

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАФИЛИЙ КАК МОДЕЛИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

М.Ю. Каменсков

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России

В связи со вступлением в силу Федерального закона РФ от 29.02.2012 г. №14-ФЗ, который предусматривает усиление контроля и наказания для лиц, совершивших половые преступления, расстройства сексуального предпочтения приобретают самостоятельное юридическое значение. Законодательные новации привели к тому, что диагностика и выбор лечебной тактики в отношении лиц с парафилиями стали предметом деятельности различных звеньев психиатрической службы – судебно-экспертной, пенитенциарной и диспансерной.

Однако в настоящее время нельзя считать решенным вопрос о клинической систематике и месте парафилий в общей структуре психических расстройств, о чем свидетельствуют дискуссии при разработке диагностических указаний психосексуальных расстройств в рамках МКБ-11 [28, 31]. Основная цель данной дискуссии заключается в том, чтобы сблизить представления о парафилиях с общей дефиницией психических расстройств.

Для решения возникающих клинико-диагностических трудностей предлагается рассмотрение парафилий с позиций аддиктивных расстройств. Аддиктивное поведение характеризуется стремлением к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций. В настоящее время в круг аддикций включается широкий спектр психических расстройств: химические, нехимические, смешанные формы зависимости [8, 12, 18]. Были сформулированы диагностические критерии и сексуальных аддикций [29], которые отчасти пересекаются с клиническими указаниями современных классификаций.

Изучение парафилий позволяет сделать вывод о схожести их психопатологического оформления с другими аддиктивными расстройствами. В клиническом описании расстройств сексуального предпочтения имеются указания на аффективные, обсессивные и компульсивные расстройства [4, 5, 24],

которые встречаются и при других аддикциях [8, 15]. Кроме этого, прослеживаются общие закономерности развития сексуальных и несексуальных аддиктивных расстройств [25, 26, 30].

Несмотря на длительный период изучения различных форм аддиктивного поведения, остается широкий круг вопросов, касающийся механизмов формирования аддикций [21, 27, 32], понимания их клинической сущности [16, 17] и структурно-динамических особенностей [18, 22, 23].

В связи со сказанным целью настоящей работы явилось изучение структурно-динамических закономерностей парафилий как модели аддиктивных расстройств.

Объект и методы исследования

Настоящее исследование основано на изучении 220 подэкспертных, привлекавшихся к уголовной ответственности за совершение сексуальных противоправных деяний (по ст.ст. 131, 132, 133, 134, 135 УК РФ) и проходивших экспертизу в Центре им. В.П.Сербского. 150 случаев составили лица с расстройствами сексуального предпочтения (основная группа) и 70 – без таковых (группа сопоставления).

В рамках работы были использованы клинико-психопатологический, сексологический и статистический (применялся точный критерий Фишера, критерий Стьюдента) методы.

Возраст подэкспертных в обеих группах был сопоставим (34,1±11 и 31,7±11 года). В основной группе наиболее часто было диагностировано «Органическое психическое расстройство» (36,7%), основная доля которого приходилась на расстройства личности органического генеза (34%). В группе сопоставления среди органических психических расстройств чаще отмечались неглубокие нарушения, представленные эмоционально лабильным расстройством (10%). Психические расстройства шизофренического спектра (23,3% и 11,4%, $p=0,02$) и расстройства личности (21,3% и 7,1%, $p=0,006$) превалировали у лиц с парафилиями. В основной группе

большую часть больных шизофренией составили подэкспертные с параноидной и психопатоподобной формами. Среди лиц с психопатией отмечались преимущественно смешанные расстройства личности (12% и 7,1%). Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в основном были представлены синдромом зависимости (18,7% и 31,4%, $p=0,03$). В основной группе 17,3% составили лица без признаков коморбидной психической патологии, в то время как во второй психически здоровыми являлись 31,4% подэкспертных ($p=0,02$).

В целом среди лиц основной группы наиболее часто встречалась патология личностного уровня, что составило 66% случаев. В группе сопоставления превалировала неглубокая психическая патология, изолированный синдром зависимости от ПАВ и случаи психически здоровых испытуемых (53%).

В первой группе более чем в половине случаев наблюдалось сочетание нескольких девиантных сексуальных форм активности и объекта, что позволяло диагностировать «Множественные расстройства сексуального предпочтения» (F65.6) (60%). Реже встречались изолированные формы парафилий, представленные «Педофилией» (F65.4) (26%), «Садомазохизмом» (F65.5) (5,3%), «Раптофилией» (F65.8) (8,0%) и «Эксгибиционизмом» (F65.2) (0,7%).

Результаты исследования

Методической базой исследования являлось рассмотрение этапности сексуальных аддикций с позиций клинического описания общебиологических закономерностей развития болезни, используемого в соматической и психиатрической практике [1, 6]. Данная модель описывает инициальный, нозологический и терминальный периоды болезни.

Нозологический этап сексуальной аддикции анализировался с применением клинической модели нарушений самосознания, предложенной Т.А.Кафаровым [10]. Она интегрирует более ранние классификации нарушений и описывает структурно-динамические особенности этих расстройств, начиная от наиболее легких – реагирования самосознания – и заканчивая глубокими нарушениями – трансформацией.

Изучение аддиктивного сексуального поведения с учетом расстройств самосознания обосновано тем, что расстройства самосознания являются базовыми нарушениями психической деятельности, в то время как другие феномены (аффективные, obsessивные) – производными [2, 14]. Нарушения самосознания выявлены также и при аддиктивных расстройствах в психиатрических и психологических исследованиях [7, 11, 13, 19]. Кроме того, диссоциативные феномены, указывающие на расстройства самосознания, часто встречаются и при парафилиях [20, 24], а нарушения половой идентичности играют значительную роль в развитии сексуальных отклонений, определяют стиль поведения больного и его отношение к болезни [3]. Данный подход оказался

оправданным и при патобиологическом (нейрофизиологическом) исследовании патогенетических механизмов парафилий, в котором показано снижение уровня активации лобных отделов коры при глубоких нарушениях самосознания у лиц с сексуальным аддиктивным поведением, в то время как при легких клинических вариантах наблюдался высокий уровень ее активации [9].

В основу исследования была положена гипотеза о том, что психопатологическое своеобразие расстройств сексуального предпочтения находится в зависимости от нарушений самосознания на различных стадиях аддиктивного расстройства.

Инициальный период. До начала формирования расстройств сексуального предпочтения в основной группе подэкспертных встречались различные формы расстройств влечений несексуального круга, а также психопатологические состояния, феноменологически сходные с некоторыми проявлениями сексуальных аддикций (компульсивные и obsessивные расстройства, сверхценные увлечения и др.). Первые их признаки были приурочены к $9,2\pm 3,2$ годам, а продолжительность самого этапа до начала формирования парафилии составляла $8,6\pm 3$ лет.

Obsessивно-фобические и сверхценные состояния были представлены навязчивыми страхами, тревожными опасениями, транзиторными тревожными расстройствами, эпизодами ритуализированного поведения, сверхценными увлечениями и отношением к сексуальной сфере.

Проаддиктивные состояния характеризовались периодами злоупотребления алкогольными напитками, использования наркотической продукции, которые сочетались с лудоманией, kleптоманией, арифмоманией, дромоманией и др.

В сексуальной сфере к проаддиктивным состояниям были отнесены синдром ранней сексуализации поведения, obsessивная мастурбация, патологическое фантазирование эротического содержания, эпизоды аутоэротической активности, единичные случаи аномальных сексуальных фантазий и сновидений.

Obsessивно-фобические, проаддиктивные сексуальные и несексуальные состояния встречались гораздо чаще в основной группе, чем в группе сравнения, приходясь на детский и пубертатный возраст (82,7% и 35,7%, $p<0.0001$). Они отличались многообразием не только по группе в целом, но и в каждом конкретном случае ($p<0.0001$), а сексуальные проаддиктивные состояния были характерны только для лиц с парафилиями.

Нозологический период. При формировании парафилий наиболее часто встречались два варианта нарушений самосознания по типу его реагирования: негативный и интактный. Последующие структурно-динамические изменения характеризовались поэтапной сменой нарушений самосознания с появлением качественно новых вариантов: изменений

(деперсонализации) и трансформации (амбивалентности, альтернации, алиенации).

Реагирование самосознания. Реагирование самосознания является наиболее легким клиническим вариантом нарушений самосознания, представляющим собой реакцию личности на болезнь (формирование расстройств сексуального предпочтения).

Негативный тип реагирования. При данном типе, встречающемся в 20%, отмечалось негативное восприятие изменений собственной сексуальности при формировании расстройств сексуального предпочтения. Для этой группы больных были характерны наличие критического отношения к навязчивым аномальным сексуальным фантазиям, желаниям, поведению. Само сексуальное противоправное поведение отличалось стереотипностью.

При формировании парафилий, которое было приурочено к 24,6 годам, отмечалось появление навязчивых аномальных сексуальных фантазий. Эротические образы воспринимались как чуждые личности, ее желаниям и потребностям, отношение к ним было как к болезненным проявлениям. Представления возникали спонтанно, независимо от текущих переживаний личности и ситуационного контекста и могли быть настолько интенсивными, что связь с реальными событиями частично утрачивалась за счет сужения сознания.

По мере динамики сексуальной аддикции отмечалась постепенная утрата критического отношения к парафильным фантазиям/побуждениям, в частности, к содержанию фантазий, и появлялась тенденция к их принятию, что сопровождалось уменьшением интенсивности обсессивных нарушений. Однако эротические представления появлялись все чаще, что свидетельствовало о росте патосексуальной толерантности.

У подэкспертных были обнаружены различные формы аффективных расстройств (60%): чаще всего выявлялись тревожные, депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, которые предшествовали эпизодам эротического фантазирования и совершению противоправных деяний. Фантазирование, сопровождавшееся мастурбацией или его реализацией, изменяло эмоциональное состояние, устраняя негативные переживания.

В период борьбы с аддиктивными сексуальными фантазиями/побуждениями появлялись вегетативные (пресомнические и интрасомнические) и усиливались аффективные расстройства, на фоне которых происходила реализация эротических представлений, причем чаще всего в утреннее и дневное время суток. Самой реализации сопутствовало аффективное сужение сознания: в момент деликта отмечалось ограничение восприятия пространства, его сужение с фиксированностью на жертве, нарушения чувствительности по типу гипестезий в одной или двух модальностях (зрительной, аудиальной), что имело экспертное значение и в сочетании с интенсивностью

обсессивного эротического фантазирования влияло на произвольную регуляцию поведения.

В 23,3% отмечался переход негативного типа реагирования самосознания в другие клинические его формы: интактное реагирование, деперсонализацию самосознания (прогрессивные тенденции нарушений самосознания), что отражало негативную динамику сексуальных аддикций за счет утяжеления клинической симптоматики.

Интактный тип реагирования. При данных типах реагирования самосознания, наблюдавшихся в 59% случаев, отсутствовало осознание болезненных изменений собственной сексуальности при формировании парафилий. Был типичен сверхценный характер влечения. У большей части испытуемых наблюдалось полиморфное аномальное сексуальное поведение. Возраст начала формирования психосексуального расстройства чаще всего был приурочен к 15,8 годам.

Эротическое фантазирование носило произвольный характер. Появление фантазий было преимущественно связано с половой потребностью, периодически возникающими желаниями реализовать аддиктивное влечение.

В первое время фантазии выполняли заместительную функцию, удерживая от совершения противоправных поступков. В последующем они приобретали главенствующее значение, отодвигая на второй план другие потребности, мысли, имеющие до этого свою ценность. Зрительные образы были стойкими и интенсивными. На данном этапе формирования парафилии можно было говорить о доминирующем характере влечения, когда аномальные представления провоцировали противоправное поведение.

В последующем влечение становилось сверхценным: оно было связано с эмоциональной охваченностью, аддиктивная потребность и ее удовлетворение становились основным содержанием повседневной жизни (появлялись аддиктивные увлечения), мешая выполнению профессиональных обязанностей и влияя на семейную адаптацию. Аномальное влечение начинало доминировать над потребностью к совершению нормативных половых актов, которые все чаще оказывались неудачными, сопровождаясь функциональными сексуальными расстройствами. Указанные особенности в сочетании с коморбидной психической патологией, которая была представлена преимущественно расстройствами личности, ограничивали осознанно-волевою регуляцию поведения.

Аффективные расстройства у данной группы лиц встречались реже, чем среди подэкспертных с негативным типом (45,2% против 60%) и были представлены также тревожными, депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами. Однако наиболее часто наблюдались дисфорические реакции и состояния (27%) – в основном у лиц с агрессивно-садистическими формами парафилий.

Дисфорические расстройства предшествовали сексуальному правонарушению, которое сопровождалось сужением сознания, изменением восприятия окружающей обстановки, времени, а при поиске жертвы могло сменяться на чувство прилива сил, сопряженного с тревожно-радостным аффектом. После совершения нападения интенсивность дисфорических переживаний существенно снижалась.

Реализация аномальных сексуальных фантазий происходила в любое время суток. Иногда осуществлению парафильных представлений мог предшествовать период борьбы мотивов, связанный не с осознанием болезненности переживаний, а с перспективой привлечения к уголовной ответственности вследствие совершения правонарушения.

Почти в половине наблюдений вырабатывался индивидуальный аддиктивный ритм, когда фантазии, как и поведение, появлялись с одинаковым интервалом времени. В других случаях отмечался рост патосексуальной толерантности, характеризующийся учащением аномальных сексуальных фантазий и их реализаций.

В 30,1% случаев имел место переход рассматриваемых нарушений самосознания в другие клинические его формы: негативный тип реагирования (под влиянием ситуационных факторов), деперсонализацию, альтернацию и алиенацию.

Изменение самосознания. При данных нарушениях самосознания больные ощущают изменённость собственного образа «Я», однако, не наблюдается «психопатологического перевоплощения формальных признаков «Я» больного, сопровождающегося ощущением появления нового образа «Я».

Деперсонализация самосознания. При деперсонализации самосознания в клинической картине парафилий отмечались транзиторные расстройства сознания, сопровождающиеся глубокими нарушениями самосознания, которые характеризовались субъективным отчуждением психических свойств «Я» и соматического образа «Я».

У лиц с сексуальными аддикциями чаще являлась очередным этапом нарушений самосознания, которому предшествовали негативный, интактный типы реагирования. Данная форма была квалифицирована в 18% наблюдений от общего числа больных. Возраст начала формирования парафилий относился к подростковому – 16,6 годам.

Наиболее выраженные нарушения самосознания по типу деперсонализации отмечались в момент правонарушения. Аномальному сексуальному поведению предшествовало появление навязчивых или доминирующих эротических представлений и побуждений. По мере борьбы с ними появлялись аффективные расстройства и нарушения психовегетативных функций, характеризующиеся расстройствами сна и эректильной дисфункцией в нормативных гетеросексуальных отношениях.

Аффективные нарушения были достаточно разнообразны, и у одного и того же подэкспертного от одной реализации фантазий к другой они могли отличаться. Эти расстройства были представлены тревожными, тревожно-депрессивными, депрессивными, дисфорическими, амфитимическими, паратимическими состояниями и трудно вербализуемыми аффективными расстройствами, сопровождающимися витальными и сенестопатическими переживаниями.

На фоне аффективных нарушений появлялись другие феномены, отражающие расстройства сознания и самосознания, причем последние были полиморфны. Расстройства сознания различной глубины наблюдались почти у всех подэкспертных, начиная от аффективного сужения и заканчивая его помрачением, и были сопряжены с вегетативными расстройствами, нарушением восприятия времени, ощущений, среди которых наиболее часто отмечалась гипестезия слуха, тактильных и болевых ощущений, зрения, что сопровождалось частичной или полной дезориентировкой в местности.

Во всех случаях отмечались признаки аутопсихической деперсонализации, в рамках которой выявлялись симптомы психической анестезии, проявляющиеся чувством утраты эмоциональных переживаний, принадлежности собственных действий, активности мышления.

При деперсонализации имели место не только симптомы психической анестезии, но и признаки отчуждения, которые касались когнитивной и моторной сфер, вплоть до появления ощущения императивности поведения.

Кроме этого, на момент деликта утрачивались представления о внешнем мире, появлялось чувство нереальности окружающей обстановки и происходящего, которые квалифицировались как аллопсихическая деперсонализация. После совершения противоправных деяний выявлялись признаки диссоциативной амнезии.

Аномальное сексуальное поведение осуществлялось только в определенное время суток (дневные или ночные часы) и носило сезонный характер. В зависимости от глубины нарушений сознания и самосознания, наблюдавшихся при аддиктивной реализации, можно было говорить об экскульпации подэкспертных или признании их ограниченно вменяемыми.

Трансформация самосознания. При данных нарушениях самосознания больные ощущают трансформацию собственного образа «Я», которая сопряжена с ощущением появления нового образа «Я».

Альтернация и амбивалентность. При альтернации и амбивалентности, отмечавшихся в 14,7%, у лиц с сексуальными аддикциями утрачивалось сознание собственной идентичности, что было сопряжено с появлением ощущений формирования новой личности, отличающейся по своим характеро-

логическим качествам, желаниям, потребностям. Это сопровождалось депрессивными, дисфорическими расстройствами или расстройствами по типу повышенного аффекта наряду с утратой критического отношения к парафилии.

Отличительной чертой альтернации самосознания являлось перемежающееся осознание «Я» в реальном и новом качестве. При амбивалентности самосознания можно было говорить об одновременном осознании подэкспертным реального и нового образа «Я», их сосуществовании. Оба вида нарушений носили транзиторный характер и были приурочены к аддиктивной реализации.

Альтернация и амбивалентность являлись одним из этапов нарушений самосознания, которым предшествовали вышеупомянутые, в связи с чем в клинической картине наблюдались аналогичные феномены. Однако кардинальным отличием были качественные нарушения самосознания.

При альтернации выделены два подтипа: дисфорический и маниоформный, поскольку на предкриминальном этапе выявлялись аффективные расстройства по дисфорическому типу и по типу повышенного аффекта – экзальтации, эйфории и гипертимии.

При дисфорическом варианте нападения на жертв сопровождалось агрессивными и садистическими действиями. Интенсивные аномальные сексуальные побуждения воспринимались как чуждые личности, что сопровождалось переживаниями и ощущениями возникновения качественно новой личностной идентичности, с характерными только для нее аффективными переживаниями и аномальным поведением, которое подэкспертные присваивали не себе, а новому образу «Я», считая самих себя неспособными к агрессивным действиям. После аддиктивной реализации, сопровождающейся аллопсихической деперсонализацией и аффективным сужением сознания. Несмотря на то, что между противоправными деяниями подэкспертные прибегали к эротическому фантазированию и в их представлениях имели место агрессивно-садистические сюжеты, тем не менее, в момент парафильной реализации противоправное поведение оценивалось как им несвойственное.

При маниоформном варианте перед совершением противоправного деяния подэкспертные ощущали резкий подъем настроения вплоть до чувства восторженности. В эти периоды они знакомились или встречались с уже знакомыми детьми и непосредственно перед сексуальными действиями проводили с ними некоторое время в развлечениях, полностью разделяя их интересы. В эти моменты они ощущали психологическую близость с детьми и изменения эмоционального состояния с появлением переживаний, свойственных детскому возрасту (наивности, беззаботности, жизнерадостности и т.п.). Сексуальные действия с потерпевшими оценивались как некая форма «шалости», «баловства».

При амбивалентности самосознания, которая наблюдалась у лиц с шизофренией, также отмечалось появление нового образа «Я» в момент аддиктивной реализации, однако, в отличие от предыдущего варианта больные свое состояние ощущали как раздвоение личности, одновременное сосуществование двух личностей с разными качествами.

При альтернации/амбивалентности аномальное сексуальное поведение осуществлялось только в определенное время суток. Также как и при деперсонализации, экспертное значение принимали диссоциативные феномены, отмечавшиеся в момент правонарушения.

Исход заболевания.

Терминальный период: алиенация самосознания. При алиенации (от лат. alienation – отчуждение) самосознания в рамках сексуальных аддикций наблюдалось формирование нового «аддиктивного» мировоззрения при отсутствии критического отношения к расстройствам сексуального предпочтения с появлением сверхценных аддиктивных увлечений, подчиняющих себе профессиональную деятельность, и постепенным уходом от реальности в мир аномальных сексуальных переживаний и фантазий.

Данная форма нарушений самосознания, как конечный клинический этап аддикции, на момент обследования встречалась у небольшого числа испытуемых (3,3%), среди которых ранее наблюдались другие нарушения самосознания.

Наряду со сверхценным отношением к патологическому влечению со временем аномальные сексуальные фантазии начинали появляться самопроизвольно, и присоединялся навязчивый компонент представлений.

Аномальное сексуальное поведение отражало предпочитаемый, а иногда и единственно возможный, способ удовлетворения сексуальной потребности. Такие подэкспертные имели постоянных партнеров, ненормативных по половозрастным характеристикам, отношения с которыми ограничивались интимными контактами. Все устремления больных в течение дня были направлены на реализацию своего влечения, появлялись атипичные формы мастурбаторной активности. Профессиональная деятельность полностью подчинялась аддиктивным интересам.

Отмечалось «оскудение» прежних личностных качеств и формирование таких особенностей, как замкнутость, необщительность, сужение круга интересов до аддиктивных, утрачивались прежние социальные связи. Наряду с этим происходило формирование нового «аддиктивного» мировоззрения, установление тесной связи патологического влечения с убеждениями и принципами со стремлением к доказательству своей правоты, отстаиванием аддиктивных интересов при убежденности в нормальности проявлений собственной сексуальности, что приобретало экспертное значение.

Присоединялись стойкие аффективные расстройства, представленные дистимическими состояниями. При этом целью поведенческого аддиктивного акта было устранение субъективно тяжелых аффективных переживаний. Поскольку изменения эмоционального состояния были кратковременны, отмечалось снижение патосексуальной толерантности на поведенческом уровне, но периодичность эротического фантазирования оставалась прежней.

В целом при динамике нарушений самосознания у лиц с парафилиями каждый последующий этап включал в себя психопатологические феномены предыдущего, в дополнении к которым появлялись другие, свидетельствующие о более глубоких уровнях нарушений.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что расстройства сексуального предпочтения (парафилии) имеют ряд структурно-динамических особенностей, соответствующих общебиологическим закономерностям течения заболевания, и проходят в своем развитии ряд стадий.

На инициальном этапе первые признаки расстройства носят малоспецифический характер и представлены психопатологическими состояниями, феноменологически сходными с проявлениями сексуальных аддикций.

На нозологическом этапе клинико-динамические особенности парафилий тесно связаны с нарушениями самосознания и отражают поэтапную смену его расстройств. Если для негативного реагирования характерно при формировании парафилий отрицательное восприятие изменений собственной сексуальности, сопряженное с появлением аутохтонно возникающих навязчивых аномальных сексуальных фантазий на фоне аффективных расстройств, то при интактном, наоборот, отсутствует осознание болезненных изменений сексуальности, что сопровождается формированием сверхценного характера влечения.

Глубокие нарушения самосознания (деперсонализация, альтернатива и амбивалентность) носят транзиторный характер и приурочены к аддиктивной реализации, сопровождаясь полиморфными аффективными расстройствами и утратой собственной идентичности.

На терминальном этапе происходит алиенация самосознания, которая характеризуется формированием аддиктивного мировоззрения, прогрессированием клинической симптоматики аддикции и ее необратимостью.

Таким образом, структурно-динамические закономерности расстройств сексуального предпочтения отражают поэтапную смену различных вариантов нарушений самосознания, обуславливающих клиническое оформление аддиктивного поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д. Патологическая физиология. М., 1973.
2. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда. Иркутск, 1936. 136 с.
3. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как форма психосексуального диатеза // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2010. Т. 2, № 4. С. 48-54.
4. Амбарцумян Э.С. Психические и психосексуальные расстройства у лиц с гомицидным сексуальным поведением и их судебно-психиатрическая оценка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
5. Аномальное сексуальное поведение / под ред. А.А.Ткаченко. М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 1997. 426 с.
6. Веселкин П.Н. Болезнь / Большая медицинская энциклопедия. М., 1976. Т.3. С. 290.
7. Грюнталь Н.А. Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1998.
8. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология. 2005. №1. С. 65-77.
9. Каменсков М.Ю., Киренская А.В., Ткаченко А.А., Мямлин В.В. Нейрофизиологические механизмы нарушений самосознания у лиц с сексуальным аддиктивным поведением // Российский психиатрический журнал. 2016. №4. С. 39-48.
10. Кафаров Т.А. Психопатология самосознания в патокинезе шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000.
11. Козлова И.А. К проблеме патологии влечений в детском-подростковом возрасте // Материалы науч.-практ. конф.: «Патология влечения у детей и подростков: клиника, диагностика, терапия, нейрофизиология, профилактика и коррекция». М., 1996. С. 2-3.
12. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: «Академический Проект», 2000. 460 с.
13. Кушев Д.В. Самосознание больных с алкогольной зависимостью // Вопросы наркологии. 2010. №5. С. 69-75.
14. Меграбян А. Деперсонализация. Ереван, 1962. 355 с.
15. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). М.: МЕДпресс-информ, 2003.
16. Плоткин Ф.Б. Полипрагмазия при зависимостях: причины и следствия. Сообщение 1 // Наркология. 2013. №6. С. 86-93.
17. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных расстройств // Наркология. 2006. №1. С. 60-65.
18. Сиволап Ю.П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. №11. С. 4-6.
19. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: МГУ, 1989. 213 с.
20. Ткаченко А.А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1994. 38 с.
21. Черепкова Е.В., Бохан Н.А., Митрофанов И.М. Патогенетическая значимость полиморфизма ряда генов нейромедиаторной системы, ассоциированных с личностными расстройствами // Наркология. 2011. №3. С. 64-68.
22. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний // Наркология. 2009. №5. С. 67-72.
23. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада // Наркология. 2009. №7. С. 77-85.
24. Яковлева Е.Ю. Уголовно-релевантные состояния: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2010.
25. Bedi G., Lindquist M.A., Haney M. An fMRI-Based Neural Signature of Decisions to Smoke Cannabis // Neuropsychopharmacology. 2015. Vol. 40, N. 12. P. 2657-2665.
26. Blum K., Febo M., Smith D.E. et al. Neurogenetic and Epigenetic Correlates of Adolescent Predisposition to and Risk for Addictive Behaviors as a Function of Prefrontal Cortex Dysregulation // J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2015 Vol. 25, N. 4. P. 286-292.
27. Borsetti S., Acquaro J., Bignamini E. Shifting from heroin to alcohol addiction: descriptive survey // Prof. Inferm. 2017. Vol. 70, N. 1. P. 18-23.
28. Fedoroff J.P., Gioacchino L., Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5 // Curr. Psychiatry Rep. 2013. Vol. 15, N. 8. P. 363.
29. Goodman A. Addiction: definition and implications // Br. J. Addict. 1990. Vol. 85, N. 11. P. 1403-1408.
30. Park S.M., Lee J.Y., Kim Y.J., Lee J.Y., Jung H.Y., Sohn B.K., Kim D.J., Choi J.S. Neural connectivity in Internet gaming disorder and alcohol use disorder: A resting-state EEG coherence study // Sci. Rep. 2017. Vol. 7, N. 1. P. 1333.

31. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B., Atalla E., Cochran S.D., First M.B., Cohen-Kettenis P.T., Arango-de Montis I., Parish S.J., Cottler S., Briken P., Saxena S. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // World Psychiatry. 2016. Vol. 15, N. 3. P. 205-221.
32. Weinstein A., Dorani D., Elhadif R., Bukovza Y., Yarmulnik A., Dannon P. Internet addiction is associated with social anxiety in young adults // Ann. Clin. Psychiatry. 2015. Vol. 27, N. 1. P. 4-9.

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАФИЛИЙ КАК МОДЕЛИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

М.Ю. Каменсков

В статье обсуждаются клинические трудности, возникающие при разработке диагностических указаний расстройств сексуального предпочтения в МКБ-11. В связи с этим предлагается рассмотрение клинических структурно-динамических особенностей парафилий как варианта аддиктивных расстройств с учетом общебиологических закономерностей развития болезни, учитывая инициальный, нозологический и терминальный этапы заболевания. В рамках настоящего исследования динамические особенности парафилий оценивались с учетом нарушений самосознания. Были выделены два основных

вектора формирования парафилий при интактном и негативном типах реагирования самосознания с последующим их переходом в другие нарушения (деперсонализацию, альтернацию, амбивалентность и алиенацию самосознания). Показано, что различные варианты нарушений самосознания определяют клиническое оформление парафилий, которые обуславливают особенности нарушений произвольной регуляции.

Ключевые слова: парафилия, самосознание, структурно-динамические закономерности, аддикция.

THE CLINICAL DYNAMICAL CHARACTERISTICS OF PARAPHILIAS AS THE MODEL OF ADDICTIONS

M.Yu. Kamenskov

In the article had discussed the clinical difficulties occurred during the developing clinical criteria of disorders of sexual preference in the ICD-11. In this regard, the author had proposed the analyzing of the clinical structure and dynamical characteristics of paraphilia as a variant of addictive disorders with considering the general biological mechanisms of the diseases including the initial, clinical and terminal stages. In this study the dynamical features of paraphilias evaluated in dependence to disorders of self-consciousness.

There had been allotted two basic vectors of forming paraphilia in the intact and negative responses self-consciousness. In time these responses of self-consciousness transformed to other disorders (depersonalization, alternation, ambivalence and alienation of self-consciousness). It is shown that different variants of the disorders of self-consciousness determine clinical picture of paraphilia that influence on the regulation of the behavior.

Key words: paraphilia, self-consciousness, clinical dynamics, addiction.

Каменсков Максим Юрьевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории судебной сексологии ФГБУ «Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» МЗ РФ, e-mail: m-kamenskov@mail.ru