**Нейропсихологические особенности лиц с девиантным сексуальным поведением**

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

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

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

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

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

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

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

**Роль различных структур мозга в регуляции сексуального поведения и его патология при очаговых поражениях мозга**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Эмоциональные нарушения в большей степени связаны с поражением медиобазальных отделов лобных долей. При этом в значительной степени страдает именно наиболее высокий личностный уровень эмоциональной сферы (Хомская Е.Д., Батова Н.Я., 1992), авторы указывают на то, что пересечение связей лобных долей коры головного мозга с передними базально-медиальными структурами ведет к выраженным эмоционально-личностным нарушениям. Так, двустороннее разрушение базальных отделов лобных долей ведет к облегчению возникновения реакций ярости, что можно объяснить высвобождением " центра ярости" в заднем гипоталамусе в связи с дефицитом тормозных влияний со стороны передних отделов (Fulton J.F., 1951 - цит. по Хомской Е.Д., Батовой Н.Я., 1992). При поражении лобных долей наиболее часто наблюдаются сужение диапазона эмоциональных реакций, недифференцированность эмоций, явления анозогнозии (Доброхотова Т.А., 1974), нарушение способности к формированию мотивов (прежде всего социально значимых), нарушение контроля и самоконтроля, критики (Лурия А.Р., 1984). Существуют данные о преимущественном участии дорзолатеральных отделов лобных долей в информационной системе образований мозга, а медиобазальных - в мотивационной системе (Симонов В.П., 1993). А.Р.Лурия (1973) отмечает важную роль медиальных отделов не только в регуляции тонуса коры, но и в регуляции влечений и аффективной жизни.

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

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

**Особенности функционального состояния и взаимодействия мозговых структур у лиц с аномальным сексуальным поведением**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Клинико-психопатологическая феноменология парафильного поведения и функционирование определенных мозговых систем**

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

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

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

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

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

Анализируя возможное нарушение отношений между уровнями действия, Г.В.Залевский (1993) описывает вариант, когда уровень цели, трансформируясь, опускается до уровня средств, как бы подменяя его. Цель в этом случае выступает как фиксированный элемент структуры действия, становится самоцелью. Эта структура может упрощаться - от перебора многих средств при одной цели до отношения: одна цель - одно средство (сверхценные идеи, аддиктивное поведение).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В литературе имеются данные о функциональных и анатомических различиях мужского и женского мозга. Очевидно, что эти особенности мозговой организации неизбежно должны отражаться на протекании психических процессов. Так, мужчины обычно лучше женщин справляются с заданиями, требующими пространственной ориентировки, координации и точности движений (в пробах с прицеливанием), математических рассуждений, тогда как у женщин лучше развиты речевые способности, тонкие инструментальные движения кистей рук и способности, связанные с идентификацией сходных предметов (McGlone J., 1980; Блум Ф. с соавт. 1988; Каган В.Е., 1991; Кимура Д., 1992; и др.). Данные исследования нарушения психических функций у мужчин и женщин при одной и той же локализации очага поражения позволяют предположить существование определенных различий как в межполушарной, так и внутриполушарной организации функций. L. Wormack (1980) считает, что у мужчин основные факторы вербальных, зрительно-пространственных и математических способностей более автономны, чем у женщин. R. Sperry (1966) выдвигает предположение о меньшей степени латеральной специализации женского мозга и о большем количестве связей между полушариями, что подтверждается данными о различиях в размерах мозолистого тела (его заднего отдела) между мужчинами и женщинами (М-К. де Лакост, 1982 - цит. по Кимура Д., 1992).

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

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

**Объект исследования**

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

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

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

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

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

**Методы исследования**

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

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

**Методики нейропсихологического исследования**

Для оценки состояния мнестических процессов были использованы следующие стандартные пробы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Принципы регистрации и анализа данных и система количественной оценки результатов исследования**

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

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

2. В следующем блоке фиксировались данные, характеризующие состояние нейродинамической составляющей психических процессов: наличие и степень колебаний внимания и работоспособности, истощаемости психических процессов, особенности темпа протекания деятельности.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Значения коэффициентов правой руки меньше -20% расценивались как доминирование левой руки, в интервале от -20% до 20% - как отсутствие преобладания какой-либо из рук (амбидекстрия) и больше 20% - как доминирование правой руки, аналогичные градации были выбраны и для значений коэффициента правого глаза; для шкалирования показателей коэффициента правого уха были определены следующие интервалы значений: меньше -10%, от -10% до 10% и больше 10%.

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

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

**Результаты исследования**

Структура нарушений основных высших психических функций лиц с парафилией и испытуемых без расстройств влечения на основе сопоставления степени дефицита отдельных составляющих психических процессов и выраженности патологических феноменов1 .

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

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

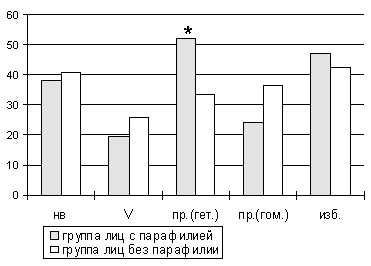


Рис. 1 Степень нарушения различных составляющих слухоречевой памяти у лиц с девиантным сексуальным поведением.

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

\* - P < 0,05

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

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

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

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

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

В структуре нарушения вербальной памяти во второй группе выше степень недостаточности объема, патологического влияния гомогенной и значительно ниже - гетерогенной интерференции (t" 0,04); среди феноменов нарушения избирательности следов выше показатели нарушения порядка элементов, литеральных парафазий, контаминаций групп элементов и ниже - вербальных парафазий и конфабуляций. В зрительной памяти наблюдалось снижение показателей нарушения объема, прочности следов, параграфий и реверсий; некоторое повышение степени нарушения порядка элементов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Сравнительный анализ групп на уровне макрофакторов**

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

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

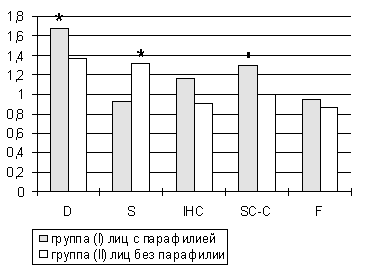


Рис. 2 Макрофакторы.

Примечание: \* - P < 0,05 (двусторонний t-критерий); ' - P < 0,05 (односторонний t-критерий)

Так, в группе лиц с парафилией по сравнению с группой испытуемых без расстройств влечения преобладал показатель D, соответствующий правополушарным расстройствам (t" 0,04) и достоверно ниже был показатель недостаточности левополушарных факторов S (t" 0,04). На уровне тенденции было выявлено преобладание в I группе недостаточности субкортикально-кортикальных и межполушарных взаимодействий (соответственно t" 0,04 и t" 0,08 по одностороннему t-критерию).

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

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

**Группы с различными видами парафилии**

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

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

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

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

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

В группе лиц с педофилией практически во всех видах праксиса и тактильных функциях отмечалось некоторое преобладание дефицита левой руки. Таковое наблюдалось и в группе лиц с садизмом при исследовании динамического праксиса, реципрокного взаимодействия и тактильных функций. В группе испытуемых с эксгибиционизмом показатели нарушения двигательных функций для правой и левой рук были практически одинаковыми, однако при оценке (средняя степень нарушения) выполнения пробы на локализацию прикосновений несколько большим был дефицит правой руки, а в пробах на дермолексию (чувство Ферстера) рассматриваемое соотношение, также как и в других группах, характеризовалось большей недостаточностью левой руки.

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

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

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

**Сравнение групп с различными видами парафилии на уровне макрофакторов**

В результате анализа интегративных показателей комплекса нарушений, характерных для дисфункции правого и левого полушарий (преимущественно височных и теменных структур), подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий и недостаточности передних отделов головного мозга было обнаружено, что у лиц с различными видами парафилии с разной степенью достоверности выраженность расстройств, связанных с дисфункцией правого полушария (D) (рис. 5.3), выше, чем в группе лиц без парафилии. В наибольшей степени это было характерно для лиц с

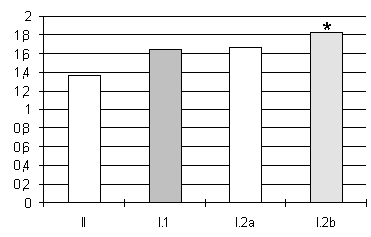


Рис. 5.3 Фактор D. Примечание: II - группа лиц без парафилии; I.1 - группа лиц с садизмом; I.2a - группа лиц с педофилией; I.2b - группа лиц с эксгибиционизмом.

\* - P < 0,05

эксгибиционизмом (t" 0,04) и в наименьшей - для испытуемых с педофилией (t" 0,08 по одностороннему t-критерию).

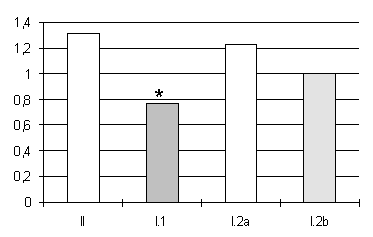


Рис. 5.4 Степень выраженности нарушений, характерных для дефицита левого полушария (Фактор S). Примечание: II - группа лиц без парафилии; I.1 - группа лиц с садизмом; I.2a - группа лиц с педофилией; I.2b - группа лиц с эксгибиционизмом.

\* - P < 0,05

Наиболее выраженные различия по показателю левополушарной недостаточности (S) (рис. 5.4) были обнаружены при сопоставлении групп II и I.1, так, в последней он был достоверно ниже (t" 0,02). На уровне тенденции этот показатель был несколько выше в группе педофилии, чем в группе с садизмом (" 0,06 по одностороннему t-критерию), и лица с педофилией были менее других групп отличны от лиц без расстройств влечения по показателю левополушарных расстройств (S).

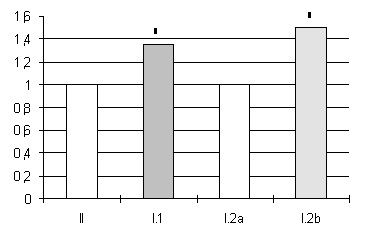


Рис. 5.5 Фактор SC-S. Примечание: II - группа лиц без парафилии; I.1 - группа лиц с садизмом; I.2a - группа лиц с педофилией; I.2b - группа лиц с эксгибиционизмом.

' - P < 0,05 (односторонний t-критерий)

Были выявлены определенные различия (на уровне тенденций) между группами по фактору подкорково-корковых взаимодействий (SC-C) (рис. 5.5). Наиболее высоким данный показатель был в группе лиц с эксгибиционизмом и наименьшим - в группе без парафилии, различие групп по этому показателю соответствует t" 0,04 по одностороннему и t" 0,08 по двустороннему критерию Стьюдента, группа лиц с педофилией была практически идентична группе II (t=1).

По фактору межполушарного взаимодействия (IHC) и показателю состояния передних отделов головного мозга (F) достоверных различий между выделенными группами обнаружено не было. Однако следует отметить, что первый показатель был наибольшим у лиц с эксгибиционизмом и наименьшим - у испытуемых без парафилии, второй параметр наибольшей величины достигал в группе с агрессивно-садистическими тенденциями и наименьшей - в группе с педофилией.

В структуре нарушения высших психических функций в группе лиц с парафилией на первый план выступают симптомокомплексы, связанные с дисфункцией правого полушария (прежде всего височных отделов), и недостаточность подкорково-корковых и межполушарного взаимодействий, в меньшей степени представлены нарушения, связываемые с передними отделами коры головного мозга (левого полушария), и наиболее сохранны функции задних отделов левого полушария.

В группе лиц без расстройств влечения практически в равной степени представлена лево- и правополушарная симптоматика, с незначительным преобладанием последней, далее по степени убывания выраженности нарушений идут показатели недостаточности подкорково-корковых, межполушарных взаимодействий (наименьшие значения параметров IHC и SC-C среди всех групп) и дисфункции передних отделов головного мозга.

У лиц с агрессивным поведением преобладают недостаточность правополушарных функций подкорково-корковых взаимодействий, несколько в меньшей степени выражен дефицит межполушарного взаимодействия, затем следуют нарушения, связанные с дисфункцией передних отделов коры больших полушарий, и наиболее сохранны функции задних отделов левого полушария. При этом показатель недостаточности передних отделов головного мозга (F) является в этой группе наибольшим среди всех исследуемых групп, а недостаточность задних отделов левого полушария выражена здесь в наименьшей степени.

В группе лиц с педофилией параметры D, S, IHC, SC-C, F расположены в порядке убывания соответствующих им значений, при этом нарушения функций правого полушария, подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий являются наименьшими среди лиц с расстройствами влечения, показатель дисфункции фронтальных отделов (F) - наименьшим среди всех выделенных групп, а недостаточность задних (прежде всего височных) отделов левого полушария является наибольшей среди лиц с парафилией.

Наибольшая выраженность правополушарных нарушений (по сравнению со всеми группами) имеет место у лиц с эксгибиционизмом и является в данной группе ведущим нарушенным фактором. Для данной группы характерно и значительное расхождение между показателями D и S (так же, как в группе с садизмом, менее значительно это различие в группе лиц с педофилией и показатели D и S практически одинаковы в группе лиц без парафилии). Далее в порядке убывания степени дефицита следуют недостаточность подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, нарушения передних и задних отделов левого полушария.

Таким образом, у лиц с эксгибиционизмом и испытуемых с садизмом наблюдалось преобладание дефицита правополушарных факторов по сравнению с недостаточностью левополушарных функций, а в группе с педофилией соответствующее различие было незначительным, что в определенной степени сближает ее с группой лиц без расстройств влечения.

**Профили функциональной асимметрии**

В результате измерения профиля функциональной асимметрии у 50 испытуемых были получены данные о частоте встречаемостии " левых" и " правых" значений коэффициентов и показателей, соответствующих отсутствию выраженной асимметрии функций (интервал небольших по модулю значений коэффициентов), в клинически различных группах.

Таблица 5.1 Соотношение функциональных симметрий-асимметрий в группах нормы, лиц с аномальным сексуальным поведением без парафилий и лиц с парафилиями (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Латерал. | Н о р м а | |  | Б е з п а р а ф и л и й | | | П а р а ф и л и и | | |
| признак | симметр. | а с и м м е т р и я | | симметр. | а с и м м е т р и я | | симметр. | а с и м м е т р и я | |
|  |  | левая | правая |  | левая | правая |  | левая | правая |
| Рука | 9,5 | 4,5 | 86 | 25\* | 4,16 | 70,83 | 15,38 | 0 | 84,62 |
| Нога | 3 | 47,5 | 49,5 | 20,83\* | 16,67 | 62,5 | 42,31 | 11,54 | 46,15 |
| Зрение | 8 | 23,5 | 68,5 | 43,48\* | 39,13 | 17,39 | 36 | 24 | 40 |
| Слух | 33 | 8 | 59 | 26,08 | 26,09\* | 47,83 | 29,17 | 25 | 45,83 |

Примечания:

P< 0,01

Данные по норме взяты из работы Н.Н.Брагиной, Т.А.Доброхотовой (1981).

Из таблицы видно, что в группе лиц с аномальным сексуальным поведением в целом чаще, чем в группе нормы, встречаются симметрии по рукам, ногам и зрению, а также левая асимметрия слуха. В то же время группы лиц с парафилией и без такавой по данным показателям практически не различаются.

Таблица 5.2 Соотношение функциональных симметрий-асимметрий внутри группы лиц с парафилиями (в %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Функции | Асимметр. | Садизм | Педофил. | Эксгибиц. |
| Рука | симметр | 30 | 11,11 | 33,33 |
|  | левая | 0 | 0 | 0 |
|  | правая | 70 | 88,89 | 66,67 |
| Нога | симметр | 60 | 22,22 | 50 |
|  | левая | 20 | 0 | 33,33 |
|  | правая | 20 | 77,78 | 18,67 |
| Зрение | симметр | 40\* | 22,22\* | 83,33\* |
|  | левая | 40 | 0 | 18,67 |
|  | правая | 20 | 77,78 | 0 |
| Слух | симметр | 37,5 | 33,33 | 18,66 |
|  | левая | 12,5 | 11,11 | 18,67 |
|  | правая | 50 | 55,56 | 66,67 |

Примечание:

\* P < 0,01

Как видно из таблицы, частота встречаемости симметрии зрения в группах лиц с педофилией, агрессивно-садистическим поведением и эксгибиционизмом значительно различается с отчетливым преобладанием при эксгибиционизме. По частоте встречаемости левых асимметрий и симметрий наиболее близкой к группе нормы предстает группа лиц с педофилией, а наиболее отличающейся - группа испытуемых с эксгибиционизмом, особенно по зрению.

Таблица 5.3 Соотношение типов индивидуальных профилей функциональной асимметрии по группам (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Типы профилей | | Норма | Без параф. | Парафил. | Садизм. | Педофил. | Эксгибиц. |
| Правый |  | 25 | 4,17 | 11,54 | 10 | 22,22 | 0 |
| Смешанный | | 75 | 95,83 | 88,46 | 90 | 77,78 | 100 |

Данные по норме взяты из работы Н.Н.Брагиной и Т.А.Доброхотовой (1988). Как видно из таблицы, в группе лиц с аномальным сексуальным поведением в целом смешанный тип профиля встречается чаще, чем в норме. Наименее от нормы отличаются лица с педофилией, наиболее - лица с эксгибиционизмом.

Таким образом, если говорить о накоплении признаков левшества и симметрии в целом среди различных групп испытуемых, то, при наличии статистически достоверного его возрастания в группе лиц с аномальным сексуальным поведением оно наиболее выражено в группе с эксгибиционизмом, наименее - у лиц с педофилией. В сопоставлении с результатами нейропсихологического обследования можно говорить, что признаки левшества и выраженность правополушарной дисфункции в группе лиц с парафилиями связаны между собой.

В заключение приведем пример полиморфного парафильного синдрома у левши.

Испытуемый Г., 32 лет.

Из анамнеза: о наследственности данных нет, переученный левша. Беременность у матери протекала с токсикозом первой половины срока. Отмечались снохождение, ночной энурез до 8 лет, детские инфекции, простуды, пневмония. Рос физически слабым, читать научился еще до школы. Любил уходить в лес, быть один. В детстве был обидчивым, легко ранимым, мог "закатить истерику", все бросить и убежать. Друзей никогда не было, только "приятели". В 7 лет была подружка, с ней просто разговаривал, когда их застал отец, то избил его. С 8-9 лет нравилось вешать кошек, бросать камни в собак, позже стал вешать и собак, при этом ощущал удовлетворение. Однажды выбросил кошку с 12 этажа, пошел добивать ногой, зрелище "вывороченных мозгов" доставило удовольствие. До сих пор любит играть в солдатиков, изготовляет их из глины, разыгрывает сражения; игры со спичками - красит их в разные цвета, ломает.

Мать "не замечал", к отцу до 11-12 лет относился хорошо, затем стал ненавидеть за то, что он бил его за плохую учебу, закрывал в туалете, гасил свет. До школы в основном жил у бабушки, к ней относился хорошо. Учился посредственно, часто прогуливал. Нравились русский язык, литература, писал стихи. Выщипывал волосы на лобке, так как не нравилась "волосатость". После 20 лет не может смотреть на свое отражение в зеркале, не нравится внешность, взгляд - "чужие глаза". Взрослым стал высокомерным, лживым, грубым с родителями, к работе относился с безразличием. При виде своей крови ощущал непонятное возбуждение и страх, чужая - "притягивала". В 1989 г. нанес себе самопорезы правой руки, боли не чувствовал, потом испытывал гордость, что выдержал это. Считает, что кисти рук у него не чувствуют боли. Умеет готовить, шить. Сшил себе сумку, кисет.

Из раннего детства помнит два эпизода, связанные с солдатами: когда те пробегали мимо, кидал им яблоки, однажды купался голым в пруду, увидел двух солдат (они его не видели), чего-то испугался и убежал, "побоялся, что они со мной что-нибудь сделают".

. В 5-6 классе нравилась девочка из-за "красивого лица". С 12 лет стал представлять себе другую семью - других родителей, много братьев-ровесников, сестру на 5-6 лет старше - "злую", которая заставляла его - с целью унизить - надевать женское белье, била его, при этих фантазиях появились первые эрекции.

Мастурбация с 12 лет перед зеркалом в нижнем белье, "катал член в руках", после того, как увидел мастурбацию в фильме, стал подражать. Затем для усиления ощущений стал одевать трусы, колготки, платья матери, смотрел на себя в зеркало, очень нравился себе, отмечались сильные эрекции, прорезал для этого дырку в трусах и колготах, мастурбировал. Потом стал ложиться на пол в женском платье, представлял, будто воображаемая старшая сестра мастурбирует его, при этом онанировал до эякуляции. Затем стал представлять, как она издевается, избивает его братьев-ровесников, которым придумывал имена, биографии. Стал собирать картинки с обнаженными детьми и подростками-мальчиками, критерием отбора было лицо, хотя не может описать, какое именно ему нравилось. Также не может описать внешность идеального сексуального партнера. Отобрав картинки, комплектовал "семью", давал всем имена, придумывал биографии, иногда (уже после 20 лет) 2-3 персонажа были "сестры", представлял, как их бьет старшая сестра, при этом видел себя со стороны. Картинки с понравившимся телом переделал-вырезал голову и приклеил свою, в таком виде включил в фантазии. Позже стал представлять себе приют для детей-бомжей, где начальник - взрослый мужчина - издевается над детьми, принуждает их к фелляции и анальному коитусу, избивает их, иногда среди его жертв представлял и себя. Особенно возбуждали сцены, когда видел мальчиков сбоку, вид полового члена и ягодиц возбуждал слабо. Стал стегать себя ремнем для усиления возбуждения, затем в фантазиях стегал других мальчиков. Хранил картинки под ковриком в туалете, где смотрел на них, вспоминал их историю", представлял их тела без лиц, при этом онанировал. С 18 лет стал записывать свои впечатления от мастурбации с картинками, при перечитывании записей перед глазами возникали зрительные образы-воспоминания, при этом мастурбировал. С 21 года стал представлять себе насильственную фелляцию и анальный коитус с мальчиками, сопровождавшиеся угрозами и запугиванием, обычно в темноте, лиц не различал, только тела, иногда сам был в роли жертвы. Последние полгода в фантазиях пил кровь из прокушенного предплечья мальчика.

Первая эякуляция в 12 лет при мастурбации в женской одежде перед зеркалом. Максимальный эксцесс при мастурбации - 4, в 21 год.

В 12 лет подросток старше на 4 года пытался совершить с ним анальный коитус, но не сумел ввести член в задний проход, совершал фрикции между бедер до эякуляции. Осталось воспоминание об унижении, "было противно". В 16 лет "осознал" влечение к мальчикам, однако ни к кому не испытывал чувства нежности, стремления заботиться или обратить на себя внимание. Даже к первому партнеру, с которым поддерживал отношения в течение двух лет, никаких чувств не испытывал - "давал деньги на водку, никогда не было стремления обнять, поцеловать - зачем?". Несколько раз, после команды голоса своего "двенадцатилетнего "Я", знакомился с женщинами, пытался ухаживать за ними, покупал цветы, но когда "приходил в себя" через 2-3 дня - не понимал, зачем ему это было надо, хотя в памяти сохранялось желание понравиться и т.п. Половые контакты с женщинами отрицает.

Реальные сексуальные действия начал с 21 года - знакомился с детьми, разглядывал их, старался запомнить внешность (без лица), затем онанировал дома при воспоминаниях. Затем появилось стремление трогать их половые органы. Запугивал, угрожал ножом, затаскивал жертвы в подвал, мастурбировал их, при этом реакция мальчика его не интересовала. Отмечает, что если смотрит мальчику в глаза, то пропадает сексуальное возбуждение и эрекция, старается не смотреть на лицо. Заставлял совершать у него на глазах взаимную фелляцию, позже - анальный коитус. В 1992 г. "перестал сдерживаться и бороться с собой", начал сам или с помощью других мальчиков заманивать жертвы в подвал, где при свете фонарика проводил сексуальные контакты с 12-13-летними мальчиками. Сначала выяснял возраст, имя, адрес, все это заносил в записную книжку, потом, перечитывая ее, вызывал у себя образы тел этих мальчиков и мастурбировал до эякуляции. Заставлял их "выбирать" - тянуть спички или на словах - наказание за то, что они ходят по подвалам -удары по ягодицам, фелляцию или анальный коитус. Когда один из них выбрал побои - избил его, но удовольствие от этого было слабым. Затем стал заставлять их сосать свой половой член, пытался ввести им член в задний проход. При анальном коитусе эякуляции ни разу не достиг, при фелляции -1-2 раза из всех многочисленных контактов. Эякуляции добивался либо при онанизме (один раз, когда его мастурбировал мальчик), при этом ставил 2-3 мальчиков в профиль, либо при мастурбации дома при воспоминаниях об очередном эпизоде в подвале. Пытался мастурбировать мальчиков, но это его возбуждало слабо.

Психический статус: поза закрытая, ноги скрещивает, жестикуляция симметричная, когда говорит о мальчиках, жестикулирует только левой рукой. Мимика бедная, неадекватно гримасничает, в основном левой половиной лица. Обнаженно, охотно описывает сексуальные подробности, при этом отмечается невербальное оживление. Голос мало модулированный, мышление непоследовательное, обстоятельное. Настроение с оттенком эйфории. Суждения конкретные, примитивные. Слышит голос своего двенадцатилетнего "Я"- он появляется в основном при оргазме, в течение 5-6 сек, - который осуждает его за онанизм. Иногда этот голос внезапно отдает ему команды, которым он не может сопротивляться: ухаживать за женщиной, уехать в деревню. Эти периоды не амнезирует, через 2-3 дня "приходит в себя", не понимая, зачем он это делал, и возобновляет прежнее поведение.

Неврологический статус: ослаблена конвергенция с обеих сторон, больше слева. Сглажена левая носогубная складка, девиация языка вправо. Рефлексы высокие, зоны расширены.

Соматический статус: правильного телосложения, оволосение лобка по мужскому типу. Внутрение органы без видимой патологии.

Половая конституция Кг=5,25; Ка=4; Кф=5; Ка/Кг=0,76; ТИ=1,92; индекс Таннера=82; Р.Е.=104,6

Нейропсихологическое исследование: состояние основных высших психических функций характеризуется легкой и средней степенью нарушений одних составляющих при относительной сохранности других. Так, в сфере мнестических процессов наиболее дефицитарным является механизм избирательности следов, что в слухоречевой памяти выражено больше при отсроченном воспроизведении материала в виде множественных привнесений из предыдущих проб, воспроизведения не предъявлявшихся слов, нарушения порядка элементов. В зрительной памяти эти нарушения связаны с устойчивыми ошибками пространственной ориентации фигур при непосредственном воспроизведении материала. В оптико-пространственной деятельности наиболее нарушенными явились координатные, метрические представления. Наблюдалась и некоторая недостаточность структурно-топологических и проекционных представлений, при этом значительные трудности вызывало копирование куба левой рукой. Выявлена тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля. В сфере двигательных функций наиболее выраженными были нарушения динамического праксиса. В счетных операциях отмечалось упрощение программы действий, персевераторные ошибки, ошибки, связанные с недостаточностью оперативной памяти и колебаниями внимания. В графических пробах наблюдался пропуск букв, разорванность написания и легкая тенденция к персевераторному повторению элементов. Отмечается феномен зеркального письма.

Заключение: наблюдаемые нарушения могут свидетельствовать о функциональной недостаточности медиобазальных лобных и височных отделов с правополушарным акцентом. Вместе с этим ряд патологических феноменов является характерным для лиц с левшеством. Предположение о латерализации нарушений имеет с определенную долю условности, так как нельзя не учитывать особенности мозговой организации по левшескому типу.

Профиль функциональной асимметрии: Кпр=-55, ведущая нога - правая, ведущий глаз - левый, Кпу= - 43.

Диагноз: полиморфный парафильный синдром (садомазохизм, аутоэротизм, гомосексуальная эфебофилия). Преждевременное психосексуальное развитие. Шизофрения на органически неполноценной почве. Феномен двойной личности.

Клинические особенности данного случая, такие, как необычная полиморфность симптоматики, сценоподобность патологического фантазирования с представленностью в нем всех модальностей, осознавание с хорошей вербализацией подробностей своих переживаний, наконец, феномен двойной личности, представляются связанными прежде всего с необычной мозговой организацией испытуемого.

Макрофакторы и сексуальный дизонтогенез

Вследствие малого количества наблюдений статистически достоверных различий выявить не удалось, однако можно говорить об определенной тенденции к нарастанию числа пораженных макрофакторов в ряду: задержка пубертатного развития - преждевременное половое развитие - дисгармония пубертата.

**Нейропсихологические факторы и расстройства половой идентичности**

При анализе связи между степенью недостаточности различных нейропсихологических факторов и степенью расстройств половой идентичности было выявлено наличие положительной корреляции между выраженностью феноменов, свидетельствующих о дефиците межполушарных взаимодействий (IHC), и увеличением степени расстройств половой идентичности (P< 0,05).

Говоря об искажении половой идентичности, следует учитывать и выраженное преобладание в структуре нарушений недостаточности правополушарных функций у лиц с аномальным сексуальным поведением, так как именно структуры правого полушария являются субстратом для формирования " схемы тела" как образа " физического Я" , лицевого гнозиса, восприятия эмоциональной экспрессии других людей, что во многом определяет становление полового самосознания и полоролевого поведения.

**Резюме**

Полученные в результате проведенного исследования данные свидетельствуют о наличии у лиц с расстройствами влечений различных по степени выраженности нарушений высших психических функций с преобладанием недостаточности правополушарных процессов, подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий, причем по первым двум параметрам группа лиц с парафилией достоверно отличается от лиц без расстройств влечения.

С учетом отсутствия у большинства лиц обследованного контингента очаговых поражений мозга и имеющихся анамнестических данных о пренатальной и ранней постнатальной патологии можно предположить, что наблюдаемые нарушения являются результатом специфического варианта церебрального развития в условиях дефекта.

Выявлено также значительное расхождение в степени дефицита право- и левополушарных процессов при отсутствии четкого латерального акцента в группе лиц без парафилии.

Обнаружены определенные различия между группами испытуемых с различными видами парафилии: так, отмечалась определенная близость по ряду показателей группы лиц с педофилией и без расстройств влечения, тогда как испытуемые с садизмом и эксгибиционизмом в значительной степени отличались от испытуемых без парафилии.

Наибольшая выраженность нарушений, свидетельствующих о правополушарной недостаточности имела место у испытуемых с эксгибиционизмом, для них и для лиц с садизмом было характерно значительное преобладание этих нарушений над показателями левополушарного дефицита (задние отделы), при этом у последних они были представлены в наименьшей степени по сравнению с остальными группами. Для лиц с педофилией и испытуемых без расстройств влечения общим было незначительное расхождение степени дефицита лево- и правополушарных процессов. Нарушения, связанные с недостаточностью передних отделов мозга, в наибольшей степени были характерны для лиц с агрессивно-садистическим поведением и в наименьшей для испытуемых с педофилией.

Также на уровне тенденций можно отметить большую представленность дефицита подкорково-корковых взаимодействий у испытуемых с эксгибиционизмом и садизмом. При некоторой общей для парафилий недостаточности межполушарных взаимодействий, в наибольшей степени она была выражена в группе испытуемых с эксгибиционизмом.

При общем накоплении факторов левшества при парафилии была обнаружена определенная связь между ними и степенью правополушарной дисфункцией. Можно предположить, что особенности мозговой организации психических процессов у лиц с аномальным сексуальным поведением, характеризующиеся снижением степени функциональной асимметрии в могут быть связаны с искажением процесса половой дифференцировки мозга.