**Границы сексуальной нормы и современные классификации нарушений психосексуальных ориентаций**

А.А.Ткаченко

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

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

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

**А. Извращение полового чувства на почве наследственности**

Врожденное половое извращение

Периодическое половое извращение

Эпилептическое половое извращение

Эротомания

Сатириазис

**Б. Извращение полового чувства вне влияния наследственности**

Приобретенное половое извращение

Половое извращение старческого слабоумия

Половое извращение паралитического слабоумия

Изменения полового отправления вследствие страдания спинного мозга

Приапизм

**В. Сложные формы извращения полового чувства**

В схеме половых неврозов, созданной Р.Крафт-Эбингом (1909), бывшим, как и большинство психиатров того времени, одновременно и неврологом, особое значение придавалось поражению мозга и локализации сексуальных функций. Интересующие нас состояния были отнесены к неврозам церебрального происхождения, среди которых выделялись:

I. Парадоксия

II. Анестезия (врожденная и приобретенная)

III. Гиперестезия

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

А. садизм,

Б. мазохизм,

В. фетишизм.

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

1 ступень: Простое извращение полового чувства;

2 ступень: Эвирация и дефеминация;

3 ступень: Стадия перехода к параноидному сексуальному превращению;

4 ступень: Параноидное сексуальное превращение.

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

а) Психический гермафродитизм;

б) Урнинги (гомосексуалисты);

в) Эффеминация (вирагинизм у женщин);

г) Андрогиния (гинандрия у женщин).

Примечательно, что в обеих приведенных классификациях в одном ряду оказываются как гипер- и гиполибидонозные состояния, так и состояния кардинального уклонения от общепринятой цели сексуального поведения. Поэтому с определенной степенью условности можно считать, что сексологическая систематика предвосхитила последующую ясперсовскую дихотомию количественных/качественных болезненных нарушений и неразрывно связанное с ними понятие "нормы" (Jaspers K., 1913).

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

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

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

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

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

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

1) Количественные изменения влечения:

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

б) ослабление или угасание полового влечения.

2) Аутоэротизм: нарцизм, патологический онанизм.

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

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

а) вуайеризм (визионизм, миксоскопия);

б) фетишизм (включая пигмалионизм).

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

**Границы нормы и классификация**

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

В. Перверзитеты (Fehlhaltungen):

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

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

I. Отклонение относительно объекта

А. Инверсия

Б. Животные и незрелые

II. Отклонения по отношению к сексуальной цели

а) выход за анатомические границы

переоценка сексуального объекта

сексуальное использование слизистой оболочки рта и губ

сексуальное использование заднего прохода

другие части тела

несоответствующее замещение сексуального объекта - фетишизм

б) остановка (фиксация предварительных сексуальных целей)

возникновение новых намерений

ощупывание и разглядывание

садизм и мазохизм

Решение Фрейдом проблемы врожденного-приобретенного было достаточно радикальным: он попросту заявил, что "предрасположение к перверзии составляет общее первоначальное предрасположение полового влечения человека, из которого в течение периода полового созревания развивается нормальное сексуальное поведение вследствие органических изменений и психических тормозов". Основная же концепция генеза парафилий Фрейда, как известно, сводилась к тому, что в любом зафиксированном отклонении от нормальной сексуальной жизни следует видеть задержку в развитии и инфантилизм. Таким образом, по самой сути своей классификация Фрейда явилась первой, прямо вводившей дизонтогенетический принцип систематизации девиантных форм сексуального поведения.

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

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

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

- вектор филии (гипофилия, гиперфилия, парафилия);

- вектор телесного образа (мужской, женский, андрогинный; а также - конкордантный или дискордантный натальному полу);

- вектор возраста начала (пренатальный, подростковый, юношеский, половой зрелости, старческий);

- вектор партнерства;

- транскультуральный вектор.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Сексуальные отклонения

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

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

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

II. Патологические сексуальные отклонения

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

Б. И м п у л ь с и в н ы е ф о р м ы.

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

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

- половозрастное статистическое соответствие проявлений сексуальности;

- характер взаимодействия субъекта сексуального влечения и его объекта;

- характер внутреннего переживания сексуальных побуждений их субъектом.

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

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

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

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

1. Жертвенно/искупительная стратегия требует искупления греха сладострастия путем принятия кары и принесения жертвы. Крайним случаем жертвоприношения является сладострастное убийство, когда в жертву приносится партнер, и аутогомицидофилия, когда жертвой становится сам парафилик.

2. Мародерско/грабительская стратегия подразумевает похищение или принуждение сладострастного партнера из-за того, что "безгрешный" партнер не допускает греха сладострастия. Крайний вариант этой стратегии - синдром насильственного или агрессивного парафильного изнасилования (раптофилия или биастофилия). Спектр принуждения включает и случаи, когда возраст партнеров ниже законодательного совершеннолетия.

3. Меркантильно/корыстная стратегия требует, чтобы греховное сладострастие было куплено и оплачено либо обменено, из-за чего "безгрешный" любовник не вовлекается по договоренности в этот свободный обмен. Само существование этой стратегии маскируется использованием ее в торговле оргазмом. Несмотря на распространенный характер последнего, существуют некоторые проститутки, также как и их клиенты, которые обнаруживают особый вид парафилии (хрематистофилия) - маркетинг и покупка секса.

4. Фетишистско/талисманная стратегия щадит и избавляет "безгрешного" партнера от греха сладострастия подобием, фетишем или талисманом любовника. Фетиши связаны с запахом (при ольфактофилии) или тактильным ощущением (при гифилии), т.е. с признаками, основанными на сходстве запаха или ощущении частей человеческого тела.

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

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

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

Во всех предшествовавших DSM-IV классификациях, включая и МКБ-10, описываемые состояния разводились по разным рубрикам. В DSM-III-R, например, расстройства половой идентичности находились за рамками собственно сексуальной патологии. В МКБ-10 существует несколько иное подразделение, подразумевающее соседство парафилий (5 - расстройства сексуального предпочтения) и расстройств половой идентичности (4) в группе "Расстройства зрелой личности и поведения", тогда как сексуальные дисфункции описываются в рубрике "Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием" (F52) группы "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами".

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

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

средняя: личность изредка реализует парафильные побуждения;

тяжелая: личность реализует парафильные побуждения с периодическим постоянством.

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

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

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

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

Систематика же парафилий в МКБ-10 выглядит следующим образом.

5 Расстройства сексуального предпочтения (парафилии).

Общими диагностическими критериями парафилий являются следующие:

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

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

3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

5.0 Фетишизм.

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

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

5.1 Фетишистский трансвестизм.

Надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения.

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

5.2 Эксгибиционизм.

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

5.3 Вуайеризм.

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

5.4 Педофилия.

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

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

5.5 Садо-мазохизм.

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

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

5.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения.

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

5.8 Другие расстройства сексуального предпочтения.

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

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

5.9 Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное.

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

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

6 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.

6.0 Расстройства полового созревания.

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

6.1 Эго-дистоническая сексуальная ориентация.

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

6.2 Расстройство сексуальных отношений.

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

6.8 Другие расстройства психосексуального развития.

6.9 Расстройство психосексуального развития, неуточненное.

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

Примечательно, что даже воинственно настроенные гомосексуалисты были готовы согласиться с термином "нарушения сексуальной ориентации", правда, придавая ему особый смысл. Так, Фрэнк Кеймени заявил, что гомосексуалист, отказывающийся от своего "статуса", и в самом деле "чокнутый" и нуждается в лечении, которое поможет ему избавиться от гомофобии (Тюйе П., 1993). Так в DSM-III появилось другое понятие - "эго-дистонический гомосексуализм", т.е. акцент был сделан на том обстоятельстве, что ситуацию как "болезнь" определяет само заинтересованное лицо - если у него "дистония", значит, есть нарушение. Если же человека собственный гомосексуализм не угнетает, говорят о его эго-синтонической форме. При этом DSM-III отмечала, что часто сами индивиды не страдают от своих парафилий, которые не вызывают у них дистресса, и проблема для них - в реакции окружения на их сексуальное поведение. Вместе с тем последующее развитие классификации привело к дальнейшей либерализации диагностических подходов. В DSM-III-R, вышедшем в 1987 году, "эго-дистонический гомосексуализм" перекочевал в диагностический указатель, окончательно исчезнув из основного раздела "Руководства". В разделе, озаглавленном "Неопределенные сексуальные нарушения", остался лишь намек на него в виде примера - в некоторых случаях отмечают "серьезное и стойкое расстройство, связанное с сексуальной ориентацией пациента". При этом он оказался в сборной группе, включающей, например, и дисморфофобии, если они касались собственных гениталий. Таким образом, термин "гомосексуализм" вовсе исчез из официального профессионального языка. Пересмотрено было и понятие "дистонический" - данное определение используется для тех случаев, когда пациент действует под насильственными побуждениями или испытывает дистресс из-за своих действий. Таким образом, можно говорить о двух принципиально разных конфликтах - вторичном, возникающем вследствие реакции окружения, и первичном, возникающем в результате чуждости аномальных побуждений самих по себе. Примерно таким же образом выглядит положение в МКБ-10, где понятие "эго-дистонический" относится не только к психосексуальной ориентации вообще, но и к состояниям нарушенной половой идентичности.

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

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

Теоретическая неопределенность порождает двусмысленность итоговых классификационных подходов к патологии сексуального влечения. Действительно, с одной стороны, парафилии (нарушения сексуального предпочтения) есть самостоятельная группа психических расстройств в рамках "Расстройств зрелой личности и поведения" (5). Само по себе отнесение парафилий и расстройств идентичности в данную группу не является бесспорным. Как известно, по второму знаку классифицируется группа психических расстройств, обнаруживающих между собой определенную близость или связь прежде всего по форме проявления, а также в меньшей степени - по характеру поражения (органическому или функциональному). Объединение психосексуальных расстройств с расстройствами личности и влечений, по-видимому, соответствует продекларированному во введении к рубрике положению о их общности как клинически значимых состояний поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственных индивиду стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Указывается, что некоторые из этих состояний и типов поведения появляются рано в процессе индивидуального развития как результат конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются позднее.

С другой стороны, те же парафилии в некоторых ситуациях теряют свою клиническую самостоятельность, рассматриваясь в качестве отдельных симптомов других психических расстройств самого разного ранга. Так, они выступают в роли особого критерия диагностики органических расстройств личности (F07.0), причем считающегося характерным для личностного синдрома лимбической эпилепсии. Точно также наличие обсессивных мыслей "без внутреннего сопротивления" с сексуальным или агрессивным содержанием рассматривается как отдельный диагностический критерий шизотипического расстройства (F21). Наконец, по соседству с парафилиями располагается "Эмоционально лабильное расстройство личности" (0.3), диагностическим критерием пограничного типа которого является "расстройство и неопределенность образа Я, целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные)".

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

4 Расстройства половой идентичности.

4.0 Транссексуализм.

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

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

4.1 Трансвестизм двойной роли.

Ношение одежды, присущей противоположному полу, как часть образа жизни с целью получения удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, однако без малейшего желания постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции. Переодевание не сопровождается возбуждением, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма (5.1). Эта категория включает нарушения половой идентичности нетранссексуального типа в подростковом и зрелом возрасте.

4.2 Расстройство половой идентичности у детей.

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

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

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

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

У девочек:

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

Б. Одно из двух:

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

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

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

б) отказ от мочеиспускания в сидячем положении;

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

В. Девочка еще не достигла пубертатного возраста.

Г. Расстройство должно наблюдаться минимум 6 месяцев.

У мальчиков:

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

Б. Одно из двух:

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

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

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

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

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

В. Мальчик еще не достиг пубертатного возраста.

Г. Расстройство должно наблюдаться минимум 6 месяцев.

4.8 Другие расстройства половой идентичности.

4.9 Расстройство половой идентичности, неуточненное.

Отнесение этих расстройств в МКБ-10 в рубрику 4 объясняется наличием множества общих признаков с другими расстройствами идентичности, расположенными в данном разделе.

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

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

II. Транзиторное, связанное со стрессом, переодевание.

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

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

Конечно, клинические проявления нарушений половой идентичности более богаты. Не случайно поэтому включение в DSM-IV рубрики "Сексуальные расстройства, не специфицированные иным образом", предназначенной для кодировки сексуальных нарушений, не соответствующих критериям иных, специфических, сексуальных расстройств. Особо среди них упоминается выраженное ощущение неадекватности, касающееся сексуальных действий или других особенностей, связанных с представляемыми стандартами маскулинности или фемининности. Неоправданно отсутствует в DSM-IV и трансвестизм двойной роли, включенный МКБ-10 в сходную рубрику и характеризующийся переодеванием в одежду противоположного пола для временного переживания принадлежности к противоположному полу (4.1).

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