**Сексуальный дизонтогенез и расстройства половой идентичности у лиц с аномальным сексуальным поведением**

А. А. Ткаченко

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

**1 Детерминация пола**

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

1. Физикальные детерминанты половой принадлежности:

а) генетический пол, определяющийся кариотипом (ХХ/ХУ);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2. Онтогенез**

Термин "онтогенез" соответствует индивидуальному развитию биологической особи. Для него характерны три процесса (Needham J.,1933): рост - увеличение объема и веса; развитие - дифференцировка и возрастание сложности; созревание и прекращение роста с наступлением репродукции. C.Waddington (1957) считал, что существует жесткая направленность развития по определенному пути с последовательным включением механизмов дифференциации. Считается, что существуют два главных механизма онтогенеза: синхрония - коррелирующее развитие разных систем и гетерохрония - изменение относительных сроков, процессов развития систем организма.

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

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

**2.1.Морфогенез**

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

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

**2.2.Этогенез**

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

1) освоение пространства собственного тела (манипуляции с телом);

2) освоение экстракорпорального пространства (в частности, через манипуляции с игрушками);

коммуникативное поведение (с матерью, группой), депривация и стресс в раннем возрасте.

**2.3. Психогенез**

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

а) фазность - на каждом этапе различаются фазы научения и реализации;

б) относительное ослабление биологической детерминации с каждым последующим этапом, что проявляется в большей стабильности и меньшем диапазоне ориентировочного поиска в начале ранних стадий. В динамике формирования каждого отдельного компонента сексуальности (половая идентичность, половая роль, психосексуальная ориентация) поиск постепенно сужается и становится конкретным к завершению этапа;

в) преемственность и взаимосвязь этапов (стадий) и их нарушений, проявляющаяся в том, что выпадение любого этапа или фазы искажает течение последующих и в итоге - становление всей сексуальности.

Все эти характеристики определяют развитие трех составляющих сексуальности:

2.3. 1. Половое самосознание (половая идентичность)

2.3.1.1. Идентичность и самосознание

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

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

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

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

2.3.1.2. Идентичность и идентификация

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

Г.Блюм (1996) говорит о меньшей очерченности и смешанности процесса идентификации у женщин по сравнению с мужчинами. E.Erikson (1996) писал: "Лингвистически как и психологически идентичность и идентификация имеют общий корень. Является ли идентичность простой суммой ранних идентификаций или это другой ряд идентификаций ? Если предположить формирование интроекции, идентификации и идентичности этапами превращения "эго" в более зрелое взаимодействие с достижимыми моделями, то возникает следующая психосоциальная схема:

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

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

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

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

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

В литературе встречаются и попытки анализа внутренней динамики идентификации как процесса становления идентичности. Так, А.И.Белкин (1979), описывая процесс идентификации у транссексуалов при смене пола, выделяет следующие е7е стадии:

1) отождествление (уподобление) "Я" чужому, принятому условно за эталон (манеры, психологические черты);

2) готовность к эмоциональному сопереживанию с эталоном, а также с другими людьми со сходной идентификацией;

3) признание референтной группой своим.

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

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

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

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

2.3.1.3. Половая идентичность

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

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

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

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

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

В.Е.Каган выделяет также условия половой идентичности:

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

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

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

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

Анализируя взаимоотношение "реального" и "идеального" образов пола у мальчиков и девочек, В.Е.Каган отмечает, что в характеристиках идеальных образов мужчин и женщин у мальчиков преобладали предметно-инструментальные признаки, у девочек - эмоционально-экспрессивные, однако реальные образы обоих полов в восприятии мальчиков были окрашены негативно. Учитывая, что идеальные образы играют ведущую роль в обучении (передаче информации о должном и желательном), а реальные - в научении (выработке практических установок поведения и отношений), у мальчиков вследствие их несовпадения больше вероятность развития когнитивного диссонанса. Автор впервые описал потенциально кризисный этап половой идентификации у мальчиков на 5-6 году жизни, когда негативизация эмоционального образа "Я" совпадает с негативизацией образа своего пола. Причиной этого он считает репрессивное отношение среды к маскулинному поведению мальчиков при маскулинной ориентации половой культуры в целом. У мальчиков с фемининными чертами с возрастом увеличивается риск психологической дезадаптации, их системная организация характера представлена более конфликтными и потенциально патогенными сочетаниями.

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

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

Формирование половой идентичности происходит в период до 7 лет.

2.3.2. Половая роль

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

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

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

Согласно стереотипам, свойственным в целом господствующей сейчас в российском обществе культуре, маскулинность ассоциируется с силой, активностью, уверенностью, властностью, доминантностью, агрессивностью, интеллектуальностью, а фемининность - с мягкостью, слабостью, пассивностью, зависимостью и подчиняемостью, конформностью, эмоциональностью. Само существование подобных стереотипов и их содержание - объективный факт, влияющий на поведение людей и их восприятие самих себя.

2.3.3.Психосексуальные ориентации.

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

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

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

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

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

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

**3. Дизонтогенез.**

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

**3.1.Морфодизонтогенез.**

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

Диспластические варианты конституции

Таблица 3.1.

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

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

3.2. Этодизонтогенез.

К признакам преждевременного психосексуального развития авторами были отнесены:

1) ранняя сексуализация поведения, которая выражалась в виде повторяющихся эмоционально окрашенных сексуальных игр с ровесниками своего или противоположного пола, чаще всего с имитацией коитуса, нормативного, орального или анального;

2) ранняя допубертатная мастурбация;

3) фрустрационная псевдомастурбация.

При задержке психосексуального развития наблюдались выпадения определенных этапов:

1) отсутствие любопытства к половым признакам в период до 7 лет;

2) отсутствие периода межполовой агрессии в возрасте от 7 до 12-13 лет.

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

1. Взаимоотношение этапов (компонентов) либидо

Рис. 3.1. Соотношение искажений компонентов либидо

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

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

2.Выпадение этапов психосексуального развития

Рис.3.2. Выпадение этапов психосексуального развития

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

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

Типы сексуального дизонтогенеза по группам

Рис.3.3. Типы сексуального дизонтогенеза

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

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

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

Для характеристики начального и текущего синдромов было использовано несколько подходов:

1) выделение ведущей модальности (зрение, слух, тактильная, обонятельная чувствительность);

учет последовательности развития модальности в онтогенезе - согласно биогенетическому закону Бэра-Мюллера-Дарвина-Геккеля она повторяет последовательность развития модальностей у млекопитающих в филогенезе: тактильная, вестибулярная, слуховая, зрительная (по Gottlieb G.,1968).

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

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

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

Выделены следующие группы синдромов:

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

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

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

2 - уро- и копрофилия, копрофагия.

Для данной группы синдромов представляется ведущей обонятельная и вкусовая модальности.

3 - эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия.

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

4 - трансвестизм.

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

5 - стремление к подслушиванию.

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

6 - эфебофилия, раптофилия, геронтофилия.

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

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

Статистически значимые результаты были получены при анализе корреляций следующих факторов:

1) возраст на момент обследования - текущий синдром;

2) длительность болезни - текущий синдром;

3) возраст на момент обследования - полиморфизм;

4) объект-активность - тип дизонтогенеза.

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

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

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

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

**3.3.Психодизонтогенез.**

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

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

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

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

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

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

3.3. 1. Расстройства половой идентичности.

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

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

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

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

**3.3.2. Расстройства половой роли.**

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

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

3.3.3. Расстройства психосексуальной ориентации.

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

1. Платоническое либидо

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

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

2. Эротическое либидо

Отсутствие у ряда пациентов эротических фантазий, интереса к литературным описаниям соответствующих сцен, непонимание необходимости ласки, поцелуев или отвращение к ним, пренебрежение к прелюдии полового контакта предполагают нарушение фазы научения.

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

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

 Сексуальное либидо

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

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

**3.4. Расстройства половой идентичности.**

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

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

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

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

- стремление к принятию облика другого пола;

- влюбленность в людей своего пола;

- идентификация с персонажами другого пола в восприятии произведений литературы и искусства и т.д.

Важными критериями диагностической значимости этих признаков он считает:

- совпадение поведения и переживаний;

- включение в них сексуально-эротических компонентов;

- контрарность (принятие стереотипов другого пола при активном неприятии своего);

- избыточность, утрированность отдельных проявлений.

В.Е.Каган выделил три варианта половой идентичности:

1) нормативный - отражающий индивидуальные особенности и сопровождающийся адаптационными реакциями;

2) условно-патологический - характеризующийся наличием полоролевого конфликта как переживания своего несоответствия полоролевым стандартам, принимающий форму невротических реакций;

3) патологический - конфликт половой идентичности как осознаваемое активное противостояние субъективного переживания своей половой принадлежности и диктуемых паспортным полом половых стереотипов, когда личностные реакции носят активно-приспособительный характер и направлены на легализацию своей половой идентичности, а при фрустрации выражаются в широком спектре реакций пассивного и активного протеста, кризисных реакциях и состояниях (становление гомосексуальной ориентации или транссексуализма).

Динамика условно-патологического варианта у взрослых сопровождается либо трансформацией невротических реакций в развитие с явлениями психического инфантилизма, либо постепенной компенсацией. Гиперролевое поведение и трансформация половой роли, известные в сексологии, очевидно, можно расценивать как такие компенсаторные варианты.

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

3.4.1. Патологический неосознаваемый вариант расстройства половой идентичности.

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

К предиспозиционным факторам расстройства половой идентичности можно отнести:

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

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

Феноменология неосознаваемого патологического варианта расстройства половой идентичности.

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

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

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

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

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

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

в) отождествление с театральными или литературными персонажами противоположного пола.

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

О нарушении физического "Я" свидетельствует:

а) предпочтение внешних атрибутов другого пола.

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

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

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

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

О нарушении психического "Я" свидетельствуют следующие феномены:

а) переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола.

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

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

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

О нарушении физического "Я" свидетельствует:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

б) предпочтение общения с женщинами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Субъективный анамнез: единственный ребенок в семье. Отца характеризует импульсивным, но "разным" в поведении, в зависимости от настроения. Часто выпивал, в состоянии опьянения скандалил с матерью, дрался. Долго не было детей, так как у матери были "извитые трубы", а когда отец "уже перестал ждать", мать забеременела. Отец хотел сына, и когда родилась дочь, три недели не приходил в роддом. Мать характеризует упрямой, не способной считаться с другими, часто "издевалась по пустякам" над испытуемой, хотя никогда ее не била. Считает, что мать доводила отца до конфликтов и драк, "сама виновата, так как не могла создать отцу душевный комфорт". Помнит, что отец давал ей подзатыльники три раза - два раза незаслуженно, потому что она просто не могла сделать что-то, один раз - за дело. Во время скандалов и драк уходила из дома, очень переживала. Считает, что матери было "не до нее", вспоминает, что та часто уходила из дома, оставляя ее привязанной (после случая, когда испытуемая порвала себе рот крючком от весов). Больше была привязана к отцу. До школы дружила с соседями - мальчиком и девочкой, "было одинаково интересно", "играли в заговор с мальчиком против девочки".

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

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

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

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

В 7 классе - первая влюбленность в мальчика, который был похож на статую Давида, в фантазиях представляла себе ласки с ним. Встречалась с ним, обнималась, целовалась, "было приятно", однако желания "чего-то большего" не было. В 9 классе он "после сплетен" стукнул ее по голове, потом "порезал финкой". Ее отец написал заявление в милицию, но она пошла и забрала его, так как," несмотря на пьянство и воровство, любила его так, что жить не хотелось". В 10 классе вступила с ним в половую связь, желания не было, но боялась потерять его, поэтому уступила. Ощущений не помнит, боли не было, осталось в памяти чувство зависти, "хотела быть на его месте", "было неприятно подчиняться". Когда испытала первый раз оргазм и с кем - не помнит, "наверное, с ним". Потом испытывала якобы по 10-20 оргазмов во время полового акта, после этого появлялось "чувство какой-то зависимости от мужчины", ненавидела себя за "слабость", пыталась не испытывать оргазм, но у нее не получалось. В это время стала понимать, что по характеру и силе воли она "сильнее мужчин". В это же время и позже "девочки признавались в любви ко мне", однако считала такие отношения "омерзительными", "хотя среди них были молодые и красивые". Мечтала стать оперной певицей, но "репутацию погубили сплетни" женщин, которые завидовали ее успеху у мужчин. Неоднократно сожительствовала с разными мужчинами, говорит, что уступала их домогательствам, хотя влечения не чувствовала, "было противно, когда видела мужскую похоть". Хотела, чтобы ее ценили "не за тело, а за душу", мечтала найти мужчину "сильнее себя", но быстро разочаровывалась. По собственной инициативе отношений никогда не порывала, "уходили сами, не выдерживали моего характера". Самая длительная связь продолжалась два года. Одному из партнеров " продемонстрировала животную сексуальность-ночь и полдня не вылезали из постели" для того, чтобы "забыл и думать о близости", однако "получила обратный результат". В половые связи с членами "группы" вступала с целью "исправить" их.

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

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

Неврологически: ослаблена конвергенция слева, рефлексы снижены, без четкой разницы.

Соматически: со стороны внутренних органов без видимой патологии.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Рис.3.4. Отсутствие психологического удовлетворения

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

2) переживание психологического дискомфорта и непонимания сверстников своего пола

Рис.3.5. Психологический дискомфорт

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

3) интермиттирующие функциональные сексуальные расстройства

Рис.3.6. Функциональные сексуальные расстройства

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

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

1) предпочтение игровой деятельности в группе противоположного пола;

2) негативное восприятие телесного облика;

3) негативное или амбивалентное отношение к представителям противоположного пола.

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

смешанный характер игровой деятельности;

предпочтение интересов и увлечений, свойственных в данной культуре противоположной половой роли;

Рис.3.7. Инверсия ролевых увлечений

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

3) элементы гиперролевого поведения;

предпочтение общения с женщинами.

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

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

. В первую группу вошли лица, у которых не было выявлено признаков расстройства половой идентичности. Среди обследованного контингента лиц такие испытуемые составили около 25%. Сексуальное развитие в данной группе как правило проходило своевременными темпами, изредка отмечались незначительные задержки соматосексуального и психосексуального развития. Парафилии в указанной группе встречались у 38% обследованных.

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

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

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

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

3.4.2. Клинико-психопатологическая характеристика неосознаваемого патологического варианта расстройства половой идентичности

а) невербальное поведение

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

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

б) психический инфантилизм

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

в) эмоции

Можно отметить несколько особенностей эмоциональной сферы:

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

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

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

г) волевые нарушения

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

д) сверхценность сексуальной сферы

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

е) эротические фантазии

Особенностями их являлись:

1) часто неподвижные женские фигуры без лица ("как фотографии");

2) сюжет половой метаморфозы - женщины превращаются в мужчин, в одном случае -в кошек (символ женщины), иногда невозможность определить пол приснившегося лица;

3) в подавляющем числе случаев пациент - участник не видит себя со стороны (эта способность появляется обычно позже, когда фантазии приобретают четко парафильный характер или при воспоминаниях после парафильных действий), однако при шизофрении в эротических фантазиях он может видеть себя со стороны с самого начала;

ж) особое поведение

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

1) гиперсоциальность, тщательное до карикатуры следование социальным нормам;

2) антисоциальность - кражи, бродяжничество;

3) смена социальных групп или профессий, определяющих круг общения испытуемого (например, гомосексуалисты, проститутки, бродяги, верующие); иногда даже создание микроокружения (пример-основание секты с ролью "гуру"). Подобное поведение часто производит впечатление психопатического или обусловленного хроническим психическим расстройством.

3.5. Расстройства идентификации

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

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

а) от первого осознания эротического интереса до первого подозрения о своей гомосексуальности;

б) от первого подозрения до первого гомосексуального контакта;

в) от первого контакта до уверенности в своей гомосексуальности.

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

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

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

От осознавания процесса самоидентификации следует отличать патологическое осознавание идентификации как механизма, описанное в главе 2.

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