирующих мотиваций (что в целом должно тормозить и ограничивать собственно "биологическую" сексуальность).

Такое понимание функции *миндалевидного комплекса* в механизмах сексуального поведения подтверждается, с одной стороны, давно известными фактами наличия при синдроме Клювера-Бюси (т.е. при билатеральной деструкции миндалевидного комплекса) выраженной гиперсексуальности, и, с другой стороны, наличием гипосексуальности у больных височной эпилепсией, с превалирующей у них гиперактивацией лимбических

структур височной доли (Taylor D., 1969; Blumer D., 1970; Blumer D., Walker A.E., 1975; Темин П.А., Мухин К.Ю., 1989; и др.). В то же время более сложные дисфункциональные изменения в височных лимбических структурах (и прежде всего, по-видимому, в миндалине) при височной эпилепсии могут сопровождаться и различными сексуальными девиациями, такими как фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм и пр. (Kollarsky A. et al., 1967; Blumer D., Walker A.E., 1975; Ellison J.M., 1982; и др.).

Крайне велико значение лимбических структур и в механизмах сексуальной агрессии (которая у животных может являться компонентом сексуального поведения). Так, L. Valzelli (1978), рассмотрев результаты множества экспериментов на животных в этой области, пришел к заключению, что структуры гипоталамуса, вентрального гиппокампа и центромедиальной миндалины иницируют, а структуры септальной области, базолатеральной миндалины и цингулярной коры - тормозят проявления такого поведения. У человека повреждение лимбических структур височных долей также имеет значение в патофизиологических механизмах аномального агрессивного поведения (Garza-Trevino E.S., 1994; и др.).

Рассматривая роль подкорковых лимбических структур в организации сексуального поведения, можно отметить, что, судя по всему, именно на подкорковом уровне определяются основные, "базисные" различия как в паттернах сексуальной активности, так и в соответствующих соматических признаках и характеристиках между особями мужского и женского пола. Эти различия в паттернах сексуального поведения обусловлены половой дифференцировкой ряда лимбических структур, способных на ранних этапах онтогенеза запечатлевать детерминирующее влияние половых стероидов, и, в частности, некоторых ядер преоптической области, гипоталамуса и миндалевидного комплекса, которые контролируют секрецию половых гормонов и половое поведение (Акмаев И.Г., Калимуллина Л.Б., 1993; и др.)

Так, известно, что существуют половые различия в организации центров, регулирующих секрецию гонадотропинов. "Женский" центр локализован в преоптической области мозга (в медиальном преоптическом ядре) и переднегипоталамической области (в переднем гипоталамическом ядре), а "мужской" - в области аркуатного ядра (Barraclough C.A., Gorski R.A., 1961). Выявлены половые различия в размерах ядер преоптической области мозга (Gorski R.A. et al., 1978), некоторых ядер гипоталамуса и миндалевидного комплекса (Matsumoto A., Arai Y., 1983; Supprian T. et al. 1996; и др.). В частности, у особей мужского пола отмечаются достоверно большие размеры секдиморфного ядра преоптической области (Allen L.S. et al., 1989; и др.), медиальной задней области ядра ложа конечной полоски (Del Abril A. et al., 1987), ряда ядер кортикомедиальной группы миндалевидного комплекса (Mizukami S. et al., 1983; Акмаев И.Г., Калимуллина Л.Б., 1993), в то время как у особей женского пола выявлены значимо большие размеры некоторых ядер базолатеральной группы нейронов миндалины (Акмаев И.Г., Калимуллина Л.Б., 1993). Однако физиологическая значимость этих находок, как и соответствующие им нейрофизиологические механизмы, еще ждут своего прояснения.

### ***6.1.3. Роль полушарных лимбико-кортикальных систем в регуляции эмоциональных и мотивационных процессов***

Давно известно, что эмоциональные процессы существенно латерализованы, но мнения о характере такой латерализации разноречивы. Причем весь массив полученных результатов может быть условно разделен на две части.

Во-первых, ясно, что функции правого полушария доминантны как в отношении перцепции и когнитивного анализа "невербальной" личностно- и эмоционально-ассоциированной сенсорной информации, так и в отношении организации и регуляции эмоциональной экспрессии, причем независимо от знака соответствующей эмоции. В частности, на это указывают данные психофизиологических экспериментов, продемонстрировавших как лучшее восприятие и когнитивный анализ в правом полушарии эмоциональной мимики (Magnussen S. et al. 1994; Lane R.D. et al. 1995; и др.) и эмоциональной окраски голоса (Bryden M.P. et al., 1991; и др.), так и правополушарную доминантность в регуляции мимической экспрессии (Moreno C.R. et al., 1990; Christman S.D., Hackworth M.D., 1993). Об этом же говорят и результаты наблюдений за больными с поражением правого полушария, у которых были больше нарушены процессы опознания эмоциональной мимики (Mandal M.K. et al., 1991; Borod J.C. et al., 1993) и прозодических компонентов речи (Lalande S. et al. 1992; Ackermann H. et al. 1993; Starkstein S.E. et al. 1994), а также мимическая (Blonder L.X. et al., 1993) и вербальная (Bloom R.L. et al., 1992) эмоциональная экспрессия. Кроме этого, установлено, что правое полушарие в большей степени ответственно за опознание персональных характеристик лиц, голосов и т.п. (Van Lancker D., 1991 и др.).

Во-вторых, имеется большой массив данных, указывающих на то, что правое и левое полушария связаны с эмоциональными процессами различного знака.

Так, правое полушарие доминантно при перцепции и когнитивном анализе отрицательной эмоционально-ассоциированной сенсорной информации. Это показано в отношении отрицательной эмоциональной мимики (Szelag E., Fersten E., 1991; Johnsen B.H., Hugdahl K., 1993) и визуальных отрицательных эмоциональных стимулов (Wittling W., Roschmann R., 1993; и др.). Соответственно, повреждение правого полушария больше нарушает оценку отрицательной эмоциональной мимики (Mandal M.K. et al., 1991). Активация правого полушария усиливает отрицательную эмоциональную окраску голоса (Schiff B.B., Lamont M., 1994), а его инактивация сопровождается положительными эмоциями (Lee G.P. et al. 1993; и др.).

В то же время установлено, что левое полушарие, напротив, лучше оценивает положительную эмоциональную мимику (Bryson S.E. et al., 1991; McDowell C.L. et al., 1994). Кроме этого, левое полушарие более активировано при оценке положительной эмоциональной мимики (Gur R.C. et al., 1994), при восприятии приятных визуальных стимулов (Jones N.A., Fox N.A., 1992), при индуцированных положительных эмоциях (Kochi K. et al., 1996). Соответственно, инактивация левого полушария сопровождается отрицательными эмоциями (Lee G.P. et al. 1993; Christianson S.A. et al., 1993 и др.).

Таким образом, можно резюмировать, что согласно одним данным, правое полушарие в большей степени связано с перцепцией, когнитивным анализом и выражением эмоциональной экспрессии, независимо от знака эмоции. Согласно же другим данным, правое полушарие связано с формированием преимущественно отрицательных эмоций, а левое - положительных эмоций.

Объяснение этого противоречия могло бы, в частности, исходить из того, что преимущественная переработка эмоционально-ассоциированной сенсорной информации (мимической, прозодической и т.п.) и регуляция эмоциональной экспрессии в правом полушарии обусловлены не столько тем, что данные сенсорные или моторно-двигательные паттерны связаны именно с эмоциями, сколько тем, что правое полушарие преимущественно специализировано как раз на тех способах обработки информации, с помощью которых в основном анализируется и организуется эмоциональная экспрессия.

Однако вопрос о том, в чем заключаются принципиальные различия этих способов переработки информации в левом и правом полушариях головного мозга, пока еще не ясен. Как указывают С.Спрингер и Д.Дейч (1983), современная нейрофизиология хотя и дает некоторые ответы на вопрос о том, что может, а чего не может делать каждое полушарие, но все еще далека от понимания причин и механизмов специализации полушарий. Представляется, что в контексте данной работы наиболее адекватными и перспективными были бы следующие подходы. Это, во-первых, представления о том, что в левом полушарии более развиты нейрофункциональные системы, обеспечивающие перцепцию и когнитивный анализ "типичного", "общего", "абстрактного" в сенсорных образах, а в правом полушарии - "комплементарные" процессы выделения и когнитивного анализа "особенного", "индивидуального" и "конкретного". Во-вторых, это теоретические положения о большей развитости в левом полушарии нейрофизиологических систем, обеспечивающих формирование "обычных", "типичных", а в правом полушарии - "особых", "индивидуальных" поведенческих паттернов.

Детальное и всестороннее обсуждение данной гипотезы выходит за рамки данной работы. Однако можно отметить, что при этом получают свое объяснение некоторые вопросы, связанные с механизмами формирования у человека в филогенезе и онтогенезе доминантности левого или правого полушарий в отношении ряда аспектов психической деятельности. В частности, процессов обработки вербальной или невербальной информации, рационального или интуитивного мышления, сознательного или бессознательного, эмоций, речи, особенностей личности и т.д. (Спрингер С., Дейч Г., 1983; Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988; Зенков Л.Р., 1994; и др.). Так, возможно, становится понятным формирование у человека специализации левого полушария одновременно и на анализе "вербального" (т.е. определенных абстрактных символов), "нейтрального" (т.е. обычного, стандартного экспрессивного паттерна), "социального" и "рационального" (т.е., поведенчески или когнитивно-стереотипного), и на организации в левом полушарии речи и рационализированного социально-стереотипного ("нормального") поведения. И, соответственно, получает свое объяснение формирование правополушарной доминантности как при анализе "невербального" (т.е. особого, конкретного в воспринимаемых сенсорных образах), "эмоционального" (т.е. экспрессивного паттерна, отклоняющегося от обычного), "индивидуального" (нетипичного), и "иррационального" (нестереотипного), так и при формировании невербальной экспрессии и организации "особых", "эмоциональных" или "индивидуальных" (в том числе и "аномальных") поведенческих паттернов.

Что касается данных о связи левого полушария непосредственно с "продукцией" положительных, а правого полушария - отрицательных эмоций, то, как считает П.В. Симонов (1987), было бы упрощением думать, что "центры" положительных эмоций локализованы в левом полушарии, а "центры" отрицательных эмоций - в правом. Однако игнорирование огромного массива сведений о связи полушарий с эмоциями разного знака невозможно, а представления только об "информационном" генезе латерализованных эмоциональных эффектов плохо согласуются с современными нейроанатомическими и нейрофизиологическими данными о наличии тесных взаимосвязей между корковыми и лимбическими структурами. Поэтому наиболее адекватным и взвешенным представляется следующий подход. Так, если собственно процессы формирования эмоций, как указывалось ранее, являются функцией срединных подкорковых структур лимбической системы, то полушария, возможно, ответственны прежде всего за восприятие и когнитивный анализ эмоционально-ассоциированных сенсорных образов. В таком случае деятельность полушарных лимбико-кортикальных систем, разделенных на лимбическом (миндалины, гиппокамп) и связанных на корковом уровне, обеспечивает восприятие и анализ позитивно-ассоциированных сенсорных стимулов преимущественно в левом

полушарии (что может опосредованно инициировать положительные эмоции), а анализ негативно-ассоциированных сенсорных образов - в правом (что, соответственно, может приводить к инициации отрицательных эмоциональных реакций и состояний).

Помимо связи собственно эмоциональных процессов с правым и левым полушариями необходимо, как представляется, остановиться и на возможной связи полушарий с "мотивационными" процессами или с тем, что в теории функциональных систем соотносится со стадией принятия решений (Анохин П.К., 1975; Судаков К.В., 1976), т.е. с процессами, благодаря которым на основе имеющихся потребностей, когнитивного анализа, эмоциональных оценок наличной ситуации и возможностей организации деятельности (т.е. таких компонентов предшествующей стадии афферентного синтеза, как мотивация, накопленный опыт, обстановочная сигнализация и пусковые стимулы) в лобных зонах коры головного мозга формируются адекватные поведенческие паттерны, или иначе, определенная "линия поведения" (Хомская Е.Д., 1987; Урываев Ю.В., 1996 и др.). Данные об этом аспекте функционирования эмоционально-мотивационных систем пока немногочисленны, однако чрезвычайно интересны. Так, в работе С.В. Мадорского (1982) выявлено, что поражение правого миндалевидного комплекса сопровождается значительным усилением потребности в достижении успеха, а поражение левого - возрастанием стремления к избеганию неудач. В другом исследовании обнаружено, что у лиц с "левополушарным" типом нейрофизиологического реагирования наблюдается чрезмерная потребность в поисковой активности (Аршавский В.В., 1990). А в работах J.H. Gruzelier и его сотрудников (Gruzelier J.H., 1994; Gruzelier J.H., Doig, A., 1996; и др.) показано, что так называемый "Активный" ("Active") синдром шизофрении (или фактор шизотипии), характеризуемый, в частности, повышенной поведенческой активностью, связан с относительно большей активацией левого полушария, а синдром (или фактор) "Избегания" ("Withdrawn") - с большей активацией правого полушария.

В свете этих данных вполне естественным выглядит предположение о том, что в левом полушарии должны доминировать лимбико-кортикальные системы, обеспечивающие "мотивационные" процессы организации "достижения" эмоционально-позитивного, а в правом полушарии, наоборот, - комплементарные нейрональные системы организации "избегания" эмоционально-отрицательного. Подобных взглядов на наличие и функции латерализованных "мотивационных" систем в головном мозге придерживается в настоящее время и ряд ведущих нейро- и психофизиологов. Так, в модели J.T. Cacioppo (1996) предполагается, что позитивный и негативный мотивационные процессы, определяющие соответствующие аффекты и эмоции, различны (стохастически и функционально независимы). R.J. Davidson (1992) основную роль в обеспечении поведения, ориентированного на "достижение" (approach) и "избегание" (withdrawal), приписывает, соответственно, левым и правым лобным и передним височным регионам полушарий головного мозга. В концепции D.M. Tucker et al. (1995) указывается на факты, свидетельствующие о существовании двух лимбико-фронтальных систем, - дорзальной и вентральной, - имеющих различную структуру и происхождение и асимметрично представленных в головном мозге (соответственно больше в левом и правом полушариях). Предполагается, что дорзальные лимбико-фронтальные системы преимущественно задействованы в гедонистической оценке, в формировании социальных взаимосвязей, в холистическом и импульсивном типе контроля за поведением, а вентральные лимбические проводящие пути от миндалины к орбитальной фронтальной коре в большей степени вовлечены в осуществление "тормозного", "ограничивающего" типа поведения.

#### ***6.1.4. Половой диморфизм в организации полушарных лимбико-кортикальных систем регуляции поведения***



Данные о половом диморфизме в организации и функциях полушарных корковых структур мозга в норме скудны и противоречивы. При их рассмотрении создается ощущение, что различия в полушарной асимметрии между мужчинами и женщинами имеют достаточно тонкий характер.

Так, в частности, сведения об относительно больших размерах задней части мозолистого тела у женщин (de Lacoste-Utamsing M.-C., Holloway R.L., 1982; и др.), которые, впрочем, подтверждаются не во всех исследованиях (Supprigian T. et al., 1996), могут указывать на то, что при решении тех или иных задач женщины используют оба полушария в большей степени чем мужчины, что могло бы объяснить относительно меньшую выраженность у них как "лево-", так и "правополушарных" нарушений при локальных латерализованных поражениях головного мозга и сравнительно большую билатеральность в организации функционирования их мозга (McGlone J., 1977, 1980; Bryden M.P., 1982; и др.).

Кроме этого, различия в церебральной организации между мужчинами и женщинами неодинаковы в разных областях мозга, т.е. имеет место половой нейрональный мозаицизм - neural sexual mosaicism (Witelson S.F., 1991). Отсюда вытекает то, что эти различия могут быть обусловлены и связанными с полом особенностями функционирования разных, и прежде всего передних и задних, регионов. Так, показано, что у мужчин значительно чаще встречаются выраженные афазии и апраксии при поражении задних, а у женщин, наоборот, - передних отделов левого полушария (Kimura D., Harshman R.A., 1984). Если исходить из того, что относительно большее нарушение функций должно наблюдаться при локальном левополушарном повреждении в большей степени левополушарно-латерализованной мозговой системы (так как возможностей для функциональной компенсации дефекта за счет структур сохранного контралатерального правого полушария в такой системе существенно меньше), то данные факты могут свидетельствовать об относительно большей латерализованности у мужчин задних (височно-теменных), а у женщин - передних (лобно-центральных) корковых систем регуляции речи и произвольных действий.

Соответственно можно предположить сравнительно большую развитость в обоих полушариях (и меньшую латерализованность) у мужчин лобно-центральных (связанных преимущественно с корковым уровнем регуляции моторно-двигательных процессов), а у женщин - височно-теменных нейрональных систем (отвечающих в основном за когнитивный анализ сенсорной информации). Последнее, по всей видимости, соотносится как с упоминавшимися выше сведениями о большей развитости у женщин именно задней части мозолистого тела (de Lacoste-Utamsing M.-C., Holloway R.L., 1982 и др.), так и с данными о меньшей анатомической асимметрии у женщин в заднем височном регионе коры головного мозга (Wada J.A. et al., 1975). В пользу данного предположения говорит и характер тех заданий, которые лучше выполняют мужчины или женщины (Кимура Д., 1992; и др.). Так, в частности, мужчины лучше выполняют задачи, требующие умственных манипуляций с предметами, математических рассуждений или некоторых точных двигательных навыков, т.е. способностей, тесно связанных с деятельностью как лево-, так и правополушарных лобно-центральных областей, женщины же обычно превосходят мужчин в быстроте визуальной идентификации сходных предметов, в арифметическом счете и запоминании ориентиров местности, т.е., в том, что преимущественно связано с функционированием височно-теменных зон и левого, и правого полушарий головного мозга (Хомская Е.Д., 1987; и др.).

Следуя этой же логике в отношении полового диморфизма в организации лимбико-кортикальных систем, регулирующих эмоциональные и мотивационные процессы, можно предложить следующую гипотезу. Согласно ей, половые различия в строении и функциях

этих систем связаны с неодинаковой развитостью в обоих полушариях (и различной степенью латерализованности) у мужчин и женщин височно-теменных и лобно-центральных (соответственно "эмоциональных" и "мотивационных") компонентов данных систем.

Так, предполагается, что в норме у женщин менее латерализованы и более развиты в обоих полушариях височнотемненные лимбико-кортикальные системы, анализирующие и оценивающие сенсорные эмоционально-ассоциированные (и положительные, и отрицательные) стимулы. Причем вследствие того, что эти нейрональные системы более интенсивно развиваются в период раннего онтогенеза, они, по всей видимости, и более уязвимы при действии различных факторов, нарушающих процессы формирования структур головного мозга в этот период жизнедеятельности.

У мужчин же, возможно, менее латерализованы и более развиты в обоих полушариях лобно-центральные лимбико-кортикальные системы, определяющие собственно "мотивационные" процессы организации поведения (ориентированного и на "достижение", и на "избегание"). Эти лобно-центральные нейрональные системы у мужчин являются, вероятно, и более уязвимыми в период раннего онтогенеза, что должно проявляться в большей выраженности у лиц мужского пола дизонтогенетических нарушений данных систем, в частности, в виде формирования аномальных паттернов полушарной асимметрии в рассматриваемых областях головного мозга.

Рамки данной работы не позволяют здесь подробно рассмотреть всю аргументацию за и против данной точки зрения. Однако можно отметить, что в пользу этой гипотезы говорит ряд хорошо известных фактов, касающихся полового диморфизма эмоциональных, мотивационных и личностных характеристик и нарушений у человека. Так, во-первых, женщины на психологическом уровне обычно более эмоциональны и более ситуационно-и социально-детерминированы в своем поведении, в то время как мужчины, напротив, менее эмоционально чувствительны и экспрессивны и более "самостоятельны" и активны в выборе и реализации индивидуальных форм своего поведения, что сопровождается и различной иерархией ценностей у женщин и мужчин в отношении "чувства" и "дела" и пр. (Eysenck H.J., 1976; Кон И.С., 1989; Русалов В.М., 1993; Feingold A., 1994; и др.). И, во-вторых, как и должно быть в соответствии с данной гипотезой, у женщин существенно чаще встречаются различные дизонтогенетически обусловленные нарушения в аффективной сфере, в частности, биполярные расстройства (Ротштейн В.Г и др., 1997 и др.), в то время как расстройства влечений, в том числе и сексуального, отмечаются в основном у мужчин (Flor-Henry P., 1987; и др.).

#### ***6.1.5. Роль полушарных лимбико-кортикальных систем в регуляции сексуального поведения***

Нейрофизиологическая концепция Р. Flor-Henry (1987), касающаяся роли полушарных отношений в организации и регуляции сексуального поведения (в том числе и аномального), исходит из того, что полушарные нейрональные структуры непосредственно и достаточно жестко связаны с организацией тех или иных паттернов сексуальной активности. В этой концепции предполагается, что в левом полушарии формируются вербально-идеаторные схемы сексуального поведения, которые затем передаются в правое полушарие, где эти схемы преобразуются в соответствующие моторно-двигательные паттерны сексуальной активности. При этом возникновение аномальных форм сексуального поведения рассматривается как следствие дефицитности нейрофизиологических процессов формирования в левом полушарии "нормальных" вербально-идеаторных схем сексуальной активности либо как нарушение

передачи этих "моделей" в правое полушарие или как недостаточность правополушарных нейрофизиологических механизмов, воплощающих эти схемы в конкретные "сексуальные" действия.

Однако связь именно левого полушария с формированием "схем" сексуальной активности, как и то, что эти схемы обязательно должны быть "вербально-идеаторными", вызывает большое сомнение и противоречит данным многочисленных исследований механизмов сексуального поведения животных и человека, указывающих на то, что формирование паттернов сексуальной активности ("конкретно-чувственных" по своей природе) обусловлено прежде всего деятельностью подкорковых и лимбических структур головного мозга (и преимущественно право-, а не левополушарных). Кроме этого, в концепции Р. Flor-Henry (1987) полушарные механизмы сексуального поведения фактически рассматриваются изолированно, в отрыве от анализа огромного массива данных, указывающих на связь полушарных отношений с общими процессами регуляции эмоций и "мотивированного" поведения (разновидностью которых и являются "сексуальные" эмоциональные реакции и сексуальное поведение).

Поэтому более продуктивным и обоснованным мог бы быть иной концептуальный подход, который и будет использоваться нами в дальнейшем для интерпретации собственных и литературных данных по изучаемому вопросу. Согласно этому подходу полушарные нейрофизиологические механизмы регуляции сексуального поведения будут рассмотрены в контексте изложенных ранее современных представлений о структуре и функциях полушарных лимбико-кортикальных систем регуляции эмоциональных и мотивационных процессов. Это позволит в этой части главы достаточно логично структурировать уже имеющиеся в литературе данные и высказать ряд предположений, а в следующей части - интерпретировать результаты собственных исследований и сформулировать новую гипотезу психо- и нейрофизиологических механизмов формирования аномального сексуального поведения.

Во-первых, можно ожидать, что экспрессивное выражение сексуального возбуждения и оргазмическая реакция как особые (во многом произвольные) формы эмоциональной экспрессии должны быть связаны в большей степени с активацией правого полушария. И это находит свое подтверждение. Так, при оргазмической эпилепсии в подавляющем числе случаев очаг находится в правом полушарии (Flor-Henry P., 1983). При оргазме наблюдаются выраженные изменения ЭЭГ также преимущественно в правой парietальной области (Cohen H.D. et al., 1976). Эта же область гиперактивирована и при эротической стимуляции и переживании сексуального возбуждения (Tucker D.M., Dawson S.L., 1984).

Во-вторых, из предыдущего анализа вытекает, что левое полушарие могло бы быть связано преимущественно с интериоризацией и реализацией "нормальных" социальных стереотипов сексуального поведения, а правое полушарие - с усвоением и организацией "индивидуальных" (особых) форм и способов сексуальной активности, могущих в ряде случаев становиться и "аномальными". Следовательно, вполне логично ожидать в таком случае у лиц с отклонениями от социальных стереотипов сексуального поведения (с сексуальными девиациями) гиперактивации правого и/или гипоактивации левого полушария. Что в отношении гипоактивации левого полушария и нашло свое подтверждение в ЭЭГ-исследованиях лиц с эксгибиционизмом и педофилией, проведенных Р. Flor-Henry с сотр. (1988, 1991). Вопрос о существовании правополушарной гиперактивации у лиц с аномальным сексуальным поведением оставался до последнего времени неясным, хотя в литературе имелись свидетельства

наличия структурных нарушений в правом полушарии у сексуальных садистов (Langevin R. et al., 1988; Ether R. et al., 1996).

В-третьих, можно предположить, что анализ эмоционально-положительных ассоциативных "сексуальных" и "социальных" образов (символов жизненного и сексуального "успеха", эротики и пр.) должен осуществляться в большей степени в левом полушарии, а анализ аналогичных отрицательных ассоциативных образов (символов сексуальной неудовлетворенности и ущербности, импотенции и пр.) - в правом. Поэтому указанное выше изменение полушарных отношений в сторону сравнительно большей правополушарной активированности у лиц с парафилиями и должно, согласно данной модели, сопровождаться аффективными расстройствами субдепрессивного характера, дисфориями и т.п. И действительно, было показано, что парафилии нередко сочетаются с дистимическими, дисфорическими и генерализованными тревожными расстройствами (Coleman E., 1992; и др.).

В-четвертых, можно ожидать, что "мотивационные" процессы организации "достижения" положительных, в том числе и сексуально-ассоциированных, ощущений доминируют в левом полушарии, а процессы организации "избегания" неприятных социальных и сексуальных ощущений (чувств "социальной" и сексуальной неудовлетворенности или неполноценности) - в правом.

Комплексное нейрофизиологическое исследование лиц с аномальным сексуальным поведением, результаты которого будут изложены далее, позволило подтвердить данные предположения, также как и прояснить некоторые вопросы, связанные с патогенетическими и патофизиологическими механизмами парафилий.

## **6.2. Компьютеризированное ЭЭГ-обследование лиц с парафилиями**

### ***6.2.1. Нейрофизиологические паттерны полушарных, зональных и корково-подкорковых отношений у лиц с парафилиями***

Обследовались лица мужского пола, находившиеся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в лаборатории судебной сексологии в ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского в период 1993-1996 гг. после их привлечения к уголовной ответственности за сексуальные правонарушения. В результате клинко-психопатологического и сексологического исследования испытуемые были разделены на две группы.

Первую клиническую группу составили лица с парафилиями (ЛСП), диагноз которых ставился в соответствии с критериями DSM-III-R и МКБ-10. В основном среди форм парафилий отмечались садизм, педофилия и эксгибиционизм. Нередко встречались множественные расстройства сексуального предпочтения, при которых указанные виды парафилий сочетались с фетишистскими, вуайеристскими, мазохистическими тенденциями.

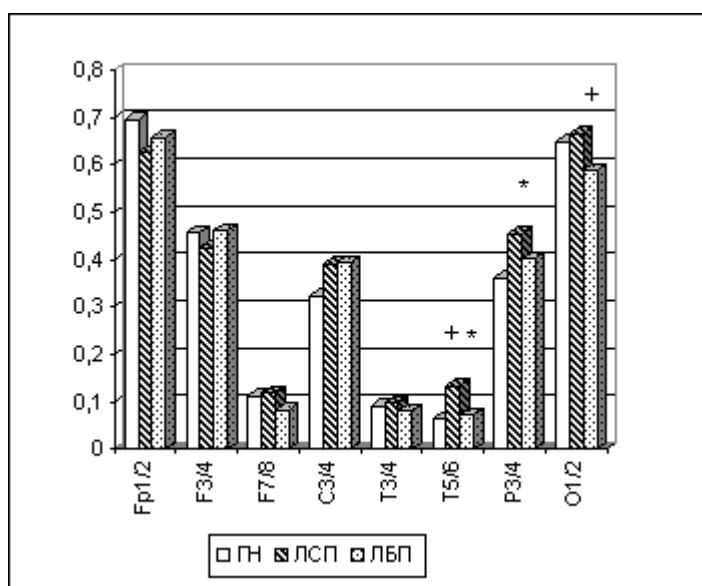
Вторую группу составили лица с аномальным сексуальным поведением без парафилий (ЛБП).

ЭЭГ-обследование сопоставимых по возрасту праворуких испытуемых мужского пола с аномальным сексуальным поведением (37 лиц с парафилиями и 43 - без парафилий) и группы нормы (ГН), состоящей из 49 праворуких психически и неврологически здоровых добровольцев мужского пола, производилось с учетом современных методических

требований (Pivik R.T. et al., 1993) на компьютерном картографе MEDICID-3M (Куба) в 16 отведениях униполярно (с референтными закороченными ушными электродами) в четырех функциональных состояниях: при закрытых глазах (ЗГ), при открытых глазах (ОГ), при арифметическом счете в уме (СЧЕТ), т.е. при последовательном вычитании с закрытыми глазами, а также при выполнении зрительно-пространственного задания (ЗПЗ), т.е. при тесте Тейлора. В последующем с использованием стандартного программного обеспечения (DE-MEDICID) проводился спектрально-когерентный анализ полученных данных с вычислением в четырех диапазонах ЭЭГ (дельта, тета, альфа и бета-1) значений таких параметров, как логарифм абсолютной спектральной мощности (ЛАСМ) и межполушарная когерентность (МКОГ). Статистическая обработка (SPSS for Windows) предусматривала попарно групповое сравнение параметров ЛАСМ и МКОГ методом дисперсионного анализа (ANOVA), и в том случае, если выявлялось достоверное ( $p < 0.05$ ) влияние "группового" фактора, сравнение групп по частным средним (LSD-тест).

При анализе МКОГ и ЛАСМ у лиц с парафилиями был выявлен ряд характерных зональных и полушарных особенностей ЭЭГ.

Так, если сниженный (по сравнению с нормой) уровень межполушарной когерентности наблюдался у обеих клинических групп (у ЛСП - преимущественно в лобных и центральных зонах, а у ЛБП - больше в затылочных областях), то достоверное ( $p < 0.05$ ) повышение межполушарной когерентности в задневисочных и париетальных областях неокортекса при различных функциональных состояниях во всех ЭЭГ-диапазонах отмечалось только у лиц с парафилиями и по отношению к ГН, и по отношению к ЛБП (рис. 6.1). Учитывая, что для подкорковых структур таламо-лимбико-ретикулярного комплекса характерны преимущественно билатерально-синхронные влияния на кору головного мозга, с определенной степенью уверенности можно рассматривать увеличение показателя межполушарной когерентности в височных и париетальных областях в контексте изменения не только корково-корковых, но и корково-подкорковых отношений. Соответственно можно говорить о снижении у лиц с парафилиями степени относительной автономности деятельности височных (и париетальных) корковых нейронных систем разных полушарий (Andersen P., Anderson S.A., 1968; Ливанов М.Н., 1972; Lopes da Silva F.N. et al., 1973; Дубикайтис В.В., 1975; Сви́дерская Н.Е., 1987; Зенков Л.Р., Ронкин М.А., 1991; и др.).

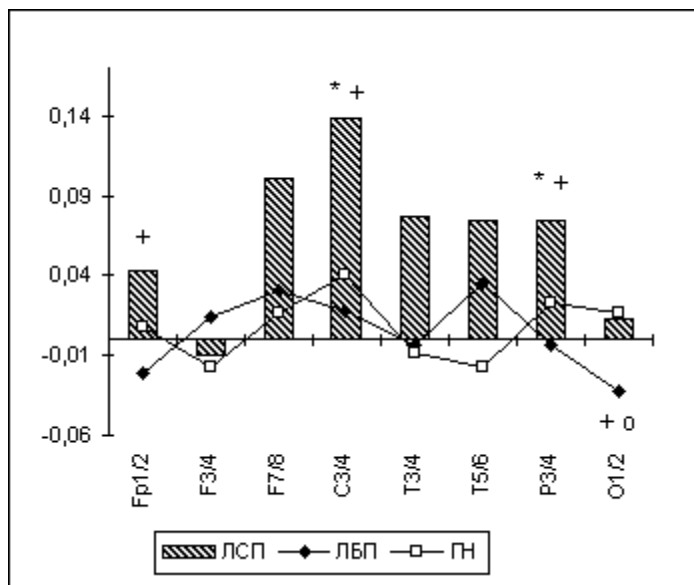


**Рис. 6.1.** Альфа-МКОГ при ОГ у лиц с парафилиями.

**Примечания:** Межгрупповые статистически достоверные различия ( $p < 0.05$  по LSD-тесту) в отдельных ЭЭГ-отведениях для пары "группа нормы-лица с парафилиями" (ГН-ЛСП) на рисунке обозначены звездочкой (\*); для пары "группа нормы-лица без парафилий" (ГН-ЛБП) - кружком (о); для пары "лица с парафилиями- лица без парафилий" (ЛСП-ЛБП) - крестиком (+).

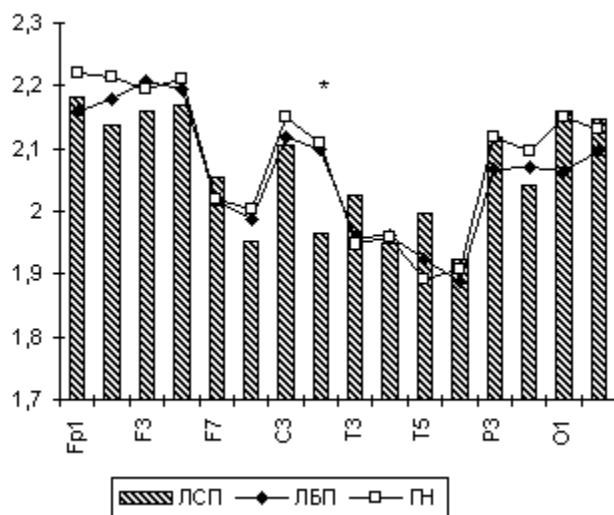
У лиц с парафилиями также имелся характерный (по отношению к ГН и ЛБП) зональный паттерн распределения ЛАСМ в коре головного мозга во всех ЭЭГ-диапазонах в различных функциональных состояниях, т.е. ЛАСМ у ЛСП был сравнительно меньше в лобно-центральных и больше в височных регионах неокортекса. Можно отметить, что данное повышение временной синхронизации ЭЭГ-ритмики в височных регионах хорошо согласуется с описанным выше увеличением в этой же области пространственной (межполушарной) синхронизации. Указанное снижение спектральной мощности в лобно-центральных областях неокортекса может быть обусловлено повышением десинхронизирующих (гиперактивационных) влияний, а повышение спектральной мощности в височных областях - усилением, напротив, гипоактивационных (синхронизирующих) влияний в этих регионах коры головного мозга (Beaumont J.G., 1983; Davidson R.J., 1988; и др.).

Кроме этого, ЛАСМ в тета-диапазоне при зрительно-пространственном задании у лиц с парафилиями достоверно ( $p < 0.05$ ) меньше в правом полушарии как по отношению к ГН в центральной и париетальной областях, так и относительно ЛБП в центральной и лобной областях (рис. 6.2, 6.3). В свою очередь, данный асимметрично повышенный уровень временной десинхронизации ЭЭГ-ритмики в тета-диапазоне в правом полушарии при зрительно-пространственном задании может быть интерпретирован (Beaumont J.G., 1983; Davidson R.J., 1988; De Toffol B. et al., 1990; Wheeler R.E. et al., 1993; и др.) как отражающий относительное повышение у лиц с парафилиями активационных влияний в лобно-центральных областях правого полушария.



**Рис. 6.2.** Полушарная асимметрия по тета-ЛАСМ при ЗПЗ у лиц с парафилиями.

**Примечания:** На рисунке представлены значения индекса полушарной асимметрии (по ЛАСМ) в отдельных парах симметричных ЭЭГ-отведений ("ЛАСМ слева" минус "ЛАСМ справа"), т.е. положительные значения по оси ординат отражают относительно меньшие значения ЛАСМ справа и/или относительно большие значения ЛАСМ слева в симметричных ЭЭГ-отведениях, и наоборот. Межгрупповые статистически достоверные различия обозначены так же, как на рис. 6.1.



**Рис. 6.3.** Тета-ЛАСМ при ЗПЗ у лиц с парафилиями.

**Примечания:** Межгрупповые статистически достоверные различия обозначены так же, как на рис. 6.1.

Было проведено сопоставление изменений в ЭЭГ у исследуемых праворуких лиц с аномальным сексуальным поведением с нейропсихологическими синдромами, встречающимися у данной категории испытуемых. Для этого были выделены и сопоставлены между собой и с группой нормы (49 чел.) по ЭЭГ-характеристикам две клинические группы: лица с нейропсихологическим синдромом, отражающим нарушение когнитивных функций правого полушария (11 чел.), и лица с синдромом, отражающим нарушение когнитивных функций и левого, и правого полушарий с нарушением межполушарных взаимосвязей (15 чел.). Было выявлено, что только для первой ("правополушарной") группы был характерен паттерн, наблюдаемый у лиц с парафилиями, т.е. достоверное повышение межполушарной когерентности в задневисочных областях и снижение спектральной мощности ЭЭГ-ритмики в правом полушарии. Что, таким образом, подтверждает преимущественно правополушарную локализацию дисфункциональных ЭЭГ-сдвигов в головном мозге при парафилиях как в отношении спектральной мощности, так и в отношении межполушарной когерентности (и в том числе дает основание предполагать, что в изменении корково-подкорковых отношений в височной области наибольшее значение играют корковые правополушарные нейрональные механизмы).

Полученные результаты нейрофизиологического исследования вполне соотносятся с предположениями, сделанными по результатам клинического обследования данных больных, т.е. с предположениями о наличии у лиц с парафилиями органических процессов, связанных с нарушением деятельности структур височной доли и дисфункцией субдоминантного (правого) полушария. Учитывая, что основным отличием клинической картины у данной группы лиц с парафилиями (по сравнению с испытуемыми с аномальным сексуальным поведением без парафилий) было наличие практически у всех из них раннего или сочетанного органического поражения головного мозга, имеющего резидуальный характер, можно с большой долей уверенности предположить, что оно в основном и обусловило особенности наблюдаемого паттерна ЭЭГ.

Однако вопрос о том, связаны ли эти сдвиги в ЭЭГ с любыми или только с какими-либо особыми (в смысле нарушения нейрофункциональной организации мозга) вариантами резидуально-органического поражения, нуждался в прояснении. Это было сделано в

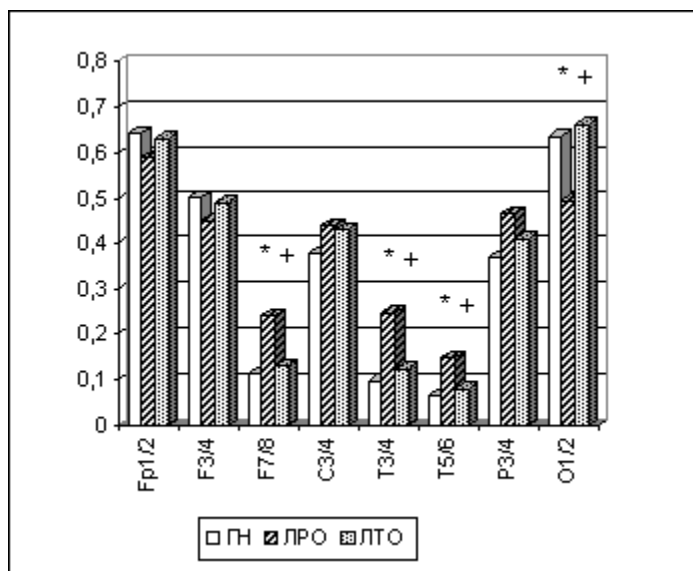
работе, посвященной анализу особенностей ЭЭГ у лиц с резидуально-органическими поражениями головного мозга без аномального сексуального поведения.

### **6.2.2. Нейрофизиологические паттерны полушарных и корково-подкорковых отношений у лиц с резидуально-органическим поражением головного мозга**

По методике, описанной выше, было проведено компьютерное ЭЭГ-обследование 40 лиц мужского пола с экзогенно-органическими поражениями головного мозга, находившихся на судебно-психиатрической экспертизе в ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского<sup>1</sup>, и группы нормы (ГН) в количестве 40 неврологически и психически здоровых праворуких мужчин. Были выделены две клинические группы лиц - с резидуальным (группа ЛРО, 11 чел.) и текущим (группа ЛТО, 29 больных) вариантами экзогенно-органического поражения головного мозга. У ЛРО отмечалось преобладание эмоционально-волевых расстройств в рамках церебрастенического и психопатоподобного синдромов, невротических и аффективных расстройств.

Полученные результаты указывали на то, что для ЛРО можно считать характерным значимое повышение в лобно-височных зонах межполушарной когерентности всех ЭЭГ-диапазонов, при снижении ее в затылочных областях (рис. 6.4), что, как указывалось выше, могло бы быть связано с изменением у них, как и у лиц с парафилиями, в этих регионах корково-подкорковых отношений. Кроме этого, у группы ЛРО отмечалось повышение преимущественно в лобных, центральных и височных областях правого полушария спектральной мощности высокочастотной (бета-1) и медленноволновой (дельта- и тета-) ЭЭГ-ритмики (Рис. 6.5). Что, в свою очередь, может отражать инактивационные изменения в правом полушарии.

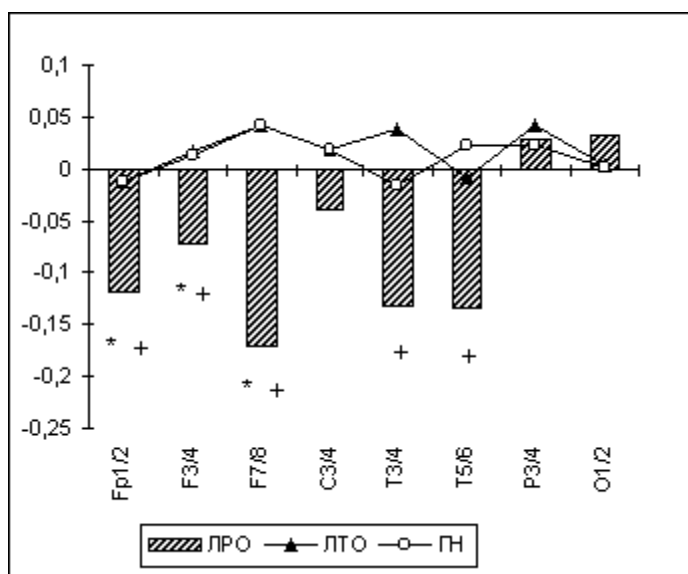
<sup>1</sup> Данное исследование было выполнено совместно со старшим научным сотрудником отделения экзогенно-органических расстройств Центра канд. мед. наук М.В.Усюкиной.



**Рис. 6.4.** Альфа-МКОГ при ОГ у лиц с органическим поражением головного мозга.

**Примечания:** Межгрупповые статистически достоверные различия ( $p < 0.05$  по LSD-тесту) в отдельных ЭЭГ-отведениях для пары "группа нормы-лица с резидуальным органическим поражением головного мозга"(ГН-ЛРО) на рисунке обозначены звездочкой (\*); для пары "группа нормы-лица с текущим органическим поражением головного мозга"(ГН-ЛТО) - кружком (о); для пары "лица с резидуальным- лица с текущим органическим поражением головного мозга" (ЛРО-ЛТО) - крестиком (+).





**Рис. 6.5.** Полушарная асимметрия по бета-ЛАСМ при ОГ у лиц с органическим поражением головного мозга.

**Примечания:** На рисунке представлены значения индекса полушарной асимметрии (по ЛАСМ) в отдельных парах симметричных ЭЭГ-отведений ("ЛАСМ слева" минус "ЛАСМ справа"). Межгрупповые статистически достоверные различия обозначены так же, как на рис. 6.4.

Учитывая описанные в первой части главы сведения и концепции об относительной специализации правополушарных лимбико-кортикальных систем на оценке эмоционально-отрицательных сенсорных образов, можно предположить у данных лиц с резидуальной органикой и асоциальным поведением определенную функциональную недостаточность правополушарных систем реагирования на отрицательные эмоциональные стимулы и ситуации. Подобная селективная дефицитарность была выявлена ранее в психофизиологических исследованиях (Patrick C.J., 1993) и у асоциальных психопатов, у которых она была связана с выраженностью одного из двух основных факторов асоциальной психопатии (Patrick C.J. et al. 1993), по критериям опросника "PCL-R" ("Psychopathy Checklist - Revised", 1991) - фактора "эмоциональной невовлеченности" ("emotional detachment").

Таким образом, очевидно, что если для резидуально-органических поражений головного мозга у лиц с асоциальным поведением без парафилий характерна гипоактивация правого полушария (и вероятная дефицитарность систем оценки эмоционально-отрицательных образов), то резидуально-органические поражения, сопровождаемые расстройствами сексуального влечения, являются, напротив, "правополушарно-гиперактивационными" по своим нейрофизиологическим механизмам (и, возможно, связаны уже с гиперактивацией систем оценки аверсивных стимулов). Последнее подтверждается и данными клинического анализа рассматриваемых лиц с парафилиями, у которых достоверно чаще встречались субдепрессивные и дистимические расстройства и дисфории.

### **6.2.3. Связь выявленных нейрофизиологических паттернов с дизонтогенетическими нарушениями в деятельности корковых и подкорковых структур головного мозга у лиц с парафилиями**

Как установлено при ЭЭГ-исследованиях лиц с задержкой соматосексуального развития (Kaiser J., Gruzelier J., 1996), у них отмечается достоверно повышенный уровень когерентности ЭЭГ, что объясняется сниженным содержанием синапсов в коре вследствие

более продолжительной их элиминации в процессе полового созревания (Huttenlocher P.R. et al., 1982; Saugstad L., 1994). Кроме этого, показано, что у мужчин с задержкой пубертата значимо более выражен шизотипический синдром "Избегания" ("Withdrawn"), который, в свою очередь, тесно связан с относительно большей активацией правого полушария (Gruzelier, J.H., Kaiser, J., 1996). Таким образом, есть определенные основания связывать формирование наблюдаемого у лиц с парафилиями паттерна ЭЭГ (т.е. повышение межполушарной когерентности и правополушарной гиперактивации) с дизонтогенетическими механизмами задержки у них соматосексуального развития, которые, в свою очередь, этиологически могут быть обусловлены ранним резидуальным органическим поражением головного мозга.

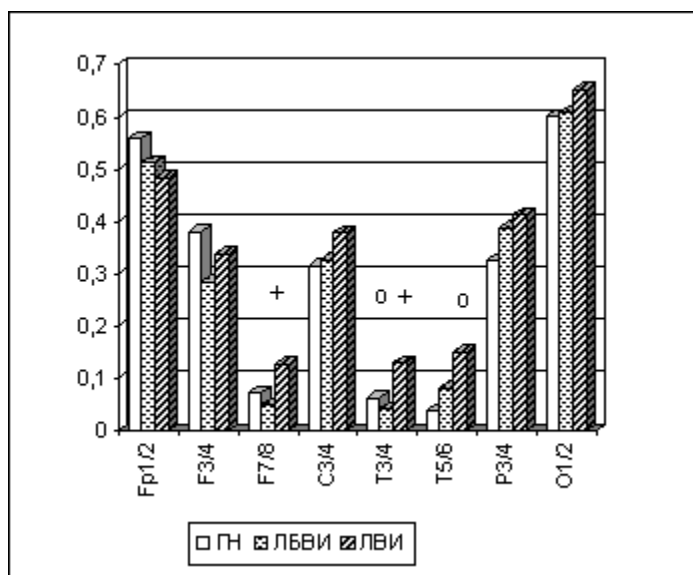
В пользу предположения о связи наблюдаемого нейрофизиологического паттерна с нарушением сексуального онтогенеза у мужчин говорит и то, что, как установлено, доминирование "правополушарных" функций характерно и для феминизированных мужчин (Кимура Д., 1992; Gruzelier J.H., 1994; и др.). Интересно, что у маскулинизированных женщин, согласно данным тех же исследований, наблюдается, наоборот, левополушарное доминирование, в то время как у "нормальных" мужчин и женщин существенной полушарной асимметрии не отмечается. Это может быть объяснено тем, что в норме развитие полушарий, по всей видимости, носит гармоничный и сбалансированный характер, а возникновение выраженной полушарной асимметрии может являться следствием гормонально-зависимых отклонений в развитии мозговых полушарных структур на ранних стадиях онтогенеза. Причем, возможно, что вследствие половых различий в нейроэндокринной регуляции одни и те же дизонтогенетические факторы (приводящие к расстройству в формировании и соответствующих мужских или женских половых признаков и характеристик) могут, вероятно, по-разному влиять на полушария головного мозга у мужчин и женщин. Так, у мужчин эти факторы могут вызывать торможение роста нейрональных структур левого полушария и компенсаторно большее развитие правого полушария ("тестостероновая гипотеза" - Geschwind N., Galaburda A.M., 1985), а у женщин, напротив, - большее торможение роста правого полушария и развитие "левополушарной" доминантности.

Учитывая это, можно было предположить, что у мужчин с сексуальными девиациями более выраженные расстройства половой идентичности сочетаются с более грубыми нарушениями корково-подкорковых и полушарных отношений.

Для проверки данного предположения было проведено следующее исследование. Праворукие испытуемые мужского пола с парафилиями, у которых была записана ЭЭГ, на основании результатов сексологического обследования и шкалирования были разделены на две группы. Первую клиническую группу составили 17 лиц без выраженных искажений половой идентичности (ЛБВИ). В эту группу были включены испытуемые, набравшие до 19 баллов по шкале оценки половой идентичности, которая была разработана в лаборатории судебной сексологии Центра. Во вторую группу вошли 13 лиц с выраженными искажениями половой идентичности (ЛВИ). Клинические группы были сопоставимы по возрасту и соотношению разных форм парафилий. Статистическая обработка параметров спектрально-когерентного анализа ЭЭГ (ЛАСМ, МКОГ) проводилась по описанной ранее схеме (ANOVA, LSD-тест). Клинические группы сравнивались между собой и с 49 праворукими лицами мужского пола из группы нормы (ГН).

Было обнаружено, что у ЛБВИ, по сравнению с ГН, достоверное повышение межполушарной когерентности в задневисочных и париетальных областях неокортекса отмечалось в тета- и альфа-диапазонах ЭЭГ при активном бодрствовании с открытыми

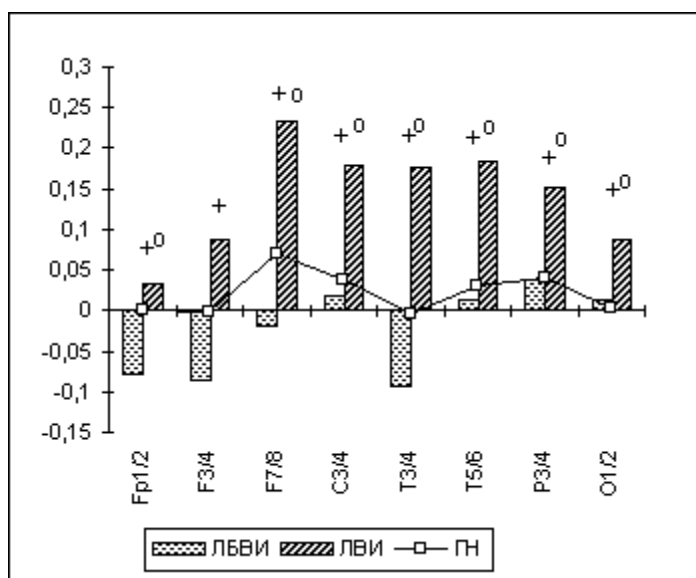
глазами. У ЛВИ, по сравнению с ГН, статистически значимое повышение МКОГ в височных и париетальных зонах коры головного мозга количественно было более выражено и наблюдалось во всех ЭЭГ-диапазонах не только при ОГ, но и при других функциональных состояниях (рис. 6.6).



**Рис. 6.6.** Бета-МКОГ у лиц с искажениями половой идентичности.

**Примечания:** Межгрупповые статистически достоверные различия ( $p < 0.05$  по LSD-тесту) в отдельных ЭЭГ-отведениях для пары "группа нормы-лица с выраженными искажениями половой идентичности" (ГН-ЛВИ) на рисунке обозначены кружком (o); для пары "лица без выраженных искажений половой идентичности - лица с выраженными искажениями" (ЛБВИ-ЛВИ) - крестиком (+).

При анализе сдвигов в полушарной асимметрии (по ЛАСМ) было обнаружено, что клиническая группа ЛБВИ достоверно не отличалась от ГН, в то время как у лиц с выраженными нарушениями половой идентичности картина была совершенно другой. Отмечалось статистически значимое генерализованное (сочетание факторов "группа \* полушарие") изменение полушарных отношений в группе ЛВИ во всех ЭЭГ-диапазонах при различных функциональных состояниях (прежде всего при ЗГ и ОГ). Спектральная мощность ЭЭГ у ЛВИ по сравнению с ГН была ниже в правом и/или выше в левом полушарии. Причем, в бета-1-диапазоне ЛАСМ у ЛВИ был достоверно выше в левом полушарии не только относительно ГН, но и относительно ЛБВИ (рис. 6.7).



**Рис. 6.7.** Полушарная асимметрия по бета-ЛАСМ при ОГ у лиц с искажениями половой идентичности.

**Примечания:** На рисунке представлены значения индекса полушарной асимметрии (по ЛАСМ) в отдельных парах симметричных ЭЭГ-отведений ("ЛАСМ слева" минус "ЛАСМ справа"). Межгрупповые статистически достоверные различия обозначены так же, как на рис. 6.6.

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно констатировать, что существенное изменение корково-подкорковых и полушарных отношений отмечается прежде всего у тех мужчин с парафилиями, у которых имеются выраженные нарушения половой идентичности. Этот факт, принимая во внимание тесную связь расстройств половой идентичности с психосексуальным дизонтогенезом, подтверждает значимость структурно-функциональных нарушений в мозге на ранних стадиях онтогенеза для формирования описанных нами паттернов патофизиологических сдвигов у лиц с сексуальными девиациями.

Раннее органическое поражение головного мозга, приводящее к формированию дизонтогенетических нарушений, может (при наличии определенной генетической предрасположенности) затрагивать не только корковые, но и подкорковые нейрональные структуры. Представляется, что в патофизиологических механизмах таких нарушений на подкорковом уровне могли бы иметь существенное значение дисфункциональные изменения нейрохимических регуляторных систем.

Как указывает А.Ф. Изнак (1997), скопления нейронов, продуцирующих нейротрансмиттеры, узко локализованы. Так, нервные клетки, синтезирующие серотонин, расположены в ядрах шва продолговатого мозга, норадренергические нейроны - в области голубого пятна, дофамин-продуцирующие клетки - в черной субстанции и мезолимбической области. Однако аксональные проекции этих нейронов широко распространены в мозге. Это обуславливает возникающие при нарушении деятельности данных нейрональных систем изменения функционального состояния широкого круга мозговых структур. В контексте данной работы представляет особый интерес тот факт, что обильные серотонинергические проекции из дорзальных ядер шва получает, в частности, и стриатум (Molliver M.E., 1987; и др.). Одной же из основных функций стриатума, как известно, является организация сложных паттернов автоматизированных действий, нередко филогенетически древних по своему генезу (MacLean P.D., 1978;

Хомская Е.Д., 1987; и др.), и могущих быть сопоставленными с поведенческими паттернами при обсессивных и компульсивных расстройствах.

Для объяснения механизмов связи аномального сексуального поведения с нарушениями в деятельности подкорковых структур и нейрохимическими дисфункциональными сдвигами необходимо рассмотреть особенности коморбидности парафилий. Так, установлена связь компульсивных вариантов девиантного сексуального поведения как с синдромом Туретта (Comings D.E., Comings D.G., 1982; Pitman R.K., 1983; Kerbeshian J. et al., 1985; Comings D.E., 1994), так и с обсессивно-компульсивными расстройствами (Coleman E., 1991; и др.), которые, в свою очередь, могут сочетаться и друг с другом (Pauls D.L., Leckman J.F., 1986; Leckman J.F. et al., 1992).

Согласно современным представлениям, синдром Туретта обусловлен прежде всего нарушением функций стриопаллидарной системы (Pauls D.L. et al., 1986; и др.) и генетически определенными изменениями метаболизма серотонина и дофамина (Comings D.E., 1990, 1994 и др.). В частности, обнаружено, что у больных с синдромом Туретта достоверно понижено содержание триптофана в крови (Leckman J.F. et al., 1984; Comings D.E., 1990), а также снижен уровень 5-НТ в подкорковых регионах головного мозга (Anderson G.M. et al., 1992).

Патогенез обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) также во многом обусловлен нарушениями серотонинергических и норадренергических механизмов в мозге (МакГлинн Т., Меткалф Г.Л., 1989; Coleman E., 1991; Insel T.R., 1991; Hollander E., 1993 и др.). На это указывают как данные о том, что у пациентов с ОКР в цереброспинальной жидкости выявлено повышение 5-ННН (Insel T.R. et al., 1985), так и эффективность лечения больных с ОКР ингибиторами захвата серотонина (Insel T.R., 1991; и др.).

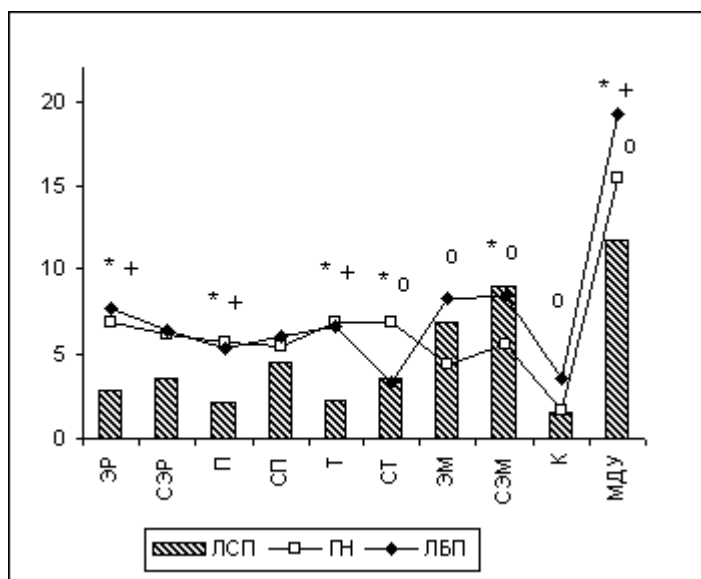
Как и при синдроме Туретта, патофизиологические механизмы обсессивно-компульсивных расстройств тесно связаны с нарушениями в деятельности базальных ганглиев. Существенное значение при этом, по всей видимости, имеют дисфункциональные изменения в системе "стриатум - лобные доли". Об этом говорит, в частности, уменьшение выраженности ОКР после хирургических операций, сопровождающихся пересечением проводящих путей от лобной коры к стриатуму (Bingley T., Persson A., 1978; Fodstad H. et al., 1982). Причем, как было выявлено в ПЭТ-исследованиях, при ОКР преобладают гиперактивационные изменения в хвостатом ядре и орбитальных областях лобной коры (Baxter L.R. et al., 1987, 1988; Nordahl T.E. et al., 1989; Swedo S.E. et al., 1989).

Таким образом, учитывая все эти факты, можно предположить, что общим патофизиологическим базисом для синдрома Туретта, обсессивно-компульсивных расстройств и компульсивных вариантов парафилий могли бы быть гиперактивационные дисфункциональные изменения в нейрональной системе "базальные ганглии - лобные доли", патогенез которых во многом обусловлен нарушениями серотонинергических и норадренергических регуляторных механизмов мозга.

Исходя из этого, относительное повышение активационных (десинхронизирующих ЭЭГ) влияний в лобно-центральных регионах головного мозга, обнаруженное нами у лиц с парафилиями, могло бы быть связано с наличием у них гиперактивационных изменений в системе "базальные ганглии - лобные доли", значимых для формирования компульсивных вариантов аномального сексуального поведения. Однако данное предположение нуждается в тщательной и всесторонней проверке.

#### 6.2.4. Связь выявленных нейрофизиологических паттернов с особенностями конституционально обусловленных черт личности у испытуемых с парафилиями

Для изучения того, как выявленные изменения полушарных и корково-подкорковых отношений у лиц с парафилиями связаны с "базисными" (биологически обусловленными) характеристиками поведения и личности, было проведено следующее исследование. Праворуким испытуемым с аномальным сексуальным поведением (24 чел.) и лицам контрольной группы нормы (11 чел.) было предложено ответить на вопросы ряда соответствующих психологических тестов (Айзенка, Спилбергера, Цукермана, УСК, Русалова, Элерса и пр.). Только по двум из этих тестов были получены достоверные различия между клиническими группами лиц с аномальным сексуальным поведением с парафилиями (9 чел.) и без парафилий (15 чел.). Это "Опросник структуры темперамента" - ОСТ (Русалов В.М., 1989, 1990), количественно оценивающий предметно-ориентированные и коммуникативные характеристики темперамента, и опросник Элерса "Мотивация к достижению успеха - МДУ (разработан Ehlers Т., 1964; адаптирован Котиком М.А., 1987), который оценивает силу мотивации к достижению цели, к успеху. Было выявлено, что у лиц с парафилиями (ЛСП) в сравнении с лицами без парафилий (ЛБП) и с нормой (ГН) достоверно снижены (LSD-test,  $p < 0.05$ ) как "эргичность" (ЭР), "пластичность" (П) и "темп" (Т) предметной деятельности по опроснику Русалова, так и "мотивация к достижению успеха" (МДУ) по опроснику Элерса (рис. 6.8). После этого в группе лиц с аномальным сексуальным поведением были вычислены коэффициенты корреляции (по Спирмену) между данными психометрическими показателями и параметрами МКОГ и полушарной асимметрии (по ЛАСМ). У лиц с аномальным сексуальным поведением снижение "мотивации к достижению успеха" достоверно ( $p < 0.01$ ) положительно коррелировало с относительно меньшими величинами тета-ЛАСМ в правом полушарии (и/или сравнительно большими величинами тета-ЛАСМ в левом) в центральных областях. В то же время снижение у них "эргичности" и "пластичности" предметной деятельности достоверно ( $p < 0.05$ ) коррелировало с повышением межполушарной когерентности в тета-, альфа- и бета-1-диапазонах ЭЭГ в височных и лобных областях головного мозга.



**Рис. 6.8.** Значения шкал опросников Русалова (ОСТ) и Элерса (МДУ) у лиц с парафилиями.

**Примечания:** По оси абсцисс представлены шкалы опросника Русалова (ОСТ): "эргичность" (ЭР), "социальная эргичность" (СЭР), "пластичность" (П), "социальная пластичность" (СП), "темп" (Т),

"социальный темп" (СТ), "эмоциональность" (ЭМ), "социальная эмоциональность" (СЭМ), "контрольная шкала" (К). Кроме этого, представлена шкала опросника Элерса "мотивация к достижению успеха" (МДУ). Межгрупповые статистически достоверные различия обозначены так же, как на рис. 6.1.

Полученные результаты, по всей видимости, указывают на то, что характерное для лиц с парафилиями снижение "мотивации к достижению успеха" связано с изменением у них полушарной асимметрии в сторону большей активации правополушарных и/или меньшей активации левополушарных структур. То есть, как вытекает из этих данных и положений, рассмотренных в первой части этой главы, у лиц с расстройствами сексуального влечения, возможно, имеет место относительная функциональная недостаточность "левополушарной" лимбико-кортикальной системы, обеспечивающей мотивационные процессы организации "достижения" эмоционально-позитивного (и социально поощряемого), по сравнению с комплементарной ей "правополушарной" системой организации "избегания" эмоционально-отрицательного (в т.ч. и чувств "социальной" и сексуальной неудовлетворенности или неполноценности).

Кроме этого, можно предположить, что изменение корково-подкорковых отношений в височной области у лиц с парафилиями, приводящее к снижению степени относительной автономности деятельности височных корковых нейрональных систем разных полушарий и выражающееся в повышении МКОГ, обуславливает снижение у них "эргичности" и "пластичности" психических и поведенческих процессов. Это, в свою очередь, может лежать в основе характерной для лиц с расстройствами сексуального влечения устойчивой тенденции к появлению повторных, стереотипно воспроизводимых идеаторных образов и побуждений к совершению однотипных, автоматизированных действий. В пользу такого предположения говорят как данные В.М. Русалова, С.В. Калашникова (1988) о том, что со степенью пластичности, проявляющейся во всех сферах психики, отрицательно коррелирует лобно-затылочная когерентность ЭЭГ в правом полушарии, так и давно установленная связь ригидности психических процессов при эпилепсии преимущественно с нарушением деятельности корково-подкорковых структур височной доли (Williams D., 1969; Карлов В.А., 1990; и др.).

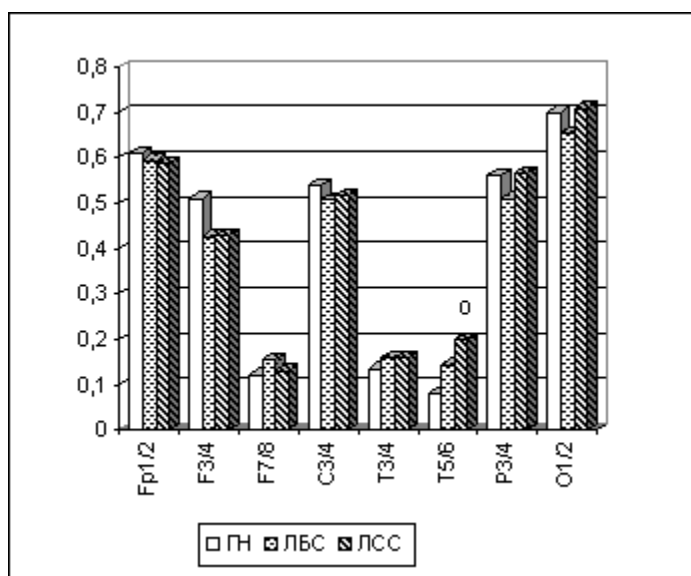
То есть у лиц с парафилиями, по-видимому, имеется, как указывал Г.Н. Крыжановский и др. (1994), патофизиологический нейрональный базис для поэтапного формирования устойчивой "патологической системы". Однако, как вытекает из полученных результатов, нейрофизиологические механизмы функционирования такой системы могут быть связаны не столько с наличием спонтанно активирующегося "генератора патологически усиленного возбуждения" в головном мозге (Крыжановский Г.Н. и др., 1994), сколько со снижением степени автономности деятельности височно-париетальных нейрональных систем разных полушарий и уменьшением относительной независимости протекания комплементарных по отношению друг к другу "лево-" и "правополушарных" нейропсихических процессов. Это, в свою очередь, может затруднять адекватное ситуационно-обусловленное "переключение" с "правополушарной" на "левополушарную" (и обратно) когнитивную, эмоциональную или мотивационную стратегию (т.е., снижать пластичность нейропсихических процессов и стереотипизировать поведение).

#### **6.2.5. Сравнительный анализ нейрофизиологических паттернов полушарных, зональных и корково-подкорковых отношений у лиц с различными формами парафилий**

Учитывая литературные данные о различии отдельных форм парафилий (эксгибиционизм, педофилия *versus* сексуальный садизм) по полушарной локализации латерализованных церебральных нарушений (Flor-Henry P., 1988, 1991; Langevin R. et al., 1988; Ether R. et al. 1996; и др.) нами на данной выборке праворуких лиц мужского пола с парафилиями был

проведен сравнительный анализ особенностей ЭЭГ у испытуемых с разными формами парафилий: у лиц с садизмом - ЛСС (20 чел.) и у лиц с парафилиями без садизма - ЛБС (17 чел., в том числе 10 чел. с педофилией и 7 с эксгибиционизмом), и у праворуких мужчин из группы нормы - ГН (49 чел.).

У обеих групп ЛСС и ЛБС наблюдалось снижение МКОГ по отношению к ГН в лобных и центральных регионах. Однако только у лиц с садизмом по сравнению с ГН отмечалось выраженное достоверное ( $p < 0.05$ ) повышение межполушарной когерентности в височных областях неокортекса в тета-, альфа- и бета-1-диапазонах ЭЭГ при различных функциональных состояниях (рис. 6.9). У лиц же с парафилиями без садистического компонента о повышении МКОГ можно говорить в основном как о тенденции (МКОГ достоверно выше относительно ГН в височных областях только в бета-диапазоне при открытых глазах).



**Рис. 6.9.** Тета-МКОГ при ОГ у лиц с различными формами парафилий.

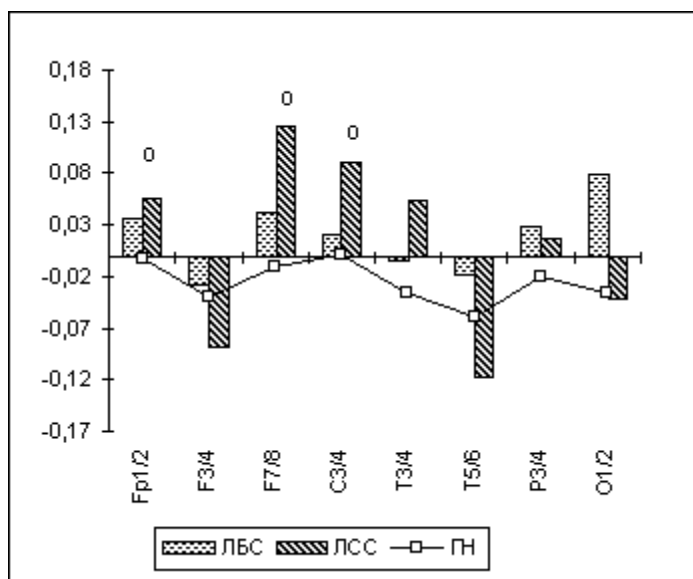
**Примечания:** Межгрупповые статистически достоверные различия ( $p < 0.05$  по LSD-тесту) в отдельных ЭЭГ-отведениях для пары "группа нормы-лица с садизмом" (ГН-ЛСС) обозначены кружком (о).

У ЛСС (по сравнению с ГН) отмечается и определенный зонально-зависимый паттерн распределения спектральной мощности в коре головного мозга во всех ЭЭГ-диапазонах в различных функциональных состояниях, т.е. ЛАСМ у лиц с садизмом сравнительно меньше в лобно-центральных и больше в височных регионах неокортекса. У ЛБС по отношению к ГН также наблюдается сходный зонально-зависимый паттерн распределения ЛАСМ, но только в дельта- и бета-диапазонах.

У лиц с разными формами расстройств сексуального влечения наблюдается сходный по типу, но различный по заинтересованности полушарий паттерн измененных полушарных отношений. У лиц с садизмом отмечается относительно большая временная десинхронизация ЭЭГ-ритмов в центральной и лобной областях правого полушария не только в тета-диапазоне при зрительно-пространственном задании (как и в целом у лиц с парафилиями), но и в альфа- и бета-1-диапазонах в различных функциональных состояниях (рис. 6.10). Это может говорить о существенном повышении именно у садистов активационных влияний в этих зонах правого полушария. У лиц же с педофилией и эксгибиционизмом отмечается уже относительно большая временная синхронизация ЭЭГ-ритмики в бета-1-диапазоне в лобных и височных регионах левого



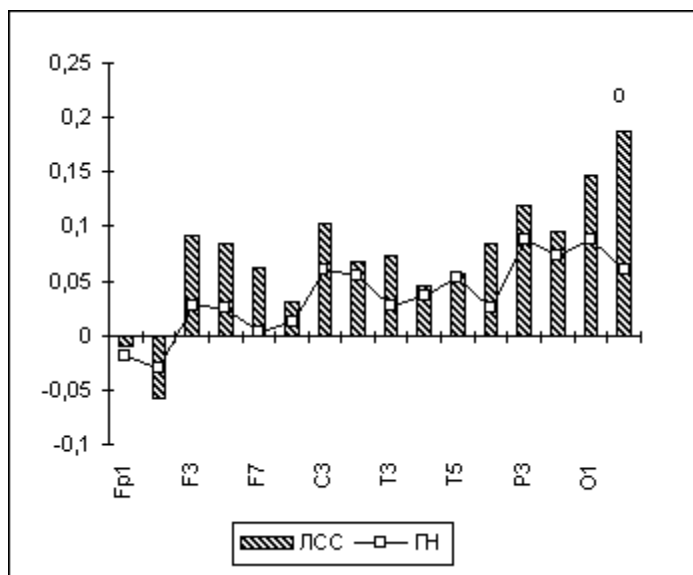
полушария, что может быть связано с определенным снижением активационных влияний в соответствующих областях левого полушария.



**Рис. 6.10.** Полушарная асимметрия по альфа-ЛАСМ при ЗГ у лиц с различными формами парафилий.

**Примечания:** На рисунке представлены значения индекса полушарной асимметрии (по ЛАСМ) в отдельных парах симметричных ЭЭГ-отведений ("ЛАСМ слева" минус "ЛАСМ справа"). Межгрупповые статистически достоверные различия обозначены так же, как на рис. 6.9.

Кроме этого, у лиц с садизмом по отношению к норме отмечаются достоверно большие величины правополушарной ЭЭГ-реакции, т.е. более выраженное гиперактивационное снижение спектральной мощности в альфа-диапазоне в правом полушарии (особенно в затылочной области) при счете в уме. (рис. 6.11). Возможно, это связано с тем, что лица с садизмом используют правополушарную когнитивную стратегию и в ситуациях, предполагающих в норме преимущественную активацию левого полушария (при счете в уме). Не исключено, что эта закономерность, касающаяся преобладания у садистов "правополушарных" процессов как в адекватных, так и в неадекватных этому ситуациям, распространяется не только на когнитивную, но и на эмоционально-мотивационную сферу психики.



**Рис. 6.11. ЭЭГ-реакция на СЧЕТ по альфа-ЛАСМ у сексуальных садистов.**

**Примечания:** На рисунке представлены значения индекса ЭЭГ-реакции (по ЛАСМ) на арифметический счет в уме с закрытыми глазами ("ЛАСМ при ЗГ" минус "ЛАСМ при СЧЕТЕ") т.е., положительные значения по оси ординат отражают уменьшение ЛАСМ при СЧЕТЕ по сравнению с ЗГ. Межгрупповые статистически достоверные различия обозначены так же, как на рис. 6.9.

Полученные данные хорошо согласуются с имеющимися в литературе результатами исследований лиц с несадистическими формами парафилий (педофилия, эксгибиционизм), у которых, согласно данным Р. Flor-Henry и сотр. (1988, 1991), обнаруживаются ЭЭГ-изменения, связанные с левополушарной дисфункцией со снижением активации в лобно-височных регионах. Однако тот ЭЭГ-паттерн, который мы впервые описали у лиц с садизмом, свидетельствует о том, что у них аналогичная по типу полушарная асимметрия связана с существенным повышением активации в правом полушарии. Это, с одной стороны, вполне соотносится с результатами компьютерной и магниторезонансной томографии, согласно которым у садистов выявляются существенные структурные изменения именно в правом полушарии (Langevin R. et al., 1988; Hucker S.J. et al., 1988; Ether R. et al, 1996). С другой стороны, это указывает на возможную гиперактивацию у садистов правополушарных лимбико-кортикальных систем, обеспечивающих отрицательное эмоциональное реагирование.

Кроме того, как уже обсуждалось, гиперактивация правого полушария у садистов может при определенных условиях на уровне "базисных" мотивационных процессов способствовать превалированию стремления "избежать" или "избавиться" от эмоционально-отрицательных состояний (в том числе чувства сексуальной неудовлетворенности и "социальной" фрустрации), а на когнитивном уровне - к созданию "особых", "индивидуальных" (и даже "аномальных" и "асоциальных") моделей поведенческой активности. Все это могло бы иметь существенное значение в механизмах формирования у садистов аномального агрессивного сексуального поведения путем. В частности, путем создания патофизиологических предпосылок, которые облегчают развитие устойчивого доминирования в сексуальном поведении таких индивидуумов аномальных (асоциальных) способов избавления от остро переживаемых ими чувств сексуальной неудовлетворенности и социальной ущербности.

### **6.3. Концептуальная модель психо- и нейрофизиологических механизмов аномального сексуального поведения**

На основе анализа литературных и собственных данных можно предложить следующую концепцию нейрофизиологических механизмов аномального сексуального поведения.

Согласно ей, раннее резидуальное органическое поражение головного мозга сопровождается структурно-функциональными нарушениями в подкорковых и корковых нейрональных структурах мозга. Некоторые варианты этих дисфункциональных сдвигов могут являться церебральными (патофизиологическими) факторами predisпозиции к возникновению расстройств сексуального влечения. Кроме церебральных факторов, для формирования аномального сексуального поведения необходимы также определенные патопсихологические условия. У каждого отдельного индивидуума с девиантным сексуальным поведением сочетание и соотношение патопсихологических и патофизиологических predisпозиционных факторов является индивидуальным и определяется конкретными особенностями онтогенеза и условиями жизнедеятельности.

Морфофункциональные нарушения в подкорковых структурах при рассматриваемых вариантах раннего органического поражения головного мозга могут касаться как

гипоталамуса и миндалевидного комплекса, так и базальных ганглиев. Причем патофизиологические сдвиги в деятельности данных подкорковых образований, по всей видимости, имеют как постоянные (тонические), так и пароксизмальные (фазические) составляющие.

Дисфункциональные сдвиги в гипоталамусе могут приводить как к общим изменениям сексуальности в виде гипер- или гипосексуальности, так и к девиациям в способах и формах сексуальной активности, характерных для особей мужского или женского пола (что, вероятно, имеет особое значение в генезе гомосексуальности).

Нарушение деятельности структур миндалевидного комплекса способно существенно изменять как мотивационный анализ и эмоциональную оценку сенсорных сексуально-ассоциированных стимулов, так и инициацию адекватных паттернов сексуальной активности в зависимости от наличной ситуации и конкурирующих мотиваций. Поэтому дисфункциональные сдвиги в структурах миндалевидного комплекса могут как создавать патофизиологические предпосылки для формирования (в том числе и по механизму импринтинга) атипичных сексуальных предпочтений (к детям, животным, неодушевленным предметам и пр.), так и облегчать инициацию сексуальной активности в неподходящей для этого ситуации (в общественных местах и т.п.) или в социально-неприемлемых и аномальных формах (с использованием насилия, ненормативных способов сексуального удовлетворения и пр.).

Дисфункция структур базальных ганглиев (и связанных с ними нейрональных систем лобных долей) может создавать условия для реализации сексуальной активности в виде автоматизированных навязчивых действий, т.е. способствовать формированию компульсивных форм аномального сексуального поведения. Выявленная в наших исследованиях относительная гиперактивация лобно-центральных регионов головного мозга у лиц с парафилиями может свидетельствовать о преобладании при компульсивных формах парафилий гиперактивационных вариантов дисфункциональных изменений в системе "базальные ганглии-лобные доли". При этом данные дисфункциональные сдвиги могут быть одним из следствий патологических изменений в церебральных нейрохимических (серотонинергической, норадренергической и пр.) системах, регулирующих деятельность этих подкорковых и корковых структур мозга. Патогенез нейрохимических сдвигов, по всей видимости, обусловлен сочетанием определенных вариантов раннего органического поражения головного мозга с индивидуальной генетической предрасположенностью к возникновению изменений на нейрохимическом уровне.

У человека поведение, направленное на удовлетворение тех или иных биологических (в том числе и сексуальных) потребностей, невозможно без участия высших регуляторных корковых механизмов. Поэтому представляется, что для реализации в поведении и репрезентации в сознании тех или иных аномальных способов и форм сексуальной активности (патофизиологический базис для формирования которых может определяться дисфункцией рассмотренных подкорковых структур) необходимо и нарушение деятельности корковых нейрональных систем.

При этом, можно предположить, что такие дизонтогенетически обусловленные патофизиологические сдвиги на корковом уровне регуляции поведения могут формироваться в основном у мужчин, а не у женщин, что могло бы объяснить встречаемость расстройств сексуального влечения преимущественно у лиц мужского пола. Это, вероятно, связано с тем, что, как обсуждалось нами ранее, у мужчин дизонтогенетически уязвимы прежде всего "мотивационные" лобные лимбико-

кортикальные системы регуляции поведения, в то время как у женщин уязвимы для дизонтогенетических факторов прежде всего лимбико-кортикальные системы, ответственные за анализ и оценку эмоционально-ассоциированных сенсорных стимулов (что, видимо, и обуславливает существенно более частую встречаемость у женщин аффективных расстройств). Кроме этого, как следует из анализа литературных данных, у мужчин и женщин, вследствие связанных с полом различий в нейроэндокринной регуляции, одни и те же дизонтогенетические факторы могут приводить к существенно различающимся (и даже противоположным) изменениям в паттернах полушарных отношений.

Механизмы формирования нейрофизиологических сдвигов в корковых структурах у мужчин могут быть представлены следующим образом. Определенные варианты органического поражения головного мозга на ранних стадиях онтогенеза способны приводить к задержке соматосексуального развития индивидуума. В свою очередь, задержка соматосексуального развития, во-первых, может вызывать снижение количества синапсов в коре головного мозга вследствие более продолжительной их элиминации в процессе полового созревания и соответствующее изменение корково-подкорковых взаимоотношений с повышением когерентности ЭЭГ. И, во-вторых, задержка пубертата у мужчин способна приводить к замедлению роста левого полушария и компенсаторно большему развитию и относительной гиперактивации структур правого полушария со сравнительно большей десинхронизацией ЭЭГ в правом полушарии. Причем общий дизонтогенетический базис может обуславливать у мужчин с задержкой пубертата сочетание описанного нейрофизиологического паттерна с феминизацией психических и соматических характеристик.

Результаты наших исследований не только укладываются в данную общую концептуальную схему, но и позволяют применить и конкретизировать эти положения в отношении мужчин с расстройствами сексуального влечения. Так, нарушение корково-подкорковых отношений и соответствующее повышение межполушарной когерентности ЭЭГ у лиц с парафилиями характерно прежде всего для задневисочных областей головного мозга. Изменение же полушарных отношений у мужчин с расстройствами сексуального влечения происходит как за счет повышения активационных влияний в лобно-центральных областях правого полушария (у садистов), так и за счет относительного снижения активации в этих регионах в левом полушарии (у лиц с педофилией или эксгибиционизмом). Наиболее существенные сдвиги в корково-подкорковых и полушарных отношениях отмечаются у тех мужчин с парафилиями, у которых имеются выраженные дизонтогенетические нарушения, проявляющиеся, в частности, расстройствами половой идентичности.

Анализ собственных и литературных данных позволяет предположить, что выявленные нами изменения в корковых полушарных системах могут определять некоторые особенности "базисных" (биологически обусловленных) черт личности и характеристик протекания мотивационных, эмоциональных и когнитивных процессов.

Уменьшение относительной автономности деятельности корковых нейрональных систем разных полушарий в височной области, возможно, создает патофизиологический базис для снижения пластичности нейропсихических процессов у лиц с парафилиями. Сочетаемая с этим дисфункциональная гиперактивация правого полушария (и/или гипоактивация левого) может обуславливать определенные устойчивые сдвиги в когнитивной, эмоциональной и мотивационной сферах психики.

Так, у лиц с парафилиями в когнитивной сфере может формироваться предрасположенность к созданию стереотипных "аномальных" схем сексуального поведения; в эмоциональной сфере - повышенная и гипопластичная эмоционально-отрицательная реактивность; в мотивационной сфере - устойчивое снижение мотивации к достижению позитивных социально одобряемых целей и/или повышение стремления к избавлению от неприятных и фрустрирующих индивидуума стимулов и ситуаций.

Как вытекает из полученных нами результатов, описанные патофизиологические сдвиги на корковом уровне имеют особенно важное значение в патогенезе агрессивного садистического поведения. Эти изменения способствуют, как предполагается, формированию, устойчивому доминированию и реализации в поведении таких индивидуумов ряда аномальных (асоциальных) потребностей. В частности, потребности избавиться от чувства сексуальной неудовлетворенности и социальной ущербности путем совершения стереотипных насильственных агрессивных действий.

В целом, можно констатировать, что церебральным фактором predisпозиции к формированию аномального сексуального поведения, по всей видимости, является дизонтогенетически обусловленный комплекс определенных патофизиологических сдвигов как на подкорковых, так и на корковых уровнях регуляции поведения. Особенности, взаимосвязь и соотношение таких дисфункциональных нарушений различны при разных формах расстройств сексуального влечения и у разных индивидуумов и определяются как структурно-функциональными характеристиками раннего резидуального поражения головного мозга, так и конкретными условиями онтогенеза.

**Аномальное сексуальное поведение (Под ред. А. А. Ткаченко, М., 1997)**

## **ГЛАВА 7 СОСТОЯНИЕ МОНОАМИНОВЫХ СИСТЕМ ПРИ ПАРАФИЛИЯХ**

### **7.1 Участие медиаторов в деятельности ЦНС**

Роль и значение катехоламинов в жизнедеятельности организма достаточно хорошо известны (Глебов Р.Н., Крыжановский Г.Н., 1978; Машковский В.Д. с соавт., 1983; Kopin, 1985; Kagedal B., Goldstein D.S., 1988; Nyssönen, Parviainen, 1989; Esler et al., 1990;). Основными катехоламинами (КА) являются норадреналин (НА), адреналин (А), дофамин (ДА). Катехоламины осуществляют синаптическую передачу нервного импульса в центральной и вегетативной нервных системах, или, иными словами, являются нейромедиаторами. Помимо этого КА, в первую очередь адреналин, выполняют гормональные функции широкого спектра действия. Ядра НА-ергических систем головного мозга располагаются в продолговатом и среднем мозге (в частности, в синем ядре), а терминали оканчиваются практически во всех отделах головного мозга, включая подкорковые ядра, гипоталамус, мозжечок и кору головного мозга (Torpe, 1985; Rogeness et al., 1992). Эти нейронные структуры модулируют и контролируют интегративную деятельность головного мозга, организуют согласованную активность практически всех компонентов центральных нервных механизмов. Дофаминовые системы головного мозга организованы в более компактные системы, выполняющие четко очерченные функции. Наиболее мощными ДА-ергическими системами являются нигростриальная, регулирующая моторные функции организма, мезолимбическая и мезокортикальная, играющие заметную роль в формировании мотивационных механизмов влечений; гипоталамические системы, контролирующие секрецию пролактина гипофизом и некоторые другие эндокринные функции (Torpe, 1985; Rogeness et al., 1992). Долгое время считалось, что адреналин не является центральным нейромедиатором, однако к

настоящему времени имеются предположения о существовании в мозге также и адреналинергических нейронов (Hokfelt et al, 1974).

На периферии организма НА выступает в роли медиатора симпатической нервной системы, которая осуществляет контроль над всеми внутренними органами организма, включая кардиоваскулярную систему, желудочно-кишечный тракт, системы выделения и детоксикации. Адреналин является основным гормоном мозгового слоя надпочечников, который вместе с симпатическими структурами составляет симпатoadреналовую систему организма, являющуюся базой приспособительных адаптивных реакций организма, и обеспечивающую соответствующие гомеостатические перестройки в ответ на любые воздействия.

Имеются косвенные данные, свидетельствующие, что на периферии организма, в частности в почках, могут существовать и дофаминергические нейроны, таким образом, ДА также выполняет нейромедиаторные функции и в периферической нервной системе (Ball et al., 1982; Bradley, Hjerdahl, 1986). Широта биологических функций катехоламиновых структур наряду с неспецифичностью и уникальной ролью этих молекул в гомеостатическом балансе организма чрезвычайно затрудняют исследование роли нарушений ключевых этапов метаболизма КА в патогенезе психических расстройств. Действительно, оценка особенностей центральных моноаминовых систем по результатам исследований периферических жидкостей является весьма непростой задачей. В качестве иллюстрации можно привести следующие примеры.

Катехоламиновые и индоламиновые системы реагируют на все виды стрессов, включая физическую нагрузку и действие психологических раздражителей, системы адаптации меняют свой статус при практически любых соматических заболеваниях (Большакова Т.Д., 1973; Васильев В.Н., Чугунов В.С., 1985). Неврологические расстройства также в значительной мере связаны с деятельностью моноаминовых механизмов (Чугунов В.С., Васильев В.Н., 1984). Не вызывает никаких сомнений тот факт, что патология моноаминовых систем является одним из этиологических факторов многих психических нарушений.

### **7.1.2 Основные пути метаболизма медиаторов**

Принципиальные пути метаболизма катехоламинов в настоящее время достаточно хорошо изучены и информация об этом представлена в исчерпывающих обзорах, вышедших в последнее десятилетие. Системы утилизации активных нейромедиаторных и гормональных молекул имеют огромное значение для нормальной жизнедеятельности организма. Быстрое устранение действующих медиаторных единиц не менее важно, чем механизмы оперативного выброса нейромедиаторов в ответ на нейрональный потенциал действия. Хорошо известно, что основными процессами инактивирования катехоламиновых медиаторов в синаптической щели являются энергозависимый специфический обратный захват НА и ДА пресинаптическим окончанием и метилирование медиаторных молекул, катализируемое катехол-О-метилтрансферазой. Моноаминоксидаза является важнейшим ферментом катаболизма КА. Считается, что имеются две основные формы моноаминоксидазы (МАО) - МАО-А и МАО-В, различающиеся в первую очередь по субстратной и ингибиторной специфичности. Ферментная система не обладает узкой субстратной специфичностью и способна окислять широкий круг моноаминов и их метаболитов. Образовавшаяся в ходе реакции молекула альдегида весьма неустойчива и сразу подвергается окислению до кислоты или восстановлению до спирта. (Горкин В.З., 1981).

По мнению большинства исследователей, основными ферментативными системами катаболизма катехоламиновых нейромедиаторов в организме являются моноаминоксидаза и катехол-О-метилтрансфераза (КОМТ). Однако известно также о существовании третьего пути биохимической инактивации катехоламинов - конъюгационных процессах с образованием их сульфо- и глюкуроновых эфиров. Изучению особенностей этого пути метаболизма катехоламинов уделялось значительно меньшее внимание, несмотря на то, что многие факты о биохимической стороне процессов образования и выведения конъюгатов относительно давно известны. Итак, в организме присутствует большой пул конъюгированных молекул как самих катехоламинов, так и их метаболитов. Феномен конъюгационного инактивирования КА широко распространен среди млекопитающих, и человек обладает одной из самых развитых систем конъюгирования КА, выполняющей важные физиологические функции (Dousa, Tyce, 1988). У людей около 70 % А и НА экскретируются в виде конъюгатов, в основном сульфатов (Kahane et al., 1967), в крови человека 95 - 99 % дофамина находится в форме сульфатов, концентрация конъюгированных форм НА, А, норметанефрина в 3-4 в раза превосходит показатели свободных форм этих молекул в циркуляции (Johnson et al., 1980; Yoneda et al., 1984). Конъюгированные формы катехоламинов (КА-К) составляют основную часть экскретируемых молекул КА (60 - 80 %), в первую очередь это относится к ДА (Van Loon, 1980; Scott, Elchisak, 1983, Yamamoto et al., 1995). Основные метаболиты КА - диоксифенилуксусная кислота (ДОФУК), гомованилиновая кислота (ГВК), ванилилминдальная кислота (ВМК), метанефрин (М), норметанефрин (НМ), метоксифенилэтиленгликоль (МОФЭГ) также экскретируются главным образом в виде конъюгированных форм (Roth J.A., Rivett J. 1982). Более того, конъюгаты КА, МОФЭГ и других метаболитов составляют большую часть этих веществ в спинномозговой жидкости. В то же время молекулы-предшественники катехоламинов в цепи биосинтеза активных медиаторов (диоксифенилаланин (ДОФА), тирозин) в меньшей степени подвержены реакциям конъюгирования (Roth J.A., Rivett J., 1982). Таким образом, конъюгационные процессы представляют универсальный механизм превращения молекул, имеющих катехольное кольцо, с образованием метаболитических неактивных молекул, которые являются основной формой существования катехоламинов в биологических жидкостях человека. Кроме того, популяция НА-К более стабильна по сравнению со свободными формами и не столь резко меняется на фоне кратковременных стрессорных воздействий (Claustre et al., 1983; Ratge et al., 1986), тогда как более длительные периоды увеличения активности симпатической нервной системы могут приводить к увеличению концентрации связанных форм КА в крови (Gaudin et al., 1990). При циррозе, например, на фоне хронического подъёма уровня НА и ДА в плазме крови возрастает содержание и сульфатированной формы дофамина (ДА-С) и глюкуронированной формы норадреналина (НА-Г) (Gaudin et al., 1990). Однако существует и такое мнение, что активность симпатических нейронов не связана с уровнем КА-К в крови. Так, Cuche et al. (1990) продемонстрировали, что после сильных стрессорных воздействий (электрошока и инсулиновая гипогликемия) содержание КА-С в крови через 2 и 20 мин не увеличивается, а снижается, тогда как уровень НА-Г через 2 мин возрастает. Тем не менее, в связи с тем, что глюкурониды составляют небольшую часть КА-К, это не может играть существенной роли в метаболизме активных молекул медиаторов. Не вызывает сомнений, что уровень КА-К в крови является более стабильной популяцией молекул по сравнению с их свободными формами и уровень КА-К не подвержен быстрым изменениям при перестройках функционального состояния симпатической нервной системы.

### **7.1.3 Роль моноаминов в патогенезе психических расстройств**

При изучении участия катехоламиновой системы в патогенезе психических и неврологических заболеваний возникает закономерный вопрос о роли инактивационного конъюгирования в синаптических процессах головного мозга. Суммируя известные литературные данные, можно утверждать, что популяция конъюгированных молекул катехоламинов отличается следующими чрезвычайно важными для поддержания гомеостаза особенностями. С одной стороны, сульфо- и глюкуроноконъюгирование является эффективным и быстрым механизмом для инактивации медиаторных и гормональных веществ как в мозге, так и на периферии. С другой стороны, связанные КА не являются биологически нейтральным пулом молекул и формируют депо биологически активных молекул.

В заключение нужно отметить, что в настоящее время исследователи уже стали осознавать, что роль конъюгирования КА в организме (учитывая функции самих КА в поддержании гомеостаза) достаточно велика, хотя до сих пор прикладные работы в основном посвящены исследованию суммарного количества КА и их метаболитов. Несмотря на то, что в отдельных работах получены интересные результаты по содержанию КА-К при депрессиях (Jimerson et al., 1981; Kienzl et al., 1990; Mine et al., 1993), болезни Паркинсона (Kienzl et al., 1990), наркоманиях (Faraj et al., 1993) и других расстройствах, период активного прикладного использования накопленных теоретических данных о механизме конъюгирования КА при изучении биологических основ психических заболеваний еще не наступил.

Состояние проблемы соотношения клинических признаков психических расстройств и особенностей обмена катехоламиновых медиаторов в настоящее время трудно назвать удовлетворительным. Сложилась весьма интересная ситуация - за 35 лет интенсивных исследований накоплен огромный фактический материал по данному вопросу, однако вследствие множества противоречивых данных единой концепции участия КА - систем в патогенезе аффективных расстройств до сих пор не создано, не выявлены прогностические и диагностические особенности метаболизма, позволяющие не только предсказывать риск возникновения или прогрессивность имеющихся расстройств, но и подбирать адекватные терапевтические средства. Парадоксальность ситуации усугубляется тем, что в начале систематических исследований моноаминовых систем при депрессиях вопрос казался более ясным, чем сейчас, поскольку клинические наблюдения свидетельствовали, что вещества, вызывающие истощение содержания КА в пресинаптических окончаниях (например резерпин), стимулируют проявление депрессии у людей. Кроме того, исследования *in vitro* продемонстрировали, что некоторые эффективные антидепрессанты являются блокаторами обратного захвата моноаминов. В основном на этих фактах базировались созданные концепции участия моноаминовых систем в патогенезе аффективных расстройств, появившиеся в 60-х годах. Так, в работах (Shildkraut 1965, 1973., Bunney, Davis 1965) выдвигались гипотезы о недостаточности количества молекул НА в центральных синаптических контактах, тогда как другие авторы подчеркивали дефицит индоламиновой нейротрансмиссии при депрессиях (van Praag H.M., Korf, 1971; Corpen, 1972). Однако, интенсивные биохимические исследования не смогли подтвердить или опровергнуть гипотезу о недостаточности моноаминовой нейромедиации как основной причины депрессивных проявлений. Сформулированная концепция о биохимической гетерогенности депрессий с существованием форм при которых преимущественно поражаются индоламиновые или катехоламиновые системы нейромедиации (van Praag H.M., Korf, 1971) также не привела к плодотворным результатам, поскольку последующие исследования опровергли предположения о существовании столь "чистых" форм депрессивных расстройств (van Praag H.M., Lemus, 1986; van Praag H.M. et al., 1990).



По мнению, Rogeness et al.(1990), функционирование НА - систем головного мозга и периферической нервной системой снижено при расстройствах поведения асоциальной направленности и увеличено при депрессиях, тревожности, агарофобии и др. заболеваниях. Люди из первой группы, которые отличались наличием асоциального поведения, менее чувствительны к опасности, риску, общественному порицанию, у них отсутствуют проявления тревожности, они склонны к социально нежелательному поведению и преодолению социально установленных правил поведения. Люди, с выраженными депрессивными проявлениями, из второй группы, напротив, чрезмерно чувствительны к внешним воздействиям, к наказанию, социальному порицанию, чересчур возбудимы и тормозимы вследствие гиперфункций НА - систем. Исходя из этой теоретической предпосылки, авторы (Rogeness et al. 1990), сумели показать, что в группе детей с низкой активностью дофамин-бета-гидроксилаза (ДБГ) выше процент расстройств поведения, а в группе с высокой - больше тревожных расстройств и депрессивных проявлений. Активность ДБГ они рассматривали главным образом как индикатор интенсивности выброса медиатора в синаптическую щель и, таким образом, уровня функционального состояния симпатической нервной системы, хотя известно что нет прямой взаимосвязи между активностью ДБГ плазмы крови и состоянием симпатических нервов (Meltzer et al., 1976; Kopin et al., 1976; Sellers et al., 1978). Кроме того, соотношение МОФЭГ/ВМК и МОФЭГ/НА+НМ+ВМК в моче выше в группе с низкой ДБГ, что авторы интерпретировали как показатель сниженной активности НА - систем вследствие того, что МОФЭГ в первую очередь является индексом внутринейронального метаболизма, а сумма НА+НМ+ВМК отражает экстранейрональный метаболизм НА, который показывает скорость выброса НА и, соответственно, функциональный уровень НА систем. Однако последнее утверждение в свете многочисленных имеющихся данных вызывает большое сомнение (Kopin, 1985).

Подводя итог этой части обзора, можно сделать по крайней мере два убедительных, как нам представляется вывода. Первый - функциональное состояние КА - систем при аффективных расстройствах безусловно нарушено по сравнению с нормальным состоянием и второй - эти изменения имеют прямое отношение к патогенезу депрессий. Противоречивость литературных результатов в значительной степени может объясняться разнообразием клинических вариантов расстройств, различными клиническими подходами авторов, наличием сопутствующих соматических заболеваний, различиями в возрасте и поле больных, длительностью медикаментозной терапии больных и многими другими факторами. Учитывая чрезвычайную полифункциональность КА - систем, следовало ожидать, что картина перестроек функциональных особенностей адаптивных механизмов будет иметь крайне гетерогенный характер, тем более, что неясны взаимоотношения между центральным и периферическим обменом КА. С этой точки зрения было бы крайне желательно провести комплексное исследование КА - систем метаболизма при аффективных нарушениях с одновременным определением широкого числа показателей метаболизма КА в разных биологических жидкостях. К сожалению, практически все работы, выполненные до сих пор, ограничиваются только определенными показателями, а целостная картина строится только на основе разнородных исследований.

Второй момент, который можно отметить при анализе имеющегося материала, касается конечной цели исследований. В основном авторы ограничиваются вопросом: "имеются или нет объективные нарушения катехоламиновой или другой медиации при аффективных расстройствах"? Видимо, на данном этапе исследований, учитывая крайнюю противоречивость результатов, оправдано стремление авторов в первую очередь найти клинические основания для выделения вариантов депрессий с различными биохимическими детерминантами, подобрать маркеры и прогностические показатели к

отдельным аффективным нарушениям. Пока, несмотря на многочисленные попытки, большими успехами этот путь не увенчался, хотя и были выделены разнородные группы депрессивных пациентов с различными сочетаниями параметров некоторых нейромедиаторных систем, разными клиническими особенностями и терапевтическими подходами (van Praag H.M. et al., 1990).

Одной из попыток преодолеть противоречивость результатов явился подход, сформулированный van Praag H.M. (1990). Отказ от синдромологического подхода оказал плодотворное воздействие на развитие знаний о патохимии депрессий. Так, по мнению van Praag H.M., недостаточность индоламиновой медиации в первую очередь обуславливает развитие аффективных расстройств, центральная дофаминергическая система связана с двигательными нарушениями в рамках депрессий и других психических заболеваний, а функциональная патология норадренергических механизмов имеет отношение к проявлению симптомов ангедонии. Не вызывает никакого сомнения, что различные синдромологические проявления в рамках психических расстройств имеют под собой нейрохимическую основу в виде преимущественного поражения той или иной медиаторной системы и с этой точки зрения синдромологическая концепция van Praag H.M. хорошо объясняет многие известные экспериментальные факты. Вместе с тем трудно согласиться с утверждением о том, что, например, норадреналиновая система ответственна в первую очередь за проявления черт ангедонии в структуре различных психопатологических расстройств. Норадренергические нервные пути являются универсальными регуляторными структурами головного мозга (Foote, 1986) и клинические признаки недостаточности норадреналиновых структур должны быть значительно разнообразнее того, о чем говорят van Praag H.M. et al. (1990). С этой точки зрения, например, вызывает интерес участие катехоламиновых систем в патогенезе обсессивно-компульсивных расстройств и так называемых расстройств контроля импульса. Хотя роль серотониновых систем в патогенезе расстройств контроля импульса является общепризнанной, нельзя не согласиться с тем, что центральные катехоламиновые механизмы не могут оставаться индифферентными в процессах формирования и развития этого типа психических расстройств. Это связано с тесным взаимодействием индоламиновых и катехоламиновых систем на структурно-функциональном и биохимическом уровнях, а также со схожестью нейрофизиологических особенностей серотониновых и норадреналиновых тормозных механизмов головного мозга человека. Эти соображения обусловили появления ряда работ, посвященных изучению взаимосвязи метаболизма катехоламинов с обсессивно-компульсивными расстройствами. Siever et al. (1983) и Rasmussen et al. (1987) обнаружили увеличение содержания НА и МОФЭГ в крови больных с обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР) по сравнению с контрольными показателями. Очевидно, что эти результаты напоминают данные обследования больных с депрессиями. Вместе с тем уровень МОФЭГ и ГВК в ликворе у больных с ОКР и содержание НА и А в плазме крови у подростков с ОКР не отличались от нормы. Не нашли отличий в содержании НА, А и основных метаболитов НА и ДА МОФЭГ и ГВК в плазме крови между ОКР и нормой Benkelfat et al. (1991).

#### **7.1.4 Особенности обмена серотонина при психических нарушениях**

Серотонин (5-окситриптами́н) - один из основных медиаторов центральной нервной системы, выполняющий также важные гормональные функции на периферии организма. Серотонинергические синаптические окончания широко распространены практически во всех отделах головного мозга, серотониновые нейропроводящие пучки модулируют и регулируют функциональное состояние множества нейрональных систем. Гормональные функции широкого спектра действия серотонина на периферии включают вазоконстрикторные свойства, стимуляцию гладкой мускулатуры различных внутренних

органов и ряд других функций. Нужно отметить, что все стадии биосинтеза и катаболизма индоламинов, физиологические особенности от образования и выброса до обратного захвата, этого типа нейромедиаторов чрезвычайно схожи с аналогичными этапами метаболизма, типичными для катехоламиновых систем.

Отличительными чертами серотониновых нейронных структур головного мозга являются: прежде всего локализация тел нейронов, использующих индоламиновые медиаторные возможности в ограниченном числе ядер, располагающихся главным образом в строго определенном регионе головного мозга. Основными ядрами, содержащими около 80 % серотонина головного мозга являются так называемые ядра шва среднего мозга. Порядка 10 ядер содержат тела индоламинергических нейронов, которые иннервируют практически все отделы мозга - кору больших полушарий, подкорковые ядра (включая стриатум и компоненты лимбической системы), гипоталамические образования, мозжечок, ствол головного мозга, а также спинной мозг (Azmitia, 1978; Azmitia, Gannon, 1986, Topel, 1985, Cooper et al., 1986). Аксоны этих нейронов оканчиваются практически во всех отделах мозга, формируя главным образом восходящие и нисходящие проводящие пучки (Azmitia, 1978; Tork, 1990). Подобная архитектура нейронной сети свидетельствует о том, что индоламиновые механизмы, подобно норадренергическим, участвуют практически во всех типах интегративных процессов головного мозга, и их роль сводится, скорее, к модуляторным и интегрирующим воздействиям на более специфические нейрональные системы (Rogeness et al., 1992; Spoont M.R., 1992). Не вдаваясь в подробный нейроанатомический анализ восходящих и нисходящих проводящих путей, формируемых серотонинергическими ядрами среднего мозга, следует отметить универсальность и всеохватность этой сети, что означает важность серотонинергической иннервации для синхронной работы систем головного мозга.

Интересно, что некоторые проводящие пути отличаются филогенетической специфичностью - так, кортикальный тракт, терминали которого оканчиваются на нейронах коры больших полушарий, в гораздо выраженной степени развит у приматов по сравнению с грызунами (Azmitia, Gannon, 1986).

Учитывая универсальную роль серотониновых структур, очевидно, что серотонинергические синаптические образования принимают участие в формировании и окончательном оформлении множества поведенческих и эмоциональных проявлений (Azmitia, 1987; Spoont M.R., 1992). Так, серотониновые механизмы контролируют формирование двигательных актов, систем положительного подкрепления, играют заметную роль в пищевом, половом, исследовательском поведении, участвуют в формировании аффективных компонентов поведенческих актов, определяют становление и поддержание суточных и циркадианных ритмов физиологических процессов, осуществляют температурную регуляцию организма. Нейрохимические механизмы сна в значительной степени реализуются на базе серотониновых структур. Общеизвестно, что серотонин является основным химическим медиаторным соединением, контролирующим агрессивное поведение (Oliver, Mos, 1992) и выраженность тревожных проявлений на фоне меняющихся условий внешнего окружения (van Praag H.M. et al., 1990). Очевидно, что перечень функциональных возможностей центральной нервной системы, в реализации которых принимает участие серотонин, далеко не полон. Это вполне естественно, учитывая анатомические особенности серотонинергической иннервации мозговых структур (Spoont M.R., 1992).

Ряд авторов полагает, что уровень серотонина (5-ОТ) в плазме крови может предоставить достоверную информацию относительно уровня активного трансмиссера в синаптической

щели центральных синапсов (Celada P. et al., 1990). Как бы фантастично ни выглядело это предположение, ряд экспериментальных фактов свидетельствует о реальности подобной возможности. Так, пулы серотонина и его основного метаболита 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) в плазме являются независимой популяцией, поведение которой зачастую не совпадает с динамикой перестроек содержания 5-ОТ в тромбоцитах (Artigas F. et al., 1989). Об этом свидетельствует отсутствие корреляции между уровнем серотонина в плазме и содержанием этого вещества в цельной крови; если бы экстрацеллюлярный пул серотонина плазмы был обусловлен исключительно разрушением тромбоцитарных клеток, упомянутая корреляция обязательно бы присутствовала (Ortiz et al., 1988). Различные воздействия включая введение ингибиторов моноаминоксидазы (МАО-А) и ингибиторов синтеза серотонина, приводят к снижению концентрации серотонина и 5-ОИУК в плазме, но не меняют уровень 5-ОТ в тромбоцитах (Artigas F. et al., 1985; Ortiz et al., 1988, Celada P. et al., 1990). Длительная терапия ингибиторами обратного захвата серотонина приводит к противоположному эффекту: снижается содержание медиатора в тромбоцитарных клетках, а плазменный пул остается неизменным (Sarrias M.J. et al., 1987). Противоположные эффекты были получены также при терапии больных с депрессиями солями лития: увеличение уровня серотонина в плазме, отсутствие эффекта в тромбоцитах (Artigas F. et al., 1989). Эти, а также другие результаты дают возможность полагать, что серотониновые молекулы плазмы крови составляют популяцию с высокой скоростью кругооборота молекул, быстро реагирующую на введение агентов, воздействующих на метаболизм серотонина, в то время как пул серотонина в тромбоцитах является более стабильной популяцией, меняющейся под влиянием более длительных воздействий. Вышеприведенные факты дали возможность Meltzer (1989), Ortiz et al. (1988, 1991), Artigas F. et al. (1989), Celada P. et al. (1990) высказать мнение о схожести динамических взаимоотношений между тромбоцитами и окружающей плазмой, с одной стороны, и равновесием, имеющим место между пресинаптическими окончаниями и экстрацеллюлярной жидкостью синаптической щели, с другой.

Проблема патогенетических изменений индоламиновых механизмов при депрессивных расстройствах к настоящему времени отнюдь не кажется разрешенной. Общая картина в чем-то напоминает ситуацию с катехоламиновой системой. Огромное количество исследований, проведенное в последние 30 с лишним лет, убеждают лишь в одном - серотониновые системы играют важную роль в патогенезе аффективных расстройств. Однако противоречий в современных взглядах на понимание механизмов, ведущих к проявлению психических нарушений едва ли не больше, чем в случае с катехоламиновыми механизмами (Дроздов А.З., 1997).

К настоящему времени уже прочно сложилось мнение о необязательности уменьшения содержания 5 - оксииндолуксусная кислота 5ОИУК в спинномозговой жидкости (СМЖ) при депрессивных расстройствах (Caldecott-Hazard et al., 1991; Reddy et al., 1992; Leonard, 1995). Также очевидно, что данный факт не следует связывать только с методологическими трудностями, обусловленными такими неспецифическими факторами, как возможная зависимость показателей индоламинового обмена от возраста, пола, веса, циркадианных и сезонных ритмов (Asberg et al., 1984) или тем, что люмбарная пункция может предоставлять биологический материал, отражающий главным образом спинальный метаболизм серотонина, даже и при условии наличия достоверной корреляции между цистернальным и спинальным уровнями 5ОИУК (Degrell, Nagy, 1990). В конечном итоге ненадежность такого признака депрессивных расстройств, как дефицит количества основного продукта метаболизма серотонина в СМЖ больных, обусловлена, видимо, не методическими артефактами, а скорее несоответствием нозологического уровня психопатологического явления и более частным характером биологической

дисфункции как отражения определенных особенностей генетического аппарата организма. В этой связи заслуживает рассмотрения ряд доказательств того, что сниженная концентрация 5ОИУК в ликворе является весьма частым спутником таких психических особенностей, как суицидальные тенденции и импульсивность (van Praag H.M., 1986; Mann et al., 1989, 1992a; Crenniter et al., 1994; Mehlman et al., 1994), повышенные агрессивность (Virkkunen M. et al., 1987; Mann et al., 1989; McBride et al., 1990; Higley et al., 1992; Mehlman et al., 1994) и тревожность (Rydin et al., 1982; van Praag H.M. et al., 1990). Нужно отметить, впрочем, что увеличение содержания 5ОИУК в СМЖ по сравнению с контрольными значениями иногда отмечается при обсессивно-компульсивных расстройствах (Insel T.R. et al., 1985; Leonard, 1989). Имеются, правда, свидетельства об отсутствии среднегрупповых различий между больными с обсессиями и здоровыми людьми по данному параметру, но при существовании достоверной отрицательной корреляционной связи между уровнем 5ОИУК ликвора и тяжестью некоторых обсессивных проявлений (Thoren et al., 1980; Swedo S.E., et al., 1992), а также достоверной положительной зависимости между 5ОИУК ликвора и клиническими симптомами выздоровления пациентов (Swedo S.E. et al., 1992).

Содержание самого серотонина и его основного метаболита было снижено в разных отделах головного мозга у больных с синдромом Жили де ля Туретта (Anderson et al., 1992), заболеванием, симптомы которого могут являться одним из проявлений обсессивно-компульсивных расстройств (Robertson et al., 1988; Swedo S.E. et al., 1992).

Таким образом, несмотря на ряд противоречивых мнений, обсессивно-компульсивные расстройства также сопровождаются изменением центральных индоламиновых функций по типу их угнетения. Комплекс имеющихся данных позволяет сделать предположение о непосредственном отношении сниженного функционального состояния индоламиновых систем ЦНС к проявлению компульсивных и импульсивных нарушений поведения. Подобная интерпретация хорошо вписывается в схему тормозной модулирующей структурно-функциональной организации серотониновых механизмов головного мозга (Spoont M.R., 1992).

Широко распространенные в современной психиатрии нейроэндокринные тесты с очевидностью демонстрируют выраженные нарушения индоламиновой регуляции центральных процессов при ряде психопатологических состояний - депрессиях, обсессивно-компульсивных расстройствах, психопатиях, агрессивных проявлениях, при этом авторы с осторожностью рассматривают причины этих дисфункций и не рискуют оценивать даже качественное состояние (гипо- или гиперфункция) серотониновой медиации при перечисленных психических нарушениях, хотя низкие нейрохимические отклики на серотониновые агонисты, наверное, можно интерпретировать как функциональную недостаточность центральных серотониновых систем. Одной из основных причин подобного состояния проблемы является чрезмерная сложность изучения функционального статуса рецепторного аппарата моноаминовых систем мозга. Существование множества подтипов рецепторов, различная локализация (пре- и постсинаптическая), разнонаправленность физиологического действия при связывании агонистов и антагонистов, наличие множества эндогенных лигандов смешанного типа действия, наличие рецепторов для разных нейроактивных веществ на одних и тех же нейронах, различное состояние однотипного рецепторного аппарата в различных отделах головного мозга, также как ряд иных факторов, все это сильно осложняет анализ клинко-биохимических данных.

Одним из психопатологических проявлений, при котором обнаруживается увеличение содержания серотонина в тромбоцитах или цельной крови, является повышенная

агрессивность и импульсивность (Raleigh et al., 1984; Pliszka et al., 1988; Mann et al., 1992). Учитывая снижение уровня 5-ОИУК в ликворе при агрессивности, особенно импульсивной агрессии (Brown S.L. et al., 1982; Virkkunen M. et al., 1987, 1989a, б), Mann et al. (1992) делают предположение о возможном увеличении уровня серотонина в тромбоцитах как о проявлении наследственного феномена усиления процесса обратного захвата моноаминов (или снижения их высвобождения) в пресинаптических терминалах ЦНС и в тромбоцитах, что приводит к недостаточности моноаминовых механизмов.

#### **7.1.5. Серотонин и половая дифференцировка мозга**

Половой диморфизм отражается на нескольких уровнях: генетическом, гонадном, морфологическом, гормональном и церебральном. Исходя из концепции о многоуровневой организации пола (Васильченко Г.С., 1990; Кон И.С., 1989) можно выделить различные нарушения его формирования на разных уровнях, что, однако, трудно представить как локальное явление, не затрагивающее других звеньев такой сложной системы, каковой является пол. По современным представлениям, пол человека представляет собой многоуровневую иерархическую систему, складывающуюся из параллельно протекающих, но во многом взаимно обусловленных процессов биологического и социального развития индивидуума. В основе формирования системы пола лежит процесс половой дифференцировки мозга (ПДМ), начинающийся в раннем эмбриональном периоде и продолжающийся вплоть до полного созревания.

В системе формирования пола одну из ведущих ролей играют нейромедиаторные системы. Ряд авторов склонны предполагать, что нейромедиаторы и нейромодуляторы выполняют в организме роль универсального кода, отвечающего за всю психическую деятельность и соматопсихическое развитие в целом (Белкин А.И., Ракитов А.И., 1989). Непосредственную регуляцию в системе гипофиз-гонадотропины-гонады, возможно, выполняют и простогландины (Вундер П.А. 1980).

О возможности участия серотонина в дифференцировке полового поведения свидетельствует снижение частоты маунтинга и выраженные реакции по женскому типу у самцов, неонатально получавших р-хлорфенилаланин, являющийся ингибитором синтеза серотонина. Напротив, при введении ингибиторов моноаминоксидазы (МАО), которые способствуют накоплению катехоламинов и серотонина в нервной ткани, у самок отмечалась маскулинизация поведения. Таким образом, серотонин является своего рода детерминирующим фактором мужского полового поведения. Основным медиатором, опосредующим влияние андрогенов на ПДМ, является норадреналин (Резников А.Г., 1982). Вмешательство в ПДМ в критические периоды (неонатальная андрогенизация самок) можно идентифицировать морфологически (организация аркуатных ядер гипоталамуса по мужскому типу) (Matsumota A., Yasumasa A., 1981).

Половой диморфизм миндалевидного комплекса (МК), связан с дофамин- и НА-путями. (Karakiulakis G., et al. 1978.). Это подтверждается данными о существовании разного количества дофаминергических и серотонинергических рецепторов в МК у мужчин и женщин.

В последнее время накоплено достаточно фактов, свидетельствующих в пользу влияния изменений в серотониновой системе непосредственно на сексуальное поведение (Spoont M.R., 1992). Так, в результате ряда исследований было установлено, что снижение содержания серотонина в головном мозге приводит к повышению половой активности животных. Исходя из имеющихся фактов, исследователи пришли к выводу, что серотонинергические механизмы оказывают ингибирующее влияние на половое

поведение животных. В пользу данного вывода свидетельствовали так же факты, как усиление гомосексуального поведения самцов после снижения уровня серотонина в мозге на 80 %, исчезновение половой активности после введения 5-окситриптофана (предшественника серотонина в цепи биосинтеза) и другие (Gessa G.L., 1978) . Снижение уровня серотонина в головном мозге сопровождается усилением полового влечения у всех животных, однако на внешние проявления гиперсексуальности определенный отпечаток накладывает "социальное положение" животного, его место в иерархии (Spoont M.R., 1992). В соответствии с современными представлениями, парафилии представляют собой нарушение психосексуальных ориентаций, являющихся завершающим этапом психосексуального онтогенеза. В свете целостного понимания психосексуального развития как единого непрерывного процесса, первым этапом которого является формирование полового самосознания и полоролевого поведения, лица с парафилиями оказываются в группе риска с различными вариантами нарушения половой идентичности. Последние, с одной стороны, создают комплекс клинико-психологических predispositions для развития аномалий сексуального влечения, с другой стороны указывают направление поиска клинико-патогенетических звеньев данных расстройств.

У обследованных пациентов мы определяли содержание свободных и конъюгированных форм норадреналина, адреналина, дофамина в плазме крови и суточной моче; содержание предшественника катехоламинов в цепи биосинтеза - диоксифенилаланина (ДОФА) и метаболита дофамина диоксифенилуксусной кислоты в плазме крови и в суточной моче; концентрацию серотонина в тромбоцитах и в плазме крови; скорость захвата меченого серотонина тромбоцитами.

Определение содержания всех исследуемых веществ проводили при помощи различных методик, в частности используя высокоэффективную жидкостную хроматографию с электрохимическим детектором (Коган Б.М., Дроздов А.З., Маньковская И.В., Филатова Т.С. 1994 - в печати., Андрианова Е.П., Дроздов А.З., Жуковская Е.Д., Куканова М.М., Морозова Г.В., Наумович А.О., Коган Б.М. 1994). Основные параметры ( $K_{4m0}$  и  $V_{4max0}$ ) "захвата" серотонина тромбоцитами определяли по методу (Брусов О.С. и соавт. 1988) с небольшими модификациями.

Статистическую обработку результатов проводили используя критерий Стьюдента.

## **7.2. Особенности метаболизма нейромедиаторов при парафилиях**

### **7.2.1. Конституционально-дизонтогенетические predispositions сексуальных нарушений**

#### **и нейромедиаторы**

Среди биологических факторов, влияющих на патогенез парафилий, первостепенное значение имеют аномалии тех нейрофизиологических и биохимических процессов, которые сопряжены с составляющими полового диморфизма. Нарушения биологических predispositions половой дифференцировки и определяемые ими отклонения процессов половой идентичности и психосексуальной ориентации тем или иным образом отражаются в феноменологических проявлениях различных форм аномального сексуального поведения. В связи с этим обнаружение мотивационных патопсихологических и психопатологических паттернов парафилий возможно в тех сферах личности, которые являются производными от полоролевых стереотипов и других конструкт маскулинности/фемининности. При понимании основной детерминирующей

роли аномалий полового диморфизма становится возможным проведение и клинико-биохимических сопоставлений. Удалить?

Прежние исследования касались прежде всего изучения гормонального гомеостаза, поскольку именно гормональный фактор у мужчин оказывается решающим в окончательном преобразовании механизмов маскулинизации и дефеминизации. Однако ясно что весь биохимический комплекс, составляющий нейроэндокринную предрасположенность к полоспецифическому поведению, не ограничивается только гормональным гомеостазом, но включает все остальные звенья нейрогуморальной регуляции. В частности, моноаминовые нейромедиаторные системы контролируют функционирование некоторых эндокринных систем, регулирующих половое поведение [24], а также непосредственно участвуют в пренатальных процессах половой дифференцировки мозга [4,10,16]. Таким образом, психосексуальное развитие оказывается неразрывно связанным в первую очередь с конституционально-дизонтогенетическими predispositionами, представляющими собой комплекс морфосоматических, нейрофизиологических и биохимических оснований индивидуального развития.

В связи с вышеизложенным нам представлялось важным проведение исследования состояния основных звеньев моноаминергической нейромедиации у лиц с аномальным сексуальным поведением, отличающихся по ряду конституциональных и поведенческих особенностей.

При выборе конституциональных параметров мы исходили из того, что в сексологической практике наиболее широкое распространение получила методика морфограмм предложенная J.Decourt и J. Doumic (1950) По этой методике определяется пять параметров:

1. Рост
2. Высота ноги (от верхнего края большого вертела до площади опоры)
3. Окружность грудной клетки (в промежуточной позиции между вдохом и выдохом)
4. Бигумеральная (межплечевая) дистанция
5. Расстояние между spina aliaka anterior superior

На основании произведенных измерений J.Decourt и J. Doumic выделили нормальные половые биотипы - мужской и женский.

Так же в сексологическом обследовании был особо выделен трохантерный индекс (Т.И.), который отражает один из описанных параметров - отношение длины ноги к росту.

Теоретическим основанием для выделения Т.И. послужило учение о периодичности роста человеческого организма, в частности положение высказанное Н.П.Шаповаленковым (1927): "В препубертатном периоде рост увеличивается удлинением ног, в следующем непосредственно за ним пубертатном - удлинением торса." Из работ В.В. Бунак (1954, 1960) можно сделать вывод, имеющий особое значение для сексологической антропометрии:



"Диапифизарная зона, как правило, не реагирует на механические стимулы, и относительная длина сегментов конечностей составляет существенный видовой признак, который едва ли может быть поставлен в зависимость от случайных колебаний механической нагрузки скелета у отдельных индивидуумов".

Трохантерный индекс является признаком специфическим, и его отклонения свидетельствуют о наличии раннего нарушения пубертатного развития.

В нашем исследовании использовались следующие параметры оценки трохантерного индекса:

1. Т.И. меньше или равен 1,91
2. Т.И. от 1,91 до 1,98
3. Т.И. равен или больше 1,99, ;

что соответствует слабой, средней и сильной половой конституции.

Так же конституция оценивалась с использованием индекса R.E., который вычислялся по формуле:

$R.E. = \text{рост умноженный на сто и деленный на ширину грудной клетки, умноженную на шесть.}$

Существует три типа конституции:

1. астеническая  $R.E. > 105$
2. нормостеническая  $R.E. 95,2 - 104,3$
3. гиперстеническая  $R.E. < 95,2$

Андрогиния определялась с использованием индекса Таннера, который вычислялся по формуле:

$И.Т. = \text{биакромиальный размер умноженный на три минус бикристалльный размер.}$

В настоящее время описано три типа

1. андроморфный  $И.Т. > 93,5$
2. мезоморфный  $И.Т. 87,0 - 93,5$
3. гинеморфный  $И.Т. < 87,0$

Нейрохимическое исследование показало, что традиционная для сексологической практики группировка испытуемых по сходным конституционально-анатомическим параметрам не позволяет обнаружить стойкие клинико-биохимические корреляции. Суточная экскреция катехоламинов и их метаболитов у больных, представляющих группы лиц с различным трохантерным индексом, конституциональными и андрогинными

особенностями, практически не различалась. Подобная картина отмечается также и по показателям моноаминового метаболизма в крови.

Тем не менее можно отметить ряд закономерностей, выявленных в ходе выполнения настоящего фрагмента работы. Так, заслуживает упоминания некоторое снижение концентрации связанной формы ДА в андрогинной группе 3 по сравнению с группой 2 и контрольной группой (табл. 7.1). Достаточно трудно интерпретировать подобную закономерность без привлечения результатов исследования иных физиологических систем. Тем не менее общий смысл снижения уровня конъюгированных форм ДА - катехоламина, присутствующего в плазме почти исключительно в конъюгированной форме, - может заключаться в уменьшении интенсивности инактивационного метаболического конъюгационного пути.

Известно, что общие тенденции метаболизма активных моноаминовых молекул у женщин заключаются в увеличении скорости метаболического разрушения катехоламинов, что объясняется увеличением активности основного энзима метаболизма КА - МАО по сравнению с мужчинами. Согласно полученным результатам, для конъюгационных процессов характерна противоположная тенденция, что проявляется в признаках ослабления интенсивности конъюгационных процессов (например, снижение уровня конъюгированного ДА плазмы крови) по мере усиления гинекоморфных конституциональных особенностей. Данный аспект физиологии медиаторных систем практически не изучен и на настоящем этапе исследований можно констатировать, что сам по себе факт присутствия клинических признаков парафилий может не иметь отношения к среднegrupповым различиям по катехоламиновым параметрам между лицами с отличающимися конституциональными характеристиками.

**Таблица 7.1**

**Содержание свободных и конъюгированных форм катехоламинов, а также ДОФА и ДОФУК в крови испытуемых с парафилиями**

<b>Группы (андрогиния)</b>	<b>Группа 1</b>	<b>Группа 2</b>	<b>Группа 3</b>	<b>Контрольная группа</b>
<b>НА свобод.</b>	0.55±0.37	0.48±0.29	0.45±0.22	0.33±0.03
<b>НА конъюгир.</b>	0.68±0.53	1.54±0.19	0.96±0.49	0.96±0.21
<b>А свобод.</b>	0.14±0.16	0.017±0.014	0.092±0.11	0.11±0.02
<b>А конъюгир.</b>	0.36±0.11	0.91±0.19	0.64±0.68	0.30±0.11
<b>ДА свобод.</b>	0.066±0.01	0.044±0.044	0.081±0.07	0.03±0.01
<b>ДА конъюгир.</b>	1.03±0.20	1.51±0.66	0.69± 0.53*	1.25±0.3
<b>ДОФА</b>	2.25±1.67	0.91±0.20	0.97±0.48	0.89±0.09
<b>ДОФУК</b>	0.92±0.23	1.31±0.26	1.01±0.54	0.99±0.27

\* -  $p < 0.05$  по сравнению с группой 2

Также заслуживают внимания и достоверные различия между по уровню тромбоцитарного серотонина, которые непросто поддаются адекватной интерпретации. Сам по себе уровень различий свидетельствует о неслучайности зафиксированных закономерностей. Основное отличие сводится к резкому увеличению содержания

внутриклеточного серотонина в группе с астенической конституцией по сравнению с испытуемыми с нормостенической и гиперстенической конституцией (табл. 7.2). Уровень серотонина тромбоцитов в последних двух группах не отличается от контрольных показателей (табл. 7.2). Увеличение концентрации серотонина в тромбоцитарных клетках характерно для больных с тревожно-депрессивными и паническими расстройствами (Дроздов А.З., 1996). Анализ результатов наших исследований свидетельствует о том, что подобная картина динамики распределения различных пулов серотонина крови отражает не столько определенное клиническое состояние, сколько генетически обусловленное состояние индоламиновых медиаторных систем, предрасполагающее к проявлению определенных характерологических особенностей. Очевидно, что вне зависимости от клинических проявлений астеническая конституция очерчивает группу риска развития тревожных и депрессивных состояний по сравнению с нормостенической и гиперстенической конституцией, в связи с чем высокие цифры внутриклеточного серотонина в астенической группе можно объяснить в свете известных экспериментальных фактов (Дроздов А.З., 1996). В данном случае результаты вновь прямо не указывают на специфическую связь метаболизма моноаминов с симптомами собственно парафилий.

**Таблица 7.2**

**Уровень серотонина в тромбоцитах и в плазме крови у испытуемых с парафилиями**

Группы (конституция)	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Контроль
Серотонин в плазме	37.66±41.3	18.83±17.75	13.17±11.22	5.49±0.77
Серотонин в тромб.	834.9±277.9	482.35± 310.62*	428.5± 162.6**	507.6±50.7

\* -  $p < 0.05$  по сравнению с группой 1

\*\* -  $p < 0.005$  по сравнению с группой 1

При изучении клинико-биохимических взаимосвязей у лиц с парафилиями особый интерес вызывает исследование активности дофамин- $\beta$ -гидроксилазы - фермента, активность которого находится под генетическим контролем и стабильна на протяжении жизни человека. ДБГ является одним из лимитирующих ферментов биосинтеза норадреналина. Он катализирует последнюю стадию биосинтеза норадреналина (НА) - гидроксилирование дофамина с образованием активного нейромедиатора. Фермент секретируется в синаптическую щель из терминалей нейронов симпатической системы вместе с НА, после чего попадает в кровоток. Согласно данным ряда исследователей, активность этого фермента может отражать функциональное состояние симпатической нервной системы. Кроме того, имеется прямая корреляционная зависимость между активностью ДБГ в крови, спинномозговой жидкости и мозге, что свидетельствует о возможности оценки скорости последней лимитирующей реакции биосинтеза НА в нейронах мозга по степени активности периферической ДБГ.

Как указывалось выше, в результате антропометрического обследования всех испытуемых образовались три группы, соответствующие различным конституциональным типам полового диморфизма. Первую группу больных составили андроморфы, вторую - мезоморфы и третью - гинекоморфы. Значительное преобладание испытуемых с

парафилиями с гинекоморфной конституцией по сравнению с индивидуумами других конституциональных типов может быть оценено только при дальнейшем сопоставлении данных с закономерностями подобного распределения в общей популяции. Тем не менее даже при самом осторожном подходе к интерпретации результатов выявление преобладания гинекоморфного телосложения среди лиц с парафилиями, по крайней мере, может свидетельствовать о своеобразном характере их дизонтогенеза, при котором задержка развития сопровождается сохранением фемининных пропорций телосложения. Последние могут являться одним из биологических признаков изменения процессов, связанных с половой дифференцировкой.

Первую группу составили испытуемые с наиболее яркими по сравнению с другими обследованными проявлениями органического поражения головного мозга с преобладанием гипоталамической патологии. Клинически это выражалось в эндокринной дисфункции с задержкой пубертатного развития, склонности к дизэнцефальным пароксизмам и перманентным вегетососудистым расстройствам. Патология сферы влечений носила диффузный характер и включала в себя и иные виды, кроме сексуального (так, в двух случаях имело место kleptomаническое поведение в подростковом периоде). Окончательное формирование аномального сексуального влечения, во всех случаях имевшего агрессивно-садистическую структуру независимо от характеристик объекта влечения (в двух случаях - гомосексуальный, в остальных - гетеросексуальный), происходило по миновании пубертатного периода.

Во вторую группу вошли лица, у которых имелись четкие признаки психопатической структуры личности с преобладанием особенностей, характерных для круга тормозимых. Лишь один обследованный обнаруживал агрессивно-садистические тенденции, тогда как в остальных случаях имели место гомосексуальное, эксгибиционистское и фетишистское поведение.

Третья, самая многочисленная группа, оказалась и наиболее клинически разнородной. В ходе дальнейшего исследования в ней были выделены две подгруппы, описание которых приводится ниже.

В целом можно сказать, что все выделенные группы характеризовались различным вкладом участвующих в формировании аномального сексуального поведения predisponирующих факторов - конституционально-дизонтогенетических, органических, патохарактерологических и психопатологических.

Распределение активности ДБГ в плазме крови в исследованных группах представлено в таблице 7.3 и на рисунке 7.1. Наиболее низкая активность фермента обнаружена в группе больных с андроморфным типом конституции, наиболее высокая - у гинекоморфных больных. Известно, что разброс нормальных значений очень широк (примерно 0,1 - 110 нМ/мл/мин). Если в группах пациентов с мезо- и андроморфным телосложением показатели активности ДБГ в крови носили однонаправленный характер, то наиболее многочисленная группа больных с гинекоморфным телосложением оказалась внутренне неоднородной и включила в себя две подгруппы с различной активностью ДБГ (рис. 7.1). Такой характер выявленных изменений позволил провести клиническое сопоставление образовавшихся подгрупп.

### **Таблица 7.3**

**Активность дофамин-и-гидроксилазы в плазме крови у лиц с парафилиями**

Группы (конституция)	Активность ДБГ, нм/мл/мин
Группа 1	18.5±2.3 +
Группа 2	31.9±4.1 *
Группа 3 (общая)	40.0±6.1
Подгруппа 1	56.9±5.1 ***
Подгруппа 2	13.5±3.3 +
Контрольная группа	36.4±3.6

\* -  $p < 0,02$  по сравнению с подгруппой 3-1

\*\*\* -  $p < 0,001$  по сравнению с группой 2 и подгруппой 3-2

+ -  $p < 0,05$  по сравнению с группой 2

Выявилось несколько психопатологических и патосексологических критериев, указывающих на явное клиническое своеобразие данных подгрупп. В первую очередь они характеризовались различием феноменологических проявлений сексуального поведения. Если во 2 подгруппе в основном наблюдалось гетеросексуальное насилие, то в 1 подгруппе преобладали гомопедофильные действия или малодифференцированный выбор объекта сексуального влечения. Данные особенности аномального сексуального поведения базировались на более глубоких изменениях полоролевых установок, которые у лиц, составивших 1 подгруппу, характеризовались четкой тенденцией к трансформации полоролевого поведения. Имелись и клинико-динамические отличия, так как в первой подгруппе отмечалось прогрессирующее течение сексуального влечения, садистические элементы которого выявлялись по мере постепенного преобразования первоначально инвертированных пассивных тенденций, что позволяло рассматривать собственно агрессивные проявления в качестве вторичных образований, формирующихся в результате определенных защитных механизмов. Это определяло и отличие в экспертных подходах к обеим подгруппам. Во 2 подгруппе в основном учитывались традиционные критерии оценки невменяемости, причем в подавляющем количестве наблюдений имелись достаточные клинические основания для вынесения заключения об экскуляции. В 1 же подгруппе, при отсутствии убедительных данных о тяжести собственно психических расстройств, экспертные акценты смещались в сторону аномального сексуального влечения, которое само по себе приобретало патологические признаки и обрело юридическое значение.

Рис.7.1.

Анализ биохимической части результатов показал, что формирование морфоконституциональных детерминант, изучаемых в настоящей работе, не зависит от состояния одного из лимитирующих ферментов биосинтеза НА. Так, в группе с мезоморфной конституцией встречаются больные и с более низкой активностью фермента, чем у людей с андроморфной, и с более высокой, чем в группе с мезоморфной конституцией (рис.7.1), хотя средняя активность в последней группе выше среднего уровня и достоверно превышает низкую среднюю активность ДБГ у лиц с андроморфной конституцией. Достаточно сложно установить жесткую взаимосвязь между процессами

детерминирования конституциональных проявлений и наследственно определенной активностью ДБГ. Тем не менее локализация лиц с высокой активностью фермента только в гинекоморфной группе испытуемых (в отличие от андроморфной группы) свидетельствует о возможной сцепленности некоторых конституциональных особенностей с активностью важнейшего фермента анаболизма - норадреналина.

Клинический анализ показал, что две подгруппы больных в рамках группы с гинекоморфным сложением, выделенные на основе различий в активности ДБГ, оказались различными и в клиническом плане. Клиническая дифференцировка подгрупп больных с высокой и низкой активностью фермента дает основание полагать, что особенности проявляемых больными аномальных сексуальных реакций зависят от врожденных свойств катехоламиновых нервных систем.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что состояние НА-ергических систем мозга, косвенным индикатором которого является активность ДБГ плазмы крови, связано с выраженностью определенных личностных особенностей, причем низкая активность ДБГ может приводить к проявлению черт характерологической неустойчивости, особенно заметных в условиях неблагоприятного внешнего окружения. Низкая активность фермента обнаружена у лиц, склонных к развитию реактивных депрессивных и психоподобных состояний, у больных алкоголизмом, дающих психотические реакции на фоне лечения дисульфирамом. Наиболее низкая активность ДБГ в крови отмечается у больных алкоголизмом с преморбидными астеническими и истероэмоциональными чертами характера.

Обнаружена достоверная отрицательная корреляционная зависимость между активностью ДБГ в ликворе и выраженностью таких шкал ММПІ как ипохондрия, депрессия истерия, психопатия, психастения и социальная интраверсия. Таким образом, у лиц второй подгруппы имеющиеся психические расстройства являются скорее проявлениями общей неустойчивости высшей нервной деятельности, характерной для индивидов с низкой активностью ДБГ, на фоне относительно сохранной структуры сексуальных влечений. Норадреналиновая система у больных первой гинекоморфной подгруппы по сравнению со второй отличается более надежным функциональным состоянием, что связано с достаточными резервными возможностями биосинтеза медиатора. У этих больных при большей эмоциональной устойчивости и стеничности по сравнению с лицами второй подгруппы отмечаются более глубокие нарушения высших центров контроля сексуального поведения.

Тенденция к низкой активности фермента во 2 подгруппе гинекоморфных пациентов аналогична распределению активности в группе больных с андроморфным конституциональным типом (табл.7.3). Интересно, что эти две группы пациентов объединяют общие клинические особенности психических нарушений, которые проявляются в преобладании дефицитарных расстройств психики либо за счет психоорганической патологии, либо за счет процессуально нарастающих негативных изменений личности. Сходным было и клиническое проявление аномального сексуального поведения, сразу находившего агрессивно-садистическую форму своего выражения, что может объясняться присущей этим группам больных слабостью тормозных норадреналиновых структур головного мозга.

Таким образом, не вызывает сомнений факт, что наблюдаемые различия в клинической картине сексуальных расстройств в определенной степени связаны со структурой личностных и психопатологических особенностей пациентов, определяемых состоянием моноаминовых систем головного мозга. Вместе с тем мы не можем исключить и

непосредственную связь формирования определенных симптомов аномального сексуального поведения с особенностями моноаминовых систем, контролирующими половые функции организма.

### **7.3.2. Нейромедиаторы и искажения половой идентичности**

Обследованы 104 испытуемых, совершивших сексуальные правонарушения и проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦ С и СП им. В. П. Сербского в период с 1993 по 1995 гг. Преобладали (61 чел.) лица с органическим поражением головного мозга различной степени выраженности и различной этиологии (из них с парафилиями 36), среди лиц с органическим поражением головного мозга с эписиндромом 3 человека, из них с парафилиями 1. На втором месте по частоте (19 чел.) оказались лица с различными видами личностных расстройств (из них с парафилиями 13), на третьем месте (15 чел.) больные с диагнозом шизофрении (из них с парафилиями 5), после них больные с олигофренией (5 чел.), из них с парафилиями 2). Двое обследованных признаны психически здоровыми. Лица, находившиеся в момент исследования в состоянии реактивного психоза (3 чел.) в дальнейшем были исключены из статистической обработки. Среди 56 больных с парафилиями у 10 диагностирован садизм, у 28 - педофилия и эфебофилия (гомосексуальная и гетеросексуальная), у 6 - полиморфный парафильный синдром, у 4 - эксгибиционизм, у 2 - некрофилия. Остальные 48 испытуемых не обнаруживали признаков парафилий, несмотря на противоправное сексуальное поведение.

Для оценки половой идентичности лиц с сексуальными правонарушениями использовалась разработанная в лаборатории судебной сексологии центра, шкала типирования нарушений половой идентичности. В основу создания шкалы был положен онтогенетический принцип развития половой идентичности человека и принцип многоступенчатой иерархической системы пола (Васильченко Г.С., 1990).

На основании экспертных оценок в шкалу был включен ряд психологических, клинических и поведенческих феноменов, отражающих становление половой идентичности индивида с детства до периода зрелости. Наличие нарушения половой идентичности проводилась путем вычисления общего интегративного показателя, позволяющего в целом оценить все обнаруженные у пациента признаки, свидетельствующие о нарушении половой идентичности. Необходимо указать, что констатация нарушения половой идентичности, определенного путем шкалирования, не сопоставима с клинко-нозологическими формами, фигурирующими в принятых в настоящее время классификациях (DSM-III-R, МКБ-10).

На основании данного интегративного показателя, после типирования по шкале исследованных больных они были объединены в четыре группы, в зависимости от выраженности искажения половой идентичности. В первую группу вошли лица, у которых после проведенного исследования не было выявлено нарушений половой идентичности (29 чел.), во вторую - больные с незначительно выраженным искажением половой идентичности (47 чел.), третью группу составили испытуемые с выраженным (23 чел.) и четвертую группу - с резко выраженным искажением половой идентичности (5 чел.). В контрольную группу включены 14 практически здоровых мужчин сопоставимого возраста. Ожидаемым оказалось нарастание количества лиц с парафилиями по мере усиления нарушений половой идентичности: в первой группе парафилии встречались в 11 случаях (37,93%), во второй - в 23 (48,93%), в третьей - в 17 (73,91%), в четвертой группе парафилии отмечались у всех испытуемых.

Анализ результатов, полученных при изучении экскреции с мочой катехоламинов, демонстрирует значительные нарушения метаболизма этого класса нейромедиаторов у лиц с нарушениями половой идентичности. Обращает на себя внимание тот факт, что у представителей первой группы, т.е. на фоне ненарушенной половой идентичности фиксируется существенное снижение (по сравнению с нормативными значениями) уровня как свободных, так и сульфоконъюгированных форм норадреналина, адреналина и дофамина (табл.7.4). Резкое возрастание у этих испытуемых экскреции 3,4-диоксифенилаланина и нормальное содержание в моче 3,4-диоксифенилуксусной кислоты заставляют предполагать формирование у данного контингента своеобразного "блока" на стадии биосинтеза ДА, так как нет оснований думать об усилении катаболизма катехоламинов. Однако нам представляется, что традиционное сравнение со здоровыми людьми в данном случае является некорректным, так как нет данных о жесткой взаимосвязи между нарушением половой идентичности и состоянием определенных этапов метаболизма нейромедиаторов. Такой подход диктует проведение сравнения между пациентами с различными по выраженности нарушениями половой идентичности. Действительно, само наличие нарушения половой идентичности приводит к статистически достоверному увеличению экскреции с мочой свободных и сульфоконъюгированных форм норадреналина, адреналина и дофамина (табл.7.4). Интересно отметить, что рост количества катехоламинов идет параллельно нарастанию нарушений половой идентичности на фоне снижения содержания ДОФА и ДОФУК у представителей третьей группы (табл.7.4). Можно предполагать, что у испытуемых, отнесенных на основании клинического обследования к 3 группе, формируется комплекс патологических перестроек в метаболизме нейромедиаторов катехоламиновой природы, основными проявлениями которых можно считать смещение биохимического равновесия в сторону образования биологически активных нейромедиаторных молекул с их последующей сульфоконъюгацией, которая становится ведущим путем физиологической инактивации, т.к. снижение концентрации в моче ДОФУК - продукта окислительного дезаминирования дофамина - говорит о подавлении этого пути ферментативной деградации моноаминов. Если же учитывать точку зрения некоторых ученых, считающих, что конъюгированные формы катехоламинов в определенных условиях могут являться депо активных (свободных) молекул, то возникает еще большая уверенность в том, что выраженные нарушения половой идентичности сопровождаются существенной активацией и норадренергической и дофаминергической систем в организме.

**Таблица 7.4**

**Экскреция свободных и конъюгированных форм катехоламинов, свободных форм ДОФА и ДОФУК при парафилиях**

<b>Группы (половая идентичность)</b>	<b>Группа 0</b>	<b>Группа 1</b>	<b>Группа 2</b>	<b>Группа 3</b>	<b>Контрольная группа</b>
<b>НА своб.</b>	9.0± 5.4 *	19.0±13.3	21.0±12.0 **	21.0±12.5	37.7±4.5
<b>НА кон.</b>	20.0± 12.4 +	27.0±20.9	26.0±15.7	49.0± 32.9	46.8±6.3
<b>А своб.</b>	1.29± 0.99\$\$	3.0±2.5	3.0± 1.7#	4.0±2.7	3.54±0.6
<b>А кон.</b>	1.11± 0.77\$\$	3.0±2.0	7.0± 7.1	4.0±2.3	3.22±1.0
<b>ДА своб.</b>	107.0± 44.7\$\$	160.0±89.7	142.0±79.8	231.0±75.9	201.5±18.8



ДА кон.	237.0± 97.2\$\$	220.0± 176.3'	245.0± 140.9'	499.0±177.1	274.3±36.9
ДОФА	191.0± 226.8	119.0±121.2	88.0±91.9	36.0±32.5	47.6±7.1
ДОФУК	376.0±168.9	419.0±256.4	487.0±309.5	296.0±94.4	399.5±39.2

- \* -  $p < 0.05$  по сравнению с 1 и 3 группами
- \*\* -  $p < 0.01$  по сравнению с 0 группой
- + -  $p < 0.05$  по сравнению с 3 группой
- \$\$ -  $p < 0.01$  по сравнению с 3 группой
- # -  $p < 0.05$  по сравнению с 0 группой
- ' -  $p < 0.05$  по сравнению с 3 группой

Исследование показало, что группы, сформированные по принципу нарушения половой идентичности, с одной стороны, отличаются по периферическим параметрам индоламиновой системы друг от друга, а с другой - от контрольной группы (табл 7.5).

Обращают на себя внимание следующие особенности групповых значений исследуемых показателей. Во-первых, очевидно, что между групповыми средними величинами имеются достоверные различия, которые касаются содержания серотонина в тромбоцитах и в плазме крови. К настоящему времени достаточно разработаны критерии использования тромбоцитарных клеток в качестве модельного объекта центральных пресинаптических окончаний (Stahl S.M., 1985), дающие возможность содержательной интерпретации обнаруженных феноменов. Во-вторых, общая тенденция изменения значений серотонина в плазме в группах с сексуальными расстройствами сводится к увеличению концентрации медиатора в плазме и уменьшению его содержания в тромбоцитарных клетках. Сами по себе эти факты свидетельствуют о возможном снижении скорости захвата серотонина тромбоцитами, причем уровень серотонина в тромбоцитарных клетках можно рассматривать в качестве интегративного маркера скорости захвата серотонина пресинаптическими окончаниями (Stahl S.M., 1985), а концентрация серотонина в плазме может отражать его уровень в синаптических пространствах мозга (Artigas F. et al., 1989; Celada P. et al., 1990).

Так, средняя концентрация серотонина в плазме у больных 2 группы достоверно превышает контрольный уровень и показатели в 1 группе. Наиболее низкое содержание серотонина в тромбоцитах среди всех групп обнаружено в 1 группе, причем отличие имеет достоверный характер относительно контрольной группы (табл.7.5).

Очевидно, что наиболее низкий уровень серотонина в тромбоцитах у больных 1 группы является достаточно показательным результатом. Содержание внутриклеточного серотонина отражает устойчивые тенденции уровня захвата на протяжении достаточно длительного промежутка времени. Таким образом, факт снижения концентрации нейромедиатора указывает на низкий уровень интенсивности его захвата пресинаптическими структурами, что в принципе является распространенным феноменом для контингента больных с психическими расстройствами. Проявления гипофункции транспортных индоламиновых механизмов в виде снижения плотности имипраминовых рецепторов тромбоцитов, уменьшения максимальной скорости захвата и снижения концентрации серотонина в тромбоцитах в той или иной форме обнаруживаются при депрессивных, обсессивно-компульсивных, панических расстройствах (Dubovsky S.L., 1994; van Praag H.M., 1994). Результаты наших исследований показали, что низкий уровень внутриклеточного серотонина характерен для ряда депрессивных синдромов и психопатий тормозимого круга (Дроздов А.З., 1996), и в этом смысле больные 1 группы

являются примером общей неспецифической тенденции изменений нейрохимического статуса индоламинных систем при психических расстройствах.

**Таблица 7.5**

**Состояние индоламинной системы при парафилиях у испытуемых с нарушениями половой идентичности.**

Группы	Серотонин в плазме, нг/мл	Серотонин в тромбоцитах, нг/109 тр.	V <sub>мах</sub> , обратный захват	K <sub>м</sub> , обратный захват
Контрольная группа	5.49±0.77	507.6±50.7 *	133±34.9	224±16
Группа 1	6.51±1.67	325.8±50.8	237±125	238±4
Группа 2	24.0±7.4 +	520.1±52.8 **	166±61.7	240±2
Группа 3	18.5±6.59	614.9±111 *	277±144	230±3

\* -  $p < 0.05$  - по сравнению с группой 1 и контрольной группой

\* - и \*\* -  $p < 0.05$  и  $p < 0.02$  по сравнению с группой 1

(данные по группе 4 не представлены вследствие ее малочисленности)

Несмотря на то, что у пациентов 1 группы содержание серотонина во внеклеточной жидкости (плазме) не отличается от контрольного, средние значения данного показателя у представителей других групп превышают контрольные значения, что особенно ярко проявляется во 2 группе (табл 7.5). Подобная направленность изменений содержания серотонина в плазме крови также показывает, что процессы захвата могут быть снижены у лиц с нарушениями половой идентичности. Таким образом, результаты недвусмысленно указывают на тенденцию к понижению скорости захвата серотонина при парафилиях. По нашему мнению, данный процесс является приспособительным изменением физиологии медиаторных систем в условиях недостаточности моноаминовых постсинаптических функций (Дроздов А.З., 1996). Еще одна общая тенденция, характерная для всех групп, заключается в значительном разбросе исследуемых показателей. Эта тенденция проявляется и в значениях уровня серотонина плазмы, серотонина тромбоцитов, V<sub>мах</sub>. Иллюстрацией данного положения является рис.7.2. Само по себе подобное проявление дисбаланса периферических индоламинных систем может рассматриваться как доказательство нарушений нормального функционального состояния центральных серотониновых структур.

Существенное увеличение разбросов изучаемых показателей по мере нарастания клинических признаков нарушения половой идентичности свидетельствует об определенной их взаимосвязи с неустойчивым состоянием центральных моноаминовых механизмов. Обращает на себя внимание (рис.7.2) тот факт, что при увеличении степени выраженности нарушений половой идентичности обнаруживается очевидный рост числа пациентов, у которых фиксировались высокие значения содержания серотонина в тромбоцитах. Можно предположить, что увеличение поглощения нейромедиатора из зоны взаимодействия с рецепторами является одним из патогенетических механизмов,

формирующих изменение концентрации серотонина в синаптической щели, а это, в свою очередь, может влиять на модификацию половой идентичности человека.

Рис.7.2

В настоящее время хорошо известно, что соотнесение патологического функционального состояния индоламинных систем с какой-либо конкретной психической патологией не даёт каких-либо практических результатов (Poldinger W. T et al. 1991; van Praag H.M., 1994). С другой стороны, широкий ряд психопатологических состояний сопровождается нарушениями серотониновой медиации (Dubovsky S.L., Thomas M., 1995; van Praag H.M., 1994). Более того, препараты серотонинового типа действия являются основными терапевтическими средствами при депрессивных, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, панических расстройствах (Aberg-Wistedt A., 1989; Dubovsky S.L., Thomas M., 1995). Современные теоретические представления достаточно адекватно интерпретируют имеющиеся клинические данные. Очевидно, что универсальные тормозные системы головного мозга, одними из представителей которых являются индоламинные, обеспечивают общую регуляцию функционального статуса нейронных систем мозга, нарушения которой проявляются в изменении множества видов конкретных поведенческих реакций. Не является исключением и половое поведение, различные аспекты которого в достаточной степени меняются при воздействиях на серотонинергические системы.

Данные настоящего исследования показывают, что клинические признаки нарушений половой идентичности не обнаруживают прямой связи с четко направленными перестройками серотониновых механизмов. Вместе с тем по мере усиления выраженности данного расстройства в популяции больных отчетливо проявляются признаки дисбаланса серотонинового метаболизма, очевидно отражающего наличие разнонаправленных тенденций в уровне функционирования аппарата индоламинной медиации. Таким образом, попытка соотнесения клинических признаков нарушений половой идентичности, механизмы реализации которых находятся на высоком уровне организации высшей нервной деятельности, с патологией неспецифической модулирующей системы головного мозга привела к результатам, однозначная интерпретация которых в настоящее время весьма затруднительна. По всей вероятности патология, серотониновых структур (также как и катехоламинных) представляет основу развития разнообразных дизонтогенетических состояний, затрагивающих различные этапы психосексуального развития (половое самосознание и психосексуальные ориентации), поскольку моноамины в значительной мере определяют половую дифференцировку головного мозга в эмбриогенезе (Резников А.Г., 1982), участвуют в становлении психосексуальности и модификации полового поведения. С этой точки зрения результаты настоящей работы, свидетельствующие о явном дисбалансе серотониновой нейромедиации у лиц с нарушениями половой идентичности, трудно переоценить. В связи с этим необходимо продолжать целенаправленный поиск структурных клинических закономерностей в рамках аномального сексуального поведения, появление и развитие которого имеет более отчетливую связь с проявлениями нарушений функциональной активности моноаминовых медиаторных систем.

### **7.3.3 Особенности психопатологической картины и нейромедиаторы**

Как известно, нарушения обмена моноаминов обнаружены при различных психических расстройствах, в том числе психопатиях, депрессивных состояниях, алкоголизме и наркоманиях (Дмитриева Т.Б. 1990; Коган Б.М., Анохина И.П., 1990). Не вызывает сомнений факт, что патология моноаминового обмена является одной из причин развития

указанных состояний (van Praag H.M. et al., 1990). Тем более это справедливо для парафилий, т.е. тех состояний измененного сексуального влечения, в основе которых лежат специфические нейрофизиологические, нейрохимические и иные биологические детерминанты, связанные с патоорганическими, нейрогуморальными и психологическими особенностями таких лиц. Поскольку моноаминовые медиаторные системы контролируют гипоталамические и гипофизарные механизмы, регулирующие синтез половых гормонов, половую дифференцировку и развитие первичных и вторичных половых признаков, генетическая измененность (прежде всего из-за нарушений ферментативной деятельности) тех или иных стадий метаболизма катехоламинов может быть связана с проявлениями аномальных сексуальных реакций.

Каковы бы ни были теории аномального сексуального поведения - от культуральных до биомедицинских - все они в конечном итоге вынуждены учитывать внутреннюю структуру переживаний и форму, в которой эти переживания проявляются, существенно различающуюся даже при внешне однотипных девиантных действиях. Так, одна из классификационных систем, основанная на мотивационном спектре стимулов - от исключительно экзогенных до исключительно эндогенных, подразумевает существование 1) социогенного, 2) ситуационного, 3) импульсивного, 4) кататимного и 5) компульсивного сексуального насилия. Использование в данном контексте дефиниции "компульсии" соответствует представлениям, отраженным в DSM-III-R, о том уровне произвольности перверсных эго-дистонических переживаний, когда правомерно говорить о патологии.

Непосредственно связанные с обсессиями компульсии представляют собой ритуальные поведенческие акты, направленные на редукцию и нейтрализацию тревоги, вызываемой навязчивыми переживаниями. Исключающими диагноз обсессивно-компульсивного расстройства являются озабоченность мыслями о еде у пациентов с расстройствами аппетита, компульсивные действия, приводящие к получению удовольствия (такие, как использование наркотиков, игра в азартные игры и другие виды аддиктивного поведения), а также сексуальные поведенческие акты. Однако все пять критериев диагностики обсессивно-компульсивного расстройства оказываются пригодными и для квалификации тех насильственных и непреодолимых сексуальных действий, которые также обозначаются как компульсивные. Эти переживания и действия 1) могут занимать длительное время (больше часа в день), 2) вмешиваются и препятствуют функционированию, 3) вызывают выраженный дистресс, 4) остаются упорными и 5) трудно поддающимися контролю индивида. Поэтому отделение их от собственно обсессивно-компульсивных расстройств, которое обычно принято, выглядит несколько условным с клинической точки зрения.

Для диагностики парафильного поведения вполне пригодны и критерии, предлагаемые для квалификации "расстройств контроля импульса". Феноменологические исследования лиц с различными вариантами "расстройств контроля импульса" показали тесную их связь прежде всего с тревожными, в особенности с обсессивно-компульсивными расстройствами. Более того, сами по себе патологические импульсы и следующие за ними действия имеют сходство с обсессиями и компульсиями, в связи с чем, например, клептомания, пиромания и трихотилломания могут рассматриваться как формы обсессивно-компульсивного расстройства.

Специальных работ, посвященных биохимическому исследованию проявлений "расстройств контроля импульса" в настоящее время немного. Имеются сведения о том, что у лиц с импульсивным агрессивным или аутоагрессивным поведением и с пироманиями снижено содержание метоксифенилэтиленгликоля (МОФЭГ) в ликворе по

сравнению со здоровыми людьми. У лиц с патологической страстью к игре в карты увеличена экскреция норадреналина и содержание МОФЭГ в ликворе и снижена концентрация МОФЭГ в крови по отношению к контрольным показателям.

Особый интерес при изучении биохимических основ патогенеза обсессивно-компульсивных расстройств вызывает состояние серотониновой медиаторной системы, поскольку ингибиторы обратного захвата серотонина являются эффективным средством купирования навязчивостей (Karakiulakis G. et al., 1978.).

Однако работы, посвященные биохимическому исследованию проявлений "расстройств контроля импульса", пока немногочисленны и противоречивы. Показано, что у лиц с импульсивным агрессивным или аутоагрессивным поведением и с пироманиями снижены содержание 5-оксииндолуксусной кислоты (основного метаболита серотонина в организме, 5-ОИУК) в ликворе и скорость захвата меченого серотонина тромбоцитами [12] по сравнению со здоровыми людьми. В ряде работ авторы не нашли различий в скорости захвата серотонина тромбоцитами у здоровых лиц и у больных с обсессивно-компульсивными расстройствами (Karakiulakis G. et al., 1978.). У этих же больных обнаружено увеличение содержания 5-ОИУК в ликворе, что может отражать увеличение кругооборота серотонина в мозге с увеличением обратного захвата серотонина пресинаптическими окончаниями. Следовательно, эти данные соответствуют факту клинической эффективности блокаторов обратного захвата серотонина при обсессиях (Karakiulakis G. et al., 1978.).

Таким образом, результаты проведенных исследований, доказывающих неразрывность описанных расстройств, с непреодолимыми импульсами или побуждениями к совершению специфических бессмысленных или вредных поступков, приводят одновременно к утверждениям, что в основе такой общности могут лежать биологические нарушения, единые для спектра аффективных расстройств, что диктует необходимость изучения состояния моноаминовых систем при этих патологических проявлениях.

Поскольку средние цифры показателей обмена катехоламинов в общей группе лиц с парафилиями достоверно не отличаются от контрольных значений, мы проанализировали распределение исследуемых параметров моноаминового метаболизма у испытуемых с парафилиями, объединенных по различным клиническим признакам. Обнаружить зависимость биохимических показателей от нозологической квалификации больных с парафилиями, от объекта сексуальной направленности пациента не удалось. Наиболее выраженными были биохимические различия у испытуемых без компульсивных расстройств 1 группа и у лиц с компульсивными формами парафилий 2 группа.

В ходе клинического исследования среди лиц, совершивших противоправные сексуальные деяния, была выделена группа испытуемых, у которых парафильные акты носили выраженные черты компульсивности. У одного из обследованных девиантный акт имел признаки пароксизма. По другим характеристикам вошедшие в группу испытуемые не отличались от остальных испытуемых с расстройствами сексуального влечения. Не было отмечено какой-либо специфики в квалификации иных психических расстройств, среди которых преобладали различные варианты органического поражения головного мозга.

В результате проведенного биохимического исследования крови и мочи испытуемых обнаружены существенные отличия в показателях, характеризующих состояние катехоламиновой системы, у представителей сравниваемых групп. Так, содержание свободных и, особенно, конъюгированных форм НА, ДА и ДОФУК достоверно выше у представителей 2 группы. Особенно значимы эти различия при рассмотрении суточной

экскреции изучаемых веществ (табл.7.6, рис.7.3). У этих же больных выявляются низкие значения коэффициента ДА/ДОФУК (табл.7.7), который в определенной степени отражает состояние процесса окислительного дезаминирования ДА, в основном происходящее в пресинаптических терминалях под влиянием МАО после обратного захвата нейромедиатора из синаптической щели. Низкие значения соотношения ДА/ДОФУК в суточной моче у испытуемых 2 группы свидетельствуют о высокой интенсивности данного катаболического пути. Подобная биохимическая особенность является следствием либо высокой активности МАО (ферментной системы окислительного дезаминирования моноаминов в организме), либо большой концентрации медиаторных молекул в пресинаптических терминалях, что, в свою очередь, может быть обусловлено высокой скоростью обратного захвата медиаторов из синаптической щели. Действительно, согласно полученным данным, интенсивность захвата меченого серотонина тромбоцитами у лиц с проявлениями компульсивности при совершении девиантных действий достоверно выше, чем в противоположной группе (табл.7.9). Как известно, тромбоциты рассматриваются в качестве модельного объекта центральных пресинаптических окончаний, что дает основание предполагать наличие аналогичных процессов в ЦНС.

**Таблица 7.6**

**Экскреция свободных и конъюгированных форм катехоламинов, свободных форм ДОФА и ДОФУК при парафилиях**

Группы (компульсивность)	Группа 1 (без компульсий)	Группа 2 (компульсии)	Контрольная группа
НА свобод.	12.6±4.8	18.0±1.3	23.6±6.5
НА конъюг.	17.8±3.5 ***	76.0±20.7	25.9±7.0
А свобод.	1.62±0.2	2.49±0.9	2.33±0.7
А конъюг.	2.20±0.6 *	9.41±4.5	2.15±0.6
ДА свобод.	110.7±29.3	136.1±9.7	150.4±20.0
ДА конъюг.	231.2±49.1 **	611.5±166	241.2±21.1
ДОФУК	216.7±48.3 ***	722.8±137	301.4±41.7

\* -  $p < 0.05$  по сравнению с компульсивной группой

\*\*  $p < 0.01$  "

\*\*\*  $p < 0.001$  "

**Таблица 7.7**

**Значения коэффициента ДА/ДОФУК в моче при компульсивных расстройствах у больных с парафилиями.**

Группы (компульсивность)	Группа 1 без компульсий	Группа 2 компульсии
ДА/ДОФУК свобод.	0.47±0.11 *	0.18±0.04

<b>ДА/ДОФУК конъюг.</b>	0.52±0.11	0.33±0.14
-----------------------------	-----------	-----------

\* -  $p < 0.05$  по сравнению с группой с компульсиями

Другой путь физиологической инактивации биологически активных моноаминов у человека - их конъюгация с остатками неорганических кислот, происходящая в печени, тромбоцитах и ЦНС, главным образом по пути образования сульфо-О-эфиров. Эта сторона метаболизма моноаминов в приложении к психическим расстройствам практически не изучалась, хотя физиологическая роль сульфоконъюгирования достаточно велика. Как уже отмечалось, выделенные группы разительно отличаются по содержанию свободных и связанных форм катехоламинов (рис.7.3) и ДОФУК. У испытуемых 2 группы количество связанных форм намного выше, чем в первой группе, также как и интенсивность процессов конъюгирования, оцениваемая по соотношению свободных и конъюгированных форм (табл.7.8). Если вспомнить далеко не бесспорное предположение о том, что уровень сульфоконъюгатов ДОФУК в моче может отражать степень ДА-нейрональной активности в ЦНС, то не исключено усиление функциональной активности этой нейромедиаторной системы в соответствующих областях мозга испытуемых.

**Таблица 7.8**

**Значения коэффициента свободные/конъюгированные формы для КА и ДОФУК в моче при компульсивных расстройствах у больных с парафилиями.**

<b>Группы (компульсивность)</b>	<b>Группа 1 без компульсий</b>	<b>Группа 2 с компульсиями</b>
<b>НА</b>	0.94±0.4	0.28±0.1
<b>А</b>	1.41±0.5 *	0.41±0.1
<b>ДА</b>	1.02±0.6	0.25±0.05
<b>ДОФУК</b>	1.49±0.8	0.36±0.1

\* -  $p < 0.05$  по сравнению с группой с компульсиями

Таким образом, можно отметить, что компульсивные проявления сопровождаются усилением процессов инактивирования моноаминовых медиаторов наряду с увеличением активности синтетических процессов. Можно предположить, что ускоренный синтез компенсирует транзиторную недостаточность моноаминовых медиаторов в пресинаптических терминалах, поэтому у больных не выявляются клинические признаки неполноценности катехоламиновой нейромедиации, выражающиеся на конечной стадии в депрессивных реакциях, хотя чрезвычайно важный вопрос о "первичности" нарушений в системе анаболизм-катаболизм катехоламинов нуждается в дальнейшем изучении, вероятно, с применением фармакологического анализа.

**Рис.7.3**

Аналогичные результаты получены при обследовании лиц с иными компульсивными расстройствами (пиромания, страсть к азартным играм и другие). Авторы показали, что у обследованных лиц экскреция НА выше, по сравнению с контрольной группой. Вообще, в немногочисленных работах, посвященных оценке уровня функционирования

моноаминовых систем при "расстройствах контроля импульса", авторы находили ту или иную патологическую нейрохимическую составляющую.

У двух обследованных групп имелись также определенные различия между параметрами, характеризующие состояние периферической индоламиновой системы (табл.7.9). Так, у лиц с компульсивной формой парафилий увеличена скорость захвата серотонина тромбоцитами по сравнению с другой группой. При этом значения Км процесса захвата в этих группах не различались. Содержание серотонина в тромбоцитах также не различалось у двух групп, а уровень серотонина в плазме крови имел устойчивую тенденцию к снижению в группе испытуемых с компульсиями, что соответствует данным по захвату тромбоцитами серотонина.

Принимая во внимание модельный характер процессов в тромбоцитарных клетках для центральных серотониновых механизмов, можно допустить, что у лиц с компульсивными девиантными актами увеличена скорость обратного захвата серотонина пресинаптическими окончаниями. Основываясь на косвенных данных, мы полагаем, что это увеличение свидетельствует об относительной недостаточности серотонинергических процессов. Так, имеются данные об эффективности ингибиторов обратного захвата серотонина при обсессивно-компульсивных расстройствах (Karakiulakis G. et al., 1978.), что косвенно подтверждает наше предположение о слабости индоламиновых механизмов. Известно, что основные индоламиновые системы мозга являются тормозными регулирующими системами. Очевидно, что недостаточность тормозного контроля некоторых нейронных образований может иметь отношение к формированию клинических проявлений обсессивно-компульсивных расстройств.

**Таблица 7.9**

**Параметры захвата  $^3\text{H}$ -серотонина тромбоцитами при компульсивной и некомпульсивной формах парафилий**

<b>Группы (компульсивность)</b>	<b>Группа 1 без компульсий</b>	<b>Группа 2 с компульсиями</b>
<b>V<sub>мах</sub>, пм/10<sup>9</sup> тромб./мин</b>	37.0±6.5 *	140.5±60.0
<b>Км, нм</b>	251.2±11.2	241.7±33.9

\* -  $p < 0.02$  по сравнению с группой с компульсиями

Основываясь на полученных данных, можно предположить, что у лиц с парафильными компульсивными расстройствами более выражена функциональная недостаточность основных тормозных систем (норадреналиновой и серотониновой) головного мозга по сравнению с лицами, совершавшими девиантные акты и у которых не было выявлено компульсивных расстройств. Тезис о недостаточности тормозных структур мозга подтверждается работами, в которых авторы показали увеличение углеводного метаболизма в различных отделах мозга у больных с обсессивно-компульсивными расстройствами. Слабость процессов торможения при сложившемся очаге насильственных побуждений может приводить к невозможности заблокировать развертку тотальной спонтанной активности нейронов, что в числе прочего ведет к



гипервозбуждению и невозможности контролировать свои действия в момент совершения эксцессов, отвечающих требованиям доминантного нейрофизиологического образования, особенно сильно выраженным в случае сексуального влечения.

"Расстройства контроля импульса" характерны для ряда нервно-психических расстройств, имеющих общие клинико-биохимические проявления, поэтому не исключено, что обнаруженные в настоящем исследовании нейрхимические закономерности связаны в первую очередь не с наличием парафилий, а с феноменом компульсивности. Очевидно, что особое состояние сознания в определенные моменты не является типичным расстройством, характерным только для парафилий. В данном случае уникальным является сам характер насильственного импульса, формируемого на основе сочетания биологических свойств нейронных систем головного мозга (врожденных или приобретенных) и специфических онтогенетических предпосылок.

При анализе полученных данных возникает вопрос, в какой степени особенности индоламинальных механизмов влияют на развитие сексопатологических особенностей испытуемых, или, в более общем плане, в какой степени связан феномен компульсий с формированием парафилий? Полученные клинические данные показывают, что у всех лиц с компульсивным поведением (суть которого составляют такие феномены, как стереотипизация, "клиширование", потеря произвольности и волевого контроля над побуждениями) в основе патологических побуждений лежат аутохтонные механизмы формирования, связанные с конституционально-дизонтогенетической базой нарушения психосексуальной ориентации. Таким образом, очевидно, что между "расстройствами контроля импульса" и парафилиями существует определенная внутренняя связь.

Упомянутая выше внутренняя взаимосвязь между "расстройствами контроля импульса" и парафилиями может получить объяснение с учетом важнейшей роли моноаминовых систем в формировании половой дифференциации мозга в пренатальном периоде. Будучи универсальными регуляторами функций взрослого организма катехоламины и индоламины являются так же эмбриональными гормонами, действие которых начинается с ранних этапов дробления оплодотворенной яйцеклетки. На более поздних стадиях развития моноамины в значительной мере определяют половую дифференцировку головного мозга.

В качестве одного из ключевых звеньев регуляторного воздействия по переключению индивидуального развития с фемининного на маскулинный выступает достаточная активность моноаминовых систем в определенных отделах развивающегося мозга. Согласно, основную роль в моноаминергическом регулировании формирования половых признаков играет норадреналин и значительно меньшее участие принимают серотонин и дофамин. Исходя из этих данных, можно предположить, что различия в метаболизме катехоламинов между подгруппами испытуемых с парафилиями могут быть обусловлены разным уровнем функционирования норадренергических систем головного мозга, ядра которых локализованы в среднем и продолговатом мозге [17], а терминали оканчиваются практически во всех вышестоящих отделах мозга, в том числе и гипоталамусе, который является центром регуляции нервно-гуморальных взаимоотношений.

Клиническая картина дает основание полагать, что у лиц с признаками парафилий оказывается неполноценным процесс становления маскулинных нейрогуморальных механизмов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у лиц с парафилиями усилен периферический метаболизм катехоламинов по сравнению с группой лиц, совершивших девиантные сексуальные акты, но в меньшей степени проявляющих аномальное сексуальное влечение. Можно предположить, что этот факт отражает

относительную слабость центральных адренергических механизмов у этой первой группы лиц. Нельзя исключить, что недостаточность катехоламиновых механизмов проявлялась и на ранних стадиях онтогенеза, что привело к определенным деформациям регулирующих сигналов, определяющих нормальное формирование комплекса психосексуальных реакций.

Таким образом, параллельное развитие дизонтогенетических расстройств и обсессивно-компульсивных нарушений у лиц с парафилиями в значительной степени может быть обусловлено комплексом нарушений моноаминовых механизмов в раннем эмбриогенезе.

#### **4. Состояние нейромедиаторных систем при различных вариантах парафилий**

Нормальный постнатальный онтогенез, включающий в себя и нормальное сомато- и психосексуальное развитие, возможен в том случае, если нормально протекают процессы эмбрионального внутриутробного развития с правильным становлением мозговых структур, ответственных за аффективно-когнитивные процессы.

Серотонинергическая иннервация актуализирует внутрикорковую интеграцию, обеспечивающую возвратное и/или латеральное торможение. Этот вид торможения регулирует эффективную функцию нейронов коры и формируется в онтогенезе одним из последних. Аминергические системы мозга осуществляют консолидирующее влияние на нейроны неокортекса. Нарушение ядер шва в 30-дневном возрасте у котят вызывает бессонницу, появление высокой двигательной активности (аналог гипердинамического синдрома), значительную и постоянную активность электрокортикограммы, что указывает на нарушение тормозных механизмов.

В результате разрушения мезокортикальных дофаминергических нейронов у крыс обнаружено снижение уровня исследовательской деятельности. Инъекция апоморфина (агонист дофамина) способствовала восстановлению исследовательского поведения (Fink J., Smith G., 1980). При инъекции крысам 6-OHDA в мезолимбическую дофаминергическую систему приводило к ухудшению обучения. Можно предполагать, что баланс между этими двумя важными системами, в реализации аномального сексуального агрессивного поведения легко нарушается под влиянием различных патогенных факторов, например, действующих во внутриутробном периоде, в интранатальном раннем постнатальном и в дальнейшем онтогенезе индивидуума. Необходимо обратить внимание на то, что медиаторные системы в онтогенезе формируются одновременно, их развитие протекает неградуально, т.е. могут быть случаи замедления их развития, рано созревшие системы выполняют множественные функции, связанные не только с синаптической передачей, но и с регуляцией других процессов онтогенетического развития; что отчасти оказывается возможным благодаря избыточному созреванию данных систем (Раевский В.В, 1991).

В регуляции агрессивного поведения участвуют практически все известные нейромедиаторы, однако наибольшее внимание следует уделить катехоламинергической системе (дофамин) и индоламинавой (серотонин). Так, в опытах на крысах было отмечено, что торможение синтеза катехоламинов А-метилпаратирозином (АМПТ) снижает выраженность агрессивной реакции. Таким же образом действовал и ингибитор тирозингидроксилазы. Подавление рецепторов дофамина галоперидолом также вызывало снижение агрессивности у лабораторных животных. Использование агонистов и прекурсоров КА - систем также показало важную роль этих систем в интеграции

агрессивного поведения. Высокий уровень агрессивности наблюдался у мышей, которые содержались на диете с добавлением прекурсора дофамина L-ДОФА. Фенилалкиламины (фенамин, метамфетамин (первитин), усиливающие дофаминергическую передачу, вызывали нарушения в эмоционально-мотивационной сфере - агрессивность, страх, гиперсексуальность (Отеллин В.А., Арушанян Э.Б., 1989). Введение ингибитора серотонина (парахлорфенилаланина) самцам крыс вызывало половую активацию не только у относительно инертных животных, но и у крыс с повышенной половой активностью. Причем усиливались не только признаки гетеросексуального поведения, но и половая мотивация: крысы становились способными совершать садки не только на самок, находящихся в состоянии течки, но и на нерецептивных самок (Sjoerdsma et al., 1970). Результаты опытов, полученных многими исследователями, которые применяли для анализа ингибитор синтеза серотонина - парахлорфенилаланин привели к однозначному выводу об ингибирующей роли серотониновых механизмов мозга на мужское половое поведение. Ряд авторов полагают, что влияние серотонина головного мозга на половое поведение самцов тесно связано с состоянием семенников.

При опытах с использованием двух групп животных - половозрелых интактных и кастрированных самцов - которым вводили парахлорфенилаланин, авторы обнаружили, что у интактных самцов признаки полового возбуждения наблюдались почти в 30% случаев, в то время как ни у одного представителя другой группы ни в одном случае признаков полового возбуждения не отмечалось.

Введение интактным животным одного тестостерона вызывало активацию полового поведения у меньшего числа животных, чем введение парахлорфенилаланина. В то время как у крыс, получавших тестостерон в комбинации с парахлорфенилаланином, появлялись признаки гиперсексуальности, даже у кастрированных самцов половая активность отмечалась в значительно большем проценте случаев, чем у интактных крыс, получавших один тестостерон. Внутривидовое введение интактным или кастрированным самцам, получавшим парахлорфенилаланин и тестостерон, 15 мг 5-окситриптофана полностью блокировало на 2-3 ч. половую активность. Из этого можно сделать вывод, что половое поведение, активируемое у самцов крыс тестостероном, угнетается серотонином на уровне головного мозга; для проявления полового поведения недостаточно одного падения уровня серотонина (или тонуса серотонинергических нейронов). Для этого обязательно наличие тестостерона. Эти данные получили свое подтверждение в работах других исследователей. Имеются предположения, основанные на экспериментах, позволяющие делать выводы о том, что в головном мозгу серотонин ингибирует структуры, чувствительные к тестостерону и связанные с активацией мужского типа поведения. Нельзя также исключить той возможности, что у самцов тестостерон оказывает угнетающее воздействие на серотонинергические механизмы. Сексуальную активность кастрированных самцов крыс поддерживали на субмаксимальном уровне небольшими дозами тестостерона, введение таким животным парахлорфенилаланина резко усиливало половое поведение; процент садок повысился с 49 до 90% (Malmnas C.O., Meyerson B.J., 1971; Malmnas C.O., 1974).

На сегодняшний день можно считать установленным, что в агрессивности самцов большую роль играет функциональная активность мужских половых желез (Fredericson E., 1950; Levy J.V., King J.A., 1953; Edwards D.A., 1969; Никулина Э.М., 1976), которая в агрессивности хищника особой роли не играет. Сексуальную агрессию можно считать одной из форм внутривидовой агрессивности. Имеются немногочисленные данные об участии серотонина в механизмах реализации внутривидовой агрессии. Прежде всего показано различное содержание серотонина в стволе мозга у мышей различных линий, отличающихся по агрессивности согласно теста внутривидовой агрессии самцов (Maas,

1962), причем более высокое содержание у неагрессивных животных отмечено и в опытах с направленной селекцией на агрессивность и на неагрессивность (Langerspetz K.M., Langerspetz K.Y., 1974). Блокада синтеза серотонина парахлорфенилаланином значительно усиливала внутривидовую агрессивность у котів (Ferguson J. et al., 1970; Mc Donnell M.F. et al., 1971). К заключению о зависимости агрессивности самцов от баланса между серотином мозга и дофамином привели опыты на мышах, инфицированных вирусом Herpes vulgaris (Lycke E. et al., 1969). Данный вирус вызывал у мышей энцефалит, приводящий к понижению синтеза серотонина и повышению синтеза дофамина. Инфицированные мыши после введения им H69/17 проявляли отчетливо повышенную агрессию, чего не происходило у обычных мышей. Можно предполагать, что в реализации аномального агрессивного поведения играет роль не столько абсолютное снижение серотонина как ингибирующего данное поведение фактора, сколько баланс между катехол- и индоламинами системами.

Импульсная активность нейронов миндалины резко уменьшается после парентерального введения 5 окситриптофана. Имеются данные, указывающие на различное содержание серотонина в мозге мышей различных линий, которые отличают по степени внутривидовой агрессии самцов. Причем более высокое содержание серотонина отмечалось у неагрессивных самцов. Блокада синтеза серотонина парахлорфенилаланином заметно усиливала внутривидовую агрессию у котів, а введение в вентромедиальный гипоталамус серотонина снижало агрессивность у кошек. Снижение на 50% уровня серотонина, происходившее после разрушения ядер шва, приводило к тому, что агрессивность самцов увеличивалась почти вдвое. В 1976г. Asberg et al. было обнаружено, что у депрессивных больных со сниженной экскрецией ГИУК (основного метаболита серотонина) достоверно было увеличено как число суицидов (аутоагрессия), так и количество актов агрессии, направленной вовне. Итак, серотонин представляет собой фактор (нейромедитор), достоверно снижающий агрессивность (Попова Н.К., Науменко Е.В., Колпаков В.Г., 1978). Ранняя функция серотонинергических нейронов не связана с синаптической передачей. Предполагается, что они регулируют пролиферацию нейронных предшественников и их миграцию. Возможно, серотонинергические волокна, подходящие к клеткам-мишеням, играют по отношению к ним роль дифференцировочного сигнала. Дифференцировка гранулярных клеток в некоторых отделах мозга (мозжечок и гиппокамп) начинается после появления в этих зонах серотонинергических терминалей (Baker P.C., Quay W.B., 1969; Buznikov G.A. et al., 1970; Wallace J.A., 1982). Любое патогенное воздействие в раннем онтогенезе может легко нарушить нормальную функцию серотонинергической системы и тем самым вызвать нарушение созревания других нейромедиаторных систем и структур мозга, что в конечном счете приведет к их дисфункции и к ухудшению общей интрацентральной интеграции, без которой нормальное функционирование головного мозга невозможно (.Раевский В.В., 1991).

Исследование нейрoхимических основ патологического поведения способствует раскрытию не только содержательной его стороны, но в значительной степени - и клинического его своеобразия, например, того стереотипного характера, который является одним из фундаментальных механизмов становления парафилий.

В последние годы экспериментальное подтверждение получило положение о жесткой зависимости реализации врожденного поведения или выработанных при жизни способов действий от уровня активности медиаторных систем. Так, J.Fink, G. Smith (1980) показали, что для того, чтобы врожденное или условно-рефлекторное поведение осуществилось, требуется некоторый минимальный уровень активности медиаторных систем мозга, при снижении активности дофаминергической системы ниже критического уровня животное

вообще не способно к какому-либо мотивированному поведению. Были предприняты попытки изучения механизмов действия и влияния медиаторных систем и веществ, в них участвующих, на поведение в целом. Например, фенамин, введенный животным в больших дозах, вызывает монотонные реакции (принюхивание, насильственный груминг и т.д.) и резко снижает активность на внешние сигналы. У человека при приеме фенамина в дозе 10 мг/кг тоже могут возникать стереотипии мелкие движения головы, конечностей (Ильющенок Р.Ю., 1972). В результате опытов были сделаны следующие выводы: активирование дофаминергических структур, так же как и ингибирование, приводит к расстройству функции обобщения и абстрагирования у интактных кошек. Избыток, равно как и недостаток, нейромедиатора дофамина в ЦНС одинаково неблагоприятен для протекания высших психических процессов. Переход за физиологические пределы дофаминергической передачи неминуемо грозит поражением функции обобщения. В дальнейшем, после исследования холинергической системы было выяснено, что ингибирование холинреактивных структур центральными холинолитиками (атропином или скополамином) не сказалось существенным образом ни на протекании условно-рефлекторной деятельности, ни на решении задач, на обобщение, отвлечение разной степени сложности (Мухин Е.И., 1990).

После многочисленных опытов с медиаторными системами ученые пришли к выводу о том, что непосредственное участие в обеспечении интеллектуальных операций принимает в основном дофаминергическая система. Также были предприняты попытки изучения как участия нейромедиаторных систем в образовании простых условных рефлексов, так их участие в более сложной интеллектуальной деятельности. Можно говорить о том, что, с одной стороны, есть механизм образования стереотипий или стереотипного поведения, который основан на механизме образования условных рефлексов, с другой стороны есть механизм образования новых ассоциативных связей. Эти два механизма находятся в антагонизме по отношению друг к другу. Механизм образования новых ассоциаций приводит к выделению новых значимых признаков и лежит в основе абстрагирования, "абстрактного мышления" и творчества, в то время как механизм образования стереотипий стремится к упорядочиванию уже известных признаков и связей между ними. Учитывая полученные данные по участию медиаторных систем в обучении, можно предположить, что в механизме создания стереотипий участвуют все три медиаторные системы, а в механизме создания "нового" будет участвовать преимущественно дофаминергическая система и соответственно, при ее нарушении будет больше возможностей образования стереотипий и стереотипного поведения. Возможно, что нарушение взаимодействия систем, их дисбаланс, возникающий при поломках какой-либо одной системы и выражающийся в дезадаптации, это и есть проявление несовершенства нейрохимических механизмов.

В целом полученные данные о патофизиологических основах расстройств сексуального поведения позволяют подойти к формулировке целостных патогенетических концепций парафилий, в том числе их агрессивных вариантов. Так, Flor-Henry (1989) считает, что дофамин- и серотонинергическая системы имеют билатеральные проекции к лимбико-кортикальным структурам (гиппокамп, миндалина, септум и фронтальный неокортекс) и именно эта билатеральность обуславливает воздействие межполушарной асимметрии на регуляцию сексуального поведения.

Нейротрансмиттерные системы находятся в антагонистических взаимоотношениях и организованы билатерально асимметрично.

Наиболее очевидные результаты биохимического исследования крови у испытуемых с парафилиями обнаруживаются у испытуемых с различной степенью агрессивности.

Условность трактовки агрессивности не помешала выявить ряд интересных закономерностей. В частности, уровень ДОФА и конъюгированных форм ДА в крови у лиц без парафилий был значительно ниже, чем у больных с парафилиями практически независимо от типа парафилии и направленности агрессивных проявлений (табл.7.10).

**Таблица 7.10**

**Содержание свободных и конъюгированных форм КА, а также ДОФА и ДОФУК в крови испытуемых с парафилиями**

Группы (агрессия)	Группа 0	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Контрольная группа
НА свобод.	0.51±0.25	0.54±0.31	0.30±0.09	0.39±0.20	0.33±0.03
НА конъюг.	0.91±0.45	1.19±0.25	1.33±0.47	0.91±0.38	0.96±0.21
А свобод.	0.12±0.15	0.066±0.054	0.077±0.056	0.085±0.088	0.11±0.02
А конъюг.	0.76±0.76	0.48±0.51	0.15±0.07	0.53±0.46	0.30±0.11
ДА свобод.	0.080±0.080	0.081±0.062	0.18±0.22	0.12±0.08	0.03±0.01
ДА конъюг.	0.51± 0.37+	1.33± 0.69\$\$	1.20±0.52	0.82±0.57	1.25±0.3
ДОФА	0.91± 0.34*	1.05±0.34	0.92±0.39	1.36±0.77	0.89±0.09
ДОФУК	0.92±0.34	1.10±0.38	1.14±0.46	1.16±0.27	0.99±0.27

\*-  $p < 0.05$  по сравнению с группой 1 и группой 3

+ -  $p < 0.05$  по сравнению с группой 2

\$\$ -  $p < 0.01$  по сравнению с группой 0

Поскольку содержание НА и моноаминовых молекул в последующих стадиях метаболизма КА не отличалось в описываемых группах, с достаточной степенью уверенности можно утверждать, что у лиц с нарушениями полового влечения по типу эксгибиционизма, педофилии, садизма синтез катехоламинов значительно усилен по сравнению с лицами без признаков наличия парафилий. Весьма примечательно, что у данных групп отмечаются сходные паттерны экскреции (с описанными для крови) катехоламиновых молекул (табл.7.11).

Так, экскреция свободных форм НА, конъюгированных молекул НА, А, ДА у больных с парафилиями в ряде случаев значительно превышает показатели у испытуемых без парафилий (рис.7.4). Итак, принципиальная схожесть периферических показателей крови и мочи в моделях парафильного агрессивного поведения позволяет сделать вывод о значительном ускорении метаболизма катехоламиновых медиаторов у лиц с проявлениями истинных парафильных тенденций.

По нашему мнению, обнаруженная тенденция усиления метаболизма КА с увеличением в первую очередь синтеза катехоламинов у больных с парафилиями на фоне кругооборота КА у лиц без признаков нарушения полового влечения, имеет неспецифический характер по отношению к этиологии и патогенезу различных форм парафилий. В некоторых случаях обнаруженные особенности могут отражать наследуемые качества катехоламиновых структур, необходимые для фенотипического проявления

поведенческих ассоциатов парафильных расстройств. Для обоснованного утверждения о более интимном участии моноаминовых систем в формировании и развитии нарушений полового влечения необходимы дальнейшие клинико-биохимические исследования.

**Таблица 7.11**

**Экскреция свободных и конъюгированных форм катехоламинов, свободных форм ДОФА и ДОФУК при парафилиях**

Группы (агрессия)	Группа 0	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Контрольная группа
НА свобод.	13.0±7.3 ***	18.0±12.3	10.0±3.6	28.0±15.2	37.7±4.5
НА конъюг.	18.0± 10.6**	41.0± 30.9++	16.0±8.9	39.0±24.3	46.8±6.3
А свобод.	2.0±1.8	2.0±0.6	1.0±0.3	4.0±2.7	3.54±0.6
А конъюг.	1.0± 1.0***	7.0± 9.4+	1.0±0.7	6.0±4.5	3.22±1.0
ДА свобод.	137.0±67.2	142.0±67.7	176.0±129.1	178.0±105.3	201.5±18.8
ДА конъюг.	197.0± 127.6*	401.0± 250.1++	153.0±68.5	315.0±172.9	274.3±36.9
ДОФА	63.0± 57.5	78.0±51.8	97.0±50.0	219.0±267.0	47.6±7.1
ДОФУК	466.0±267.3	334.0±207.3	304.0±238.0	502.0±257.2	399.5±39.2

\*- по сравнению с группой 3 (один символ -  $p<0.05$ , два -  $p<0.01$ , три -  $p<0.001$ )

+ -по сравнению с группой 0

**Рис.7.4.**

Таким образом, мы обнаружили факт существования взаимосвязи между общей активностью катехоламиновых систем на периферии и клиническими проявлениями парафилий. Не исключено, что полученные данные свидетельствуют в пользу двуединой модели парафильного поведения, в рамках которой условия, определяющие его формирование, могут включать как специфические для парафилий этиопатогенетические звенья, приводящие к аномальному поведению в отсутствие иных психических расстройств, так и неспецифические, в том числе и психопатологические факторы. На наш взгляд, именно соотношение "специфического" и "неспецифического" во многом определяется индивидуальными особенностями организации катехоламиновых систем, и указывает на патогенетическое значение нарушений нейрохимических процессов в формировании и развитии аномального сексуального поведения.

Проведенный комплекс нейрохимических исследований показал, что у больных парафилиями обнаруживается целый комплекс нарушений катехоламинергической и индоламинергической нейромедиации, особое место в котором занимают нарушения процессов сульфоконъюгирования катехоламинов и обратного захвата моноаминов. В то же время полученные результаты выявляют чрезвычайную гетерогенность организации нейромедиаторных процессов у данного контингента больных и ставят под сомнение принципиальную возможность проведения индивидуальной патогенетически

обоснованной фармакотерапии больных, ориентируясь лишь на диагноз: Парафилия. Несомненно единственно правильными будут подходы к попытке купирования отдельных психопатологических синдромов в рамках парафилий и создание новых схем фармакологического воздействия на конкретные звенья метаболизма моноаминовых нейромедиаторов у каждого пациента, исходя из результатов исследования состояния основных механизмов, определяющих функциональную активность нейромедиаторных моноаминовых систем организма.

**Аномальное сексуальное поведение (Под ред. А. А. Ткаченко, М., 1997)**

## **ГЛАВА 8**

### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПАРАФИЛИЙ**

#### **8.1 Дизонтогенетические предпосылки**

##### **8.1.1 Дизонтогенетические психопатологические состояния и искажения половой идентичности**

Факт преимущественного значения органической патологии в формировании парафилий в свете проведенных исследований является почти бесспорным. При этом явная тенденция сдвига спектра органических поражений в сторону более ранних, чаще всего пренатальных, периодов онтогенеза в сочетании с нарушениями идентификации, полоролевого поведения свидетельствует о том, что в первую очередь затрагиваются те мозговые механизмы, которые связаны с половой дифференциацией мозга. Об этом свидетельствуют полученные данные нейрофизиологического и нейрохимического исследований, которые указывают на возможность пренатального нарушения тех мозговых систем, которые определяют основу базовой идентичности, следствием чего может являться ретардация психосексуального развития с феминизацией.

При этом не случайной является обнаруженная взаимосвязь между нарушениями психосексуального становления и целым рядом predispositional психопатологических состояний, в частности, парааутистических. Общей закономерностью клинических признаков аутистических состояний являются неравномерность и асинхрония развития психики и личности как в целом, так и в пределах отдельных сторон и функций (Каган В.Е., 1981). Это положение сохраняет силу и в отношении лиц с аномальным сексуальным поведением, что подтверждается полученными данными о преобладании у них дисгармоний сексуального развития.

У детей с аутизмом описаны особенности половой идентификации (Каган В.Е., 1981): первые вопросы о различии полов, происхождении детей отчетливо запаздывают, идентификационное предпочтение игр выражено слабо. Практически полностью отсутствуют игры в "доктора", "папу и маму". Вместе с тем уже в дошкольном возрасте могут иметь место манипуляторная мастурбация, условно сексуальные проявления, "оргастические ритуалы". Иногда при грубоорганических картинах это носит характер сексуального интереса к людям при отсутствии общения как такового. Подростковая мастурбация окрашена сексуальными -преимущественно вербальными - фантазиями.

. У лиц с аномальным сексуальным поведением, как показано в главе 3, наблюдается более сложная картина. Сравнение затрудняется, во-первых, из-за меньшей выраженности расстройств, во-вторых, из-за того, что получение информации о раннем детстве у взрослых людей не всегда возможно по разным причинам. Однако можно говорить об



определенных отличиях. При расстройствах половой идентичности более выражен "уклон" в фемининную сторону, выражена задержка как сомато-, так и психосексуального развития, фантазирование носит преимущественно визуальный характер, что, очевидно, обусловлено поражением правого полушария.

По данным психологических исследований, представленным в гл.4, полоролевая идентичность лиц с парафилиями отличается прежде всего сдвигом к фемининному полюсу, с нарастанием разрыва между "Я-идеальным" и мужскими нормативами. Взаимосвязаны друг с другом текучесть, трансформированность "Я" и большая зависимость от окружающих и внутреннего состояния.

По всей видимости, расстройства половой идентичности, описанные в главе 3, не исчерпывают всех возможных вариантов расстройств идентичности вообще, в которые трансформируются аутистические образования. Имеются данные, что фемининная полоролевая структура часто встречается у больных алкоголизмом, описаны изменения комплекса "маскулинность/фемининность" у больных истерическими неврозами (Кочарян А.С.,1996).

В этой связи понятным становится и формирование сверхценности, этологическим аналогом которого является поведение "запасания-собирания". В норме оно больше выражено у женщин и стимулирует аналогичное у мужчин (Самохвалов В.П.,1993). Не останавливаясь на том, какой круг поведенческих феноменов человека основан на данном виде поведения (похоже, что довольно широкий), отметим особенности его проявления у лиц с парафилиями. Возможно, что увлечение порнографией, как и промискуитетное поведение ("коллекционирование" сексуальных партнеров), родственны не только по содержанию, но и по форме. Часто такое поведение наблюдается в рамках гиперролевого и, по-видимому, в основе его лежат механизмы компенсации расстройства половой идентичности, в частности, трансформации половой роли.

В.Е.Каган (1981) считал, что у детей с аутизмом отмечается стирание границ между играми и увлечениями ("зачарованность" играми). Возможно, оно обусловлено изменением состояния сознания и эмоциональной охваченностью, внешне проявляющейся только при попытке прервать паттерн поведения. У лиц с парафилиями подобные механизмы, очевидно, сохранены.

Явное предпочтение контактов с животными, независимо от знака эмоционального отношения и характера действий, предстает как этап онтогенетического развития и смены объекта возможной коммуникации (идентификации?) - от неодушевленных предметов при аутизме до живого - но не человека. В случаях раннего пробуждения либидо это предпочтение приобретает форму зоофильных актов .

По мнению многих авторов, на первых этапах фантазирование является формой психологической защиты. Фантазирование описывается как процесс, замещающий агрессивное поведение на первых этапах его формирования (Prentky R.A.,1989) и освобождающий от эмоций раздражительности и гнева. Фантазии, согласно Н. Nunberg (1965), возникают там, где реальное удовлетворение отсутствует, потребность сама себе приносит удовлетворение в виде фантазий. То есть, если потребность не удовлетворяется реальным ощущением, индивид воспроизводит эти ощущения в воображении. По мнению В.А.Гурьевой (1961), патологическое фантазирование появляется при наличии определенных особенностей структуры личности, проявляющихся в незрелости психики, подвижной эмоциональности, слабости волевых функций.

Свидетельствуя о незрелости психики, синдром фантазирования одновременно сам становится препятствием на пути гармоничного развития психосексуальной ориентации, блокируя на всех его ступенях переход фазы формирования установки в реализацию полового влечения.

Так, при становлении гомосексуальной ориентации одним из характерных признаков дезактуализации гетеросексуальных образов было появление диссоциации с ситуацией: пациенты видели себя как бы со стороны в сексуальных сценах с женщинами, в то время как в гомоэротических представлениях они занимали позицию участников. Аналогичная фаза "отстраненности" (то есть позиции "зрителя") была описана при патологическом фантазировании в рамках синдрома нарушенных влечений в периоде пубертатного криза (Морозова И.Г., 1992). В целом у лиц с парафилиями в начале фантазий преобладала позиция "участника", смена же позиции на "наблюдателя" происходила на поздних этапах, чаще после их реализации. Феномен, очевидно, аналогичен "отстранению от действия" и относится к группе диссоциативных.

Патологическое фантазирование с аутохтонностью, насильственностью, неодолимостью наплыва зрительных образов в некоторых случаях сопровождалось отрешенностью от окружающего, с галлюцинаторной ориентировкой и с соответствующим ей поведением. По сути, наблюдались своеобразные трансовые состояния, возникающие по механизму самоиндукции.

Если при аутизме, как отмечает В.Е.Каган (1981), подростковая мастурбация окрашена сексуальными - преимущественно вербальными - фантазиями, то при парафилиях фантазирование носит преимущественно визуальный характер. Можно предполагать, что в нейрофизиологическом аспекте эта разница обусловлена гиперактивацией правого полушария, характерной для парафилий.

В дальнейшем развитии патологическое фантазирование в соответствии с изменением соотношения временных периодов сознания (прошлого, настоящего, будущего) распадается на феномены перцепторного предвосхищения и воспоминания или на фоне постоянных выраженных флюктуаций сознания стирается ощущение различий между явлениями психической реальности и физической жизни.

#### 8.1.2 Факторы патобиологической predisпозиции

Нарушения невербальной коммуникации, выявленные у детей с аутизмом, позволили В.Е.Кагану (1981) считать одним из ведущих патогенетических звеньев в генезе аутизма гипоактивацию правого полушария. Имеются данные о том, что "смешанная рукость" связана с низкими показателями физического развития и аутизмом у детей (Tsai L., 1983). *Нейрофизиологические и нейропсихологические* исследования группы лиц с аномальным сексуальным поведением без расстройств влечений показали, что у них нельзя выделить преобладания активации или дефицита функций какой-либо латерализации, в то время как результаты изучения лиц с парафилиями указывают на гиперактивацию у них правого полушария в сочетании с дефицитностью его функций, что подтверждает и анализ феноменологии парафилий. Так может быть лишь в том случае, когда активируется уже дефектное полушарие.

В этом же ряду находится и факт более частой встречаемости леворуких среди лиц с нарушением сексуальной ориентации, а также вообще среди пациентов с аддиктивными формами поведения, что лишний раз подчеркивает значение нарушений межполушарного баланса. Известно, что левшество и смешанный профиль асимметрии, выступающие в

роли суборганических дизонтогенетических условий, предопределяют дизонтогенез психический.

В рамках концепции функциональной асимметрии мозга было предложено определение самосознания как "отображения правого полушария левым" (Методологические аспекты науки о мозге, 1983). С.G.Jung (1924) описывал две структуры "Я": "Я"-архетип, представляющий стремление человека к целостности и единству, и находящий свое выражение в различных символах, и "Я" - множество персонификаций, комплекс представлений личности о себе. В этом определении выделение "Я"-архетипа в определенной мере предвосхитило понимание особенности функционирования правого полушария - целостное восприятие себя и мира, характерное для подсознания ("родовое" полушарие - В.А.Геодакян, 1993).

Т.Л.Бессонова (1986) выделяет структурные компоненты "Я" концепции: "Я" реальное, "Я" идеальное и "Я" рефлексивное. Реальное "Я" основано на восприятии себя, памяти о себе и поэтому в рамках концепции функциональной асимметрии мозга представляется более очевидной его связь с правым полушарием. Идеальное "Я" отражает статус намерения, целеполагания, то есть функции левого полушария. Понятие рефлексивного "Я" является как бы результирующей взаимодействия первых двух и, по-видимому, должно основываться на взаимодействии полушарий.

Роль функциональной асимметрии мозга в генезе расстройств половой идентичности подтверждается полученными при нейропсихологическом исследовании данными о корреляции между их выраженностью и степенью нарушения межполушарного взаимодействия. Существует также предположение, что правое полушарие - источник образов инфантильной и трансформированной сексуальности (Иванов В.В. ,1992).

Описанный В.Е.Каганом (1991) потенциально кризисный этап половой идентификации у мальчиков на 5-6 году жизни, когда негативизация эмоционального образа "Я" совпадает с негативизацией образа своего пола, с учетом того, что идеальные образы (предположительно связанные с деятельностью левого полушария) играют ведущую роль в обучении (передаче информации о должном и желательном), а реальные (предположительно зависящие от функционирования правого) - в научении (выработке практических установок поведения и отношений), вследствие их несовпадения, увеличивает вероятность развития у мальчиков когнитивного диссонанса (искажения рефлексивного "Я", отражающего взаимодействие полушарий).

При изучении *индоламинового* обмена у лиц с расстройствами половой идентичности выявляется дисбаланс с разнонаправленностью тенденций. Поскольку обмен серотонина обеспечивает синхронность работы систем мозга и формирование поведенческих и эмоциональных проявлений, в частности, пищевого, полового и исследовательского поведения, вероятность изменения именно этих форм возрастает. Есть данные (Годфруа Ж., 1992) о том, что при аутистических состояниях содержание серотонина в головном мозге повышено. Во всяком случае, можно говорить о важной роли этого вида обмена для возникновения аномального сексуального поведения.

*Обмен катехоламинов* у лиц с расстройствами половой идентичности активирован, причем степень этой активации пропорциональна выраженности этих расстройств. Поскольку катехоламины имеют прямое отношение к регуляции половой дифференцировки мозга, переключению развития с фемининного на маскулиный путь, синтезу половых гормонов, т. е. становлению сексуальности в общем, выявляемая активация представляется компенсаторной.

Предполагаемая взаимосвязь между уровнем обмена катехоламинов и клинической картиной (снижение при расстройствах поведения и увеличение при депрессиях, тревоге и т.п. - т.е. при субъективных переживаниях) может расцениваться как вероятный механизм саморегуляции, когда осуществление аномального сексуального поведенческого акта способно нормализовать самочувствие. Наличие подобных изменений катехоламинов при патологическом пристрастии к азартным карточным играм и пиромании, которые относятся к видам аддикции, заставляют задуматься об их общих механизмах.

### 8.1.3 Нарушения самосознания

В.Е.Каган (1981) отмечает, что для детей с аутизмом "глубокое восприятие другого человека как не только объекта, но и субъекта, практически недоступно. С другой стороны, уже воспринимая себя как субъект, они испытывают затруднения в осознании себя и как объекта, в соотношении своей субъектности и объектности".

Аналогичные взаимосвязи между сознанием и самосознанием выявляются и при парафилиях, что свидетельствует, во-первых, о сохранении таких механизмов в онтогенезе по крайней мере в сексуальной сфере, во-вторых, о расстройствах самосознания вообще у подобных лиц, прежде всего связанных с задержкой и асинхронией развития.

Анализ динамики самосознания, проведенный M.Rosenberg (1965), позволил ему выделить несколько уровней его развития:

- 1) степень когнитивной сложности и дифференцированности образа "Я" - отражает характер связи осознаваемых качеств с аффективным отношением к ним;
- 2) степень отчетливости образа "Я" - отражает значимость его для индивида;
- 3) степень внутренней цельности, последовательности - отражает несовпадение реального и идеального "Я", противоречивость или несовместимость отдельных его качеств;
- 4) степень стабильности "Я" во времени.

Е.Т.Соколова (1989), анализируя современные взгляды исследователей на самосознание, выделяет три основных аспекта его структуры: когнитивный, аффективный и поведенческий.

По сути, первый уровень отражает взаимоотношение между когнитивным и аффективным компонентами самосознания. И.С.Кон (1978), обсуждая концепцию когнитивного диссонанса как механизма поддержания целостности "Я" (Festinger L.,1957), характеризует его как согласование между установками и представлениями личности, которое может осуществляться несколькими путями:

- а) когнитивным - добавление новых элементов, согласующихся с уже имеющимся знанием (в нейролингвистическом программировании - один из механизмов образования нечетких функций). Здесь представляется целесообразным добавить - и игнорирование элементов, противоречащих ему (перцептивная защита - один из механизмов -"сортировка по модальностям");
- б) уменьшение психологической значимости элементов, создающих диссонанс. Одним из наиболее вероятных механизмов этого представляется уменьшение отчетливости образа

"Я" (второй уровень, по Rosenberg М.), что может осуществляться через снижение аффективной его насыщенности.

Иными словами, эмоциональное отношение к себе смещается в сторону безразличия и самооценка перестает выполнять функцию регулятора поведения. И.В.Литвиненко (1989) показала на примере психопатических личностей, что подобное явление приводит к повышению роли неосознаваемой регуляции поведения и повторению однотипных ситуаций без извлечения познавательного опыта (стереотипное поведение). В.С.Мерлин (1970) также отмечал, что одно из условий неосознаваемости человеком некоторых своих качеств - незначимость их для него. Снижение эмоционального отношения к себе неизбежно сопряжено с общим изменением эмоциональной сферы личности и включением других механизмов эмоциональной саморегуляции, и одним из самых вероятных представляется аддиктивное поведение (Короленко Ц.П., 1991).

При недостаточности механизмов когнитивно-аффективного диссонанса нарушается третий уровень развития самосознания - его цельность, что может проявляться в виде:

- а) рассогласованности вербального и невербального поведения (в концепции нейролингвистического программирования - симультанная инконгруэнтность);
- б) внутреннего диалога "Я" и "не Я" (Соколова Е.Т., 1989);
- в) расщепления "Я" (секвенциальная инконгруэнтность).

Нарушения четвертого уровня развития, по М.Рosenberg, - стабильности образа "Я" во времени -представляются возможными в двух вариантах: замедления развития самосознания в онтогенезе и/или асинхронности.

Данные психологического исследования лиц с парафилиями говорят также о трансформированности, текучести "Я". Это позволяет предполагать, что пубертатные изменения физического "Я", феноменологически проявлявшиеся в описываемых расстройствах, не компенсируются, а, утрачивая опредмеченность, уходят из сферы сознания, образуя своеобразные "комплексы", регулирующие поведение (к примеру, кросс-дрессинг) на подсознательном уровне.

Одним из наиболее ярких в этом смысле является нарушение телесного "Я", клинически проявляющееся в дисморфофобии. Начиная с работ Э.Гуссерля и К.Ясперса, при анализе любых телесных нарушений (Leibstorungen) наряду с традиционно выделяемыми расстройствами "чувствования", т.е. симптомами, отражающими патологические изменения термических, гаптических, кинестетических и висцеральных ощущений, принято рассматривать и проявления, связанные с осознанием некоего целостного "образа тела" или "телесного Я". Такое осознание, однако, становится возможным только тогда, когда собственное тело воспринимается в качестве объекта - носителя субъективно испытываемых ощущений. Объективное, по Ясперсу, восприятие собственного тела предполагает дистанцирование от своего "телесного Я", что сопряжено с определенным оценочным отношением к телу как объекту. На психологическом уровне речь идет о стабильном, фиксированном содержании представлений индивида о своем "телесном Я". И на психопатологическом уровне отношение к собственному "телесному Я" сохраняет содержательный характер и выступает вне связи с какими-либо конкретными феноменологическими структурами. Как указывает Ясперс, такого рода "содержательные" психопатологические образования остаются в пределах психологически понятных

("содержательно понятных") расстройств, проявляющихся в форме ипохондрии, нарциссизма и др.

Естественно поэтому, что нарушение логики развития отношений с несформированностью представлений о себе как объекте неизбежно проявляется в расстройствах телесного "Я".

В структуре самосознания возможно различение двух компонентов - образа физического "Я" как когнитивного образования и эмоционально-ценностного отношения (самооценки) как образования аффективного. "Я-концепция", обозначающая "совокупность всех представлений о себе", включает в себя описательную составляющую (образ "Я"), совокупность частных самооценок (принятие себя) и поведенческие реакции (поведенческую составляющую), вызванные образом "Я" и самоотношением. Эти три структурные компонента самосознания - когнитивный, аффективный и поведенческий - имеют относительно независимую логику развития, однако в своем реальном функционировании обнаруживают взаимосвязь. В свете этого весь спектр расстройств, связанных с девиантным отношением к своему телу - от дисморфоманических расстройств до неприятия пола у транссексуалов - можно рассматривать как следствие измененного образа физического "Я" и эмоционально-ценностного отношения (Соколова Е.Т., 1989).

Наиболее распространенным взглядом на образ тела в настоящее время является его рассмотрение как сложного комплексного единства восприятий, установок, оценок, представлений, связанных и с телесной внешностью, и с функциями тела (Шонц Р., 1981).

Одновременно формирование образа тела представляет собой важный этап индивидуального психического развития, поскольку именно через познание своего тела осуществляется телесная самоидентичность как неотъемлемая часть общей психической самоидентичности. Роль же образа тела в формировании половой идентичности вообще трудно переоценить, поскольку формирование образа тела неразрывно связано с процессом половой идентификации и является одной из основных его конструкт (Каган В.Е., 1991).

Нарушение именно этого психофизиологического основания полового самосознания и половой идентификации определяет базовые расстройства при транссексуализме. Если в других случаях психопатологические феномены могут являться элементами более обширной клинической картины, то при транссексуализме этот симптом становится главенствующим, определяя почти целиком клиническую картину. В более широком смысле это же понятие используется в DSM-III-R как "синдром отвержения пола".

Вместе с тем данные расстройства не являются исключительной прерогативой транссексуализма, а встречаются и при других нарушениях половой идентичности и инверсии сексуального влечения. Однако по мере удаления от транссексуализма как крайнего проявления инвертированного полового самосознания и эти феномены претерпевают все большее видоизменение, определяя формирование иных синдромокомплексов. Так, L. Silberstein et al. (1989) обнаружили, что гомосексуалы менее удовлетворены своим телом, чем гетеросексуалы, особенно верхней его частью, вследствие несоответствия идеалу маскулинности. В то же время оценка реальной, идеальной и по степени привлекательности для партнера фигуры у них была выше, чем у гетеросексуалов, и разница между этими видами оценки у них была меньше (Herzog D. et al., 1991). Это может говорить о том, что у гомосексуалов, очевидно, при восприятии физического "Я" действуют механизмы психологической защиты. Идеал внешних

признаков маскулинности можно интерпретировать как следствие слабой дифференцировки физического образа "Я", когда воспринимаются только поверхностные, в буквальном смысле слова бросающиеся в глаза (визуальные), характеристики без глубины психологического понимания.

Наличие у лиц с парафилиями признаков нарушения половой идентичности с отклонениями полоролевого поведения, а также чисто феноменологическое сходство в целом ряде наблюдений клинических проявлений позволяют причислить наблюдаемые у них дисморфоманические переживания к явлениям одного порядка с синдромом отвержения пола и рассматривать их как результат особого изменения структуры "Я" вследствие определенных сдвигов полового самосознания.

Само содержание образа физического "Я", качества, его составляющие, его формально-структурные характеристики определяют как частные самооценки, так и глобальное отношение к себе в виде самопрятия или самоотвержения. Ценность же и субъективная значимость качеств и их отражение в образе "Я" и самооценке могут маскироваться действием защитных механизмов. Показано, например, что у транссексуалов и лиц с косметическим дефектом кожи ценность и самооценка своих психических качеств в противовес физическим, телесным оказывается компенсаторно завышенной (Соколова Е.Т., 1989).

Связан с нарушениями телесного облика и симптом зеркала, описанный при пассивной ориентации у гомосексуалов, при нарциссизме сочетающийся с груммингом и аккуратностью, нередко с мизофобией (Самохвалов В.П., 1993). В психоаналитическом аспекте мизофобия, возможно, должна расцениваться как подсознательная зависть к женщинам, что подтверждается попытками сознательно добиться сходства своего тела с женским - либо путем принятия соответствующих поз, либо кросс-дрессингом.

Данный симптом может расцениваться как проявление патологической компенсации не только расстройства физического "Я", но и лицевой эмоциональной агнозии, так как взаимодействие с зеркальным двойником расценивается как важная часть тренировки распознавания лиц и мимики (Grusser O., Selke T., Zinda B., 1995). Другой особенностью клинической картины расстройств половой идентичности является часто наблюдаемое несоответствие между мыслью и сопровождающим ее аффектом, вербальным и невербальным поведением. Этот факт был проанализирован в свое время G. Bateson (1967) при рассмотрении коммуникации больных шизофренией ("двойное принуждение") и позже в рамках нейролингвистического программирования получил название "инконгруэнтности" (Grinder J., Bandler R., 1975). Авторы выделяют инконгруэнтность симультанную (одновременную) и секвенциальную (последовательную). Симультанная инконгруэнтность в их понимании - это не только несоответствие между вербальным и невербальным поведением в рамках какого-то поведенческого акта, но и несовпадение информации коммуникации, получаемой или передаваемой по различным каналам (модальностям - визуальной, аудиальной и кинестетической, включающей в себя телесные ощущения и эмоции). Преимущественное использование какой-либо из этих модальностей для обработки информации индивидом нашло отражение в предложенном ими понятии "репрезентативной системы". L. Cameron-Bandler (1983) пишет, что "когда человек привычно осознает только одну репрезентативную систему, все его страхи и страдания накапливаются в другой...он бессознательно избегает осознания в области этой другой системы для защиты себя. В таких случаях ригидность человека в использовании только одной системы - лучший выбор, какой у него есть". Ограниченность восприятия, очевидно, будет обуславливать и ригидность, т. е. ограниченность набора моделей поведения, необходимого для достижения цели.

Поскольку сексуальное переживание - это прежде всего кинестетическое переживание, малая осознанность таких ощущений может вести к ряду сексуальных проблем. Возможен и другой вариант - когда в опыте доступ к информации осуществляется посредством одной системы, а в сознание она поступает в другой модальности, что также может приводить к внутриспсихическим конфликтам. Секвенциальная инконгруэнтность, в понимании J.Grinder, R.Bandler (1975) - феномен, аналогичный множественным личностям, которые в разные периоды времени или в разных ситуациях проявляют себя в поведении индивида, не вступая в противоречия друг с другом, благодаря чему внутриспсихический конфликт ликвидируется. Иллюстрацией этого понятия может, на наш взгляд, служить история Джекила-Хайда, описанная Р.Стивенсоном, которая дала название соответствующему диссоциативному синдрому, наблюдаемому при парафилиях.

#### 8.1.4 Депривация и коммуникационные нарушения

Описываемая у аутичных детей недостаточная способность определять эмоции окружающих по их мимике, интонации, также как и психологический дискомфорт и непонимание сверстников своего пола у лиц с расстройствами половой идентичности представляются связанными с такими явлениями, как депривация и стресс.

Сенсорная депривация и стресс, очевидно, вследствие прежде всего информационных перегрузок, сопутствуют раннему развитию аутичных детей. Известно, что у животных, обогащенных опытом общения с сородичами, лучше, чем у воспитанных в изоляции, формируется установка на выбор по отличию, лучше затормаживаются прежние реакции.

Эволюционная история всегда гарантирует в естественных условиях специфические, биологически существенные воздействия внешней среды, стимулирующие и направляющие развитие отдельных функций мозга. В мозге, лишенном притока этих воздействий, развитие такой функции либо приостанавливается, либо продолжает самоорганизовываться за счет собственных генетических ресурсов и побочных стимулирующих влияний (Вартанян Г.А., Петров Е.С., 1989). Одной из характерных ситуаций, моделирующих дефицит внешних воздействий, является изоляция. Именно социальная изоляция оказывает наиболее заметное влияние на формирование функциональных свойств эмоциогенных структур мозга.

Депривация в раннем возрасте у собак приводит к аномальному восприятию зрительных, слуховых, обонятельных и болевых стимулов, трудностям в торможении неадекватных реакций (Melzak R., 1968). Отмечается, что изоляция в раннем возрасте сходным образом влияет на поведение животного во взрослом состоянии, это объясняется тем, что:

- 1) внешние стимулы необходимы для развития нормальной организации ЦНС, тогда аномальное поведение - результат недостаточного созревания НС, для которого нужны индуцирующие сенсорные воздействия;
- 2) НС при рождении уже организована, но при депривации претерпевает своего рода дегенерацию.

Имеются наблюдения, что после изоляции, в нормальной обстановке, воздействие неожиданного притока сенсорной информации может само по себе вызывать аномальное поведение.

Стресс, как принято считать, стимулирует новые или утраченные виды поведения в форме замещающей активности. В результате сочетанного воздействия стресса и изоляции в



раннем возрасте тенденция к аномальной активности сочетается с ее стимуляцией, что в конечном счете и приводит к реализации девиантного поведения.

Таким образом, уже в начале развития у лиц с аномальным сексуальным поведением формируются механизмы, проявляющиеся в расстройствах становления сексуальности и участвующие в патогенезе, в частности, парафилий.

Поскольку при аутистических состояниях нарушения коммуникации связаны прежде всего с невербальным поведением, следует остановиться на нем особо. Считается, что у самок преобладают позы, у самцов - жесты (Eibl-Eibesfeldt I., 1985). Описаны изменения соотношения визуальных каналов коммуникации (поза, мимика, жесты) у гомосексуалов (Самохвалов В.П., 1990), особенности поз ног у транссексуалов (Самохвалов В.П., 1993). Выявленные особенности невербального поведения у лиц с расстройствами половой идентичности (см.гл.3) занимают как бы промежуточное положение между двумя этими полюсами с явным внешним впечатлением фемининности. В рамках психоанализа этот феномен может быть объяснен идентификацией с матерью. Учитывая симбиотический характер привязанности аутичных детей к матери, она представляется высоко вероятной. По-видимому, по мере развития мимическая атония, характерная для детей с аутизмом (Каган В.Е., 1981), сменяется, по механизмам имитационного поведения, воспроизведением невербального поведения матери, а отмечаемая у таких пациентов ригидность имитации, очевидно, способствует их фиксации.

Важность имитационного поведения для сексуального поведения следует и из работ N.Tinbergen (1991), который описал "синхронизацию" сигнальных движений и репродуктивно-гормональных реакций, повторение сигналов у животных как этапы (функции) брачного поведения.

Непосредственное наблюдение за невербальной коммуникацией в ситуациях беседы гомо- и гетеросексуальных лиц (Введенский Г.Е., 1994) дало основание сделать вывод о том, что в первые моменты установления контакта у многих гомосексуалов хуже, чем в контрольной группе, осуществлялось "отзеркаливание" невербального поведения собеседника, что является обязательным этапом всякой успешной коммуникации (Cameron-Bandler L., 1985).

Имитационное поведение универсально для животного мира (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П. и др., 1990) и лежит в основе таких психологических феноменов, как идентификация и эмпатия.

Выявленные особенности невербального поведения (состояния визуальных каналов коммуникаций у гомосексуальных лиц в виде снижения точности оценки эмоционального впечатления и возраста собеседника (Кудрявцев И.А., Симоненкова М.Б., Дозорцева Е.Г., 1990) позволяют предположить, что низкая информативность невербальной коммуникации может повлечь за собой по механизму компенсации усиление потребности в других путях получения информации, одним из которых является сексуальное поведение.

Однако известно, что и гетеросексуальные мужчины без признаков аномалий сексуального влечения часто путают язык взглядов, ориентации и жестов у женщин, принимая их за согласие на половую близость (Годфруа Ж, 1992), поэтому логично предполагать, что для механизма аномального сексуального поведения характерно патологическое выраженное рассогласование невербальной коммуникации. Подтверждение этой гипотезы можно усмотреть в часто встречающейся в клинике

парафилий неправильной оценке выражения лица и в целом невербального поведения жертвы.

По мнению В.Е.Кагана (1981), основной феномен при аутистических расстройствах - недостаточность контактов с людьми и отношение к ним как к неодушевленным предметам-носителям определенных свойств или функций - является следствием того, что у мимики и жестикуляции таких детей нет коммуникативной функции. В то же время они склонны наделять игрушки вербально символизированными эмоциями, проявлять "зачарованность" предметами или играми.

Ц.П.Короленко (1991) считает, что в основе аддиктивного поведения лежит "стремление к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, что достигается различными способами (фармакологическими - алкоголизм, нарко- и токсикомании) и нефармакологическими (сосредоточение на определенных предметах или активностях), что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний". К разновидностям аддиктивного поведения он относит и нарушения инстинктивных влечений (сексуального, пищевого). Характерным признаком такого поведения он считает установление эмоциональных связей не с людьми, а с неодушевленными предметами или активностью. Аутистическое поведение он также расценивает как разновидность аддиктивного.

Таким образом, очевидно, у лиц с аномальным сексуальным поведением механизмы аддикции формируются уже в раннем возрасте, само же подобное поведение выступает как способ нормализации внутреннего состояния, возможно, путем известного упорядочивания обмена, в частности, серотонина, и, как следствие, улучшения работы мозга. Достаточно четко это прослеживается на примере парафилий.

### 8.1.5 Механизмы фиксации

#### 8.1.5.1 Импринтинг

Этологические сопоставления могут объяснить некоторые механизмы формирования парафильного поведения, которые не могут быть поняты только в свете стимульно-реактивного ассоцианизма, в том числе условно-рефлекторной теории. Вопреки этому этология показывает, что существует особый "график" для обучения, подразумевающий наличие определенных оптимальных для него критических периодов. До этого периода организм еще слишком незрелый, а после - уже невосприимчивый к некоторым стимулам, тогда как в этот период импринтирование оказывается не только возможным, но и сохраняется на длительное время (Тинберген Н., 1981, 1993).

Если же прибегнуть к более современным нейрофизиологическим представлениям о закреплении той или иной формы поведения, то становится ясно, что поведенческие реакции не станут стереотипизироваться, если при обратной афферентации по завершении поведения не произойдет совпадения полученной информации и прошлого опыта. Контролирующий же степень этого соответствия акцептор действия основывается на очень сильном наследственном безусловном рефлексе и представляет собой существующий до оформления самого рефлекторного акта комплекс возбуждений, который может быть сравним с обратной афферентацией. Если получаемая информация не соответствует этому заготовленному комплексу возбуждений, то желаемая цель не считается достигнутой и возникает необходимость в дальнейшей эфферентной деятельности (Судаков К.В., 1990). Таким образом, сам факт рефлекторного подкрепления не может служить доказательством "неистинности" влечений, поскольку это

подкрепление в принципе невозможно без предварительной готовности к нему индивида. Проблема же в результате смещается в сторону поиска путей возникновения именно такого акцептора действия, в формировании которого, по-видимому, играют роль как наследственно заданные, так и воздействующие в ходе раннего онтогенеза факторы.

Неудовлетворенность традиционными ссылками на условно-рефлекторную теорию при объяснении аномального сексуального поведения привела многих исследователей к рассмотрению иных механизмов его подкрепления. Среди последних особое внимание привлек импринтинг (Money J., 1963; Leonhard K., 1964). Говоря о возможности импринтинга при формировании сексуальных перверсий, А.В. Арутюнян (1984) подразумевал под ним сочетание первых в индивидуальной жизни субъекта проявлений какой-либо физиологической функции с одновременным действием внешнего фактора, приобретающего отныне пусковое значение. Однако основные черты импринтинга определяются как предрасположением индивида к определенному мотивационному научению, так и существованием унаследованной реакции на заучиваемую стимуляцию. Половое импринтирование, ограниченное определенным чувствительным (критическим) периодом предположительно раннего онтогенеза и проявляющееся по достижении половой зрелости, обуславливается единством раннего личного опыта с соответствующим предрасположением, причем процесс обучения лишь ограничивает предсуществующее предпочтение (Хорн Г., 1988), выбирая среди конкурентных раздражителей наиболее приемлемый.

В этологии различают родительский и половой импринтинг. J.Vidal (1976) указывает, что у цыплят чувствительный период для полового импринтинга (с 31 до 45 суток) наступает позднее, чем для сыновнего (до 30 суток). P.Bateson (1979) считает, что половой импринтинг имеет гораздо большее значение для распознавания членов своей семьи, чем для распознавания особей своего вида. Он дает возможность животному ознакомиться и запомнить особенности своих близких родственников, а впоследствии выбрать такого полового партнера, который будет лишь слегка (но не очень сильно) отличаться от его родителей и семейных братьев. Половой импринтинг срабатывает не сразу, а тогда, когда они имеют признаки молодого животного, это обеспечит надежное опознание их облика, когда они станут взрослыми.

По-видимому, асинхронии развития, лежащие в основе парафилий и расстройств половой идентичности приводят, в частности, к искажению и временному сдвигу периодов чувствительности к импринтингу. Совпадение двух форм импринтинга по времени в случае ретардации может привести к фиксации сексуального влечения на членах семьи, в частности, на собственных детях, а в случае преждевременного полового созревания - на родителях, что может обуславливать возникновение инцестуозных связей.

Хотя феномен остается недоказанным у человека, на примерах парафильного поведения можно привести веские доказательства в его пользу. Например, пациенты с трансвестизмом всегда хорошо помнят и описывают первый эпизод переодевания, сопровождавшийся специфическими интенсивными эмоциональными переживаниями (не только сексуальным возбуждением, но и психологическим удовлетворением при трансвестизме двойной роли). В анамнезе некоторых больных с эксгибиционизмом также удалось выявить эпизод, когда они видели акт обнажения другого лица со стороны, который четко зафиксировался в воспоминаниях с двойной эмоциональной окраской - страха и интереса. Можно говорить и об импринтировании, скажем, окружающей обстановки, подобные примеры приводятся ниже, где обсуждается вопрос о территориальном поведении.

Феномен "якорения", когда один достаточно простой стимул (например, прикосновение, вызывает в памяти целый паттерн ощущений и переживаний, имевших место ранее, в момент воздействия этого стимула, используется в психотерапии (тактильные якоря - гештальттерапия, нейролингвистическое программирование; вербальные якоря - психоанализ; мышечные - телесно-ориентированная психотерапия). С.Гроф (1994) называет аналогичное явление "системой конденсированного опыта" (СКО). В этих случаях речь, конечно, не идет об импринтинге в прямом смысле этого термина, однако сходство механизмов отрицать нельзя. По-видимому, некоторые формы фиксированного поведения, в том числе и парафильного, возникают именно по такому механизму.

В психоанализе считается, что осуществление первичной идентификации на оральной стадии происходит путем поглощения, оральной интроекции, инкорпорации. Очевидно, это только один из возможных вариантов идентификации. Обращает на себя внимание его сходство с феноменом импринтинга, для которого характерно: 1) запечатление целостного объекта, в виде гештальта ; 2) бессознательная регуляция поведения.

Данные психологических исследований также позволяют говорить об определенном сужении возможности выбора объекта сексуального влечения при парафилиях, которое заключается в маскулинности его черт. По-видимому, это главное отличие лиц с аномалиями влечения от лиц без таковых - у тех еще сохраняется фемининность объекта.

Характеризуя специфику становления общения у детей с аутизмом, В.Е.Каган (1981) говорит о задержке наступления этапов и парциальности, незавершенности каждого из них при переходе к следующему, однако последовательность, характерная для нормальных детей, сохраняется. Такими этапами (по объекту) являются: аутизм, симбиоз с матерью, взрослые, старшие, младшие и сверстники).

Принимая во внимание коммуникативную сущность сексуального контакта, нетрудно заметить, что выбор объекта сексуального влечения - по различным причинам - может осуществляться на любом из этих этапов: аутоэротический, гомосексуальный, геронтофильный, педофильный. Вследствие незавершенности этапов, очевидно, возможно как бы "осколочное" их сочетание. Самым труднодостижимым объектом, требующим прохождения всех этапов, является нормативный.

Описана также группа бисексуалов - "амбисексуалов" (Masters W., Johnson V., Kolodny R., 1992), которые равнодушны к полу партнеров, не поддерживают ни с кем близких отношений, причем данные партнера не имеют для них значения.

В целом выбор сексуального объекта у лиц с парафилиями, возможно, следует рассматривать как один из путей завершения построения собственной половой идентичности, придания ей устойчивости, стабильности.

#### 8.1.5.2 Психическая ригидность

Само по себе парафильное поведение можно отнести к персеверативным феноменам, особенно если под персеверацией понимать в том числе "застревание" на одних и тех же состояниях сознания. Одной из ведущих характеристик парафилий является тот фиксированный, стереотипный тип поведения, побуждения к которому возникают изнутри, вне зависимости от реальных обстоятельств и должной внешней стимуляции. Именно этот кардинальный признак заставляет рассматривать их как разновидность

патологии, поскольку всякая таким образом фиксированная форма поведения изначально несет в себе патологический смысл, представляя собой нарушение взаимодействия организма и среды. Действие фиксируется, даже если это не оправдывается стимуляцией и оказывается нецелесообразным, а поведенческий акт осуществляется независимо от общей ситуации, оказывается вне ее.

Под психической ригидностью в настоящее время понимается трудность или неспособность корректировать программу деятельности и поведения в соответствии с объективными требованиями ситуации при различной степени их осознания и принятия (Залевский Г.В., 1993). Ригидности еще Фрейдом отводилась роль основного механизма, способствующего фиксации той или иной ступени онтогенеза. Являясь результатом навязчивого повторения прошлого опыта человека и человечества, ригидность приобретает характер защиты, от которой невротик не может отказаться даже в тех ситуациях, где она становится явно излишней и неадекватной, а его поведение приобретает признаки деструктивности.

Последующее развитие данных подходов в рамках психоанализа использовало в том числе принцип экономии (инерции, сохранения энергии). Так, согласно F.Alexander (1951), этот принцип лежит в основе следующих процессов: 1) формирование навыков и привычек, в чем выражается тенденция заменять флексибельные формы поведения автоматизмами; 2) сопротивление изменению - нежелание организма формировать новые приспособительные реакции и 3) регрессивные тенденции (попытки возвращаться к прежним формам поведения и эмоциональным установкам в случае трудности приспособления). К.Юнг рассматривал ригидность как одну из характеристик регресса или остановки либидо на какой-то из предшествующих зрелости ступеней развития (досексуальной или допубертатной).

Ригидность почти всеми ее исследователями понимается как обобщающая характеристика всей психической деятельности, она присуща любому человеку и в итоге является активным средством приспособления к среде, т.е. "ригидность вообще", без которой немыслимо существование человеческого рода (Залевский Г.В., 1970). Представления о происхождении, развитии и регрессе как генетических характеристиках ригидности формулируются прежде всего при эволюционно-биологическом подходе, конкретизированном в ее филогенетическом анализе. Врожденное инстинктивное поведение животных с доминированием "жестких" звеньев или подсистем с ориентацией на неизменные условия существования оказывается исключительно негибким при малейшем изменении этих условий (Тинберген Н., 1993). Особенно это проявляется в экстремальных ситуациях в виде ставшего уже неадекватным стереотипного поведения или в виде регрессивного поведения типа "замещающих действий".

Одним из первых сравнительно-генетическую позицию для понимания ригидности предложил Н.Werner (1946). По его мнению, поскольку процесс развития характеризуется усилением дифференциации между организмом и средой, уменьшается и ригидность организмов; недостаточная же вариабельность и адаптабельность является "нормальным состоянием малоразвитых организмов". Согласно этой концепции низшие виды ригиднее стоящих на более высоких ступенях эволюции, примитивный человек, дикарь ригиднее цивилизованного человека, ребенок ригиднее взрослого, откуда и его больший эгоцентризм. Из работ Л.С.Выготского и его сотрудников (1934) также следовал вывод об уменьшении ригидности с возрастом, что совпадало с аналогичным положением К.Левина. Дальнейшие экспериментальные исследования показали, что между ригидностью и возрастом существуют сложные взаимоотношения, однако бесспорным остался факт, что у молодых людей и лиц среднего возраста (т.е. в репродуктивном

периоде) ригидность меньше выражена, чем у детей и пожилых. В норме психическая ригидность имеет тенденцию к плавному снижению в 11-17 лет с резким "провалом" в 18-25 лет и дальнейшим незначительным повышением до 45 лет; при патологии повышение ее происходит более резко (Залевский Г.В., 1993).

Если ригидность рассматривать как необходимый механизм эволюционной адаптации, направленный прежде всего на закрепление усвоенных реакций и использование прошлого опыта, то тогда, в соответствии с теорией В.А.Геодакяна (1993), эта характеристика должна расцениваться как женская в отличие от мужской флексибельности. Действительно, Н. Guetzkow (1951) обнаружил, что женщины значительно ригиднее мужчин. Позднее А. Luchins показал большую флексибельность мальчиков по сравнению с девочками, т.е. пол явился дифференциальной детерминантой ригидности. Г.В.Залевский при сравнении различных по половому признаку групп в их возрастной динамике обнаружил, что мальчики 12-13 лет ригиднее, чем девочки; на последующих же возрастных ступенях картина резко меняется - более ригидными оказываются девочки, из чего был сделан вывод о меньшей интенсивности снижения ригидности у женщин. Сопоставление мужчин и женщин по пространственным (интраструктурным) проявлениям психической ригидности дало дифференцированную картину с неоднозначными связями психической ригидности и пола. Более ригидными женщины оказались в сферах практической и когнитивной, но более флексибельными - в психосоциальной подструктуре личности - в сфере межличностных отношений. Причем как в норме, так и в патологии, происходит сглаживание различий между полами с возрастом.

Проблема ригидности не сводится к рассмотрению ее в рамках теории личности и приобретает новое звучание при анализе ее как характеристики "состояний". Особую роль играет ригидность в состояниях психической напряженности, при которой поведение становится негибким, утрачивает пластичность, свойственную ему в нейтральной обстановке.

В данном же контексте следует иметь в виду упомянутый выше когнитивный диссонанс, согласующий установки и представления личности путем, например, уменьшения психологической значимости образующих его элементов. Один из механизмов этого - уменьшение отчетливости образа "Я", в силу чего эмоциональное отношение к себе смещается в сторону безразличия и самооценка перестает выполнять функцию регулятора поведения. Это, в свою очередь, приводит к повышению роли неосознаваемой регуляции поведения и повторению однотипных ситуаций без извлечения познавательного опыта, т.е. к стереотипному поведению.

Стереотипии есть рудименты ранее целенаправленных и структурированных действий, позднее механизировавшихся, сделавшихся привычными и вышедшими из-под контроля сознания и воли. Подобное поведение подвергается дальнейшей трансформации, сокращается и упрощается, приобретая отпечаток бессмысленности и нелепости (Шевченко Ю.С., 1992).

В свете изложенного можно сделать вывод, согласно которому ригидность, обладая онтогенетическими и половыми различиями, возникая в результате различных психических расстройств, означает псевдофеминизацию особенностей высшей нервной деятельности с облегчением запуска регрессивного механизма и выявлением инфантильных способов реагирования. Последние в дальнейшем, благодаря в том числе той же ригидности, имеют тенденцию к стереотипизации, что ведет к формированию

специфических клинических феноменов, например, компульсивного сексуального поведения.

## 8.2 Синдромообразование парафилий

### 8.2.1 Насильственность

**Насильственность** - аутохтонность девиантных переживаний и побуждений, возникающих вне жесткой зависимости от произвольных волевых усилий, приобретающих характер неодолимости и отчуждаемых личностью.

Органическая природа обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) на сегодняшний день не подвергается сомнению. T.R.Insel (1991) проводил сопоставление больных с поражением лобных долей мозга с пациентами с ОКР. Первые обладают сниженной рефлексией, грубым аффектом и отсутствием беспокойства. Вторые, обнаруживающие усиленную активацию лобной доли с минимальными тормозящими эффектами на всю систему, напротив, проявляют повышенную ригидную рефлексию (комплекс вины, например), интенсивное аффективное реагирование (депрессия) и склонность к беспокойству с ожиданием негативных последствий. Стриатум оказывается также особо важным для посредничества автоматизированного, или "субкортикального" поведения, которое P.MacLean назвал "субрутинным". Эти типы поведения, которые могут включать филогенетически древние паттерны груминга, также как автоматизированные видоспецифические навыки, оказываются зависимыми от стриальной активности. Предполагается поэтому, что усиленная активность кортико-стриально-таламо-кортикального кольца может генерировать эти "субрутины", приводя к неуместным, несоответствующим и непредвиденно повторяющимся ритуалам по типу груминга.

Подобное допущение наталкивается на некоторые проблемы, поскольку такие неотъемлемые аспекты ОКР, как навязчивые мысли и побуждения, внутренняя борьба, не могут быть смоделированы у других видов. К тому же моторные паттерны груминга при ОКР не являются аномальными сами по себе и их аномальность определяется их избыточностью и неуместностью. Таким образом, поиски типов поведения животных, релевантных ОКР, заставляют обратиться к тем паттернам, которые либо повторяются, либо неуместны.

Смещенное поведение полностью удовлетворяет критериям модели компульсивных ритуалов, которые проявляются повторяющимися и контекстуально неуместными поведенческими актами, сходными с грумингом, накоплением и др. Связь обсессивных симптомов и смещенного поведения с угрозой может стать основанием для подобного сравнения, с той оговоркой, что в отличие от смещенного поведения угроза при ОКР может не быть явной или реальной. Ясно, что у человека патологическое поведение происходит на таком высоком уровне интеграции, что может быть легко окрашено психологическими факторами.

Описывая особенности аутизма при шизоидных психопатиях, В.Е.Каган (1981) подчеркивает, что для таких индивидов характерен постоянный и непримиримый внутренний конфликт с самим собой, который связан с затрудненным развитием личности, а контрастность, полярность черт личности отражает стремление к равновесию и носит частично защитный, компенсаторный характер.

В рамках психоанализа высказывалось мнение, что проблема обсессивно-компульсивного характера заключается прежде всего в искажении воли: она направлена на контроль и

руководство тем, что не может быть направляемо и не поддается контролю - на влечения, чувства и т.п. (Shapiro D., 1965). "Требовательный цензор" такой личности - родители: суровые, требовательные, опасаящиеся успехов ребенка, который интроецировал родителя и идентифицировался с его стандартами и системой ценностей (Johnson S., 1993). Основные черты такой личности: постоянное напряжение, отделение мышления от чувств, сосредоточение на деталях (отстранение от истинных чувств и мыслей), постоянное сомнение, неестественность и направленность на выполнение социальных ролей, склонность быть очень ответственным и сознательным, ответственность за других, стремление не выходить за рамки. С одной стороны, на сознательном уровне такая личность воспринимает себя как сверхответственную, моральную, с другой - на бессознательном уровне у человека имеется убеждение, что он сделал что-то плохое и должен себя сильно контролировать.

Иными словами, для данного типа личности как раз и характерны такие проявления, как диссоциативность, амбивалентность, клишированность поведения, которое по своей сути носит агонистический характер.

#### 8.2.2 Эмоциональная (аффективная) измененность

**Эмоциональная измененность** - зависимость поведенческой парафильной активности от аффективных нарушений, включающих в том числе амфитимические состояния с высокой значимостью негативных эмоциональных переживаний. Данная связь не ограничивается упоминающейся в МКБ-10 зависимостью только, например, эксгибиционистских тенденций и исключительно от периодов "эмоционального стресса или кризиса". Подобные связи обнаруживаются при любых формах парафильного поведения и с более широким спектром аффективных расстройств (депрессивных, дистимических, дисфорических и др.).

Среди парафильных стимулов особое значение приобретают негативные эмоциональные переживания. Наиболее ярким примером тому является феномен мазохизма, который J. Money (1987) считает самым наглядным случаем согласования противоположностей, распространяемым на все парафилии, и для объяснения которого предлагает использовать теорию "противоположного процесса" (Solomon R.L., 1980). Данная теория позволяет объяснить закрепление различных форм аддиктивной активности, к примеру, ряд разновидностей рискованного поведения, реализации которых первоначально сопутствуют страх или отвращение, преобразующиеся затем в "эйфорический экстаз" с зависимостью от "опасного веселья", сопровождающего данное поведение. В основе подобной трансформации отвращения в зависимость J. Money усматривает нейрохимические основы противоположного процесса, связанные с освобождением эндорфина, собственного мозгового эйфорического опиатного пептида.

Сопровождая девиантные акты, негативные эмоции усиливают интенсивность возникающих при этом ощущений и степень последующей релаксации. Наблюдается перекрытие иных мотивационных составляющих с частичным отрывом от лежавшей некогда в основе сексуального акта первичной сексуальной потребности. Последний воспринимается лишь как средство разрядки, а побуждения к нему возникают в условиях, сопровождающихся аффективным напряжением и тревогой, требующих привычных, стереотипизированных способов разрешения ситуации. Поэтому парафильное поведение так часто напоминает "танец на лезвии бритвы" и может быть представлен как форма полимотивированного сексуального поведения, направленного на создание особой негативно-эмоциогенной ситуации с целью изменения функционального состояния психики.



Данный факт является еще одним доказательством того, что существуют неосознаваемые влечения к получению не только положительных, но и отрицательных эмоций. Основу таких влечений, проявляющихся в стремлении к созданию опасных и рискованных ситуаций, В.А.Файвишевский (1978) видит в сенсорной депривации системы отрицательной мотивации. Влечение к стимуляции данной системы, неосознаваемое в принципе в силу своего антибиологизма, всегда подвергается рационализации и возникает в сознании только под фасадом положительных влечений. Положительные эмоции родственны тенденциям развития, а отрицательные - потребностям сохранения и служат задачам удержания генетически заданных констант или ранее достигнутого в онтогенезе (Симонов В.П., 1981), что позволяет рассматривать их как не случайное явление, а столь же закономерное, как, например, ригидность и тревожность.

Предполагается, что негативные эмоциональные переживания связаны с угнетением правополушарных механизмов регуляции. Если учесть, что как в филогенезе, так и в онтогенезе они появляются раньше эмоций положительных, а при функциональном угнетении мозга исчезают последними и восстанавливаются первыми, то возникновение связанных с ними психопатологических состояний выглядит закономерным в ходе именно онто- и филогенетического регресса.

В объяснении закрепления той или иной аномальной реакции в структуре сексуального влечения нередко переоценивается роль оргастического или иного гедонистического эффекта, сопровождающего некое ключевое переживание, обычно детского или подросткового возраста. Эти представления исходят из гомеостатической модели побуждения, драйва либо из условно-рефлекторной теории.

Между тем предпочтения могут более успешно фиксироваться, когда последствия поведения вызывают усиление стимуляции, а не ее ослабление. Так, было показано, что научение животного происходит в ситуации, когда "награда" (например, неполная копуляция) не ведет к снижению побуждения и уменьшению напряжения, связанного с удовлетворением побуждения. Н. Harlow утверждал, что обезьяны могут научиться разбирать предметы и решать головоломки без явного побуждения или подкрепления, за исключением вызываемых предметами и деятельностью самими по себе.

Более того, эксперименты Барбары Кон показали, что эмоциональный опыт, связанный с положительным и отрицательным подкреплением, влияет на восприятие, и по сравнению с нейтральными раздражителями вознаграждаемые и наказываемые стимулы воспринимаются лучше. Эти результаты, не умаляя значения вознаграждения, указывают на значение наказания как фактора, облегчающего восприятие. Таким образом, фактором, способствующим восприятию, является не только и не столько положительное подкрепление, сколько какое-то эмоциональное состояние, связанное с воспринимаемым объектом независимо от того, является оно положительным или отрицательным.

Все эти данные могут быть использованы для объяснения некоторых существенных особенностей парафильной активности, которая, во-первых, часто нацелена не на собственно сексуальную разрядку и имеет смысл максимальное продление процесса возбуждения, а во-вторых, стимулируется в условиях негативного эмоционального переживания.

Учет этих обстоятельств может прояснить кажущуюся парадоксальность закрепления первого эротически-девиантного опыта, сопровождающегося выраженным и интенсивным аффективным переживанием, включающим часто такие негативные эмоции, как страх, стыд, отвращение, и не ведущим к четкой оргастической разрядке, ограничивающимся

состоянием возбуждения. Нередко это можно было объяснить сочетанием этих эмоций с естественными эротически возбуждающими стимулами в виде наличия сексуального объекта, встреченного в эротическом контексте всей ситуации.

Другим аспектом эмоциональной измененности является аналог амбивалентности - эмоциональная амбивалентность. Подобный феномен наряду с формированием эмоций-микстов описан при истерических неврозах (Марута Н.А., 1992). Для лиц с парафилиями характерной является также амбивалентная окрашенность образа женщины.

Нейрофизиологическая база для формирования эмоций-микстов может быть связана с поражением миндалины, отвечающей за "взвешивание конкурирующих эмоций".

Третий феномен измененности эмоциональной сферы - рассогласование вегетативных, поведенческих и эмоциональных компонентов поведения. Он представляется связанным с патологией гипоталамуса, который принимает участие в интеграции перечисленных составляющих в поведенческом акте. Рассогласование между субъективными переживаниями и вегетативной основой эмоций может также быть результатом изменения корково-подкорковых отношений.

### 8.2.3 Искажения сознания

**Искажения сознания** - возникающие в ходе исполнения девиантного акта изменения сознания, представляющие собой различные варианты его расстройства - от аффективного сужения до сумеречного помрачения - и характеризующиеся расстройствами эмоционального тонуса и восприятия, изменением ощущений и самоощущений в виде дереализационных и деперсонализационных состояний, нарушениями связности переживаний, сознания "я" с дезинтеграцией идентичности и расхождением психосенсорных и психомоторных компонентов поведения, фиксацией на узком круге значимых переживаний, что сопровождается амнезией различной глубины. Для обозначения подобных, свойственных парафильному поведению, изменений сознания используется, например, термин "парафилические фуги", характеризующий внешне целенаправленное поведение при его действительной произвольности. 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.

К.Г.Юнг (1994) определяет сознание как "взаимосвязь различных содержаний с центром, с "ЭГО", выделяя такие его свойства, как дискретность, фрагментарность, узость, подчеркивая при этом, что сознание в значительной степени - продукт восприятия и ориентации во внешнем мире, различные сферы психической деятельности (как, например, мышление, эмоции) он считал функциями сознания. Противопоставляя сознанию бессознательное (личное и коллективное), которое не контролируется волей, он утверждал, что, если содержание личностного бессознательного еще может прорываться в сознание в виде "инвазии" и быть обнаружено субъектом, то содержание коллективного бессознательного "можно обнаружить в других, но не в себе".

А.О.Шевелев (1930), описывая архаическое (прелогическое) мышление, приводит его характеристики: символическое, идентифицирующее, магическое, дологическое, синкретическое, сверхдетерминистическое.

Современные психологи сходным образом характеризуют бессознательное, в нем образ действительности и отношение к ней субъекта не выступают как предмет рефлексии.

Особенности бессознательного: невозможность произвольного контроля действий и оценки результатов, идентификация и эмоциональное заражение, отсутствие различий между прошлым, настоящим и будущим.

В состав бессознательного входят (Асмолов А.Г.,1994):

1) надиндивидуальное подсознание - социально типичное поведение (бессознательные структуры, по М.Фуко, К.Леви-Строссу), архетипы - усвоенные субъектом образцы типичного для данной общности поведения и познания, влияние которых не осознается субъектом и не контролируется им.

Ввиду явного несоответствия парафильного поведения социальным нормам, использования социально запретных стимулов возможна постановка вопроса о недостаточном развитии этой сферы бессознательного у таких больных.

2) неосознаваемые мотивы и смысловые установки личности, которые проявляются в раздвоении сознания, симптомах отчуждения частей собственного тела, действиях после гипнотического внушения (когда пациент не может объяснить целей и мотивов поведения). Сюда же относятся эмпатия, первичная идентификация (неосознаваемое эмоциональное отождествление с притягательным объектом), трансфер, проекция .

Общими их чертами являются: независимость от осознания (в этом случае воспринимаются как безличностное, происходящее не с ним), невозможность воплощения в значении - невербализуемость);

3) неосознаваемые регуляторы способов выполнения деятельности (операциональные установки и стереотипы автоматизированного поведения):

а) сознательные операции (вторично неосознаваемые), характеризующиеся установкой на целевой признак;

б) приспособительные операции, характеризующиеся установкой на неосознаваемый признак - они возникают в процессе непроизвольного подражания, прилаживания, подгонки к предметным условиям ситуации. Для них характерны: непроизвольность, изначальная неосознаваемость, ригидность.

4. субсенсорное восприятие.

Исходя из приведенного перечня, можно говорить о том, что многие закономерности генеза парафильного поведения, о которых шла речь в этой главе, свидетельствуют, по крайней мере, о значительной роли бессознательного в его регуляции.

Содержание сознания составляет информация, которую человек осознает в данный момент времени - то, что И.П.Павлов называл оптимумом реактивности. В свете вышеприведенных рассуждений об изменении осознания у лиц с парафилиями представляет особый интерес нейродинамический подход (Иванов-Смоленский А.Г.,1974). К содержанию подсознания он относит:

1) деятельность коры, осуществляемую в данный момент за пределами оптимума реактивности. У лиц с парафилиями изменение этого фактора клинически проявляется в расширении осознания;

- 2) интероцептивные ассоциации (вегетативные условные реакции и соматические реакции на интероцептивные раздражители, выражающиеся в сомато-вегетативных реакциях;
- 3) инвербализированные связи первой сигнальной системы (нарушения взаимодействия анализаторов и кросс-модальные связи, о которых упоминалось выше).

Клинический анализ нарушений сознания у лиц с парафилиями позволяет говорить о том, что взаимоотношения между сознанием и подсознанием у них организованы по-другому, чем у большинства людей.

*Измененные состояния сознания* возникают и у здоровых людей в особых ситуациях. С.Гроф (1991) описывает следующие особенности измененных состояний сознания: изменение угла зрения наблюдателя (нет четкой привязанности к пространству); отсутствие различий во времени с возможностью различного его течения; отсутствие различия между субъектом и объектом; появление архетипов. Н.А.Носов (1993) к признакам виртуальных (возникающих в виртуальной реальности) состояний относит:

1) внешние (объективные):

- а) непривыкаемость (сколько бы раз ни повторялось, всякий раз переживается как необычное и непривычное);
- б) спонтанность (непроизвольность, аутохтонность);
- в) фрагментарность (ощущения локализуются в какой-либо одной части тела или проявляются в каком-либо одном из качеств);
- г) объективность (описывает не свои переживания, а как бы факты и события, существующие независимо от него);

2) внутренние (субъективные):

- а) измененность статуса реальности - чувства приобретают другой характер (сужение или расширение объема реальности);
- б) измененность статуса личности - иначе оцениваются собственные возможности - сила, могущество или наоборот ("психическое надувательство" по К.Юнгу - сходное состояние у лиц с парафилиями);
- в) измененность статуса сознания - проясненность или затуманенность, увеличение или уменьшение сферы осознания;
- г) измененность статуса воли - самопроизвольность или наоборот.

По мнению Н.А.Носова, виртуальная реальность имеет отличия от обычной, заключающиеся в следующем: отсутствие прошлого и будущего ("здесь и теперь"); включенность в события (непосредственный участник); порожденность (сотворенность); неотличие субъекта от объекта.

Таким образом, при описании измененных состояний сознания различные авторы обращаются к сходным формулировкам и фактически описывают бессознательные процессы.

Важной особенностью сознания лиц с аномальным сексуальным поведением представляется *диссоциативность*. Однако относить ее к чисто патологическим феноменам было бы, очевидно, неправильно.

Гегель (1956) выделял три ступени развития сознания:

- 1) чувственное сознание - содержание которого составляет "непосредственный, сущий объект";
- 2) воспринимающее сознание - "когда сущность становится предметом сознания, единичные вещи ставятся в отношение ко всеобщему" ("не единство, но смешение");
- 3) рассудочное - "когда предмет низводится или возвышается до явления некоторого для себя сущего внутреннего существа". На этом этапе "сознание открывает само себя", "объект превращается в субъект", то есть образуется самосознание.

Примечательно, что Гегель четко разделяет состояние "сомнамбулизма" и состояние "помешательства": при первом "обе личности существуют в одном индивидуе, не соприкасаясь друг с другом", эта двойственность проявляется как двойственность состояний; при втором - две личности не представляют двух частей, а существуют в одном и том же состоянии как отрицающие друг друга, причем если в норме сознание душевное (воспринимающее) и сознание рассудочное взаимно соприкасаются и знают друг о друге, то при помешательстве первое отрицает второе. Очевидно предвосхищение Гегелем понимания сути выделенных позже психиатрами диссоциативных расстройств и множественных личностей.

К.Изард (1980) считал, что целесообразно говорить об уровнях осознания, которые являются показателем мотивационной ценности осознаваемого феномена. Однако в рассматриваемых здесь случаях такая связь может быть подвергнута сомнению. Описанное выше изменение отношений между сознанием и бессознательным у лиц с парафилиями извращает эту связь, представляя собой одно из проявлений диссоциации.

Е.В.Черносвитов (1985) выделяет две функции сознания: предметную, проявляющуюся в пространственно-временной ориентированности, и смысловую - в ценностно-смысловой ориентированности. Он считает, что в нормальном сознании есть пограничные зоны, где эти функции диссоциированы, не совпадают, в патологии же возможны такие проявления диссоциации, как, например, отношение к своему телу как к предмету.

В качестве *дизонтогенетического* механизма диссоциации выступает асинхрония развития. "Разновозрастность" мозговых функций, по-видимому, приводит к недостаточной их интеграции и разной степени участия в обеспечении целостной психической деятельности.

*Нейрофизиологическим* механизмом диссоциации являются нарушения взаимодействия различных областей мозга. Как показывают исследования, у таких индивидов изменены межполушарные и корково-подкорковые взаимоотношения. Ввиду часто встречающихся у лиц с парафилиями признаков левшества особый интерес представляют особенности межполушарной организации психических процессов у левшей. А.В.Семенович (1991) относит к таковым сравнительную функциональную недифференцированность мозговых структур леворуких, в частности, создающую базис для появления системы межмодальных связей, функциональную амбилатеральность и относительную функциональную разобщенность, автономность гемисфер. Центральным моментом

психологической структуры синдромологии левшей, по ее мнению, является отсутствие системности нарушений, "у них имеет место мозаичность, диссоциация степеней сохранности различных звеньев, уровней произвольности и способов реализации одного и того же психического процесса", что может проявляться в "уязвимости и раскоординированности когнитивного и аффективного уровней регуляции психической деятельности", "недостаточной сформированности базиса автоматизированного поведения, частого осознания средств навыков". Иными словами, у левшей могут осознаваться процессы, которые никогда или только в особых условиях осознаются у правшей, и, следовательно, можно предполагать, что обычно осознаваемые у правшей процессы могут протекать на неосознаваемом уровне.

Понятно, что у левшей особенности нормальной психической деятельности и психопатологической симптоматики выражены четче, чем в исследуемой популяции. Правополушарная патология, наблюдаемая у лиц с парафилиями, клинически проявляется более стертыми признаками.

Экспертное заключение о наличии нарушения сознания у испытуемого в момент правонарушения базируется на суждении о степени его дезинтеграции в двух аспектах:

- 1) через оценку экспертом субъективного описания испытуемым состояния разных сфер психической деятельности-восприятия, мышления, эмоций и воли (психопатологический аспект);
- 2) через оценку экспертом вербального и невербального поведения испытуемого в момент правонарушения (поведенческий аспект).

При этом целесообразно рассматривать механизм такой дезинтеграции как дизонтогенетически обусловленный регресс одних составляющих сознания при относительной сохранности других.

Клинический опыт работы с лицами с парафилиями позволяет обратить внимание на то, что для части таких индивидов характерны выраженные флюктуации сознания (Ясперс К., 1973). Часто в течение беседы обращают на себя внимание изменение мимики, моторики, расфокусированность взгляда, отрешенность при добросовестных попытках описать свои переживания в ситуации правонарушения. Иногда подобные состояния провоцировались ситуацией дихотического прослушивания или длительным нейропсихологическим обследованием. В ряде случаев сами пациенты обращали внимание врача на то, что они с трудом отличают фантазии от реальности.

В свое время Я.П. Ясинский (1935) описывал появление сумеречных состояний сознания у больных, страдающих шизофренией, вследствие психотравмирующих моментов, с тенденцией к повторению, называя этот феномен "гипнофренией". Он подчеркивал, что, независимо от причины, механизмы, ведущие к появлению расстройств сознания, одни и те же, во всех случаях ведут "к одной цели, вызывая определенный симптомокомплекс".

Как представляется, подобные явления говорят о повышенной уязвимости состояния сознания у лиц с парафилиями, которая проявляется в ситуациях, не патогенных для большинства людей. Возможно, она формируется еще в детстве, проявляясь у аутичных детей в виде феномена "тождества" (Каган В.Е., 1981).

М.А.Мелик-Пашаян (1966) считала, что нарушения ясности сознания связаны с функциональной диссоциацией коры мозга (лоб-затылок, правое-левое полушария, кора-подкорка). Схожие нарушения наблюдаются и у лиц с парафилиями.

Т.А.Доброхотова, Н.Н.Брагина (1994), описывая особенности психопатологической симптоматики у левшей, отмечают, что, в отличие от правшей, у них нет разделения психомоторной и психосенсорной сфер, не соблюдается временная последовательность переживаний, может отмечаться повторение переживаний, возможно, с другой эмоциональной окраской. Чередование психосенсорных феноменов в форме перцепторных воспоминаний и феноменов предвосхищения и психомоторных феноменов, наблюдающееся в некоторых случаях у испытуемых, может свидетельствовать о функциональной разобщенности полушарий.

Э.Я.Манандян (1966) считала, что у маленьких детей поражение затылочной области проявляется в полном выключении сознания, у старших детей чаще наблюдается патология височных зон, что дает клинически картину абсансов, ауры с оглушением, сумеречных состояний, моторных автоматизмов, у подростков же чаще поражаются передние отделы мозга, что проявляется в психических эквивалентах (фуги, трансы, сумерки, речедвигательные автоматизмы).

Основным признаком нарушения сознания А.Р.Лурия (1973) считал нарушение избирательности психических процессов, выступающее во всех сферах умственной деятельности. Сознание тесно связано с произвольностью высших психических функций (Хомская Е.Д.,1987), которая означает возможность управления ими (или отдельными их фазами, этапами), что, по мнению автора, равнозначно осознанности и предполагает:

1) наличие программы, в соответствии с которой протекает психическая функция. У лиц с парафилиями такая программа вырабатывается в фантазиях, однако примечателен тот факт, что многие из них не усматривают связи между содержанием фантазий и своим поведением при правонарушении, т. е. программа не осознается.

2) контроль за окончательным результатом деятельности (сличение реального результата с предварительно сформированным его образом). Клинические выражения искажения этого звена регуляции можно усматривать в непонимании факта смерти жертвы, символических, зачастую психологически непонятных эксперту манипуляциях с трупом, что, возможно, обусловлено либо дефектным образом результата, либо нарушением обратной связи. О последнем заставляет задумываться встречающееся у части испытуемых утверждение, что жертва, например, не плакала, а улыбалась или сама не возражала против манипуляций с ней.

3) наличие соответствующего мотива. Как правило, жертвы испытуемого случайные и мотив сформулировать он часто не может, что, конечно, не означает, что его нет, а свидетельствует лишь о его отсутствии в сознании.

Осознаются лучше цель и результат, сам же процесс протекает, как правило, на бессознательном уровне. Необходимо подчеркнуть, что дезавтоматизация (расширение осознания) программы и контроля за ее протеканием феноменологически проявляется в виде психических автоматизмов.

В этом случае представляется более правильным говорить о расширении сознания. В свое время J. Miller (1956) показал, что можно говорить об определенной емкости памяти (следовательно, и сознания), которая приблизительно равна 7+2 условных единиц

(например, образов по модальностям, которые одновременно в состоянии осознавать человек). Исходя из этого положения, можно утверждать, что расширение осознания в одной сфере должно сопровождаться сужением его в другой.

П.В.Симонов (1990) отмечает, что по мере превращения задачи в стереотипную деятельность начинает доминировать правое полушарие, ответственное за реализацию врожденных и приобретенных автоматизмов, левое же включается при анализе новых ситуаций и активном поиске оптимальных решений. Человек свободен в своем выборе, с точки зрения его рефлексивного сознания. Субъективно ощущаемая свобода выбора и порождаемое ею чувство личной ответственности включают механизмы всестороннего и повторного анализа последствий того или иного поступка. Мобилизация из резервов памяти такого рода информации ведет к усилению потребности, устойчиво главенствующей в иерархии мотивов данной личности, благодаря чему она приобретает способность противостоять ситуативным доминантам, т. е. потребностям, экстренно актуализированным сложившейся обстановкой.

Учитывая вышеупомянутые феномены безличности, насильственности при отсутствии в сознании мотивов правонарушения, можно предполагать, что у лиц с парафилиями страдает именно ощущение свободы выбора.

Анализ клиники нарушений сознания при парафилиях позволяет также говорить о распаде восприятия:

- а) на фрагменты - фиксация только отдельных деталей собственного поведения, облика жертвы (впоследствии не узнают при очных ставках) или внешней ситуации;
- б) по модальностям в филогенетически обратной последовательности (тактильная - вестибулярная - слуховая - зрительная).

Обращает на себя внимание определенное сходство описанных проявлений с психологическими характеристиками изменений личности при эпилепсии (Братусь Б.С., 1986): ограничение периферийного зрения или ухудшение восприятия отдельных модальностей, возвращение к замедленному последовательному восприятию собственных действий, выраженная эмоциональная насыщенность отдельных этапов действия и, наконец, невозможность даже в фантазиях занять позицию наблюдателя. Несмотря на различие понятий "личность" и "сознание", подобное сходство можно расценить как аргумент в пользу предположения о наличии общих механизмов формирования аномального поведения независимо от его конкретного содержания, по крайней мере, при органических поражениях ЦНС.

Л.Р.Зенков (1994) считает, что в мезодиэнцефальной области находится система осознания, которая независима от системы общей активизации и поддержания бодрствования, она инактивна при функционировании последней, но обеспечивает сложные формы поведения при отсутствии сознания, причем осознание левополушарных процессов построено по принципу "все или ничего", правополушарных же - ограниченно, подвижно, текуче, континуально. По-видимому, этим может объясняться плохая вербализация переживаний вообще, и особенно имевших место в состояниях нарушенного сознания, у лиц с парафилиями, что феноменологически сходно с алекситимией. "Правополушарность" сознания лиц с парафилиями, возможно, лежит в основе уже упоминавшихся его флюктуаций.



Таким образом, изменения сфер осознания, способности к вербализации, сомато-вегетативной и эмоциональной сфер свидетельствуют о дезинтеграции психического "Я" за счет регресса отдельных компонентов сознания.

О роли взаимоотношений мозговых полушарий заставляет задуматься феномен склонности стереотипов к "перевертышам", который у лиц с парафилиями уже описывался выше. В некоторых клинических наблюдениях очевидно сочетание "комплекса Мадонны" (преклонение перед женщиной) в обычном состоянии сознания с садистическим поведением вплоть до убийства при правонарушении, что, на наш взгляд, может быть интерпретировано как своеобразное проявление "психической зеркальности" или как "воспроизведение несвойственного больному варианта поведения" (по формулировке Доброхотовой Т.А., Брагиной Н.Н., 1993), однако подобное поведение могло наблюдаться и вне рамок клинически очерченных нарушений сознания. По-видимому, содержательно оно формируется по механизму отвергания конфликтной ситуации (негативные реальные действия, по Иванову-Смоленскому А.Г., 1974).

Второй феномен того же ряда - "диспраксия" (несогласованные движения рук). В одном из наблюдений испытуемый одной рукой хватал, другой - отталкивал жертву, то ругая ее за то, что она так поздно ходит одна, то угрожая изнасилованием.

Нейропсихологические исследования (Хомская Е.Д., 1987) показали, что с нарушением сознания протекают поражения коры медиобазальных отделов височных, префронтальных медиобазальных и конвекситальных областей мозга. Именно о поражении первых двух говорят результаты обследования лиц с парафилиями.

А.П.Дубров, В.Н.Пушкин (1990) указывают, что сознательная деятельность возможна, когда одновременно работают 2 блока (уровня) психологической саморегуляции - личностный и гностический (лобные доли и теменная область), если они работают отдельно друг от друга, то деятельность не осознается. П.В.Симонов (1990) считает обязательным условием функционирования сознания сохранение анатомических связей гностических зон коры с речевыми структурами. Затруднения в вербализации переживаний, о которых уже упоминалось, также ставят вопрос о своеобразной "дефицитарности" сознания у таких больных.

Осознанность поведения предполагает (Хомская Е.Д., 1987) постоянный контроль за его протеканием (за последовательностью операций и за результатами промежуточных фаз). Нарушение его клинически может проявляться:

- а) в виде незавершенности действий;
- б) сосредоточения на промежуточных фазах и их результатах, что в психопатологии квалифицируется как фиксация на активности самой по себе.

А.Г.Иванов-Смоленский (1974) относил к содержанию подсознания заторможенные в онтогенезе корковые динамические и патодинамические структуры. Клинически этот уровень патогенеза обуславливает регресс поведения. Подчеркнем, что реализация такого поведения возможна и без клинически выявляемых нарушений сознания.

К расстройствам, возникающим во взаимоотношениях между сознанием и бессознательным, А.Г.Иванов-Смоленский относит:

а) сумеречные состояния, которые могут стереотипно воспроизводить ситуацию психотравмы (особенно показательно в этом плане садистическое поведение, патогенез которого разобран выше) или выключать больного из реальной действительности и фиксировать поведение на каком-то пройденном этапе его онтогенетического опыта, а также

б) психические автоматизмы - "мерцание" кортикальной деятельности с конкуренцией реальной действительности и патологической доминанты.

Представляется, что клинически последнее может проявляться в двойственности поступков: во временном аспекте - чередование адекватных и неадекватных действий, в пространственном аспекте - в виде описанной выше диспраксии рук, с неосознаванием фрагментов поведения. Возможен вариант раздваивания кортикальной деятельности, когда поочередно появляются взаимоисключающие и взаимноамнезируемые состояния, причем в обоих случаях совместная деятельность и взаимодействие сигнальных систем осуществляется, не обнаруживая явных патологических изменений.

Примечательно, что А.Г.Иванов-Смоленский считает функцией подобных нарушений сознания саногенез, "аутотерапию", что созвучно пониманию парафильного поведения как средства эмоциональной саморегуляции (Ткаченко А.А., 1994).

Все эти составляющие клинической картины (насильственность, аффективная измененность, нарушения сознания) позволяют включить парафильное поведение в круг *протопатических синдромов*. А.Л.Эпштейн (1936) указывал, что для последних характерны сдвиг личности в сторону аффективности с преобладанием тревожного, депрессивного или иного тягостно-неприятного тона переживаний, включающих насильственные и чуждые побуждения; преимущественно ноцицептивные, амфитимические или паратимические эмоции с расладом перцепторно-эпикритической системы и расстройством сферы "чистых ощущений" в виде блокировки, извращения восприятий различных модальностей на фоне разнообразных вегето - висцеральных проявлений; последующую расплывчатость и нечеткость ощущений, определяющих алекситимические состояния. И, наконец, - как один из основных элементов, отражающих, возможно, главенствующий патофизиологический механизм, - искажения сознания в различных его клинических вариантах.

Если же учесть, что протопатическая система является филогенетически древней, противостоящей более юной эпикритической, то формирование парафилий представляет собой не что иное как проявление целостного механизма психического регресса, особенностью которого в этих случаях является своеобразие именно сексуального поведения.

Для вычленения определенных стадий онто- и филогенеза сознания целесообразно воспользоваться классификациями онтогенеза сознания Г.К.Ушакова (1966,1973) в сопоставлении с уровнями патологического реагирования по В.В.Ковалеву (1985).

Обобщая вышеприведенные данные в аспекте применения их в психиатрической клинике, можно сделать следующие выводы:

Для 1-й стадии развития сознания характерно формирование физического Я, патология которого проявляется моторными стереотипиями и расстройствами схемы тела, а также соматовегетативными реакциями. По схеме сексуального развития в этот период времени формируется первичная (телесная) половая идентичность, поведение (в том числе и

сексуальное) в это время носит имитативный характер, в основе которого лежит идентификация с конкретным лицом, очевидно, чаще с родителем или с лицом, совершившим сексуальное насилие над испытуемым в этом возрасте. Нарушения сознания при патологии данного этапа по форме будут близки к психическим автоматизмам с разнообразными явлениями искажения восприятия собственного тела и вегетативными реакциями, по содержанию же будут имитировать реальный эпизод.

Для 2-й стадии характерно формирование психического Я, патология этого этапа будет складываться из психосенсорных расстройств с искажением пространственно-временных отношений, патологического фантазирования. По времени данный период совпадает с формированием половой роли, поведение (в том числе и сексуальное) также будет носить подражательный характер, в основе которого лежит идентификация с группой (точнее, с усвоенными полоролевыми стандартами, принятыми в ней). Нарушения сознания по форме будут близки к сумеречным и особым состояниям по Гуревичу, по содержанию будут либо прямо определяться усвоенным полоролевым стереотипом поведения, либо отражать его (вплоть до полной зеркальности) в гиперкомпенсаторном плане (например, агрессивно-садистическое поведение).

Для 3-й стадии характерна интеграция Я, которая у лиц с парафилиями происходит на базе уже имеющихся нарушений предыдущих этапов развития сознания. В плане сексуального развития в это время происходит становление психосексуальных ориентаций, т. е. окончательный выбор формы реализации сексуального влечения и его объекта, причем это происходит на психологическом фоне сохраняющихся от предыдущих стадий нерешенных внутриличностных конфликтов и проблем, прежде всего завершения идентификации и половой роли. Обеспечение развития личности и поддержка цельности и стабильности сознания могут осуществляться за счет "доделывания" незавершенных фаз онтогенеза, самоидентификации с реализацией в поведении попыток решения проблем и конфликтов, каковые и будут определять содержание нарушенного сознания. Примером завершения фазы дистинкции может являться садизм, выбор в качестве сексуального объекта ребенка связан с самоидентификацией с ним и фиксацией либидо на стадии аутоэротизма. По форме нарушения сознания на этом этапе могут быть значительно разнообразнее предыдущих и располагаться в континууме от тонких нарушений рефлексии, примером чего является деперсонализация объекта и расщепление либидо, или диссоциативных расстройств с элиминацией отдельных модальностей или различной степени отчуждением отдельных сфер психической деятельности, аналогичным дезинтеграции (Assagioli R., 1985) - телесных ощущений, эмоций и чувств, мышления и образов (вертикальный тип регрессии) до множественных личностей (горизонтальный тип регрессии).

Таким образом:

1) полиморфизм нарушений сознания при парафилиях определяется:

- а) predispositional фактором в виде атипичной функциональной асимметрии мозга;
- б) по форме (психопатологическому синдрому) - выраженностью вертикальной регрессии сознания, которая обусловлена :
  - повреждением мозговых структур различной филогенетической древности (Ата-Мурадова Ф. А., Ботвиньев О.И., 1985);

- типом дизонтогенеза (асинхрония развития), который определяет функциональную дефицитарность или нестойкую компенсацию определенных компонентов сознания, сформировавшихся в результате парциальной задержки развития (диссоциативность);

в) по содержанию (поведению) - глубиной горизонтальной регрессии сознания, которая обусловлена фазой онтогенеза, на которой произошла задержка развития;

2) основным механизмом нарушения сознания при парафилиях представляется его дезинтеграция вследствие регресса отдельных компонентов.

### 8.3 Механизмы психического регресса

Существуют и *непарафильные формы аномального сексуального поведения*, однородные по содержанию с парафильными: если больной шизофренией, в процессе неожиданных некросадистических действий не только убивает свою партнершу, но и зачем-то переодевается в ее белье и платье и выбегает затем в таком виде на улицу; если больной, в зрелом возрасте вдруг в течение нескольких месяцев переодевается в женские одежды, как раз с момента возникновения у него бредовых идей ревности, и избавляется от того и другого, убивая жену; наконец, более известные случаи фетишистского трансвестизма или трансвестизма двойной роли, образований длительных и стабильных, - все это сходные состояния или абсолютно разные? Подобные случаи ставят закономерный вопрос, а именно: почему в столь, казалось бы, различных психопатологических условиях само поведение с завидным постоянством воспроизводит некие феноменологически однородные картины? И далее: не может ли в основе данных форм аномального поведения, хотя и имеющих различные терминологические определения (периодическая эффеминация и аутогинефилия, к примеру), лежать некий единый механизм?

Согласно А. Storch (1956), вся психопатология есть не что иное как фиксированное архаическое поведение. С этих позиций само по себе содержание парафильного поведения, представляющееся иногда столь причудливым, уже не кажется неожиданным, а является закономерным отражением все того же онто- и филогенетического регресса психосексуальности

Однако, поскольку историю человеческой сексуальности в принципе можно считать тождественной эволюции человеческого сознания (Richardson H., 1971), закономерной представляется попытка параллельного анализа нарушений сознания и сексуального поведения при парафилиях в дизонтогенетическом аспекте.

Д.Л.Спивак (1989), характеризуя деятельность сознания как прохождение различных состояний под воздействием экзо- и эндогенных факторов, выделяет два типа регрессии сознания:

1. вертикальный (непрерывный - Martindale C., 1981), основным механизмом которого считается снижение функциональной асимметрии мозга (Delmonte M., 1984), что клинически выражается в движении по оси невроты - сны - психозы.

2. горизонтальный (прерывистый - Tart C., 1975), при котором регрессия происходит по стадиям онто- и филогенеза, при этом каждое состояние сознания представляет собой

хорошо упорядоченную совокупность физиологических и психических процессов, для которой характерны определенные показатели:

- а) биохимический - переход к репрессированным метаболическим циклам
- б) физиологический - восстановление рудиментарных рефлексов
- в) этологический - поведение, имитирующее ранние онтогенетические ситуации.

### 8.3.1 Онтогенетический регресс

#### 8.3.1.1 Символизм

Наряду с деперсонификацией объекта наблюдается его **символизация** - феномен, отражающий нарушения в системе субъект-объектных отношений и определяющий знаковую самодостаточность предметного выбора (фетишизация), осуществляемого по формальным свойствам объекта - либо чисто внешним, либо с опорой лишь на одно из них, а также использование заместителей, не совпадающих с замещаемыми по функциональным свойствам, но имеющих сходство в физических эффектах при фиксированном манипулировании с ними.

Символизм непосредственно исходит из деперсонификации, позволяющей в ходе обезличивания партнера использовать некоторые качества, носителем которых он является или ими наделяется, как самостоятельные, обособленные эротизирующие стимулы. В этом смысле можно говорить о символизме практически всех парафилий, что проявляется в фетишизме любого парафильного поведения, удовлетворяющегося лишь знаком.

Одновременно символизм, если рассматривать его в более широком смысле как знаковую систему, определяет интеллектуализацию, схематизацию парафильной активности. Р.Барт подмечает, например, что маркиз де Сад накладывает на преступление "систему естественного языка" путем составления по определенным правилам комбинации из специфических актов сладострастия. В результате образуется новый код любви, который "уже не язык слов, а язык действий". Единицы эротического кода тщательно определены и поименованы самим де Садом: от минимальной позиции - до самой крупной единицы этой эротической грамматики - сцены или сеанса (Барт Р., 1992).

Таким образом, искажаются представления об иерархии свойств предметов. Появление искаженных представлений о предметах вызвано нейтральностью предметных действий, причем положительно-эмоционально подкрепляются манипуляции предметами, а не социализированные способы действий. Этим решается целый ряд субъективных конфликтов, связанных с данными объектами, и в первую очередь - амбивалентное их восприятие, коренящееся в собственных нарушениях идентичности. Последние порождают двойственное эмоциональное отношение к ним, являющимся одновременно и объектами влечения, и объектами идентификации. Устранение подобной двусмысленности становится возможным за счет их уничтожения или, чаще - за счет своеобразного их "перевертывания", создания из них "перевертышей" в собственном сознании субъекта действия, что изменяет на время реализации влечения его восприятие.

В.Ф.Петренко (1988) цитирует А.П.Назаретяна: "Если личности в целом присуща достаточно высокая когнитивная сложность, стереотип, включаясь в более интенсивный поток внутренней коммуникации и встраиваясь в насыщенное богатыми связями

семантическое окружение, разрушается: в него проникают новые элементы, внутренние связи становятся многомернее, и человек начинает видеть объект более объемно, сложно, противоречиво. Иначе ведет себя стереотип в рамках когнитивно бедного образа мира: исчерпав прочие механизмы защиты, но оставаясь сверхпрочным образованием, стереотип в фокусе сознания не разрушается, а переворачивается, сохраняя за счет этого свою целостность. Иными словами, человек не перестает видеть объект стереотипно, уплощенно, а только меняет эмоционально-оценочную окраску образа на противоположный знак".

Знаковый характер парафилий доводит до логического завершения именно человеческий тип отношений, сначала переносимый на одну из самых биологически детерминированных сфер межличностной коммуникации, а затем и исключаящий эту биологическую составляющую, отдельные элементы которой в рудиментарном виде поддерживают уже почти исключительно интеллектуальную деятельность. С.де Бовуар (1992) четко улавливает эту особенность героев маркиза де Сада, которые "ни на минуту не теряют своей животной сущности и одновременно рассудочности". Истоки садизма она поэтому видела в попытке компенсировать необходимый и недостающий элемент - эмоциональное опьянение, что порождает "отделенность", которая не дает ни забыть себя, ни по-настоящему ощутить реальность партнера.

Указанные феномены, свойственные и игровому поведению, рассматриваются как доказательства того, что предметом таких действий является само действие, тогда как собственно результат остается внешним по отношению к действию. Поэтому действие оказывается направленным на самое себя и становится самодействием.

#### 8.3.1.2 Стереотипизация

**Стереотипизация** - существование однообразного, клишированного сценария поведения, предполагающего предсказуемость и неизменность осуществляемых действий, соответствующих ранее представляемым.

Склонность к стереотипиям, характерная для детей с аутизмом (Каган В.Е., 1981), связана, в частности, и с тем, что "благодаря механической памяти событие или навык сохраняются или воспроизводятся в однажды воспринятом виде".

С нейрофизиологической точки зрения, стереотипии обусловлены снижением пластичности, ригидности, что является следствием изменений корково-подкорковых отношений (см гл.6), данные нейropsychологического исследования позволяют связать их возникновение с дисфункцией правого полушария.

Н.Н.Евреинов (1917) подмечает одну из важнейших характеристик данного поведения. Принимаемая роль приобретает значение "театрально-эротической гипербулии", признаком которой является удовлетворенность не приблизительной импровизацией на тему избранного амплуа, а только лишь совершенным до мелочей перевоплощением, "не только не чуждающимся, а напротив, ищущим исключительно сложного, и притом сложного в строго определенной конкретности, характера", во всей совокупности его психической структуры. Практически о тех же особенностях говорит и Й.Хейзинга (1992) в отношении игрового поведения, когда подчеркивает однотипность игровых и ритуальных форм, а среди формальных признаков игры первоочередное место отводит постоянно повторяющемуся пространственному отторжению игровой деятельности от "обыденной" жизни.

Одним из проявлений стереотипизации парафильной активности является ее территориальность, которой соответствует "игровое пространство". Привязанность к определенным характеристикам окружения выражается в "эротическом театре" *sui generis* где главное в "зрелище" сосредоточивается в обстановке, декорациях" (Евреинов Н.Н., 1917). Так, нами наблюдался больной с педофилией, испытывающий побуждение только в лифтах высотных домов при полном безразличии к идентичным объектам в других условиях. Другой больной каждый раз приходил на одно и то же место и простаивал часами в ожидании подходящей жертвы.

Как верно указывает Р.Барт (1992): "...если садическое путешествие и разнообразно, то садическое пространство единственно и неизменно" Причем садическая закрытость - это "некая самостоятельная ценность существования, некое наслаждение бытием".

Непосредственно связанной с территориальным ограничением является непреложность правил. Регламент играет важную роль в фантастических замках де Сада, точно также как любое отклонение от клишированного порядка наших пациентов способно расстроить уже начавшуюся было осуществляться перверсную активность. Однако это одновременно и одна из основных характеристик игры, которую Хейзинга назвал "изолированностью".

#### 8.3.1.3 Парафилии как игровое поведение

Суммирование перечисленных феноменов с описанными во 2-ой главе *субъектными искажениями* (сглаживание характеристик, определяющих четкость самосознания, в частности, его поло-возрастных параметров, телесного "Я", доходящее до идентификации с объектом, а также отчуждение своего "Я" от собственных действий с возникновением диссоциативных состояний) позволяет сопоставить парафильное и *игровое поведение*. Последнее определяется специфичностью манипулятивной активности, 1) подразумевающей смешение функционально различных типов поведения (например, агрессивного и полового), не связанных с действием соответствующих мотивационных факторов; 2) представляющей собой субъективно свободную и замкнутую в себе деятельность, целиком связанную с индивидуальным воображением; 3) осуществляемой в определенных пределах пространства и времени по непреложным правилам; 4) сопровождающейся отстранением своей субъективности и сознанием нереальности (Берлянд И.Е., 1992; Выготский Л.С., 1996; Эльконин Д.Б., 1996).

Близость девиантной сексуальности и игрового поведения были подмечены довольно давно, хотя и по несколько иным признакам. Й.Хейзинга (1992) указывает на ту легкость, с которой слово, обозначающее игру, используется в эротическом контексте. Однако тут же он подчеркивает, что язык проводит четкое различие между совокуплением и любовной игрой, а игра часто упоминается как эвфемизм любовных отношений, выходящих за рамки социальной нормы. В.М.Тарновский (1885), описывая мазохистическое поведение, подметил один интересный факт: "У известных лиц с влечением к пассивной флагелляции удары сами по себе, даже кровавые, не дают подчас желанного эффекта. Необходимо данному субъекта насильно раздеть, связать ему руки, прикрепить к скамье и т.д., причем он борется, словно желая оказать противодействие, ругается и т.д." Только при такого рода драматической игре достигается полное удовлетворение. Практически к этой же мысли приходит Р.Барт, который при анализе текстов де Сада обнаруживает неисчислимые словосочетания, подчеркивающие сознательную выстроенность эротической сцены, причем обычно садовая комбинаторика определяется неким распорядителем (режиссером). Это впечатление усиливается постоянными краткими ремарками: сцена движется, картина устраивается, в

результате чего возникает сильное ощущение "не то чтобы автоматизма, но игры по детально расписанному сценарию". Й.Хейзинга указывал, что для игры свойственно:

- а) разыгрывание в определенных пределах (рамках) пространства и времени;
- б) то, что она фиксируется сразу, будучи однажды сыгранной, остается в памяти: повторяемость как игры в целом, так и ее внутренней структуры; для нее свойственны элементы повтора, рефрена, чередования;
- в) непреложный порядок, устанавливаемый игрой, в противоположность несовершенству и сумбуру жизни.

Игровое поведение основывается на временном, ограниченном совершенстве, малейшее отклонение от которого расстраивает игру, лишает ее собственного характера и обесценивает.

Специфичность игрового поведения становится очевидной на примере животных.

Р.Хайнд (1975) выделяет следующие основные этологические признаки игрового поведения:

- 1) Незавершенные последовательности движений.

Хотя движения, входящие в игровое поведение, обычно не отличаются от тех, которые встречаются у данного вида в ситуациях с иным функциональным содержанием, в игровых ситуациях последовательности движений часто бывают незавершенными, например, садки без интромиссий у детенышей макак-резусов.

- 2) Выработка новых комплексов движений.

Случайно вырабатываются новые движения, специфичные для игровой ситуации и не имеющие функционального значения помимо нее.

- 3) Смешение функционально различных типов поведения.

Комплексы движений, относящиеся к другим типам поведения, часто оказываются перетасованными, например, совмещаются элементы агрессивного и полового поведения.

- 4) Несоответствие интенсивностей отдельных движений и всей последовательности в целом.

При незавершенности последовательности движений некоторые из них, напротив, могут быть преувеличены по сравнению с нормальной функциональной ситуацией. Часто отдельные движения повторяются много раз подряд, не приводя к следующему элементу последовательности. Может быть изменен и порядок появления элементов: те из них, которые в нормальной последовательности появляются позже, при игре возникают раньше и наоборот.

- 5) На групповые игры другие особи обычно не реагируют серьезно.

Игре предшествует особый сигнал, например, "игровая мимика" у макак-резусов, указывающий на специфический характер этого поведения.

- 6) Игровое поведение вызывается самыми разнообразными раздражителями.

В игре происходит манипуляция предметами, которые при других формах поведения не вызывают таких игровых движений.

- 7) У высших млекопитающих игру молодых животных часто начинает взрослое животное.



Р.Хайнд отмечает: "... Игровое поведение не связано с действием устойчивых мотивационных факторов ... так, элементы агрессивного и полового поведения могут появляться, когда животное не испытывает ни агрессивного, ни полового побуждения. Игровое поведение может прекратиться, не достигнув "завершающей" ситуации. Так, те же попытки садок у молодых обезьян могут не приводить ни к интромиссиям, ни к эякуляции; вероятно, они ослабевают в результате выполнения других элементов акта спаривания. С другой стороны, игровое поведение может повторяться много раз подряд, несмотря на то, что каждый раз оно приводит к "завершающей" ситуации".

В аномальном сексуальном поведении, по-видимому, нет ни одного элемента, которому не мог бы быть подобран этологический аналог. И тем не менее феномен сексуальной трансгрессии является чисто человеческим, так как в своем целостном виде он остается исключительно специфичным. И поскольку основным, что отличает *homo sapiens* от других видов, является сознание, мы вправе допустить, что именно это отличие напрямую связано с перверсностью, которая может быть понята только изнутри переживания как такового.

Если игра есть не что иное как иллюзорная реализация нереализуемых желаний, то основным механизмом в игре является воображение, т.е. специфическая человеческая форма деятельности сознания (Выготский Л.С., 1996). Точно также Н.Н.Евреинов (1917) видел в аномальных формах сексуального поведения лишнее подтверждение эгоистической тенденции "театра для себя". Эти сцены у зеркала при аутоэротизме - "театр с репертуаром спокойным, весьма однообразных и мало внешне содержательных идиллических пантомим. Театр "никому не мешающий". Это как раз тот вид активности, где действие либо окончательно сосредоточивается на внутренних психических процессах воображения и фантазии, либо подготавливается, вызревает для последующей реализации измененной сексуальности. Таким образом, самым важным является то, что данные формы поведения нередко представляют из себя поведение не просто скрываемые, но и целиком связанное с индивидуальным воображением, т.е. тем, что Евреинов как раз и называл "театром для себя".

При этом действие в воображаемом поле, в мнимой ситуации становится возможным благодаря тому, что в этой "мыслимой" ситуации поведение определяется не непосредственным восприятием вещи (resp.- объекта), а смыслом этой ситуации, что достигается разделением вещи и слова, ее означающего. Последнее, по-видимому, и лежит в основе деперсонификации и символизации, позволяющих разрушить целостность объекта с вычленением необходимых его характеристик, стимулирующих определенные переживания, соответствующие более раннему возрастному периоду.

Л.С.Выготский (1982), разделяя мнение Е.К.Сеппа и Э.Кречмера, писал: "...те механизмы, которые управляют нашим поведением на ранней ступени развития... не исчезают у взрослого человека вовсе; они включены как вспомогательный исполнительный механизм в состав более сложной синтетической функции. Внутри нее они действуют по другим законам, чем те, которые управляют их самостоятельной жизнью. Но когда высшая функция почему-либо распадается, сохранившиеся внутри нее подчиненные инстанции эмансипируются и снова начинают действовать по законам своей примитивной жизни... Расщепление высшей функции и означает в условном, конечно, смысле как бы возврат к генетически уже оставленной ступени развития". Подтверждением тому является психопатологическая феноменология. Так, Т.Н.Гордовой (1938) был приведен ряд наблюдений кататимного перехода в содержание состояний нарушенного сознания у эпилептиков детских переживаний, аффективно в свое время насыщенных, потом забытых и позднее неоднократно стереотипно продуцируемых только в состояниях неясного сознания с регрессом в тот период детства, который соответствовал времени переживания.

Не случайно и само содержание парафильного поведения, отражающего в первую очередь те структуры сознания и самосознания, формирование которых происходит в определенных возрастных пределах. Незавершенность становления этих структур, их неопределенность и размытость заставляет вновь и вновь обращаться к экспериментированию с ними в парафильных реализациях.

Это становится возможным только при условии возврата к тому периоду детского сознания, в который та или иная проблема развития самосознания не была разрешена должным образом, т.е. не обыграна в полной мере. Этот регресс к детскому состоянию сознания достигается примерно тем же путем, который используется и при игровом поведении, когда резко разделяются два мира: мир обыденный и мир сугубо индивидуальный, не только от взрослых и соответствующих табу независимый, но и построенный по своим особым внутренним законам, отличным от законов внутреннего мира взрослых. При этом характерное поведение и соответствующие иллюзии сохраняются лишь до тех пор, пока длится игровая ситуация, по ее завершению меняется не только поведение, но и восприятие тех же самых предметов.

Поэтому все вышеописанное своеобразие феноменологии парафильного поведения, возможно, не имело бы особого смысла, если бы не касалось напрямую состояния высших психических функций. Дело в том, что структурам поведения соответствуют и структуры сознания (Берлянд И.Е.,1992), не только создающие качественно своеобразный игровой мир парафильного действия, но прежде всего - его основу в виде особого состояния сознания с его диссоциацией.

*Психологическим механизмом диссоциации представляется дезидентификация. В рамках психосинтеза была предложена своеобразная формулировка, описывающая роль идентификации в регуляции поведения и эмоций: "над нами доминирует все, с чем "Я" идентифицирует себя, мы можем контролировать все то, с чем "Я" себя дезидентифицировало" (Assagioli R.,1985). По сути, это принцип превращения эгосинтонии в эгодистонию, и, вероятно, он лежит в основе такого вида психологической защиты как проекция, с одной стороны, с другой - в основе таких психопатологических феноменов, как произвольность, спонтанность, отчужденность, насильственность и овладение (по мере нарастания степени дезидентификации).*

R.Assagioli (1985) выделяет такие виды самоидентификации, как доминантная - отождествление себя с наибольшей ценностью или с доминирующей функцией, и ролевая - отождествление с социальной ролью. По его мнению, эти виды самоидентификации имеют отрицательные последствия:

- 1) индивид не знает и не реализует себя на самом деле;
- 2) идентификация с одной частью личности исключает или значительно уменьшает способность к самоидентификации с другими частями личности
- 3) сам жизненный процесс делает поддержание этих самоидентификаций невозможным, так как меняет ресурсы личности.

Методика "дезидентификации", предлагаемая R.Assagioli, является иллюстрацией возможности идентификации человека только, к примеру, с эмоциональной сферой эталона или с его мышлением. Подобные "парциальные" идентификации можно представить в виде появления и обособления субличностей, связанных с нерешенными конфликтами на разных стадиях развития (Assagioli R.,1985) с фиксацией онтогенетически

ранних форм поведения (регрессия). Определенный круг нерешенных идентификационных проблем характерен и для лиц с парафилиями.

Э.Бадентэр (1995) считает, что становление мужской идентичности идет через отрицание и дифференциацию, когда мужчина убеждается сам и убеждает других, что он - не ребенок, не женщина, не гомосексуалист. Хотя последнее отрицание представляется искусственным, любопытно отметить совпадение дихотомий деперсонификации и предлагаемых стадий онтогенеза идентичности.

Предлагаемые в гл.4 два механизма идентификации с объектом: - с его эмоциональным состоянием и с его определенными характеристиками - не альтернативны, это идентификация с "измененным", как бы неполным объектом.

Завершающим этапом идентификации, по А.И.Белкину (1972), является выбор референтной группы. Изучение лиц с парафилиями показывает, что у них такая группа либо отсутствует и поведение представляет из себя ее поиск, либо на подсознательном уровне выбрана группа противоположного биологического пола, что выражается в предпочтении общения с женщинами.

Второй нерешенной в онтогенезе проблемой для таких лиц является готовность к эмоциональному сопереживанию с эталоном. Очевидно, один из путей блокирования решения этой проблемы является дефект эмпатии у подобных индивидов.

Для лиц с парафилиями также характерным нарушением является отсутствие разведения объекта референции (эталона) и объекта сексуального влечения. На языке психологов этот феномен описывается как близость идеального объекта сексуального влечения (предпочитаемого партнера) и идеального "Я". В сексологическом аспекте это выражается в интенсивности аутоэротического компонента либидо.

Четвертая проблема связана с процессом дистинкции - отвержения, негативизации противоположного пола, которая в норме предшествует первой фазе идентификации - выбору эталона. Нарушение этого процесса, очевидно, связано с подсознательной фиксацией негативного образа своего пола, характерного для определенного этапа психосексуального развития у мальчиков (Каган В.Е., 1992).

Однако данные особенности означают не просто актуализацию инфантильных форм активности. Такие элементы, как спонтанность крайне эмоционально насыщенного поведения с жесткой предметной фиксацией, исчезновением критического "взгляда со стороны" и потерей ощущения собственной индивидуальности и ликвидацией границы между воображаемым миром и социальной действительностью, характерные для аутистической игры (Спиваковская А.С., 1980), позволяют отнести это поведение к патологическим вариантам.

Констатация приведенных объектных искажений позволяет взглянуть на парафильное поведение как на один из вариантов патологического игрового поведения. А.С.Спиваковская (1980) приводит несколько признаков нарушения формирования адекватных представлений о функциональных свойствах предметов при аутистической игре:

- а) формальность замещения;
- б) расширение диапазона возможных заместителей;

- в) замещение при грубом упрощении операции, редукции многих звеньев, часто минуя ее;
- г) опора лишь на одно из внешних свойств;
- д) использование предметов, не совпадающих с замещаемыми ни по физическим, ни по функциональным свойствам, выбираемых по сходству в разнообразных физических эффектах, которые достигаются при манипулировании предметами;
- е) выбор заместителей по общему перцептивному сходству с замещаемым предметом при грубом расхождении физических и функциональных свойств.

В тесной связи с эволюционно-биологическим подходом находится развитие дизонтогенетической концепции, рассматривающей в качестве основного патогенетического механизма психический дизонтогенез как следствие нарушения созревания структур и функциональных систем головного мозга. В рамках этой концепции, наряду с различными типами ретардации и асинхронии, значительное место занимает механизм высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования, при которых могут проявиться модели поведения, свойственные детству и подавляемые с возрастом (Ковалев В.В., 1985).

M.Gross, E.Charnov (1980), изучая половое поведение ушастого окуня, описали следующие типы самцов:

- 1) "заботливые" - строят и охраняют гнезда, оплодотворяют икру, заботятся о мальках;
- 2) "воришки" - после того, как самка отнерестится, быстро проникают в гнездо и оплодотворяют часть икры;
- 3) "спутники" - окраской и поведением имитируют самку. Авторы установили, что третий вид самцов характеризуется отсутствием территориального поведения, заботы о потомстве. Они считают, что "паразитические" стратегии второго и третьего вида самцов связаны с их ранним половым созреванием - до 2 лет, в то время как первый тип не имеет репродуктивной активности до 7 лет.

Приведенный пример говорит о том, что темп созревания (скорость онтогенеза) связан с особенностями полового поведения. Кроме этого, очевидно, что сохранение в эволюции первого типа поведения более целесообразно, поэтому задержка развития всегда будет достаточно распространена в популяции. В связи с этим уместно вспомнить точку зрения L.Bolk (1926), который полагал возможным говорить об эволюционной тенденции к неотенизации человека, т. е. "сохранению у взрослого организма черт детства". Интересно, что есть примеры, показывающие использование этой тенденции при адаптации организмов: так, известен паразит личинок мучного хрущака *Nosema*, который выделяет аналог ювенильного гормона, поддерживающего личиночное состояние "хозяина".

В.П. Самохвалов (1994) считает, что имеется соответствие этологических механизмов механизмам психического дизонтогенеза, выделенным В.В.Ковалевым (1979). Так, понятие "задержки" соответствует понятию ослабления вследствие неразвитости в онтогенезе конкретных форм поведения; механизм регресса прямо совпадает с одноименным этологическим понятием; для асинхронии развития характерны переадресация и смещение.

В этом плане смена объекта сексуального поведения может рассматриваться как переадресация. Фиксация смещения, наблюдаемая в психопатологии, выражается в виде сверхценных и навязчивых идей и стереотипий. При аффективных психопатиях высокий уровень агрессии может смещаться в сексуальные правонарушения. Чем интенсивнее фактор смещения, тем глубже регресс, а регрессивное поведение всегда менее видоспецифично, чем предваряющее его.

### 8.3.2 Филогенетический регресс

С этих позиций само по себе содержание парафильного поведения, представляющее иногда столь причудливым, уже не кажется неожиданным, а является закономерным отражением все того же филогенетического регресса психосексуальности и происходит в полном соответствии с *этологической моделью*.

К.Фройд (1988), исходя из общих закономерностей прекопулятивного поведения животных и человека, предложил для понимания парафилий теорию расстройств ухаживания, согласно которой причины аномального полового поведения коренятся в нарушениях сексуального прекоитального взаимодействия. Она исходит из положения, что обычное сексуальное взаимодействие представляет собой непрерывную последовательность четырех сменяющих друг друга фаз. Первая заключается в выборе потенциального партнера и ограничивается его визуальным изучением. Вторая - претактильного взаимодействия - включает принятие соответствующей позы, улыбку и вербальную коммуникацию. Третья фаза включает тактильное взаимодействие, и четвертая - генитальную связь. В свете этой теории каждая аномалия сексуального поведения может быть рассмотрена как преувеличение или искажение одной из четырех нормальных фаз.

Концепция Фрейда вряд ли может рассматриваться в качестве исчерпывающей теории формирования парафилий и в том числе садизма. Объясняя в лучшем случае одну из характерных черт парафильного поведения, а именно - предпочтение анонимного взаимодействия с жертвами и трудности гетеросексуального сближения, эта теория не может прояснить причины возникновения этих нарушений самих по себе.

Этологическая модель скорее указывает на аналогии парафилий с социогенитальным поведением животных, а следовательно, и на механизм формирования этих аномальных вариаций поведения, представляющих собой фиксацию ранних онтогенетических/филогенетических стереотипов либо регрессивный возврат к ним, определяя содержательные трансформации сексуального поведения.

#### 8.3.2.1 Воспроизведение социогенитальных форм видового поведения

Наиболее показательны работы, содержащие примеры поведения, сходного с эксгибиционистским, у самцов обезьян, в целом свидетельствующие о том, что генитальная эрекция может быть связана с иными аффективными состояниями, нежели только сексуальное.

У приматов эксгибиция может быть частью игры, предваряющей копуляцию. Обезьяны саймири показывают эрегированный половой член не только при ухаживании, но и при агрессии, приветствии и перед собственным отражением в зеркале (Ploog D.W., 1966). W.Wickler (1967) описал караульных павианов и зеленых обезьян, которым

эрегированный пенис служит сигналом тревоги для других особей, предостерегая их от вторжения. Если подходит незнакомый член рода, ему демонстрируется эрекция. Гамадрилы в тех же целях используют ослабленный пенис. У некоторых этих родов наблюдались анатомические изменения, когда пенис становился особенно ярко окрашенным, что повышает его сигнальную ценность. R.E.Miller и J.H.Banks (1962) утверждают, что демонстрация эрегированного пениса является агрессивной, тогда как представление ослабленного пениса - успокаивающей реакцией, хотя иногда и ослабленный, и эрегированный пенис у различных родов используется как предостережение. У людей сходные тенденции наблюдаются у первобытных племен и лежат в основе некоторых ритуалов совокупления, все более и более замаскированных по мере возрастания изощренности культуры (Roper P., 1966).

В животном мире существуют примеры прямого сексуального насилия. Эти случаи описываются под названием принудительной копуляции (Мак-Фарленд Д., 1988). Так, самец скорпионовой мухи во время ухаживания обычно приносит самке свадебный подарок, чаще всего это мертвое насекомое, вытащенное из тенет паука. Копуляция происходит, пока самка ест подарок. Иногда же самец принуждает самку к копуляции и без подарка. В этом случае он оказывается в выигрыше, поскольку ему не нужно рисковать во время поисков подарка. Однако степень успешности принудительного спаривания невелика, поэтому к такой стратегии насекомые прибегают в крайнем случае.

Хотя сексуальная агрессия сравнительно редка среди человекообразных обезьян, есть несколько наблюдений подобного поведения. Так, имеются случаи, когда дикие шимпанзе загоняют самок на деревья, с которых те не могут убежать. Исследователи также указывают, что поведенческий репертуар ухаживания у шимпанзе включает ряд элементов, свойственных агрессивным проявлениям. Однако чаще всего агрессивное сексуальное поведение обнаруживают молодые самцы.

Известны примеры полового поведения, сочетающегося у животных с причинением боли. На один из таких примеров ссылался еще Р.Краффт-Эбинг, который при анализе садомазохизма приводил наблюдение одного из представителей низшего животного мира, у которого в "любовном луке" - острой известковой палочке, скрытой в особой пазухе живота, но выступающей наружу при совокуплении, содержится раздражающий половой орган, являющийся одновременно болевым возбудителем. Причиняют своим сексуальным партнерам страдания и самцы норки. В 1891 году американский ученый Кирнан попытался объяснить садизм, исходя из воззрений на конъюгацию (половой акт некоторых низших животных) как на акт каннибализма с поглощением партнера. К этому он присоединил известные факты поведения раков, которые при половых сношениях откусывают друг у друга части тела. Самки пауков в подобных случаях откусывают голову у самцов, были известны и другие "салистические" акты животных по отношению к участникам совокупления. Сравнивая эти проявления с салистическим поведением у людей, он, считая, что половой голод и половое влечение в основе идентичны, заявлял, что половой каннибализм низших животных имеет место и у высших, в том числе у человека, и что садизм представляет явление атавизма.

П.Б.Ганнушкин (1964), цитируя Ломброзо, прямо называет садизмом такие примеры поведения животных, как злобность верблюда, который в период течки кусает всех особей своего вида; убийство в Гамбургском зоологическом саду самцом кенгуру самки и детенышей во время вспышки полового возбуждения; кенара, который часто в подобных случаях разрушает собственное гнездо и разбивает яйца, убивает самку и для его укрощения необходимо дать ему двух; самок пауков некоторых пород, более крупных, чем самцы, которые втягивают в паутину самца и убивают его после спаривания.

Если согласиться, что поведенческий паттерн ухаживания сформировался путем ритуально зафиксированного переориентирования из поведенческого акта, который мотивируется внутривидовой агрессией (Лоренц К., 1994), то агрессивно-садистическое поведение логично представить как крайний вариант обнажения архаичных механизмов.

К тому же кругу относится и поведение доминирования и иерархии. Р. Докинз (1993), объясняя исчезновение *os penis* в эволюции, считает, что эрекция, которая пришла ей на смену, является не только показателем здоровья, но и статуса самца в иерархической группе. По-видимому, этим объясняется ценность эрекции во многих человеческих культурах. Он приводит пример рассматриваемого поведения: самец сверчка начинает чаще ухаживать за самками, если недавно вышел победителем в драке с другим самцом, и называет этот феномен "эффект герцога Мальборо", исходя из записи в дневнике герцогини: "его светлость вернулся сегодня с войны и, не снимая сапог, дважды доставил мне удовольствие".

Данный вид поведения является базисным для формирования гиперролевого поведения и садизма, всякой сексуальной агрессии вообще, в том числе и изнасилования (возможно, кроме группового, где решающую роль может играть растормаживание имитационных механизмов). Представляется, что он является наиболее распространенным способом компенсации внутриспсихического конфликта, наблюдающегося при расстройствах половой идентичности. Часто наблюдаемое у лиц с парафилиями сочетание аутоагрессии (нанесение самоповреждений) и агрессии и, как частный случай, садистических и мазохистических тенденций, заставляет предполагать наличие у таких индивидов рассогласования социального и биологического рангов. Как частный случай аутоагрессии может рассматриваться "рискующее" поведение, тесно связанное с сексуальным возбуждением.

В работе D.E. Davis (1958), который изучал поведение домашних мышей, было показано, что при низкой плотности популяции преобладает территориальное поведение, а увеличение плотности ведет к усилению иерархического. Исходя из этого, можно ожидать, что среди форм парафильного поведения в городах будут преобладать агрессивно-садистические, связанные с насилием, а в сельской местности более мягкие - эксгибиционизм, фетишизм.

#### 8.3.2.2 Выбор объекта по внешним признакам

Внешние признаки объекта, являющиеся стимулами для запуска определенного, в частности сексуального, поведения, в этологии определяются как релизеры.

Н. Тинберген (1993) считал источниками релизеров движения намерения и смещенную активность, которые анализируются ниже.

По мнению D. Morris (1969), прямохождение человека в связи с экспонированием индивидами друг другу фронтальной части тела привело к тому, что релизеры сексуального поведения, служащие для опознавания пола и взаимных сексуальных демонстраций, переместились вперед. У самок обезьян релизеры расположены в аногенитальной области, поэтому он считает, что грудь женщины имитирует ягодицы предчеловека, губы-половую щель. В связи с этим можно предполагать, что такие формы сексуальных контактов, как анальный коитус и фелляция, наряду с эротизирующим воздействием ягодиц являются в какой-то степени архаизмами и их предпочтение может отражать известный регресс сексуального поведения.

Представляют интерес, в частности, особенности восприятия цвета и внешнего облика другого человека и изменения восприятия его субъективности.

И. Ц в е т. I.Eibl-Eibesfeldt (1995) отмечает, что основные цвета воспринимаются всеми народами одинаково. Очевидно, это имеет биологическую основу, отраженную в теории Э.Геринга об оппонентных цветовых парах (черный - белый, красный - зеленый, желтый - синий), которая нашла подтверждение на нейроанатомическом уровне. Красный цвет особенно привлекателен, хотя иногда вселяет тревогу (это цвет многих съедобных плодов, с другой стороны, это цвет крови).

Часто встречающимся релизером (запускающим стимулом) сексуального поведения является красный цвет (губы, ногти). Известен факт красного окрашивания аногенитальной области самок обезьян в рецептивном периоде. Безусловность этого стимула подтверждается примером - описано возникновение эякуляции у быка при виде красного цвета столба (но не в крытом помещении). По-видимому, похожим действием, по крайней мере, в отношении к человеку, обладает и черный цвет.

Сочетание "белое, красное, черное" "представляет архетип человека как процесс переживания наслаждения и боли " (Тернер В., 1983). В алхимической традиции и культуре народности ндембу эти цвета означают: белый - жизнь, женское; красный - мужское, кровь, агрессивность; черный - соединение мужского и женского, смерть, зло, половое влечение (Янышин П.В., 1996).

В.Ф.Петренко (1983) выделяет денотативные - предметно-отнесенные, и коннотативные - эмоционально-отнесенные (эмоционально-синестетические) компоненты визуального образа. Коннотативные значения не усваиваются в онтогенезе, а основаны на генетически фиксированном механизме синестезий - глубинных механизмов сознания, оперирующих на допредметном уровне репрезентации объекта и осуществляющих закономерную трансформацию содержания одной перцептивной модальности в форму любой другой модальности. Предполагается, что существует некий универсальный словарь или трансформационный код перешифровки языка одной модальности на язык другой - вот почему в жесте, рисунке, движении, звуке или цвете выражается одно и то же содержание. Именно механизм синестезий должен рассматриваться как обеспечивающий на начальных этапах формирования образа голографический изоморфизм внешнего мира и образа восприятия. Возможно, что синестезии - архетипические структуры категоризации сознания и имеют видовую принадлежность. Механизм синестезий лежит в основе метафорообразования, представлений и фантазии.

Однако описанные выше у лиц с парафилиями необычные реакции на вид крови - от возбуждения, иногда сексуального, а чаще - недифференцированно-агрессивного, до тошноты и слабости, заставляют задуматься о нарушении либо механизмов перекодировки, либо о существовании у таких лиц измененных синестезий.

J.Grinder & R.Bandler (1975) сформулировали понятие "нечетких функций", под которым они понимали любое моделирование, осуществляемое в условиях, когда модальность входного или выходного канала отличается от модальности репрезентативной системы, вместе с которой он применяется. В психофизиологии этому соответствует понятие "синестезия", характеризующее взаимодействия анализаторов. Нарушения взаимодействия анализаторов при психических расстройствах, в частности, при поражении гипоталамуса, были рассмотрены И.М.Фейгенбергом (1975). Г.Е.Введенский (1990) подчеркивал сходство клинической картины исходных галлюцинаторно-параноидных состояний при шизофрении с особенностями очаговых поражений



головного мозга у неправоруких именно в плане нарушений взаимодействия анализаторов, что, возможно, обусловлено искажением взаимоотношений полушарий мозга, проявляющемся, в частности, снижением степени функциональной асимметрии.

J.Grinder, R.Bandler (1975) считают, что такие сочетания различных ведущих и репрезентативных систем, как визуально-кинестетическое, аудиально-кинестетическое формируются в раннем возрасте, усиливаются при стрессах и связаны с положением тела. Вербально они могут проявляться в форме высказываний типа "вижу-чувствую", "слышу-чувствую", которые авторы называли "комплексными эквивалентностями" и сравнивали по значению для организации восприятия с "опережающими обратными биологическими связями". В качестве примера они приводят выражение "вижу кровь-чувствую возбуждение", которое может отражать один из механизмов формирования садизма. Есть данные, что подобный механизм действует и при формировании невротических синдромов, так, И.В.Родштат (1979) выявил нарушение вероятностного прогнозирования и трансформации знаковых систем (визуализации слова в образ) при неврозах.

Существуют и другие точки зрения. D.Gordon (1979) подчеркивает, что понятие репрезентации в сознании означает не только селективное внимание к какой-либо модальности, но и придание значения стимулу, осуществляющееся через корреляцию перцептуального опыта. Он считает, что паттерны синестезий могут быть генетически обусловлены, сформированы культурально и определяться биологическими особенностями и прошлым опытом индивида. Таким образом, нечеткие функции (комплексные эквивалентности) следует рассматривать как обычный психологический механизм, набор же таких нечетких функций у данного индивида будет в определенной степени уникален за счет уникальности его прошлого опыта.

II. Л и ц о. В ряде работ выявлена положительная корреляция между привлекательностью женщины и выраженностью у нее неонатальных (т.е.свойственных новорожденному) признаков, таких, как большие глаза, небольшой нос и маленький подбородок (Cunningham M.,1986), маленький рот (Fauss R.,1988). В связи с этим I.Eibl-Eibesfeldt (1995) замечает, что мужчинам нравятся женщины, сочетающие полноценные половые признаки зрелой самки с детоподобным личиком. По его мнению, такой "педоморфизм" включает защитное, покровительственное поведение. Возможно, этот механизм играет значительную роль в патогенезе педофилии,

Важность анализа стимулов, запускающих сексуальное поведение, наиболее ярко иллюстрируется существованием такого вида парафилий, как фетишизм. Фетишем может быть не только часть одежды, обувь, но и другие признаки. При этом, по сути, наблюдается регрессия либидо на стадию "частичных влечений" (Фрейд З.,1905) или сокращение числа стимулов, вызвавших первоначальную реакцию как признак автономности комплекса фиксированных движений, о чем будет говориться ниже.

Основой для восприятия отдельных признаков объекта служат, очевидно, особенности психической деятельности у лиц с аутизмом, отмеченные В.Е.Каганом (1981): зрительное внимание избирательно или фрагментарно, запоминаются также фрагменты зрительных образов, с фиксацией малозначащих предметов и деталей ситуации. Нейропсихологическое исследование подтверждает сохранение у лиц с парафилиями подобной избирательности внимания и фрагментации зрительного восприятия.

III. Д е п е р с о н и ф и к а ц и я. Из этологических аналогов уместно упомянуть о двух феноменах. "Замирание" у некоторых видов животных может служить сигналом запуска копулятивной активности (Синьоре Ж.-П., 1993), и неподвижный предмет подходящих

размеров используется для сбора спермы. Другой пример касается уже области патологии. В литературе приводятся описания различных нарушений полового поведения у котов с повреждением амигдалы. Такие животные пытались спариваться с представителями не только своего пола, но и других видов, с неодушевленными предметами, вплоть до цепного спаривания, при котором животное пыталось спариться с задним из пары уже копулирующих животных (Schreiner L. et al., 1953). W. Hagamen et al. (1963) описали то же поведение у неоперированных котов, привыкших к спариванию с самкой в определенном помещении, что свидетельствует о принципиальной возможности запуска подобного поведения другими стимулами.

Можно предполагать участие в генезе данного феномена, кроме амигдалы, височной доли правого полушария, в которой у приматов обнаружены группы высокоспециализированных нейронов, отвечающих за лицевой гнозис. Несомненна роль фрагментарности восприятия и нарушений зрительной памяти.

На психологическом уровне "деперсонифицированный" характер восприятия другого человека при педофилии проявляется в нечеткости восприятия половозрастных особенностей объекта, при некрофилии в рисуночных методиках - изображением людей, в прямом смысле лишенных одушевленности или признаков жизни.

Ликвидация вышеупомянутых характеристик объекта, очевидно, повышает возможность проекции особенностей субъекта на объект и идентификации с ним. По отношению к субъекту деперсонификация предстает как парциальная дезидентификация.

От описанного феномена следует отличать деперсонификацию как психологический механизм, когда нивелирование образа достигается его упрощением и сведением к какой-либо одиночной функции ("вероломный враг"), при этом задействован только уровень категориального обобщения.

Приведенные суждения нисколько не отменяют ту же дизонтогенетическую концепцию, описывающую конкретный механизм формирования парафилий. Примеры ювенильного поведения у взрослых животных позволили сделать вывод, что у них сохраняются, хотя и в скрытом виде, механизмы, контролирующие эти формы активности, и что они вновь становятся актуальными, когда возникают препятствия при осуществлении поведенческого акта, характерного для поведения взрослого. По-видимому, сам по себе регресс и следующее за ним первоначально воспроизведение конкретного поведенческого рисунка не происходят случайно. Собственно, регресс возвращает к определенному чувствительному периоду онтогенеза, ознаменованному неким первособытием, которое воспроизводит хотя и реликтовые, но сложные формы индивидуального поведения. Последние могут импринтироваться в силу соответствия предрасположения индивида к определенному мотивационному научению, существования унаследованной реакции на заучиваемую стимуляцию (Вальдман А.В., Пошивалов В.П., 1984), и, следовательно - их приемлемости среди иных конкурентных раздражителей. Во многих случаях удается выявить и описать некоторые характерные черты данного первособытия: незавершенность действия, которому обычно сопутствуют интенсивные и эмоционально контрастные, смешанные аффективные состояния. Предлагавшиеся различными авторами концепции онтогенетического возврата апеллировали к утере сексуальным поведением дифференциации (ассимиляции). По мере перехода от онтогенетически значимого к филогенетически активируемому происходит утеря дифференциации переживаний с их сменой на внеличные, архаичные и потому безотчетные и произвольные аффекты. Последние при этом могут совершенно не соответствовать осознаваемым побуждениям и потому восприниматься как абсолютно чуждые, насильственные образования. В целом

нетрудно усмотреть близость этой аргументации и терминологии с теорией Джексона о диссоциации как нарушении дифференцировки с нисхождением к более примитивным психическим структурам и их расторможением, вырастающим до гиперфункции.

Из сказанного понятно, что на определенном уровне регрессии психологические механизмы не действуют, и паттерн аномального сексуального поведения может объясняться только с этологической точки зрения. Это означает, что личность и сознание индивида не участвуют (или их роль минимальна) в регуляции такого поведения, оно подчиняется общебиологическим, видовым закономерностям, и составление "психологических портретов" подобных людей сводится к описанию типов личностей, при которых возможность произвольной регуляции поведения минимизируется. В клинике парафилий заметно, что число личностных радикалов, при которых наблюдается аномальное сексуальное поведение, достаточно ограничено и в основном исчерпывается шизоидным, истероидным и эпилептоидным.

### 8.3.3 Полодиморфический регресс

В данном случае речь идет о характерном для филогенетического и онтогенетического регресса *воспроизведении фемининного поведения*.

Существенно, что происходящее в этих случаях движение происходит в полном соответствии с филогенетическим и онтогенетическим правилами полового диморфизма, согласно которым признак эволюционирует от женской формы к мужской, поскольку в онтогенезе происходит возрастное запаздывание любого признака у женского пола (Геодакян В.А., 1993), причем это касается и симптомокомплекса "маскулинность/фемининность", имеющего закономерную возрастную динамику, вектор которой направлен в сторону дифференциации маскулинности от фемининных образований (Кочарян А.С., 1996). Возможно, что именно здесь разгадка *полового диморфизма* парафилий, заключающегося в подавляющем преобладании их у мужчин. Хотя указания на случаи девиантного сексуального поведения у женщин и имеются (O'Connor A.A., 1987; Grier P.E., Clark M., Stoner S.B., 1993; Zaviacic M., 1994), они остаются казуистичными. Предлагаемые же объяснения данного факта - например, выведение его из различий интрапсихических механизмов регуляции самооценки, которая якобы заключается в фокусировании конфликтующих влечений у женщин на репродуктивных аспектах, а не на сексуальности, как у мужчин (Beier K.M., 1995) - констатируют хотя и вероятные, однако, вряд ли фундаментальные патогенетические элементы.

В основе половой дифференциации лежит принципиальное отличие между мужчинами и женщинами, заключающееся в том, что наследственная норма реакции - т.е. способность генотипа реагировать на изменение Среды у женского пола шире, чем у мужского (Геодакян В.А., 1993). Вследствие этого на развитие мальчиков определяющее влияние оказывает наследственность, а девочек - среда. У мужчин поэтому должны преобладать биологически детерминированные, т.е. филогенетически более старые формы реагирования, тогда как у женщин - социально-детерминированные, что, в конечном счете, и объясняет половой диморфизм аномального сексуального поведения.

После возникновения эволюционной теории Ч.Дарвина появились первые попытки объяснения аномального сексуального поведения с эволюционных позиций. Этому способствовали обнадеживающие результаты сопоставления сексуального поведения человека и животных, которые стали подвергаться направленной систематизации.

Поскольку отправной точкой при этом являлось основополагающее понимание полового диморфизма как результата процесса эволюции, первыми обратили на себя внимание примеры инвертированного сексуального поведения.

Сам Ч.Дарвин высказал мысль о том, что в каждом индивидууме (растении или животном) имеются вторичные половые особенности противоположного пола. В последующем это положение было развито целым рядом ученых, в том числе Вейсманом, которые, опираясь на факт "скрытого присутствия противоположных половых черт", утверждали, что бисексуализм - характерный и неотъемлемый признак высших позвоночных животных и человека.

Появились и конкретные доказательства из мира животных. Так, Kellch (1834) и Perogallo (1863) сообщали о наблюдавшихся ими случаях гомосексуального и бисексуального поведения самцов-жуков некоторых пород. А.Массиоли (1883) описывал гомосексуальные проявления у самок и самцов почтовых голубей. При этом самцы совершали гомосексуальные акты даже в присутствии самок. Он расценивал эти проявления как нарушение половой дифференциации в результате половой дегенерации. Он также сообщал о наблюдениях над самцами попугаев, которые при отсутствии самок в клетке в течение длительного времени совершали друг с другом половые акты. А.Молль (1897) цитировал описания овец и коз, которые обнаруживали признаки психосексуального гермафродитизма и проявляли как гомосексуальные, так и бисексуальные тенденции к особям своего пола.

Очевидно, даже у человека существует морфологическая основа бисексуальности - так, G.Dornier (1978) предполагает наличие одновременно существующих двух реципрокных нейрофизиологических систем - маскулинной и фемининной, одна из которых обычно находится в активном состоянии, а другая - в заторможенном. Как доказательство этого может рассматриваться приведенное Ю.А.Кушневым (1990) описание случая "посттравматического" гомосексуализма - возникновения гомосексуального поведения у ранее гетеросексуальной личности после травмы черепа.

Р.Milner (1973) подчеркивает, что "с поведенческой точки зрения животные никогда не ведут себя исключительно как самки или самцы", а "если характерное для данного пола поведение наталкивается на какое-либо препятствие, то может проявиться поведение, свойственное другому полу" (Morris D., 1955).

Для конфликтных ситуаций у животных характерны некоторые типы половой инверсии. Эти явления обычно объясняют тем, что половое возбуждение у животных обоих полов усиливает тенденцию демонстрировать типичные акты полового поведения, характерного как для самцов, так и для самок, однако у самцов преобладают первые реакции, а у самок - вторые. Причем проявления инверсии могут касаться не только полового, но и иных форм поведения. Так, у самок мышей и многих других видов млекопитающих наблюдается положительная корреляция между доминированием в агрессивных ситуациях и половым поведением, характерным для самцов (Хайнд Р., 1975).

В этологии известно (Новожинов Ю.И., 1991) явление протогении - смены пола в онтогенезе (например, каменные окуни мероу, петрометопон) которое представляется как бы эволюционно переходным от гермафродитизма (одновременной двуполости) к половому диморфизму. Известны рыбы-губаны, у которых единица сообщества - самец с гаремом из 3-6 самок и несколько неполовозрелых особей. После смерти самца у доминантной самки происходит инверсия пола и она начинает функционировать как доминантный самец, при этом генотип самца подвергается рекомбинации. У морского

окуня пол не определяется хромосомами в момент зачатия, и каждый индивид может выступать в роли и самца, и самки. Данный вид образует моногамные пары, причем партнеры поочередно выступают то в роли самца, то в роли самки, во время нереста у них вырабатывается то икра, то молоки. Пары, в которых роли распределяются неравномерно, обычно распадаются (Fischer E., 1980).

Совсем экзотическим примером является *Sacculina* - рачок-паразит крабов, который изменяет пол молодых самцов-хозяев на женский.

Эволюционный смысл описанных фактов может быть представлен в двух аспектах: с одной стороны, инверсия пола выступает как регулятор соотношения полов и числа взрослых, с другой - достигается выгода, чтобы часть потомства была временно или постоянно стерильной (для помощи в гнезде, "рабочие", "солдаты").

Аналогичные феномены у человека на психологическом уровне описывал К.Юнг (1993), анализируя отношения между "анимой" и "анимусом" в онтогенезе.

В.Е.Каган (1981) приводит данные, что при аутизме и парааутистических расстройствах соотношение мальчиков и девочек отличается своеобразной динамикой: если при психических расстройствах вообще это соотношение выравнивается с возрастом, то при начале детского аутизма на 1-ом году оно составляет 1:1, на 2-ом - 2:1, на 3-ем - 5:1. В.А.Геодакян (1993), анализируя связь полового диморфизма с функциональной асимметрией мозга, предполагает существование лиц с ненормально малым половым диморфизмом. Для них свойствен смешанный тип индивидуального профиля функциональной асимметрии (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988), который отражает дисгармоничность функционирования различных мозговых структур (в том числе и относящихся к регуляции полового поведения) как следствие асинхронии их развития в онтогенезе.

Выявленное у лиц с парафилиями уменьшение степени асимметрии, подразумевающее усиление межполушарных связей и более равномерное распределение функционально значимых регулирующих центров, ведет к усложнению взаимосвязи когнитивных и аффективных компонентов, участвующих в обеспечении поведенческого акта, его членения и возможности фиксации на отдельных, в норме - последовательных этапах целостного поведения. Объяснения своеобразия психопатологии парафильного поведения и особенностей его регуляции, исходящие из представлений о характерных нарушениях межполушарного взаимодействия, дополняются также и тесной связью левшества и смешанного профиля асимметрии как с онтогенетическими, так и с филогенетическими закономерностями полового диморфизма.

Из изложенных фактов ясно, что между выраженностью полового диморфизма и асинхронией развития существует тесная связь. Расстройства половой идентичности можно расценивать как клинические проявления этой связи.

Таким образом, проблема влияния фактора пола на аномальное сексуальное поведение может быть изложена по-другому. Психологические и психопатологические аспекты такого поведения оказываются связанными не столько с биологическими признаками пола, сколько с его психическими характеристиками, что и вынуждает к использованию понятия "психического пола". Регресс или фиксация форм поведения, выражающиеся в его феминизации, вступают в противоречие с ожидаемыми обществом вследствие биологических признаков индивида, что порождает неразрешимый внутриспсихический конфликт.

### 8.3.4 Структурно-динамический регресс поведения

#### 8.3.4.1 Клишированность

Таким образом, для парафилий характерны фиксированные формы аномального сексуального поведения, отличительными чертами которых являются следующие особенности (Генетические и эволюционные проблемы психиатрии, 1985):

- а) они детерминируются главным образом внутренним состоянием;
- б) фиксироваться могут не только врожденные, но и приобретенные в индивидуальном опыте формы поведения;
- в) в норме они являются компонентами обычного поведения, становятся патологическими либо под действием чрезвычайно сильных раздражителей, либо в случаях генетически детерминированного чрезвычайно низкого их порога.

Ригидность и низкий полиморфизм поведения, очевидно, обусловлены механизмом, аналогичным КФД (Хайнд Р., 1975), выраженный полиморфизм поведения представляет собой параллельное и последовательное сочетание "движений намерения", каковые, являясь формой смещенной активности, могут обуславливаться аутохтонно, отражая мотивационный конфликт, в виде "компромиссного поведения" (Andrew R., 1956) - аналог симультанной инконгруэнтности) либо по механизму "разделения времени" между доминантной и субдоминантной активностью (D. Mc-Farland, 1988) - аналог секвенциальной инконгруэнтности.

Второе проявление клишированности связано с праксемикой - суммой комплексов поведения, связанных с индивидуальным расстоянием. Описаны особенности изменения праксемической ориентации и индивидуального расстояния при нарушениях полоролевого поведения и сексуальной ориентации (Агарков С.Т., 1987). Д. Фаст (1995), ссылаясь на исследования О. Кинцеля, указывает на расширение зоны индивидуального пространства у лиц с агрессивным поведением, что приводит к тому, что они чаще других воспринимают поведение людей, вторгшихся в него, как угрожающее.

J. Bateson (1972) писал, что "когда человек не в состоянии расшифровать и комментировать сообщения других людей, он похож на саморегулирующуюся систему, лишившуюся своего регуляторного устройства, он обречен двигаться по спирали, совершая постоянные и всегда систематические искажения". Формой выражения этих искажений в условиях внутреннего конфликта и представляется агонистическое поведение.

Под ним понимают любое поведение, связанное с конфликтами. К видам агонистического поведения относятся комплекс фиксированных действий, движения намерения и смещенная активность.

#### 1) Комплексы фиксированных (стереотипных) движений (КФД)

R. Hinde (1975) описывает характерные признаки КФД:

- а) их характер не зависит от внешних раздражителей;

б) их нельзя расчленить на последовательные реакции;

в) они различаются по степени законченности, но не по связи между их элементами, что характерно для "сигнальных" движений, с помощью которых осуществляются внутривидовые коммуникации;

г) у отдельных особей могут развиваться собственные КФД (например, у животных в неволе - тики, причем, чем просторнее клетка, тем реже - Draper W., 1963).

D. McFarland (1988) добавляет, что КФД:

д) генерируются как предсказуемые без обратной связи, что и обуславливает стереотипность их проявления;

е) есть различие между пусковым и направляющим аспектами стимула (т. е. запускают одни, а направляют другие).

Как было показано в главе 2, в клинике парафилий также можно проследить такую закономерность, когда одни стимулы запускают поведение, а другие - направляют или могут прервать стереотип аномального сексуального поведения.

Для объяснения причин возникновения поведения в этологии было предложено понятие "специфическая энергия действия" - чем ее больше, тем все менее и менее сходные с релизером стимулы запускают КФД, при высоком ее уровне отмечается его возникновение без всякого стимула - "вакуумная активность". В клинике парафилий подобный феномен квалифицируется как импульсивность.

К функциям КФД относят:

а) ослабление напряжения или беспокойства;

б) модуляция избыточной стимуляции от других источников (Lissavoy V., 1963), т.е. функция "защиты";

в) источник экстеро- и проприоцептивной стимуляции в условиях изоляции (Hinde R., 1975).

Из вышеприведенного очевиден вывод об известной универсальности этого механизма: он включается как при сенсорной депривации, так и при перегрузке стимулами (то и другое имеет место при аутизме), обеспечивая функцию эмоциональной саморегуляции.

Ю.С. Шевченко (1996) отмечает, что "патологические привычные действия в виде... допубертатной мастурбации имеют общие механизмы возникновения, связанные с фиксацией ранних онтогенетических стереотипов поведения либо с регрессивным возвратом к ним под влиянием эндогенных (в том числе наследственных) и (или) экзогенных (психогенных, соматогенных, церебрально-органических) факторов". Он считает, что "стереотипные действия ... будучи связанными с биологическими инстинктами, представляют из себя КФД, реализуются в ответ на действие простых пусковых стимулов (релизеров) или их комплексов (дисплеев). Сохранение мотивации стереотипного поведения, несмотря на утрату им приспособительного значения, либо возникновение ее в ответ на неспецифический запускающий стимул происходит при патологии и в ситуации стресса".

Клишированность поведения у лиц с парафилиями позволяет говорить о приближении его по структуре к КФД, особенно четко это удастся проследить на примере некоторых серийных сексуальных преступников. В этих случаях связь сексуального поведения с личностью преступника проблематична (причины чего анализируются ниже), поэтому для клинициста-эксперта представляется значимым вопрос об автономности такого поведения.

D.Bindra (1959) считает, что автономия стереотипий наблюдается только при следующих условиях:

- 1) те или иные раздражители, связанные с данной реакцией, могут стать замещающими сигналами, способными вызвать реакцию в отсутствие факторов, вызывавших ее первоначально;
- 2) по мере выполнения реакции ее начинает вызывать все меньшее число первоначальных сигналов, т. е. каждый отдельный сигнал становится эффективным;
- 3) само выполнение реакции приобретает значение подкрепления.

Он подчеркивает, что в норме:

- а) каждое движение или активность создает ситуацию, вызывающую следующее движение или активность;
- б) если имеются причинные факторы, общие для разных реакций, то очередные действия требуют более высокой интенсивности вызывающих ее факторов, чем предыдущей, и если интенсивность не повышается, то вновь появляются ранние фазы последовательности реакции.

Из вышеизложенного следует несколько выводов:

- 1) по мере реализации (повторения) паттернов аномального сексуального поведения будет все больше утрачиваться психологически понятная связь с первично вызвавшей этот паттерн ситуацией;
- 2) должно соблюдаться повышение интенсивности воздействующих факторов (клинический пример - "рискующее поведение"; реакция испуга у жертв эксгибиционистов и части садистов) - в противном случае поведение прерывается.

Ю.С.Шевченко (1996) отмечает, что "будучи жизненно необходимыми формами видоспецифического поведения, рассматриваемые КФД закрепляются в филогенезе интенсивным эмоционально положительным фоном, возникающим при их осуществлении. Последнее служит основой для включения их в социально-видовое поведение (гетерогрумминг как проявление заботы о потомстве или выражение социальных эмоций по отношению к взрослому сородичу, половому партнеру), а также в индивидуально-специфическое адаптивное поведение (уменьшение боли, страха, ослабление эмоционального стресса за счет получения удовольствия или достижения гипноидного состояния в результате... стимуляции половых органов)".

Барбарой Лекс в статье "Нейробиология ритуального транса" предложен термин "driving behavior" - "вынуждающие формы поведения" (Aquili E., Laughlin C., McManus J., 1979), которым обозначаются поведенческие методы воздействия на состояния сознания,



функции которых - "настраивать" ЦНС и снимать накопившиеся раздражения. Они создают чувство облегчения и благополучия, вызывают состояния экстаза, "пьянящий восторг риска", чувство единства, целостности.

Подобные же состояния описываются лицами с аномальным сексуальным поведением после совершения деликта (убийство, изнасилование трупа). Во многих случаях речь идет даже не о выраженных подобных состояниях, а о нормализации аффективного фона, что дало возможность А.А.Ткаченко (1994) говорить о функции такого поведения - эмоциональной саморегуляции.

### 8.3.3.2 Смещенная активность

Смещенная активность - это поведение, не связанное ни с одной из конфликтных тенденций, чаще представляет собой наиболее легко вызываемые и наиболее легко выполняемые поведенческие акты (Hinde R.,1977). Поскольку наиболее легко вызываемыми и легко выполняемыми для любого организма являются прежде всего поисковая (ориентировочная) активность, а также пищевое и половое поведение, чаще всего смещенная активность внешне может проявляться в формах такого поведения. Так как регуляция полового поведения в своей основе не отличается от регуляции пищевого (Тоатес Л.,1980), то представляется весьма вероятной их обусловленность сходными мотивационными состояниями и конфликтами.

D.McFarland (1988) считает, что такая активность часто носит незавершенный или даже символический характер и длится недолго по сравнению с обычными действиями.

Для многих вариантов парафильного поведения характерны внезапное возникновение стремления к реализации либидо, импульсивность, символизм сексуальных действий (например, насильственная фелляция - в плане унижения жертвы, введение во влагалище карандашей, веточек) или несексуальных (нанесение ножевых ранений в область промежности, низа живота) при частой незавершенности действия (отсутствие эякуляции и оргазма), что позволяет говорить о приближении такого поведения по структуре к смещенной активности.

К разновидностям смещенной активности относят:

- а) переадресованную активность, когда действие направляется на другой, не первоначально подразумевавшийся объект;
- б) регрессию, когда при возникновении препятствия для взрослого поведения развивается ювенильная активность.

По мнению А.Н.Корнетова, В.П.Самохвалова и др. (1990), о смещенной активности можно говорить тогда, когда наблюдается усиление проявления отдельных элементов поведения (или не в том контексте) либо появление необычных для вида элементов поведения. Если же отмечается замещение поведенческой сферы органа, выполняющего функцию и объекта, на который направлено действие, то нужно говорить о замещающей активности.

Исходя из вышесказанного, обжорство маркиза де Сада, помещенного в Бастилию, как и булимию, наблюдающуюся у некоторых лиц с парафилиями, а, возможно, и другие виды аддиктивного поведения (Короленко Ц.П.,1990), отмечающиеся у лиц с парафилиями, следует расценивать как замещающую активность.

Случайный выбор жертвы, независимо от характера сексуального поведения - половой акт в обычной форме или девиантные действия - признак переадресованной активности.

#### 8.3.3.3 Груминг

Действия, направленные на себя, рассматриваются в этологии как часть комфортного поведения. Высокая интенсивность аутогруминга часто отмечается у мужчин-гинекоморфов и гомосексуалов с пассивной ориентацией и сопровождается симптомом "зеркала", однако, как считает В.П.Самохвалов (1993), это может расцениваться также и как признак перенесенного в детстве периода депривации, и фиксированный невротический признак, который в этом случае не сопровождается взглядом в зеркало.

Роль механизма депривации в раннем детстве в случаях аутистических образований очевидна, при неврозах, конечно, не происходит такого выраженного вовлечения в патогенез физического "Я", как при расстройствах половой идентичности с последующим формированием аномального сексуального поведения.

Ю.С.Шевченко (1996) считает, что "универсальность рассматриваемых форм поведения, выступающего в качестве средства компенсации неудовлетворенных потребностей, специфического ответа на неспецифический стресс, заключается в независимости их осуществления от внешних условий, самодостаточности и ограниченной заикленности на собственном теле".

#### 8.3.3.4 Манипулирование

Психически здоровые мужчины предпочитают манипулировать предметами, а женщины-одеждой (Самохвалов В.П.,1993). Исходя из этого, трансвестизм, или, в более широком смысле термина, кросс-дрессинг, будучи в эволюционном аспекте женской реакцией, также, очевидно, является поведением, позволяющим уменьшить неопределенность физического "Я" и снять внутреннее напряжение (частично дезактуализировать внутриспсихический конфликт) у лиц с расстройствами половой идентичности. При этом трансвестизм двойной роли (переодевание с целью получения психологического комфорта) отражает больший сдвиг расстройства идентичности к женскому полюсу, в то время как фетишистский трансвестизм (переодевание с целью получения сексуального возбуждения), по-видимому, отражает больше регрессию с фиксацией на ранних стадиях психосексуального развития, представляя собой сочетание фетишистских и нарцисстических компонентов.

Предпочтение мужчинами более характерных в данной культуре для женской половой роли занятий (уборка, готовка), наблюдающееся в рамках трансформации половой роли, можно расценивать как аналог подобного поведения при расстройствах половой идентичности. Известны особенности стилистики косметики и одежды, выполняющие роль маркировки некоторых социальных групп (гомосексуалы, садомазохисты), в тюрьмах "опущенные" и пассивные гомосексуалы маркируются путем нанесения внешне заметных знаков на лицо.

Выявленное преобладание у лиц с парафилией действий, лишенных эмоциональной окраски и направленных на свое тело, представляются связанными с текучестью, трансформированностью "Я". Очевидно, тактильная стимуляция в данном случае помогает повысить четкость, определенность границ тела. В этологическом аспекте такое поведение расценивается как смещенная активность.

### 8.3. 3.5 Движения намерения.

Под движениями намерения понимаются начальные стадии комплексов поведения, которые остаются незавершенными. Поведение, которое состоит из отдельных компонентов конфликтующих тенденций, называется компромиссным, а смешение элементов конфликтных тенденций в позе образует амбивалентную позу.

Представляется, что этот тип поведения лежит в основе *амбитендентности*. Одно из ее проявлений - симультанная инконгруэнтность, описанная выше. Другой феномен этого круга - навязчивый характер аномального сексуального влечения.

Необходимо подчеркнуть, что КФД, движения намерения и смещенная активность - формы динамики поведения, которые в реальности не исключают, а дополняют друг друга. Так, внутренняя организация фрагмента поведения может соответствовать КФД, по отношению же к контексту (основному поведению) этот фрагмент может быть организован как смещенная активность.

Попытаемся теперь в свете сказанного представить последовательность процесса, который обозначен как деперсонификация объекта (в приложении к субъекту его правильно было бы обозначить как дезидентификация) в виде определенной схемы (Рис. 8.1).

#### **Рис.8.1. Деперсонификация - дезидентификация.**

Первым этапом является случайный выбор объекта (жертвы), о котором субъект ничего не знает, что сводит к минимуму личностность коммуникации. Второй этап - половозрастное нивелирование, когда уже даже биологические, внешние признаки дезактуализируются. Третий этап - омертвление объекта, лишение признаков жизни, превращение в предмет. Другими словами, происходит устранение объекта как целостности, ликвидация его характеристик как отдельно существующего факта. На четвертом этапе происходит фетишизация, когда актуальными становятся лишь внешние, отдельные, взятые сами по себе признаки объекта. Наконец, на последнем этапе происходит замещение фетиша символом, знаком.

Изложенная последовательность является в известной степени умозрительной, так как в клинической практике проследить ее у одного больного удастся в крайне редких случаях. Процесс деперсонификации может начаться с любого этапа, однако его направленность остается неизменной.

Динамика изменения активности (Рис. 8.2) также подчиняется сходным закономерностям.

#### **Рис. 8.2. Активность**

Первичным феноменом здесь представляется *hunting* ("охота"). Этот вид поведения по сути является поисковой, ориентировочной активностью, когда потребность еще не опредмечена. Второй этап - амбитендентность, движения намерения. Он может длиться секунды или растягиваться во времени, феноменологически оформляясь в обсессивно-компульсивный характер аномального сексуального влечения. Третий этап - смещенная активность, организованная внутри как КФД, содержательно этот этап проявляется либо в деструктивных действиях, либо в сексуальных манипуляциях с объектом.

### 8.4 Проблемы регуляции аномального сексуального поведения.

Приведенные выше факты измененности как сознания, так и самосознания лиц с парафилиями заставляют по-новому взглянуть на проблему регуляции аномального сексуального поведения. Первый ее аспект - осознанность.

**На психопатологическом** уровне квалификация перечисленных *расстройств сознания* позволяет оценить этот аспект. Однако, как показывает клинический опыт, далеко не во всех случаях удастся решить, имело ли место изменение состояния сознания психотического характера.

Другой аспект психопатологического подхода - оценка *волевого критерия*. В с у б ъ е к т и в н о м (т.е. на уровне переживания) плане имеет значение квалификация характера аномального сексуального влечения: навязчивое, импульсивное, компульсивное. Необходимо разводить эту характеристику с отношением к своему влечению (эгодистония-эгосинтония). Представляется, что при эгосинтонии проблемы регуляции выходят на нозологический уровень.

В о б ъ е к т и в н о м плане речь должна идти об анализе структуры поведения. Выше были предприняты попытки показать, что по мере приближения структуры аномального сексуального поведения к КФД и смещенной активности произвольность его регуляции становится проблематичной. Отдельно следует рассматривать имитативное поведение с оценкой возможности контроля над ним.

**На патопсихологическом** уровне вопрос о регуляции упирается в особенности идентичности у лиц с парафилиями. Проблема, безусловно, нуждается в дальнейшем изучении, на данном этапе можно лишь сформулировать два ее аспекта.

1) *искаженность интериоризированных нормативов полоролевого поведения*, что достаточно четко проявляется при эксгибиционизме. По-видимому, здесь речь идет о нарушении когнитивного компонента самосознания. Можно предполагать определенную размытость, рыхлость этих норм, что делает возможным реализацию архаических социогенитальных паттернов поведения.

2) *разрыв между нормативно-ролевой и ценностно-регулирующей функциями идентичности*. Это нарушение характерно для садизма. У таких индивидов нормативы полоролевого поведения усвоены правильно, в неискаженном виде, однако они не являются регуляторами поведения в состояниях стресса. В механизме возникающего когнитивно-аффективного диссонанса ведущую роль приобретает текущее эмоциональное состояние, т. е. нарушается аффективный компонент самосознания. Дезорганизация актуального эмоционального состояния, очевидно, и приводит к "прорыву" подкорковых, онтогенетически ранних форм поведения.

Возможно, что подобный разрыв имеет патофизиологическую основу в виде нарушений межполушарных отношений и преодолевается за счет деперсонифицированности объекта (нейрофизиологическая база - активация височно-париетальных зон правого полушария), что позволяет проецировать на него собственные переживания, в первую очередь страх и агрессивность, которые запускаются сокращением индивидуального расстояния. Поведенческие проявления связаны с дефицитом передних отделов мозга.

Поскольку вышеперечисленное отмечается на фоне низкой фемининности идентичности и представлений о мужской роли, следует задуматься о преобладании в генезе садизма не психологических, а патофизиологических, органических факторов.

3) при педофилии высокая маскулинность представлений о мужской роли сочетается с маленьким уровнем маскулинности идентичности, что, собственно и характерно для детей. Идентификация себя с ребенком диктует и обращение к соответствующим психологическому возрасту паттернам поведения. В этом случае наблюдается особый вариант взаимоотношений между самосознанием и аномальным сексуальным поведением: индивид ведет себя *соответственно* своему самоощущению и восприятию объекта (дети играют в игры, соответствующие их возрасту). В этом случае диссонанса при аномальном сексуальном поведении нет.

В основе подобной идентификации, видимо, лежит патофизиологический механизм нарушения восприятия, прежде всего визуального (поражение задних отделов левого полушария), и, скорее всего, и аудиального (нарушения слухо-речевой памяти). Гипоактивация левого полушария также ставит вопрос об осознанности поведения.

Возможность произвольной регуляции парафильного поведения должна рассматриваться также с учетом еще двух факторов, характеризующих сознание индивида: степень *диссоциативности* и *стабильности ясности сознания* (выраженность спонтанных флюктуаций и устойчивость в различных стрессовых ситуациях). К сожалению, на данном этапе психиатрия и психология не располагают адекватными методиками обследования, позволяющими дать оценку этих параметров, что должно побуждать к дальнейшим исследованиям в этом направлении.

Приобретая аддиктивную функцию, аномальное сексуальное поведение предстает способом изменения состояния сознания или эмоционального состояния. Цель этого поведения - уменьшение диссоциативности, восстановление целостности психической деятельности. Очевидно, что она до конца не достижима. Конкретное содержание такого поведения становится неважным, сексуальность используется как инструмент для достижения вышеупомянутой цели, что убедительно показано Ю.Эвола (1995).

Тенденция к дезактуализации основной цели сексуального побуждения ведет к тому, что собственно сексуальная мотивация может при аномальном сексуальном поведении оказываться либо второстепенной, либо вовсе незначимой. Так, A.N. Groth et al. (1989) утверждают, что в изнасиловании всегда присутствуют три компонента: насилие, гнев и сексуальность, причем иерархия и взаимоотношения между ними могут варьировать, в связи с чем авторами было высказано убеждение о псевдосексуальности изнасилования как поведенческого акта. Будучи паттерном сексуального поведения, сексуальное насилие больше связано с состоянием как таковым, агрессией, контролем, тенденцией к доминированию, чем с сексуальным удовлетворением. Так, "силовое" изнасилование становится доказательством сексуальной адекватности, мужественности, тождественности, потенции, способом выражения уважения к себе, в основе чего лежит психологический кризис, связанный с ощущением неполноценности и незащищенности. Таким образом, одним из оснований парафильного поведения является сложность идентификации, а возможно, и другие внутриличностные проблемы, происхождение которых относится к более ранним этапам онтогенеза по отношению к этапам формирования психосексуальных ориентаций. Они могут определять личностный смысл аномального поведения, реализующегося в различных программах. Точно так же за одной и той же программой поведения может стоять различное смысловое содержание.

Таким образом, при парафилиях обнаруживается не только и не столько расстройство инстинктивной сферы, но более обширная патология, захватывающая вышерасположенные слои психической деятельности, включая самосознание.

В целом можно говорить о том, что исходный биологический (органический) фактор определяет бипотенциальность последующих дизонтогенетических проявлений, развитие которых происходит по двум пересекающимся патогенетическим путям:

1. Первый связан с механизмами ретардации, блокировки или воспроизведения ранних этапов онтогенеза и определяет в основном содержательные характеристики изначального синдромакомплекса (как сексопатологические - в виде остановки на ранних этапах психосексуальных ориентаций, так и психопатологические - в виде аутистических и парааутистических феноменов, характеристик личностного развития, основанных на незрелости структуры "Я").
2. Второй связан с механизмами фиксации, регресса и стереотипизации этих же ранних этапов онтогенеза и определяет в основном форму синдромакомплекса (как компонентов самой аномальной сексуальности - в виде компульсивности или аддиктивности, так и психопатологических - в виде патологического фантазирования, сверхценности и др.).

Аномальное сексуальное поведение (Под ред. А. А. Ткаченко, М., 1997)

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Книга завершена. Однако означает ли это, что завершено исследование проблемы, которой она посвящена? Конечно же нет. Каждая из представленных здесь дисциплин далеко не исчерпала своего потенциала, особенно если учесть возможность новых вариантов взаимодействия между ними. Кроме того, возможно введение других клинических параметров, пока ограничившихся довольно грубыми и прямолинейными типологиями, соответствующими классификационным членениям.

К тому же, любой из специалистов способен назвать на целый ряд аспектов, оставшихся незатронутыми в книге. Например, взаимоотношение парафильного поведения с иными психическими расстройствами, поскольку ясно, что морбидное влияние играет значимую роль в модификации клинической картины расстройств влечений. Точно также за рамками книги остался анализ социокультуральных механизмов девиаций сексуального поведения и некоторые другие вопросы, важность которых не вызывает сомнений. Объяснений этого может быть представлено несколько и ограниченный объем книги - не главное их них.

Основной причиной избирательности в выборе тем, составивших каркас книги, является подход ее авторов к парафилиям как к особым состояниям, имеющим некие общие патофизиологические, дизонтогенетические механизмы формирования и обладающим характерными клиническими закономерностями, которые определяют собственное психопатологическое своеобразие. Исследование именно этих, свойственных им самим особенностей, рассматривалось как необходимый первый этап изучения, без которого дальнейшее продвижение представлялось опрометчивым.

Однако отсутствие обсуждения двух проблем следует оговорить особо. Это, во-первых, вопрос о степени ответственности лиц с нарушениями психосексуальной ориентации. Несмотря на то, что в своих прежних публикациях авторы неоднократно дискутировали по этому вопросу, выход книги практически совпал с коренным изменением правовых оснований ответственности лиц с психическими расстройствами. Введение в новом Уголовном Кодексе, по сути, института ограниченной вменяемости предоставляет возможность и по-новому подойти к разработке критериев вменяемости при патологии сексуального влечения. Накапливающийся опыт по дифференцированной экспертной

оценке таких лиц потребует некоторого времени для его особого анализа и выработке более или менее стройной системы экспертных критериев.

Второй вопрос - лечение лиц с данными расстройствами. Здесь ситуация еще более сложная в силу того, что в России долгое время попытки лечения таких больных практически отсутствовали. Поэтому введение соответствующего раздела в книгу свелось бы к обзору имеющейся зарубежной литературы, что, по-видимому, более уместно сделать в иной форме. Есть надежда, что в дальнейшем у авторов появится собственный опыт лечения подобных состояний, так как в настоящее время нами предпринимаются попытки оказания дифференцированной фармакологической и психотерапевтической помощи больным с патологией сексуального влечения.

И тем не менее, как представляется, в книге удалось предложить достаточно стройную и непротиворечивую патогенетическую модель парафилий, которая уже в сегодняшнем ее виде позволяет, с одной стороны, говорить о высокой вероятности формирования при данных расстройствах произвольных форм поведения, с другой - указывает пути построения адекватных терапевтических программ. Последующее развитие данной модели будет в конечном счете способствовать и решению важнейших практических задач.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акмаев И.Г., Калимулина А.Б. Миндалевидный комплекс мозга. Функциональная морфология и нейроэндокринология. - М., 1993.
2. Андрианова Е.П., Дроздов А.З., Жуковская Е.Д., Куканова М.М., Морозова Г.В., Наумович А.О., Коган Б.М. Изучение некоторых звеньев серотониновой системы при депрессивных расстройствах у психопатических личностей // Бюлл. экспер. биол. мед. - 1994. - Т. 117, № 3. - С. 245-247.
3. Анохин П.К. Очерки теории функциональных систем. М., 1975.
4. Аршавский В.В. Межполушарная асимметрия в системе поисковой активности (К проблеме адаптации человека в приполярных районах Северо-Востока СССР): Автореф. дис. ... докт. биол. наук. - Л., 1990. - 41 с.
5. Асмолов А.Г. На перекрестке путей к изучению психики человека // - Бессознательное. - Новочеркасск, 1994. - С. 51-59.
6. Ата-Мурадова Ф. А., Ботвиньев О.К. Инвариантные функциональные системы новорожденных и их дестабилизация в современной популяции // Системогенез и проблемы генетики мозга. - М., 1983. - С. 55-101.
7. Бадентэр Э. Мужская сущность. - М., 1995.
8. Барт Р. Сад-И. - Маркиз де Сад и XX век. - М., 1992. - С. 183-210.
9. Беззубова Е.Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания // Журн. невропатол. и психиатр. 1993, № 7. - С. 40-44.
10. Белкин А.И. Индивидуальность и социализация // Гормоны и мозг. - М., 1979. - С. 13-22.
11. Белкин А.И., Ракитов А.И. Гормоны в информационной структуре человека: концепция и гипотезы // Вопросы теоретической и клинической психоэндокринологии. М., 1989. - С. 82.
12. Беляева В.В., Семенович А.В., Адигамов М.М. Клинико-экспериментальное исследование протекания психических процессов у лиц с нарушением психо-сексуальной ориентации по полу объекта // Сексология и андрология. - Киев, 1992. - Вып. 1. - С. 80 - 86.
13. Берлянд И.Е. Игра как феномен сознания. - Кемерово, 1992.

14. Бессонова Т.Л. Психологические особенности полоролевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического ВУЗа: Автореф. дисс... канд. психол. наук. -М., 1994.
15. Бешкемпиров Е. Судебно-психиатрическая оценка при вариантах гипоталамических поражений органического происхождения // Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. - М.,1988.
16. Бланшо М. Сад. - Маркиз де Сад и XX век. - М., 1992. - С.47-88.
17. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л., Мозг, разум, поведение. - М., 1988.
18. Блюм Г. Психоаналитические теории личности. - М.,1996.
19. Бовуар С. Нужно ли аутодафе? - Маркиз де Сад и XX век. - М., 1992. - С.133-169.
20. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. , Функциональная асимметрия человека. - М., 1988.
21. Брагина Н.Н.Доброхотова Т.А. Левши. - М. 1994.
22. Братусь Б.С. Аномалии личности.- М.,1988.
23. Брусов О.С., Беляев Б.С., Катасонов А.Б., Злобина Г.П., Фактор М.И., Лидеман Р.Р. Развитие субчувствительности к имипрамину системы обратного захвата серотонина на тромбоцитах больных эндогенными депрессиями // Журн.невропатол. и психиатр.-1988.- Т.88.- С.96-100.
24. Бухановский А.О., Андреев А.С. Структурно-динамическая иерархия пола человека. - Ростов на Дону,- 1993.
25. Бэндлер Р., Гриндер Д. Структура магии.- Новосибирск,1990.
26. Вальдман А.В., Пошивалов В.П. Фармакологическая регуляция внутривидового поведения.- Л., 1984.
27. Вартанян Г.А., Петров Е.С. Эмоции и поведение.- Л., 1989.
28. Васильев В.Н., В.С.Чугунов. Симпатико-адреналовая активность при различных функциональных состояниях человека. - М.,1985 .
29. Васильченко Г.С. Общая сексопатология - М., 1977.
30. Васильченко Г.С. Сексопатология. М., 1990.
31. Введенский Г.Е. Клинико-диагностические аспекты аномального сексуального поведения: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., -1994.
32. Введенский Г.Е. Функциональные асимметрии у больных эндогенными психозами //Журн. невропатол. и психиатр.- 1990.- Т.90 № 5.- С.718-729.
33. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. - М., 1973.
34. Виноградова О.С. Гиппокамп и память. М., 1975.
35. Винокуров Б.Л. О современной систематике сексуальных расстройств // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева.-1991, № 4.-С.14-25.
36. Винокуров Б.Л. Развитие систематики психосексуальных расстройств в американской психиатрии // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева.- 1993, № 3. -С. 46-57.
37. Вундер П.А. Эндокринология пола. - М.,1980.
38. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. 1996, № 6.
39. Выготский Л.С. Психология подростка // Собр.соч.- М., 1982-84.- Т.4.- С.166.
40. Ганнушкин П.Б. Сладострастие, жестокость и религия // Избранные труды.- М.,1964. - С. 80-94.
41. Гегель Г.В.Ф. Философия духа // Собр.соч., - М., 1956. -Т. 3. - С.207.
42. Геодакян В.А. Асинхронная асимметрия (половая и латеральная дифференциация - следствие асинхронной эволюции) // Журн. высшей нервной деятельности. - 1993.- Т.43.- Вып.3.- С.543-561.
43. Геодакян В.А. Проблемы передачи информации. - М.,- 1965.- Т. 1, № 1. - С. 105-112.



44. Геодакян В.А. Эволюционная теория пола // Природа, 1991, № 8.
45. Герасимов А.В. К проблеме изучения и прогноза сексуально-агрессивного поведения // Психология сегодня, - РПО, М.,- 1996. - Т. 2, Вып. 4.
46. Годфруа Ж. Что такое психология.-М., 1993.-Т. 1-2.
47. Гордова Т.Н. Состояние нарушения сознания с кататимным содержанием у эпилептиков // Невропатология и психиатрия. - 1938. - Т. VII, Вып. 11.- С.82-92.
48. Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. - М., 1991.
49. Гульман Б.Л. Сексуальные преступления.- Харьков: ИМП "Рубикон", 1994.
50. Гуревич М.О. О психосензорной форме эпилепсии и об особых состояниях.- Проблема эпилепсии.- Труды Московской областной конференции по эпилепсии.- Т. IV.- М.,1936.- С.5-10.
51. Деглин В.Л. Лекции о функциональной асимметрии мозга человека. - Амстердам - Киев,- 1996.
52. Дерягина М.А. Манипуляционная активность приматов (этологический анализ в связи с проблемой антропогенеза).-М., 1988.
53. Дмитриева Т.Б. Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): Автореф. дисс... докт. мед. наук. - Л.,1990 .
54. Доброхотова Т.А. Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга. - М., 1974.
55. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Асимметрия мозга и асимметрия сознания человека // Вопросы философии. -1993, № 4. - С. 123-134.
56. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений.- М., 1977.
57. Докинз Р. Эгоистичный ген. - М., 1993.
58. Дроздов А.З. Состояние основных путей катаболизма катехоламинов и индоламинов при аффективных расстройствах: Дисс... докт.мед. наук.- М.,1996.
59. Дубикайтис В.В. Возможная роль таламического пейсмекера в пространственно-временной организации ЭЭГ // Физиология человека., 1975, № 5.- С. 771-781.
60. Дубров А.П., Пушкин В.Н. Парапсихология и современное естествознание. - М., 1990.
61. Дубровский А.И. Психика и мозг: результаты и перспективы исследований // Психол.журнал, 1990, т.11, № 6. - С.3-15.
62. Евреинов Н.Н. Театр для себя. - Птг., 1917.- С.174-202.
63. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения. - Иркутск,1976.
64. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. - Томск, 1993.
65. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности.- М., 1980.
66. Зенков Л.Р. Бессознательное и сознание в аспекте межполушарного взаимодействия // Бессознательное. Многообразие видения.- Новочеркасск, 1994.- Т.1.-С. 201-212.
67. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней: (руководство для врачей).- М., 1991.
68. Иванов-Смоленский А.Г. Нейродинамическая психиатрия. - М., 1974.
69. Иващенко О.И., Елисеев А.В., Ткаченко А.А., Петина Т.В. Межполушарная когерентность ЭЭГ у мужчин с аномальным сексуальным поведением // Журн. неврол. и психиатр.- 1997, Т. 97 № 7. - С. 46-51.
70. Иващенко О.И., Елисеев А.В., Ткаченко А.А., Петина Т.В. ЭЭГ у лиц с аномальным сексуальным поведением // Социальная и клиническая психиатрия.1995, № 3. - С. 18-27.
71. Изард К. Эмоции человека. - М.,1980.

72. Имелинский К. Сексология и сексопатология.- М.,1986.
73. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Психогигиена пола у детей (руководство для врачей). - Л.,1986.
74. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей .-Л.,1988.
75. Каган В.Е. Воспитателю о сексологии. - М., 1991.
76. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л., 1981.
77. Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии: Автореф. дисс...докт.мед. наук. -Л.,1991.
78. Каменская В.М., Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. К вопросу о функциональных связях правого и левого полушарий мозга с различными отделами срединных структур у правшей // Функциональная асимметрия и адаптация человека. - М., 1976.
79. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. - М., 1994- Т. 1-2.
80. Карлов В.А. Эпилепсия. - М., 1990.
81. Качарян А.А. Симптомокомплекс маскулинности в норме и патологии. - Киев, 1996.
82. Кимура Д. Половые различия в организации мозга // В мире науки. - 1992, № 11-12. - С.73-80.
83. Кле М. Психология подростка. - М., 1991.
84. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1979.
85. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М., 1985.
86. Коган Б.М., Анохина И.П. Диагностическое и прогностическое значение исследования механизмов катехоламиновой нейромедиации при алкоголизме // Вопросы наркологии. - 1990, № 4. - С.3-5
87. Коган Б.М., Ткаченко А.А., Дроздов А.А., Ковалева И.А. Активность дофамин-в-гидроксилазы у лиц с парафилиями // Социальная и клиническая психиатрия - 1993. - Т.3 - С.66-71
88. Коган Б.М., Ткаченко А.А., Маньковская И.В, Филатова Т.С., Медвежникова О.В. Оценка периферических катехоламиновых процессов при парафильном поведении // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева.- 1993, № 3.- С.117-120.
89. Колпаков В.Г., Рицнер М.С., Корнетов Н.А. и др. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии.-Новосибирск, 1985.
90. Кон И.С. Введение в сексологию. М., 1989.
91. Кон И.С. Открытие "Я".-М.,1978.
92. Коньшева Л.П. Личность и ситуация как детерминанты агрессивно-насилованных преступлений // Насилие, агрессия, жестокость (криминально-психологическое исследование). - М., 1989.
93. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии.-Киев, 1990.
94. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозр. псих. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. - 1991, № 1.- С. 8-14.
95. Котик Б.С. Исследование межполушарного взаимодействия в переработке слуховой информации: Автореф. дисс...канд. психол. наук.- М., 1975.
96. Котик М.А. Психология и безопасность.- Таллин, 1987.
97. Кочарян А.С. Личность и половая роль. - Харьков,1996.
98. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний.-М., 1991.
99. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. - СПб.,1909.
100. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных: Методические рекомендации. - М., 1982.

101. Кудрявцев И.А., Дозорцева Е.Г., Симоненкова М.Б. Применение проективных методов для психологического исследования аномалий влечения // Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике.- М., 1991.- С. 17-24.
102. Кудряков Ю.Н. Мотивация серийных убийств на сексуальной почве // Психология сегодня. - М., 1996.-Т. 2, Вып. 4.
103. Кушнев Ю.А. Руководство по андрологии.-Л., 1990.-С.348-358.
104. Ливанов М.Н. Пространственная организация процессов головного мозга.- М., 1972.- 182 с.
105. Литвиненко И.В. Особенности самосознания психопатических личностей: Автореф. дисс...канд.психол. наук. -М.,1989.
106. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. -Л., 1985.
107. Логинов А.А. Гомеостаз. Философские и общепсихологические аспекты. - Минск, 1979.
108. Лоренц К. Агрессия.- М., 1994.
109. Лоскутова Т.Д. Билатеральные асимметрии коры мозга у детей в связи со структурой деятельности и особенностями восприятия // Проблемы нейрокибернетики. - Ростов-на-Дону, 1982 - С. 216.
110. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1969.
111. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти.- М.,1974. Т.1.
112. Лурия А.Р. Об отношении нейропсихологии к проблеме личности // Нейропсихология. Тексты. - М., 1984.
113. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М., 1973.
114. Мадорский С.В. Экспериментальное исследование эмоциональных нарушений при поражении медиобазальных структур височной доли мозга: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.-М., 1982.
115. Мак-Фарленд Д. Поведение животных. Психобиология, этология и эволюция. М.,1988.
116. Манандян Э.Я. Клинические варианты нарушения сознания у детей-эпилептиков. - Проблемы сознания: материалы симпозиума. - М.,1966. - С.552-559.
117. Марута Н.А. Особенности эмоциональных нарушений у больных неврозами // Журн. неврол. и психиатр. 1992, Т.92. № 5. - С.81-83.
118. Меграбян А.А. Личность и сознание.- М., 1977.
119. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). - Классификация психических и поведенческих расстройств.- ВОЗ.- СПб, 1994.
120. Мелик-Пашаян М.А. Об одном электрографическом корреляте сознания. - Проблемы сознания: Материалы симпозиума. - М.,1966. - С.107-118.
121. Мерлин В.С. Проблемы экспериментальной психологии личности // Проблемы экспериментальной психологии личности.-Пермь, 1970.-С.77.
122. Методологические аспекты науки о мозге (под ред. О.С.Адрианова, Г.Х.Шингарова) - М., 1983.
123. Новоженев Ю.И. Статус - секс и эволюция человека. - Свердловск, 1991.
124. Носов Н.А. Психологические виртуальные реальности. - М., 1994.
125. Нохуров А. Нарушения сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. - М., 1988.
126. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы.- Л.,1988.
127. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. - М., 1988.
128. Посвянский П.Б. Сексуальные перверзии: определение понятия, опыт классификации // Вопросы сексопатологии.- М., 1969.- С.144-147.
129. Прибрам К. Современные исследования функции лобных долей мозга у обезьяны и человека. // Лобные доли и регуляция психических процессов (под ред. А.Р. Лурия и Е.Д. Хомской). -М., 1966.

130. Резников А.Г. Половые гормоны и дифференциация мозга. - Киев, 1982.
131. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. - М., 1994.
132. Родштат И.В. Неврологические аспекты невротических синдромов и некоторых соматических заболеваний: Автореф. дисс...докт.мед. наук- М.,1979.
133. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Эпидемиология депрессий // Депрессия и коморбидные расстройства (под ред. А.Б.Смулевича).- М., 1997. - С. 138-164.
134. Рунион Р. Справочник по непараметрической статистике. - М., 1982.
135. Русалов В.М. Опросник структуры темперамента: методическое пособие. М., 1990.
136. Русалов В.М. Пол и темперамент // Психол. журн. - 1993, № 6.- С. 55-64.
137. Русалов В.М. Предметные и коммуникативные аспекты темперамента человека. -Психол. журнал. 1989 (1).- С. 10-21.
138. Русалов В.М., Калашников С.В. О соотношении пластичности психических процессов с интегральными факторами биоэлектрической активности мозга // Индивидуально-психологические различия и биоэлектрическая активность мозга человека. - М., 1988. - С. 5-55.
139. Самохвалов В.П. Особенности невербального поведения лиц с гомосексуализмом // Актуальные вопросы сексопатологии.-М., 1986.-С.74-75.
140. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - Симферополь, 1993.
141. Свицерская Н.Е. Синхронная электрическая активность мозга и психические процессы. М., 1987.
142. Семенович А.В. Межполушарная организация психических процессов у левшей. -М.,1991.
143. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. - СПб., 1996.
144. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. - М.,1985.
145. Симонов В.П. Эмоциональный мозг.- М., 1981.
146. Симонов П.В. Мотивированный мозг. - М., 1987.
147. Симонов П.В. О нервных центрах эмоций // Журн. высш. нервн. деят. им. И.П. Павлова. Т. 43. - Вып. 3. 1993.
148. Симонов П.В. Светлое пятно сознания// Журн. высш. нервн. деят. им. И.П. Павлова. Т. 40. Вып. 6.- С.1040-1043.
149. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния.- Киев, 1986.
150. Синьоре Ж.-П. Зачем нужны модели на животных? // Пол, секс, человек. - М., 1993. - С.65.
151. Ситковская О.Д. Мотивация агрессивного поведения несовершеннолетних преступников // Насилие, агрессия, жестокость (криминально-психологическое исследование). -М., 1989.
152. Смирнов В.М. Стереотаксическая неврология. -М., 1976.
153. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности.-М., 1989.
154. Спивак Д.Л. Язык при измененных состояниях сознания. - Л.,1989.
155. Спиваковская А.С. Нарушения игровой деятельности.- М., 1980.
156. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. - М., 1972.
157. Спрингер С., Дейч Г. Левый мозг, правый мозг. - М., 1983.
158. Старович З. Судебная сексология.- М.,1991.
159. Столин В.В., Бодалев А.А. Общая психодиагностика.- М., 1987.

160. Строевский В.А. Клиника злокачественной шизофрении у мужчин с диспластической конституцией: Автореф. дисс... канд. мед. наук.- Симферополь, 1988.
161. Судаков К.В. Биологические мотивации. -М., 1971.
162. Судаков К.В. Системные механизмы поведения. - М., 1990.
163. Судаков К.В. Функциональные системы организма. -М., 1976.
164. Сумбаев И.С. О роли фактора времени при расстройствах воспоминания и предвосхищения // Вопросы клинической психиатрии.- Иркутск, 1948.-С.3-6.
165. Тарновский В.М. Извращение полового чувства.- СПб., 1885.
166. Темин П.А., Мухин К.Ю. Сексуальные нарушения при эпилепсии // Журн.невропат. и психиатр. -1989, № 6. - С. 126-131.
167. Темин П.А., Мухин К.Ю., Новиков А.А., Маковецкий М.Л. Гипосексуальность у мужчин с эпилепсией // Журн. невропат. и психиатр.- 1988, № 6.- С. 46-48.
168. Тернер В. Символ и ритуал. - М., 1983.
169. Тинберген Н. Поведение животных. - М.,1981.
170. Тинберген Н. Социальное поведение животных.- М.,1993.
171. Ткаченко А.А. Комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза. - М., 1995.
172. Ткаченко А.А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. - М., 1994.
173. Ткаченко А.А. Принципы судебно-психиатрической оценки эксгибиционизма // Судебно-медицинская экспертиза.- 1989, № 3.- С.45-50.
174. Тюе П. Гомосексуализм в зеркале психиатрии // Пол, секс, человек.- М., 1993.- С.108-115.
175. Урываев Ю.В. Высшие функции мозга и поведение человека (физиологические основы).-М., 1996.
176. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. - М., 1973.
177. Ушаков Г.К. Очерк онтогенеза уровней сознания. - Проблемы сознания: Материалы симпозиума. - М.,1966. - С. 51-63.
178. Файвишевский В.А. О существовании неосознаваемых негативных мотиваций и их проявлении в поведении человека // Бессознательное.- Тбилиси, 1978. Т. 3.- С.433-445.
179. Фейгенберг И.М. Клинические нарушения взаимодействия анализаторов.- М.,1975.
180. Фейерабенд П. Избранные труды по методологии науки. - М., 1986.
181. Филипов Б.Е. Данные о гормональной регуляции межполушарной асимметрии // Проблемы нейрокибернетики. - Ростов на Дону, 1992.
182. Фрейд З. Введение в психоанализ (лекции). - М.,1989.
183. Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности // Психология бессознательного.- М., 1990.
184. Хаит Н.З. Половые расстройства у мужчин при поражении гипоталамуса.- Обнинск, 1993.
185. Хаит Н.З. Психоэндокринологические аспекты полового поведения при нарушении некоторых структур лимбической системы // Гормоны и мозг. - М., 1979. - С 91-102.
186. Хайнд Р. Поведение животных. Синтез этологии и сравнительной психологии.-М.,1975.
187. Хейзинга Й. Homo ludens.- М.,1992.
188. Хомская Е.Д. Мозг и активация. - М., 1972.
189. Хомская Е.Д. Нейропсихология. - М., 1987.
190. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции. - М., 1992.

191. Хорн Г. Память, импринтинг и мозг.- М., 1988.
192. Циркин С.Ю. Вопросы психиатрической систематики в свете Международной классификации болезней 10-го пересмотра // Соц. и клинич. психиатр.- Т.3, Вып.4.- С.109-118.
193. Частная сексопатология (под ред. Г.С.Васильченко).- М., 1983.- Т. 1-2.
194. Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е. Миндалевидный комплекс мозга. - М., 1981.
195. Черносвитов Е.В. О двух функциях сознания //Вопросы философии. 1985, № 10. - С.49-58.
196. Шевалев А.О. О паралогическом мышлении: Труды психиатрической клиники Одесского мединститута. - Одесса, 1930. -Вып.1. -С.25-73.
197. Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей и подростков и принципы их терапии с позиций концепции психического дизонтогенеза // Соц. и клинич. психиатр.- 1992.- Т. 2.- Вып.1. - С. 11-21.
198. Шевченко Ю.С. Этиологические механизмы патологических 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.
199. Шефер Д.Г. Гипоталамические (диэнцефальные) синдромы. - М., 1971.
200. Шмелев А.Г.Введение в экспериментальную психосемантику.- М.,1983.
201. Шорохова Е.В. Проблема сознания в философии и естествознании. - М., 1961.
202. Шостакович Б.В., Маркова М.Н., Смирнова Л.К., Ткаченко А.А. Уровень половых гормонов у мужчин с нарушением сексуального поведения в виде эксгибиционизма // Журн. невропатол. и психиатр. - 1990, Т. 90, № 5.- С. 112-116.
203. Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Эксгибиционизм.- Таганрог, 1992.
204. Эвола Ю. Метафизика пола. - М., 1996.
205. Эльконин Д.Б. Игра и психическое развитие: Избранные психологические труды.- М., 1992. - С.136-156.
206. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.
207. Юдеlevич П.Л. К вопросу об эпилептических расстройствах сознания без амнезии // Проблемы судебной психиатрии. - М., 1941.Вып 3.- С.35-63.
208. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени.-М., 1993.
209. Юнг К.Г. Аналитическая психология. - СПб., 1994.
210. Юнг К.Г. Психологические типы. -М., 1995.
211. Яньшин П.В. Эмоциональный цвет. -Самара, 1996.
212. Ясперс К. Общая психопатология. - М., 1997.
213. Abel G.G., Becker J.V., Cunningham-Rathner J. et al. Multiple Paraphilic diagnoses among Sex Offenders // The Bull. Am. Ac. Psych. & Law.- 1988.- Vol.16.- No.2.- P. 153-168.
214. Aberg-Wistedt A. The antidepressant effects of 5-HT uptake inhibitors.//Br.J.Psychiatry - 1989. - V.8(Suppl.). - P.32-40
215. Abnormal Psychology.(Eds.) Costello T.W., Costello J.T. // HarperPerennial, 1992
216. Ackermann H., Hertrich I., Ziegler W. (1993). Prosodic disorders in neurologic diseases - a review of the literature. Fortschr Neurol Psychiatr. 61(7): 241-253.
217. Allen L.S., Hines M., Shryne J., Gorski R.A. Two sexually dimorphic cell groups in the human brain // J. Neurosci.1989, 9 (2): 497-506.
218. Amaral D.G. Memory: Anatomical organization of candidate brain regions // Mountcastle V.B., Plum F., Geiger S.R. (Eds.), Handbook of physiology, Sect. 1: The nervous system, 1987. Vol. V. Higher functions of the brain, Part 1, American Physiological Soc., Bethesda, Maryland, pp. 211-294.

219. Andersen P., Anderson S.A. Physiological basis of the alpha rhythm. Appleton-Century Crofts, New York, 1968.
220. Anderson G.M., Pollack E.S., Chatterjee D., Leckman J.F., Riddle M.A., Cohen D.J. Postmortem analysis of subcortical monoamines and amino acids in Tourette's syndrome. In Chase T.N., Friedhoff A.J., Cohen D.J. (Eds.), *Advances in Neurology*. Vol. 58. New York. 1992. Raven Press, pp. 123-133.
221. Anderson W.P. & Kuncie J.T., Sex offenders. Three personality types// *J. Clinical Psychology*, 1979. Vol.35, No.3. P.671-676.
222. Andrew R. Intention movements of flight in certain passerines, and their use in systematics.- *Behav- N10*.-P.179-204.
223. Arndt, W.B. Gender disorders and the paraphilias. Madison, CT: International Universities Press., 1991.
224. Artigas F., Sarrias M.J., Martinez E., Gelpi E., Alvarez E., Udina C. Increased plasma free serotonin but unchanged platelet serotonin in bipolar patients treated chronically with lithium.//*Psychopharmacology* - 1989. - V.99. - P.328-332
225. Assagioli R. Psychosynthesis.- N.Y.,1985.
226. 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*. 1986. Vol. 43: Myoclonus, Raven, New York, pp. 407-468.
227. Baker L. Neuropsychological and power spectral EEG characteristics of exhibitionists: a model of sexual deviation. Doc. Diss., Dep. Of Psychology, University of Alberta, Edmond. - 1985.
228. Bandler R., Grinder J. Transformation.- Palo-Alto, California, 1978.
229. Bandler R., Grinder J. Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson M.D. Vol.1-Cupertino,California, 1977.
230. Bandler R., Grinder J. Transformation. -Palo-Alto, California, 1978.
231. Bandura A. Walters R. Social learning and personality development. N.Y., 1965.
232. Bandura, A., Ross, D., & Ross, S.A. A comparative test of the status envy, social power, and secondary reinforcement theories of identification learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, Vol. 67, p. 527-534.
233. Bandura, A., Ross, D., & Ross, S.A. Vicarious reinforcement and imitation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963. Vol. 67, p. 601-607.
234. Barth R.J. & Kinder B.N. The mislabelling of sexual impulsivity // *J. Sex & Marital Therapy*.- 1987.-13.- P.12-13.
235. Barth R.J., Kinder B.N. The mislabeling of sexual impulsivity // *J. Sex & Marital Ther*.- 1987.- Vol.13.- P.15-23.
236. Bateson P. How do sensitive periods arise and what are there for? - *Animal Behavior*-1979- 27.-P.470-486.
237. Bateson G. Vers une ecologie de l'esprit, t.2. - Paris, 1980. - P.67-79.
238. Baxter L.R., Phelps M.E., Mazziotta J.C. et al. Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorders: a comparison with rates in unipolar depression and normal controls// *Arch. Gen. Psychiat*. 1987. Vol. 44 p. 211-218.
239. Baxter L.R., Schwartz J.M., Mazziotta J.C. et al. Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive-compulsive disorder //*Amer. J. Psychiat*. 1988. 145: 1560-1563.
240. Beaumont J.G. The EEG and task performance: a tutorial review. In: A.W.K. Gillard and W. Ritter (Eds.), *Tutorials in ERP Research: Endogenous Components*. North-Holland Publ., Amsterdam, 1983. pp. 385-406.
241. Bem S. Sex role adaptability - one consequence of psychological androgyny // *J. of Pers. and Soc. Psychol*. N.31. p.634-643, 1975.
242. Bindra D. Motivation: A Systematic Reinterpretation. - N.Y., 1959.

243. Bingley T., Persson A. EEG studies on patients with chronic obsessive-compulsive neurosis before and after psychosurgery (stereotaxic bilateral anterior capsulotomy). *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.* 1978. 44: 691-696.
244. Blanchard R. The concept of Autogynephilia and the typology of Male Gender Dysphoria.-*J Ment Dis*-1989-v.177-N10.-P.616-623.
245. Blonder L.X., Burns A.F., Bowers D., Moore R.W., Heilman K.M. Right hemisphere facial expressivity during natural conversation. *Brain. Cogn.* 1993. 21(1): 44-56.
246. Bloom R.L., Borod J.C., Obler L.K., Gerstman L.J. Impact of emotional content on discourse production in patients with unilateral brain damage. *Brain Lang.* 1992. 42(2): 153-164.
247. Blumer D. Transsexualism, sexual dysfunction and temporal lobe disorder // R. Green and J. Money (Eds.). *Transsexualism and sex reassignment*. - Baltimore. Md.: Johns Hopkins University Press, 1969.
248. Blumer D. Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. *Amer. J. Psychiatry.* 1970. 126 (8): 1099-1106.
249. Blumer D., Benson D.F. *Psychiatric Manifestations of Epilepsy* // D.F. Benson, D. Blumer (Eds.) *Psychiatric aspects of Neurological Disease*. - N.Y., 1982.
250. Blumer D., Walker A.E. The Neural Basis of Sexual Behavior. In: F.Benson and D.Blumer (Eds.), *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*. New-York, 1975. Gune and Stratton, pp. 199-216.
251. Blumer D., Walker A.E. Sexual Behavior in Temporal Lobe Epilepsy// *Arch. Neurol.*-1967.-Vol. 16.
252. Bolk L. *Das Problem der Menschwerdung*. - Jena, 1926.
253. Borod J.C., Martin C.C., Alpert M., Brozgold A., Welkowitz J. Perception of facial emotion in schizophrenic and right brain-damaged patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993. 181(8) : 494-502.
254. Borrego Hernando O. Indicación de los activadores serotoninérgicos para el control de los impulsos.- *Psicopatología*, 1995; 15, 1:4-7.
255. Bourget D. & Bradford J.M.W. Sex offenders who claim amnesia for their alleged offense.- *Bull. of the Amer. Acad. of Psych. the Law.* 23(2): 299-307, 1995.
256. Bradford J.M., Boulet M.A., Pawlak M.A. The Paraphilias: A Multiplicity of Deviant Behaviours.- *Can.J.Psychiatry*.- 1992.- Vol.37.- P.104-108.
257. Bradford J.M., Gratzner T.G. A treatment for impulse control disorders and paraphilia.- *Can.J.Psychiatry*, 40:1,1995.- 4-5.
258. Brown C.S., Kent T.A, Bryant S.G et al. Blood platelet uptake of serotonin in episodic aggression.// *Psychiatry Res.*- 1989,- v.27.
259. Bryden M.P. *Laterality: Functional asymmetry in the intact brain*, Academic Press, New York, 1992.
260. Bryden M.P., Free T., Gagno S., Groff P. Handedness effects in the detection of dichotically-presented words and emotions. *Cortex.* , 1991. 27: 2, 229-235.
261. Bryson S.E., McLaren J., Wadden N.P., MacLean M. Differential asymmetries for positive and negative emotion: hemisphere or stimulus effects? *Cortex.* 1991. 27(3): 359-365.
262. Burt,M., Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230, 1980.
263. Burt,M.R., & Katz, B.L. Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*,2, 57-81, 1987.
264. Burt,M.R., Albin, R.S. Rape myths, rape definitions and probability of conviction. *Journal of Applied Social Psychology* , 11 (3), 212-230, 1981.
265. Buznikov G.A. The action of neurotransmitters and related substances on early embryogenesis.//*Pharmac.Ther.* - 1984 - v.25



266. Cacioppo J.T. Motivated attention: The view from a dual process model of motivation. *Psychophysiology*. 33 (Suppl. 1). Society for Psychophysiological Research, Abstracts of the Thirty-Six Annual Meeting, October 16-20, 1996, Vancouver, Canada, 1996. S5.
267. Cameron-Bandler L. Solutions. - San-Rafael, California, 1983.
268. Carnes P. Contrary to Love: Helping the Sexual Addict.- Minneapolis, MN, ComCare Publishers.- 1989.
269. Celada P., Sarrias M.J., Artigas F. Serotonin and 5-hydroxyindoleacetic acid in plasma. Potential use as peripheral measures of MAO-A activity.//*J.Neural Transm.* - 1990. - V.32[Suppl.]. - P.149-154
270. Chang, J., & Block, J. A study of identification in males homosexuals. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 307-10, 1960.
271. Chodorow, N. The reproduction of mothering. Los Angeles: University of California Press, 1978.
272. Christianson S.A., Saiso J., Garvill J., Silfvenius H. Hemisphere inactivation and mood-state changes. *Brain Cogn.* 1993. 23(2): 127-144.
273. Christman S.D., Hackworth M.D. Equivalent perceptual asymmetries for free viewing of positive and negative emotional expressions in chimeric faces. *Neuropsychologia*. 1993. 31(6): 621-624.
274. Clemente C.D., Chase M.H. Neurological substrates of aggressive behavior// *Ann. Rev. Physiol.* 1973. 35: 329-356.
275. Cohen H.D., Rosen R.C., Goldstein I. Electroencephalographic laterality changes during human sexual orgasm // *Arch. Sexual Behav.* 1976. 5(3): 189.
276. Cohen M., Seghorn T., Calmas W. Sociometric study of sex offender// *J. Clinical Psychology*, Vol.74, No.2. P.249-255, 1969.
277. Coleman E. Compulsive Sexual Behavior: New concepts and treatments. The Haworth Press, Inc. 1991. pp. 37-52.
278. Coleman E. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior.- *Am.J.Preventive Psychiatry and Neurology*.- 1990.- 2(3).- 9-14.
279. Coleman E., Cesnik J., Moor A., Dwyer S. An exploratory study of the role of psychotropic medication in the treatment of sex offenders. // *Journal of Offender Rehabilitation*. - 1992. - Vol.18. -p. 75-88.
280. Coleman E., Cesnik J., Moore A., Dwyer S. An exploratory study of the role of psychotropic medications in the treatment of sex offenders // *J. of Offender Rehabilitation*. 1992.18: 75-88.
281. Comings D.E. Serotonin and tryptophan in Tourette syndrome: Relevance to other impulse disorders // *Am J. Hum. Genet.* 1990. 36: 418-430.
282. Comings D.E. Role of genetic factors in human sexual behavior based on studies of Tourette syndrome and ADHD probands and their relatives. *Am. J. Med. Genet.* 1994. 54(3): 227-241.
283. Comings D.E., Comings D.G. A Case of Familial Exhibitionism in Tourette's Syndrome Successfully Treated with Haloperidol. *American Journal of Psychiatry*. 1982.139: 913-915.
284. Cunningham M. Measuring the physical in physical attractiveness: Quasiexperiments on the sociology of female facial beauty. - *J of Personality and Social Psychol* ,1986. - N50. - P.925-935.
285. D'Aquili E. G., Laughlin C.D., Mc Manus J. (eds) - The spectrum of ritual: A biogenetic structural analysis. - Columbia University Press. - N.Y., 1979. - P.117-151.
286. Davidson R.J. EEG measures of cerebral asymmetry: Conceptual and methodological issues. *International Journal of Neuroscience*,1988. 39: 71-89.
287. Davidson R.J. Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain Cogn.* 1992. 20(1): 125-151.

288. Davis D.E. The role of density in aggressive behavior of house mice. - *Animal Behav*, 1958. -6. - P.207-210.
289. De Lacosta-Utamsing M. C., Holloway R.L. Sexual dimorphism in the human corpus callosum. *Science*.1982. 216: 1431-1432.
290. De Toffol B., Autret A., S. Markabi and Roux S. Influence of lateralized sensorimotor and neuropsychological activities on electroencephalographic spectral power// *EEG and Clin. Neurophysiology*. 1990. 75: 200-206.
291. Del Abril A., Segavia S., Guillamon A. The bed nucleus of the stria terminalis in the rat: Regional sex differences controlled by gonadal steroids early after birth. *Develop. Brain Res*. 1987. 32 (2): 295-300.
292. Delmonte M. Electrocortical activity and related phenomena associated with meditation practice: a literature review. - *International J of neuroscience* ,1984, N3-4. - P.217-231.
293. Diagnostic and Treatment of Anxiety Disorders // *A Physicians Handbook*.- Ed. Th.J.McGlyn, H.L.Metcalf.- American Psychiatric Press, - P.59-65.
294. Diagnostical and statistical manual of mental disorders. 3d rev. ed. - Washington: Am. Psychiat. Ass., 1987.
295. Diagnostical and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. - Washington, DC: Am. Psychiat. Ass., 1994.
296. Dorner G. Sex-hormone dependent brain differentiation and reproduction.- *Handbook of sexology*.-Amst-London-N.Y.,1978.
297. Dorner G. Hormonabhängige sexuelle Fehlsteuerung.// Szewczy H.,Burhardt H. (Hrsg).*Sexualität*.-Berlin: VEB Gustav Fischer,1978.
298. Doty R.W. Nongeniculate afferents to striate cortex in macaques. *J. Comp. Neurol*. 1983. 218: 159-173.
299. Doty R.W. Some Anatomical Substrates of Emotions, and their Bichemispheric Coordination. *Exp. Brain Res.*, Ser. 18, Springer-Verlag Berlin, Heeidelberg, 1989. pp. 56-81
300. Draper W., Bernstein I. Stereotyped behavior and cage size.-*Percept and Motor Skills*-1963- vol.16.- P.231-234.
301. 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
302. Dubovsky S.L., Thomas M. Serotonergic mechanisms and current and future psychiatric practice.//*J.Clin.Psychiatry* - 1995. - V.56(Suppl.2). - P.38-48
303. Ehlers T. Experimentelle Untersuchungen zur persönlichkeits-bedingte Unfallgefährdung. Dissertation Philosophischen Fakultät der Philipps-Universität. Bremen, 1964 s. 252-279.
304. Eibl-Eibesfeldt A. *Human ethology*.-N.Y.-1985.-357 p.
305. Ellison J.M. (1982). Alteration of Sexual Behavior in Temporal-Lobe Epilepsy. *Psychosomatics*. 23: 499-509.
306. Ether R., Aigner M., Wagner E., Gutierrez K. Magnetic resonance tomography of the brain in 21 sex offenders. *European Psychiatry*, 1996. 11(Suppl. 4), 8th Congress of Association of European Psychiatrists "European psychiatry: a force for the future", London, 7-12 July 1996, p. 284.
307. Evans, R.B. Adjective Check List scores of homosexual men. *Journal of Personality Assessment*, 35, 344-49, 1971.
308. Eysenck H.J. *Sex and personality*. London.1976. Open Books.
309. Fauss R.. Zur Bedeutung des Gesichts für die Partnerwahl. - *Homo*,1988. - N.37. - P.188-201.
310. Feingold A. Gender differences in personality: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 1994. 116, 429-456.

311. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. - Stanford, 1957.
312. Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance. Evanston, Ill., 1957.
313. Fischer E.A. The relationship between mating system and simultaneous hermaphroditism in the coral reef fish *Hypoplectrus nigricans* (Serranidae). - Animal Behavior, 1980. - 28. - P.620-633.
314. Flor-Henry P. Mood, the right hemisphere and the implications of spatial information perceiving systems. Research Comm. in Psychology, Psychiatry and Behavior. 1983. 8(2): 143-170.
315. Flor-Henry P. Cerebral Aspects of Sexual Deviation. In: G.D. Wilson (Ed.), Variant Sexuality: Research and Theory. Beckenham, Kent, 1987. England: Croom Helm Ltd, pp. 49-81.
316. Flor-Henry P. et al. Quantitative EEG studies of Pedophilia. In: International J. of Psychophysiology. 1991. No. 10., P.253-258.
317. Flor-Henry P., Lang R., Koles Z.J., Frenzel R.R. Quantitative EEG Investigations of Genital Exhibitionists. Annals of Sex Research. 1988. 1: 49-62.
318. Flor-Henry P., Lang R.A., Koles Z.J. Quantitative EEG studies of Pedophilia. International Journal of Psychophysiology. 1991. 10: 253-258.
319. Flor-Henry P., Lang R.A., Koles Z.J., Frenzel R.R. Quantitative EEG studies of pedophilia.// Internat. J. of Psychophysiol., 1991, v.10, pp.253-258.
320. Fodstad H., Strandman E., Karlsson B., West K.A. Treatment of chronic obsessive-compulsive states with stereotactic anterior capsulotomy or cingulotomy. Acta Neurochir. 1982. 62: 1-23.
321. Foote S.L. Anatomy and physiology of brain monoamine systems. In: Judd L.L., Groves P.M (eds). Section 2: Psychobiological foundations of clinical psychiatry. In: Michels R., Cavenar J.O., Brody H.K.H et al. (eds). Psychiatry, v.3, Philadelphia, Lippincott,-- ch.44,- P.1-15
322. Gaffney G.R., Berlin F.S. Is there hypothalamic-pituitary gonadal dysfunction in paedophilia ? //Brit. J. Psychiat. - 1984. -- P. 657-660.
323. Garran E., Ortiz N., Reicherts M., Chofflou M., Mayer E. Alexithimia: psychopathology and interhemispheric transfer relationships in multiple sclerosis. X World Congress of Psychiatry. - Madrid, August 23-28, 1996, p. 219.
324. Garza-Trevino E.S. Neurobiological Factors In Aggressive Behavior. Hospital and Community Psychiatry. 1994. 45: 690-700.
325. general practice. Hogrefe and Huber Publishers. Lewiston N.Y. Toronto - Bern - Gottingen. pp. 135-147.
326. Geschwind N., Galaburda A.M. Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations, and pathology: I. A hypothesis and a program for research. Arch. Neurol. 1985. 42: 428-459.
327. Gessa G.L., Paglietti E. Role of serotonin, dopamine and enkephalins in the regulation of sexual behavior in male rats. - Third Intern. Congress Med. Sexology. - Rome, 1978.
328. Gloor P., Olivier A., Quesney L.F., Andermann F., Horowitz S. The role of the limbic system in experiential phenomena of temporal lobe epilepsy. Ann. Neurol. 1982. 12: 129-144.
329. Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction.- J. Sex & Marital Therapy.- 1992.- 18.- P.225-242.
330. Gorski R.A., Gordon J.H., Shryne J.E., Southam A.M. Evidence for a morphological sex difference within the medial preoptic area of the rat brain. Brain Res. 1978. 148: 333-346.
331. Gottlieb G. Prenatal behavior of birds. Quarterly Review of Biol, 1968. 43, 148-174
332. Grinder J., Bandler R. The magic structure 2. - Palo-Alto, California, 1976.

333. Gross M., Charnov E. Alternative male life histories in bluegill sunfish. - Proc nat Acad Sci USA - 1980- 77.-P.6937-6940.
334. Grossman L.S., Cavanaugh J.L. Psychopathology and Denial in Alleged Sex Offenders. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol.178, № 12, 1990.
335. Groth A.N. Men Who Rape: The Psychology of the Offender.- New York, Plenum Press, 1979.
336. Groth, A.N. The adolescent sexual offender and his prey. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 21 (3), 249-254, 1977.
337. Grubin, D. The classification of rapists. Prison service journal, № 85, 45-55, 1992
338. Gruzelier J.H. Syndromes of schizophrenia and schizotypy, hemispheric imbalance and sex differences: implications for developmental psychopathology. // Int. J. Psychophysiol. 1994. 18(3): 167-78.
339. Gruzelier J.H., Doig A. The factorial structure of schizotypy. II. Patterns of cognitive asymmetry, arousal, handedness and gender. Schizophr. Bull. 1996. 22(4): 621-634.
340. Gruzelier, J.H., Kaiser, J. Syndromes of schizotypy and timing of puberty. Schizophrenia Research. 1996. 21: 183-194.
341. Gur R.C., Skolnick B.E., Gur R.E. Effects of emotional discrimination tasks on cerebral blood flow: regional activation and its relation to performance. Brain Cogn. 1994. 25(2): 271-286.
342. Hagamen W., Zitzmann E., Reeves A. Sexual mounting of diverse objects in a group of randomly selected, unoperated male cats.- J Comparative Physiol Psychol-1963- N56.-P.298-302.
343. Halgren E., Walter R.D., Cherlow D.G., Grandall P.H. Mental phenomena evoked by electrical stimulation of the human hippocampal formation and amygdala. Brain. 1978. 101: 83-117.
344. Happel R. Sex offender assessment. 1995 (unpublished).
345. Hara K., Myers R.E. Role of forebrain structures in emotional expression in opossum. Brain Res. 1973. 52: 131-144.
346. Harrison P., Strageway P., McCann J., Catalan J. Paedophilia and Hyperprolactinaemia // Brit. J. Psychiat. - 1989. - 155.
347. Heath R.G. Pleasure response of human subjects to direct stimulation of the brain: Physiologic and psychodynamic considerations. In: Heath R.G. (Ed.), The Role of Pleasure in Behavior. New York, 1964. Harper & Row, pp. 219-243.
348. Heilbrun A. Human sex-role behavior. Pergamon Press. Emory University, 1981.
349. Herron I. (Eds.) Neuropsychology of left-handedness. N. Y., 1980.
350. Herzog D.B., Newman K.I., Warshaw M. Body Image Dissatisfaction in Homosexual and Heterosexual Males.- J.Nerv. Ment.Dis.- 1991.- Vol.179.- No.6.- P.356-359.
351. Hirsh R. The hippocampus and contextual retrieval of information from memory: a theory. Behav. Biol. 1974. 12(4): 421-444.
352. Hollander E. Obsessive - compulsive related disorders. Am. Psychiat. Press, Inc. Washington, D.C. 1993.
353. Hooshmand M.D., Brauley B.U. //Neurology (Minneap.) - 1969. Vol. 19.
354. Houdart R. Essai sur la conscience. Encephale. 1994. 20(2): 159-168.
355. Hucker S.J., Langevin R., Dickey R., Handy L., Chambers J., Wright S. Cerebral damage and dysfunction in sexually aggressive men. Ann. Sex Res.1988. 1: 33-47.
356. Huttenlocher, P.R., de Courten, C., Garey, L.J. and van der Loos, H. Synaptogenesis in human visual cortex - evidence for synapse elimination during normal development. Neurosci. Lett. 1982. 33, 247-252.

357. Insel T.R. Neurobiological aspects of obsessive- compulsive disorder. In: Gastpar M., Kielholz P. (Eds). Problems of psychiatry in general practice. Toronto, Hogrete & Huber Publishers. - 1991. - P.135-147.
358. Insel T.R. Neurobiological aspects of obsessive-compulsive disorder. In: Gastpar M., Kielholz P. (Eds). Problems of psychiatry in general practice. Toronto, Hogrete&Huber Publishers - 1991 - P.135-147
359. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie.- Berlin- Heidelberg - New York: Springer, 1973.- 748 s.
360. Jensen H. Development of a self-theory and measurement scale.- Journal of Personality assessment, 1991 № 57 (3)
361. Johnsen B.H., Hugdahl K. Right hemisphere representation of autonomic conditioning to facial emotional expressions. Psychophysiology. 1993. 30(3): 274-8.
362. Johnson S. Osobowosc symbiotyczna i jej leczenie. - Warszawa, 1993.
363. Jones A.H., Frei D. Exhibitionism - a biological hypothesis // Brit. Journal of Medical Psychology. - 1979. - Vol. 52.
364. Jones E.G. The thalamus. Plenum, New York, 1985. pp. 744-757.
365. Jones N.A., Fox N.A. Electroencephalogram asymmetry during emotionally evocative films and its relation to positive and negative affectivity. Brain Cogn.1992. 20(2): 280-299.
366. Kagan J. The concept of identification. - Psychol. Rev., v.65. p.296-305. 1958
367. Kagedal B., Goldstein D.S. Catecholamines and their metabolites.//J.Chromatogr. - 1988 - 429 -p.177-233
368. Kaiser J., Gruzelier J. (Pubertal Timing and EEG Coherence During Photic Stimulation. X World congress of psychiatry, Madrid, August 23-28, 1996, Abstracts, Vol. 1, p. 193.
369. Kaplan, H. Deviant behavior in defence of self. New York: Academic Press., 1980.
370. Karakiulakis G. et al. Sexual dimorphism in the number of dopamine receptors in limbic and nonlimbic areas of rat brain // J. Endocrinol. 1978. Vol. 79. № 2. P. 32-33.
371. Kendrick K.M., Baldwin B.A. Cells in temporal cortex of conscious sheep can respond preferentially to the sight of faces. Science. 1987. 236: 448-450.
372. Kerbeshian J., Burd L., Fisher W., Martsolf J.T., Wikenhauser M. Gilles de la Tourette disease and Multiply disabled Children. Rehabilitation Literature. 1985. 46: 255-58.
373. Kimura D., Harshman R.A. Sex differences in brain organization for verbal and non-verbal functions. Progress in Brain Research, G.J. Vries et al. (Eds.), 1984. Vol. 61, pp. 423-441.
374. Kochi K., Koenig T., Kondakor I., Lehmann D., Revenstrof D. Emotions and Intracerebral EEG Sources. X World congress of psychiatry, Madrid, August 23-28, 1996, Abstracts, Vol. 2, p. 129.
375. Kohlberg L. A cognitive developmental analysis of childrens sex role concepts and attitudes // Maccoby E. (ed.) The development of sex differences. Stanford Univ. Press. 1966.
376. Kolarsky A., Freund K., Mackek J., Polako. Male sexual deviation. // Arch. gen. Psychiat. - 1967. Vol. 17.
377. Kolarsky A., Freund K., Machek J., Polak O. Male Sexual Deviation: Association with Early Temporal Lobe Damage. Arch. of Gen. Psychiatry. 1967. 17: 735-43.
378. Kula K. Changes in gonadotropin regulation in both behavioral and phenotypic disturbances of sexual differentiation in men. Psychoneuroendocrinology. 1986. 11(1): 61-67.

379. Kula K. Changes in gonadotropin regulation in both behavioral and phenotypic disturbances of sexual differentiation in men. // *Psychoneuroendocrinology*. - 1986. - Vol. 11. - №. 1. - p. 61-67.
380. Lalande S., Braun C.M., Charlebois N., Whitaker H.A. Effects of right and left hemisphere cerebrovascular lesions on discrimination of prosodic and semantic aspects of affect in sentences. *Brain Lang.* 1992. 42(2): 165-186.
381. Lane R.D., Kivley L.S., Du Bois M.A., Shamasundara P., Schwartz G.E. Levels of emotional awareness and the degree of right hemispheric dominance in the perception of facial emotion. *Neuropsychologia*. 1995. 33(5): 525-538.
382. Langevin R. et al. Sexual sadism: Brain, Blood, and Behavior. In: *Human Sexual aggression*. - *Ann. New York Acad. Sci.* - N.Y., 1988. - P. 172-182.
383. Langevin R., Bain J., Wortzman G., Hucker S., Dickey R., Wright P. Sexual sadism: brain, blood, and behavior. *Ann. NY Acad. Sci.* 1988. 528: 163-171.
384. Leckman J.F., Anderson G.M., Cohen D.J. et al. Whole blood serotonin and tryptophan levels in Tourette's disorder: Effects of acute and chronic clonidine treatment. *Life Sci.* 1984. 35: 2497-2503.
385. Leckman J.F., Pauls D.L., Peterson B.S., Riddle M.A., Anderson G.M., Cohen D.J. Pathogenesis of Tourette syndrome: Clues from the clinical phenotype and natural history. In Chase T.N., Friedhoff A.J., Cohen D.J. (Eds.), *Advances in Neurology - Tourette Syndrome: Genetics, Neurobiology, and Treatment*. Vol. 58. New York: 1992. Raven Press, pp. 15-24.
386. Lee G.P., Loring D.W., Meador K.J. Influence of premorbid personality and location of lesion on emotional expression. *Int. J. Neurosci.* 1993. 72(3-4): 157-165.
387. Leonard C.M., Rolls E.T., Wilson F.A.W., Baylis G.C. Neurons in the amygdala of the monkey with responses selective for faces. *Behav. Brain Res.* 1985. 15: 159-176.
388. Levy J. Handwriting posture and cerebral organization: how are they related ? // *Psychol. Bull.* 1982. V. 91, N 3. p. 589 -608.
389. Linnoila M., Virkkunen M., Scheinin M. et al. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. // *Life Sci.*, - 1983, - v.33, - P.2609-2614
390. Lisk R. Increased sexual behavior in the male rat following lesion in the mamillary region. *J. Exp. Zool.* 1966. 161: 129-136.
391. Lisk R. Neural localization for androgen activation of copulatory behavior in the male rat. *Endocrinology*. 1967. 80: 754-761.
392. Lissavoy V. Head banging in early childhood: a suggested cause.- *J. genet Psychol.* - 1963- vol.102.-P.109-114.
393. Lopes da Silva F.H., van Lierop T.H.M., Scler C.F., Storm van Leeuwen W. Essential differences between alpha rhythm and barbiturate spindles: spectra and thalamo-cortical coherences. *EEG Clin. Neurophysiol.* 1973. 35(6): 627-639.
394. Maccoby E., Jacklin C. *The psychology of sex differences*. Stanford. Univ. Press. 1974.
395. MacLean P.D. New findings on brain function and sociosexual behavior.- J.Zubin & J.Money (Eds.) *Contemporary Sexual Behavior*.- Baltimore, 1973.- P.53-74.
396. MacLean P.D. Chemical and electrical stimulation of hippocampus in unrestrained animals. Part II. Behavioral findings. *Arch. Neurol .Psychiatr.* 1957. 78: 128-142.
397. MacLean P.D. Effects of lesion of globus pallidus on species-typical display behavior of squirrel monkeys. // *Brain Res.* 1978. 149: 175-196.
398. Magnussen S., Sunde B., Dynes S. Patterns of perceptual asymmetry in processing facial expression. *Cortex*. 1994. 30(2): 215-229.
399. Malamuth, N.M. Rape proclivity among males. *Journal of Social Issues*, 37 (4), 138-157, 1981.

400. Mandal M.K., Tandon S.C., Asthana H.S. Right brain damage impairs recognition of negative emotions. *Cortex*. 1991. 27(2): 247-253.
401. Mandell A.J., Knapp S. Asymmetry and mood, emergent properties of serotonin regulation. A proposed mechanism of action of lithium. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1979.36: 909-916.
402. Manosevitz, M.: Item analysis of the MMPI MF scale using homosexual and heterosexual males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35: 395-.1971.
403. Markus H. & Wurf E. The Dynamic Self-concept : A Social Psychological Perspective. *Ann. Rev. Psychol.* N 38. p.300-327, 1987.
404. Marshall, W.L., Christie, M.M. Pedophilia and aggression. *Criminal Justice and Behavior*, 8, 145-158, 1981.
405. Martindale C. Cognition and consciousness. - Homewood, (Ill): Dorsey Press, 1981.
406. Maslow A. H. Motivation and Personality. New York: Harper, 1954.
407. Matsumota A., Yasumasa A. Effect of androgen on sexual differentiation of synaptic organization in the hypothalamic arcuate nucleus: An onthogenetic study // *Neuroendocrinology*. 1981. Vol. 33. P. 166-169.
408. Matsumoto A., Arai Y. Sex difference of volume of the ventromedial nucleus of the hypothalamus in the rat. *Endocrinol. Jap.* 1983. 30: 277-280.
409. McCarthy B.W. Sexually compulsive men and inhibited sexual desire.- *J. Sex & Marital Therapy*.- 1994.- 20.- P.200-209.
410. McCormic C.M., Witelson S.F., Kingstone E. Left-hendedness in homosexual men and women. *Neuroendocrin implication*. // *Psychoneuroendocrinology*. -1990. - Vol. 15. p. 69-76.
411. McDowell C.L., Harrison D.W., Demaree H.A. (1994). Is right hemisphere decline in the perception of emotion a function of aging? *Int. J. Neurosci.* 79(1-2): 1-11.
412. McElroy S.L., Hudson J.I., Pope H.G. et al. The DSM-111-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders.// *Am.J.Psyciatry*- 1992- v.149,- P.318-327
413. McElroy S.L., Hudson J.I., Pope H.G. et al. The DSM-111-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders.- *Am.J.Psyciatry*.- 1992.- Vol.149.- P.318-327.
414. McElroy S.L., Hudson J.I., Pope H.G., et al. The DSM-111-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders.//*Am.J.Psychiatry* - 1992. - V.149. - P.318-327
415. McGeary C.P. Personality, profiles of persons concvited of indecent exposure // *J. Clinical Psychology*, Vol.31. P.260-262, 1975.
416. McGlone J. (1977). Sex differences in the cerebral organization of verbal functions in patients with unilateral brain lesions. *Brain*. 100: 775-793.
417. McGlone J. (1980). Sex differences in human brain asymmetry: A critical survey. *Behavioural and Brain Sciences*, 3: 215-263.
418. McGlone J. Sex differences in the human brain asimmetry: A critticial survey. // *Behav. and Brain Sci.* - 1980. -Vol. 3. - № 2. -p. 215 -263.
419. Melzak R. Early experience: A neuropsychological approach to heredity-environment interactions. In: G.Newton, S.Levin (eds), *Early experience and behavior: The psychobiology of development*. - Springfield, Ill, 1968. - P.65-82.
420. Michael R.P. The selective accumulation of estrogens in the neural and genital tissues of the cat. In: *Proceeding of the First International Congresss on Hormonal Steroids*, 1962. Vol. 2. New York, Acad. Press, pp. 469-581.
421. Michel W.A. Social learning view of sex differences in behavior. - In Maccoby E. (ed.) *The development of sex differences*. Stanford Univ. Press. 1974.

422. Miller R.E., Banks J.H. The determination of social dominance in monkeys by a competitive avoidance method. - J. Comparative Physiology and Psychol.- 1962- Vol. 55- P.147-141.
423. Mitchell W., Falconer M.A., Hill D. Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy. // Lancet. - 1954. - No 2.
424. Mizukami S., Nishizuka M., Arai Y. Sexual difference in nuclear volume and its ontogeny in the rat amygdala. Exp. Neurol. 1983. 79(2): 569-579.
425. Molliver M.E. Serotonergic neuronal systems: what their anatomic organization tell us about function. J. Clin. Psychopharmacol. 1987. 7: 3S-23S.
426. Moncrieff M., Pearson D. Comparison of MMPI profiles of assaultive and non-assaultive exhibitionists and voyeurs // Currective and Social Psychiatry and J. Behav. Tehnology, 1979. Vol.25. P. 91-93.
427. Money J. Masochism: on the childhood origin of paraphlia, opponent-process theory, and antiandrogen therapy. - The J. of Sex Research. - 1987.- Vol.23.- No. 2.- P.273-275.
428. Money J. Forensic Sexology: Parafilic Serial Rape and Last Murder // Am. J. Psychoterapy. - 1990. - №1. - p. 26-36.
429. Money J. Forensic Sexology: Paraphilic Serial Rape and Lust Murder. - Am. J. Psychotherapy.- 1990.- N. 1.- P. 26-36.
430. Money J. Pedophilia: A Specific Instance of New Philism Theory as Applied to Paraphilic Lovemaps.- Pedophilia. Biosocial Dimensions.- Springer-Verlag.,1990.- P.445-463.
431. Money, J. Lovemaps. Buffalo, NY: Prometheus Books. 1986.
432. Money, J. Paraphilias: Phenomenology and Classification. American Journal of Psychotherapy, Vol. XXXVIII, № 2, April 1984.
433. Moreno C.R., Borod J.C., Welkowitz J., Alpert M. Lateralization for the expression and perception of facial emotion as a function of age. Neuropsychologia.1990. 28(2): 199-209.
434. Morris D. The Human Zoo.-N.Y.,1969.
435. Motohashi N., MacKenzie E.T., Scatton B. Functional mapping of the effect of lesions of the habenular nuclei and their afferents in the rat. Brain Res.1986. 397: 265-278.
436. Muller R.U., Kubie J.L., Ranck J.B. Jr. Spatial firing patterns of hippocampal complex-spike cells in a fixed environment. J. Neurosci. 1987. 7: 1935-1950.
437. Murphy M.R., MacLean P.D., Hamilton S.C. Species typical behavior of hamsters deprived from birth of neocortex. Science. 1981. 213: 459-461.
438. Needham J. On the dissociability of the fundamental processes in onthogenesis//Biol Rev- 1933. - v.8- P.180-223.
439. Nordahl T.E., Benkelfat C., Semple W. et al. Cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder. Neuropsychopharmacology. 1989. 2: 23-28.
440. Noshpitz, J. On masturbation. Pediatric Annals, 11, 747-749, 1982.
441. Nunberg H. Principles of psychoanalysis. Their application to the neuroses.- .Y.:Int.Universities Press., 1955.
442. Nutt D.J., Holman R.B, Thomas D.N. Noradrenergic mechanisms in anxiolitic and antidepressant drug action.
443. Olton D.S., Becker J.T., Handelmann G.E. Hippocampus, space, and memory. Behav. Brain Sci. 1979. 2: 313-365.
444. Ono T., Fukuda M., Nishino H., Sasaki K., Muramoto K.-I. Amygdaloid neural responses to complex visual stimuli an in operant feeding situation in the monkey. Brain Res. Bull. 1983. 11: 515-518.
445. Oriebeke I. F., Boomsma D.I. et al. Elevated sinistrality in transsexuals. // Neuropsychologia. - 1991. - Vol. 6, №4. P. 351-355.



446. Pandya D.N., Seltzer B. The topographie of commissural fibers. In: Lepore F., Pito M., Jasper H.H. (Eds.), Two hemispheres - one brain, functions of the corpus callosum. Alan R. Liss. New York, 1986. pp. 47-73.
447. Panton, JH.: New MMPI scale for the identification of homosexuality. Journal of Clinical Psychology, 1960, 16: 21
448. Parsons, T., & Bales, R. F. Family, socialization, and interaction process. Glencoe, Ill.: Free Press, 1955.
449. Patrick C.J. Emotion and psychopathy: Startling new insights. Psychophysiology. 1993. 31: 319-330.
450. Patrick C.J., Bradley M.M., Lang P.J. Emotions in the criminal psychopath: Startle reflex modulation. Journal of Abnormal Psychology, 1993. 102: 82-92.
451. Pauls D.L., Leckman J.F. The inheritance of Gilles de la Tourette syndrome and associated behaviors: evidence for autosomal dominant transmission. N. Engl. J. Med. 1986.315: 993-997.
452. Pauls D.L., Towbin K.E., Leckman J.F. et al. Gilles de la Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder: Evidence supporting an etiological relationship. Arch. Gen. Psychiat. 1986. 43: 1180-1182.
453. Pearson H. Paraphilias, impulse control and serotonin.- J.of Clinical Psychopharmacology.- 1990.- 10(3), 233.
454. Perls F. Gestalt Therapy Verbatim.- N.Y., 1976.
455. Perls F., Hefferline R., Goodman P. Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality .-N.Y.,1951.
456. Peyrin L., Simon H., Collet-Eward J.M. et al. 6-Hydroxydopamine lesions of dopaminergic A10 neurons. Long-term effects on the urinary excretion of free and conjugated catecholamines and their metabolites in the rat.// Brain Res.,- 1982,- v.235.
457. Pilleri G. The Kluver-Busby syndrome in man. A clinico-anatomical contribution to the function of the medial temporal lobe structures. // Psychiat. Neurol.. (Basel.) - 1966. - Vol. 152. - № 2. - p. 65-103.
458. Pitman R.K. (1983). Tourette's Syndrome and Ethology. American Journal of Psychiatry. 140: 652.
459. Pivik R.T., Broughton R.J., Coppola R., Davidson R.J. Guidelines for the recording and quantitative analysis of electroencephalographic activity in research contexts. // Psychophysiology.1993. 30: 547-558.
460. Ploog D.W. Biological bases for instinct and behaviour: Studies on development of social behaviour in squirrel monkeys In: Recent Advances in Biological Psychiatry, 1966.- Vol.VIII.- P.199-223.
461. Poeck K., Pilleri G. Release of hypersexual behavior due to lesion in limbic system // Acta Neurol. - 1965. - 41. - p. 233-244.
462. Poldinger W., Calanchini B., Schwarz W. A functional-dimensional approach to depression: serotonin deficiency as a target syndrome in a comparison of 5-hydroxytryptophan and fluvoxamine.//Psychopathology - 1991. - V.24. - P.53-81
463. Praag H.M. 5-HT-related, anxiety- and/or aggression-driven depression.//Internat.Clin.Psychopharmacol. - 1994. - V.9(Suppl.1). - P.5-6
464. 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. - V.157. - P.723-734
465. Praag H.M., G.M.Asnis, R.S.Kahn et al. Monoamines and abnormal behaviour. A multi-aminergic perspective. // Br.J.Psychiatry, 1990,- v.157,- P.723-734
466. Prentky R.A. The Presumptive Role of Fantasy in Serial Sexual Homicide.- Am.J.Psychiatry.- 1989.- 146.- 7.- P.13-21.

467. Price J.L. Subcortical projections from the amygdaloid complex. In: Schwarcz R., Ben-Ari Y. (Eds.). Excitatory amino acids and epilepsy. *Advances Exp. Med. Biol.*, 1986. Vol. 203. Plenum, New York, pp. 19-33.
468. Quadland M.C. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment.- *J. Sex & Marital Therapy*.- 1985.- 11.- P.121-132.
469. Reeves W. H. Right cerebral hemispheric function: Behavioral correlates. // *Int. J. Neurosci.* - 1983. Vol.18, №3-4. P.227-230.
470. Reiman E. PET Studies of normal and Pathological Emotions. (1996). X World congress of psychiatry, Madrid, August 23-28, 1996, Abstracts, Vol. 1, p. 80.
471. Rekers G. A. (Ed.) *Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems*. New York 1995.
472. Remillavc J.M. et. al.// *Neurology (Minneap.)*.-1983.-Vol. 33
473. Revitch E. & Schlesinger L.B. Clinical Reflections on Sexual Aggression // *Human Sexual aggression.* - *Ann. New York Ac. Sci.* - ,1988.- P. 59-61.
474. Revitch E. & Schlesinger L.B. Clinical Reflections on Sexual Aggression.- *Human Sexual aggression.* - *Ann. New York Acad. Sci.* - N.Y.,1988.- P. 59-61.
475. Rosenberg M. *Society and adolescent self-image*.- Princeton,1965.
476. Rosenberg, R. Validating the Components of a Taxonomic System for Rapists: A Path Analytic Approach. *Bulletin of American Academy Psychiatry Law.* 16(2), 169-185, 1988.
477. Rosene D.L, Van Hoesen G.W. The hippocampal formation of the primate brain: a review of some comparative aspects of cytoarchitecture and connections. In: Jones E.G., Peters A. (Eds.), *Cerebral cortex*, Vol. 6. Plenum, New York, 1987. pp. 345-456.
478. Roth J.A., Rivett J. Does sulfate conjugation contribute to the metabolic inactivation of catecholamines in humans?// *Biochemical Pharmacology*, -1982,- v.31,- No.19,-P.3017-3020
479. Roy A., Adinoff B., Rochrich L. et al. Pathological gambling: a psychobiological study.// *Arch.Gen.Psychiatry*, - 1988, - v.45, P.369-373
480. Russchen F.T. Cortical and subcortical afferents of the amygdaloid complex. In: Schwarcz R., Ben-Ari Y. (Eds.), *Excitatory amino acids and epilepsy*. *Advances Exp. Med. Biol.*, Vol. 203. Plenum, New York, 1986. pp. 35-52.
481. Saugstad L. The maturational theory of brain development and cerebral excitability in the multifactorially inherited manic-depressive psychosis and schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*. 1994. 18: 189-203.
482. Schafer S. Socio-sexual behavior in male and female homosexuals: A study in sex differences.-*Arch Sex Behav* 1977-v.6.-P.355-364.
483. Schaltenbrand G., Spuler H., Wahren W. Vegetative and emotional reactions during electrical stimulation of deep structures of the brain during stereotactic procedures. *Z. Neurol.*1973. 205: 91-113.
484. Schiff B.B., Lamon M. Inducing emotion by unilateral contraction of hand muscles. *Cortex*. 1994. 30(2): 247-254.
485. Schreiner L., Kling A. Behavioral changes following rhinencephalic injury in cat.-*J of Neurophysiol*- 1953. N16.-P.643-659.
486. Shapiro D. *Neurotic styles*. - N.Y.,1965.
487. Shoor,M., Speed, M.H., & Bartelt, C.B. Syndrome of adolescent child molester. *American Journal of Psychiatry*, 122, 783-789, 1966.
488. Silberstein L., Mishkind M. et al. Men and their bodies:A comparison of homosexual and heterosexual men.-*Psychosom Med*- 1989.-51.- P.337-346.
489. Solomon R.L. The opponent-process theory of acquired motivation. The costs of pleasure and the benefits of pain. - *Am. Psychologist*. - 1980.- Vol.35.- P. 691-712.
490. Spenser S.S. et. al. // *Neurology (Minneap.)*. - 1983. - Vol. 33. P. 427-533.

491. Sperry R. W. Brain bisection and consciousness. // Brain and conscious experience. Ed. J. Eccles. N.Y.: Springer, 1966.
492. Spont M.R. Modulatory role of serotonin in neural information processing: Implication for human psychopathology.//Psychol.Bull. - 1992. - V.112(2). - P.330-350
493. Stahl S.M. Peripheral models for the study of neurotransmitters in man.//Psychopharmacol.Bull.,- 1985,-v.21.
494. Stahl, S.M. Platelets as pharmacologic models for the receptors and biochemistry of monoaminergic neurons. In: The platelet. Physiology and pharmacology, edited by Longenecker, G.L. N.-Y.: Academic Press, 1985, p. 307-340.
495. Starkstein S.E., Federoff J.P., Price T.R., Leiguarda R.C., Robinson R.G. (1994). Neuropsychological and neuroradiologic correlates of emotional prosody comprehension. Neurology. 44(3, Pt 1): 515-22.
496. Stephan, W.D. Parental relationships and early social experiences of activist males homosexuals and males heterosexuals. Journal of Abnormal Psychology, 82, 506-613, 1973.
497. Storch A. Wiederbegegnung mit der anthropologischen psychische im beginn des 19 Jahrhunderts. - Schweiz. arch. Psych. -1956.
498. Suarez S. A., Villanova F. G., Lopex J. P. The Homosexual Personality: Study Made with M.M.P.I. : 1996.
499. Supprian T., Hofmann E., Warmuth-Netz M., Kalus P., Becker T. Gender differences visualized by MRI. X World congress of psychiatry, Madrid, August 23-28, 1996, Abstracts, Vol. 2, p. 386.
500. Swedo S.E., Schapiro M.B., Grady C.L. et al. Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry. 1989. 46: 518-523.
501. Swedo S.E., Schapiro M.B., Grady C.L. et al. Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsesive-compulsive disorder.// Arch.Gen.Psychiatry,- 1989,- v.46,- P.518-523
502. Szelag E., Fersten E. Recognition of faces expressing emotions in patients with unilateral brain damage. Acta Neurobiol. Exp. (Warsz). 1991. 51(3-4): 115-123.
503. Tart C. States of consciousness. - N.Y., 1975.
504. Taylor D.C. Sexual behavior and temporal lobe epilepsy. Archives of Neurology. 1969. 21: 510-16.
505. Thompson, N. L., Jr., Schwartz, D.M., McCandless, B.R., & Edwards, D.A. Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 120-27, 1973.
506. Toates F. Animal behavior. A System Approach.-Chichester,1980.
507. Tsai L. The relationship of handedness to the cognitive, language, and visuo-spatial skills of autistic patients.- Brit J Psychiat-1983-142.-P.156-162.
508. Tucker A. et. al.// Biol. Psychol.-1984.-Vol. 19.
509. Tucker D.M., Dawson S.L. Asymmetric EEG changes as method actors generated emotions. Biol. Psychol. 1984. 19(1): 63-75.
510. Tucker D.M., Luu P., Pribram K.H. Social and emotional self-regulation. Ann. NY. 1995. Acad. Sci. 769: 213-39.
511. Valenstein E.S Brain control, a critical examination of brain stimulation and psychosurgery. Wiley, New York, 1973. pp. 209-232.
512. Valzelli L. Human and animal studies on the neurophysiology of aggression. Prog. Neuro-Psychopharmacol. 1978.2: 591-610.
513. Van Lancker D. Personal relevance and the human right hemisphere. Brain Cogn. 1991. 17(1): 64-92.

514. Virkunen M., De Jong J., Bartko J., Linnoila M. Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire settings.// Arch.Gen.Psychiatry,- v.46,- P.604-606
515. Wada J.A., Clarke R., Hamm A. Cerebral hemispheric asymmetry in humans. Cortical speech zones in 100 adult and 100 infant brains. Arch. Neurol. 1975. 32: 239-246.
516. Wada J.A., Mizoguchi T., Komai S. Cortical motor activation in amygdaloid kindling: observations in nonepileptic thesaurus monkeys with anterior two-thirds callosal bisection. In: Wada J.A. (Ed.), Kindling 2, Raven, New York, 1981. pp. 235-248.
517. Waddington C. The study of the genes. - London: Allen&Urwin, 1957.
518. Wagner E. The hand test. Projective test used as a predictor of overt aggression // Psychology Tests, N.Y., 1971
519. Walinder . Transsexualism. Goeteborg, 1976
520. Weinshilboum R.M. Serum dopamine-beta-hydroxylase.// Pharmacol.Rev. - 1979 - v.30 - P.133-166
521. Wheeler R.E., Davidson R.J., Tomarken A.J. Frontal brain asymmetry and emotional reactivity: A biological substrate of affective style. Psychophysiology.1993. 30: 82-89.
522. Wickler W. Sociosexual signals and their intraspecific imitation among primates.- D.Morris (ed.) Primate Ethology.- London,1967.- P.69-147.
523. Williams D. Temporal lobe syndromes. In: P. Vinken, G. Bruyn (Eds.), Handbook of Clinical Neurology, Vol. 2, John Wiley, Amsterdam, New York, 1969. pp. 700-724.
524. Wilson C.L., Isokawa M., Babb T.L., Crandall P.H. Functional connections in the human temporal lobe. I. Analysis of limbic system pathways using neuronal responses evoked by electrical stimulation. Exp. Brain Res. 1990. 82: 279-292.
525. Wilson C.L., Isokawa M., Babb T.L., Grandall P.H., Levesque M.F., Engel J. Jr. Functional connections in the human temporal lobe. II. Evidence for a loss of functional linkage between contralateral limbic structures. Exp. Brain Res. 1991.85: 174-187.
526. Witleson, S.F. Neural sexual mosaicism: Sexual differentiation of the human temporo-parietal region for functional asymmetry. Psychoneuroendocrinology, 1991. 16: 131-153.
527. Wittling W., Roschmann R. Emotion-related hemisphere asymmetry: subjective emotional responses to laterally presented films. Cortex. 1993. 29(3): 431-48.
528. Wolf, S.C. A model of sexual aggression/addition. Journal of Social Work and Human Sexuality, 7 (1), 131-148, 1988.
529. Wormack L. Sex differences in factorial dimension of verbal, logical, mathematical and visuospatial ability/ - Percept mot skills. -1980. -№2. -p.455.
530. Yeundall L.T., Fedora O. Schopflocher D., Reddon J., Hyatt P. Neuropsychological characteristics of different types of sexual offenders. // Dep. of Neuropsychology, Alberta Hospital, Edmonton, Res. Bull. - 1986.