**Феноменология и психопатология парафильного поведения**

А. А. Ткаченко

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.

**1. Объективные феномены.**

**1.1. Объектный выбор**

1.1.1. Половозрастные характеристики искажения объекта

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 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).

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.).

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.

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 сексуального 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 обусловливать 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 каблуков 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. Т а к т и л ь н ы е

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. О л ь ф а к т о р н ы е (запахи)

Стимулы подобной природы удается 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 удается 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. Д р у г и е с т и м у л ы

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).

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.

**1.2. Выбор активности**

**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 (эксгибиционизм), 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 гомицидомании 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. Каннибализм 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 слагается из двух основных компонентов:

А. Н е з а в е р ш е н н о с т ь - 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, сочетающеся с соответствующим эмоциональным состоянием, оказывается самодостаточным, и по своей субъективной эффективности - сравнимым с полноценным перверсным актом.

Б. П р о л о н г а ц и я - 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 самоценности 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 неведающая 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. Амбитендентность

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 амбитендентности 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 осознавания реальности описаны ниже в традиционном психиатрическом ключе как нарушения сознания.

2.2.1. Деперсонификация

Деперсонификация - 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 деперсонификации 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 убегал, 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 бюстгальтера, 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 осознавания деперсонификация 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 осознавания 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 обяснения этого факта, что и порождает вторичную эмоциональную амбивалентность.

М.,17 лет: с 6-7 лет испытывал сексуальное возбуждение от созерцания женских туфель, больше 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 ("месть"), 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 осознавание 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 ообразом, задаются условия для дезавтоматизации отдельных элементов поведения при стереотипизации, т.е. автоматизации его целостной структуры.

По сути, при нарушениях осознавания 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 безличностности (аспонтанности, непроизвольности) 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 осознаванием 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 осознавания 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 смешений. 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 осознавание его чуждости личности, наличие внутрипсихического 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. Внутрипсихического 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 рискующего 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 экцессивным 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 непроизвольности 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 необычайности 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 осознаванием 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, клокотании 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. Прошлое, 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 предопределено". 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 парафильного 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, предваряя 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 симпатоадреналовых 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 (дезинтеграция 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 (симпатоадреналовые, 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 (эксгибиционизм) 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 издевательству 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 синдромообразования и может рассматриваться как предиспозиционная 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 обусловливает 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, различный 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 брезгливости.

Потеря чувства брезгливости, 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 брезгливости, 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 удостаиваются 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 перерастать 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 соклассников 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 выделение критериев 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 непроизвольности, 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 рассматриваюся 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.