

Роль нарушений психосексуальной сферы при шизофрении в диагностике парафилий

Демидова Л.Ю., Введенский Г.Е., Макарова Т.Е., Каменсков М.Ю., Штарк Л.Н.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Резюме. Исследование посвящено изучению нарушений психосексуальной сферы, нозоспецифичных для расстройств шизофренического спектра. Представлены результаты сравнения двух групп: 29 человек с диагнозами шизофрении и шизотипического расстройства и группы сопоставления из 34 человек без эндогенной патологии. В результате исследования их полового самосознания с помощью методик «МиФ», «ЦТО», «Кодирование» было показано, что наличие эндогенного расстройства изменяет психосексуальный профиль больных по целому ряду признаков. Для лиц с шизофренией и шизотипическим расстройством, независимо от наличия у них коморбидного диагноза парафилии, оказались характерны недостаточная выраженность маскулинных качеств, рассогласование с мужской половой ролью, нежелание соответствовать мужскому образу, в некоторых случаях нестабильность идентичности, измененное эмоциональное отношение к полоролевым стереотипам, эмоциональная амбивалентность.

Ключевые слова: шизофрения, шизотипическое расстройство, половое самосознание, парафилия, педофилия

The role of disturbances of the psychosexual sphere in schizophrenia in diagnosing of paraphilias

Demidova L.Yu., Vvedensky G.E., Makarova T.E., Kamenskov M.Yu., Shtark L.N.
V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology

Summary. The article is concerned with the study of disturbances in psychosexual sphere, which are specific for schizophrenia spectrum disorders. The results of a comparison of two groups are presented: 29 people were diagnosed with schizophrenia and schizotypal disorder and a comparison group of 34 people without endogenous pathology. The study outcomes of their gender self-consciousness with methods «MF», «STAT», «Coding» are shown that the presence of endogenous disorder changes the psychosexual profile of patients on a number of signs. Persons with schizophrenia and schizotypal disorder, regardless of their comorbide diagnosis of paraphilia are characterized by lower value of masculinity, high distinction with the male role, absence of intention to line up with the man-image, in some cases instability of identity, altered emotional attitudes to sex-role stereotypes, emotional ambivalence.

Key words: schizophrenia, schizotypal disorder, gender self-consciousness, paraphilia, pedophilia

Многие исследователи отводили патологии сексуальной сферы при разных формах шизофрении особую, иногда и ведущую роль. При этом отмечаемые нарушения широко варьируются от изменений выраженности полового влечения до вычурных способов сексуальной активности (например, оральной мастурбации) и парафилий с некрофильными и некросадистическими элементами [8, 9].

Но при всем полиморфизме сексуальной патологии у таких больных можно выделить некоторые общие особенности. При разных формах шизофрении отмечается отсутствие здоровых сексуальных отношений: в любви они демонстрируют фригидность [2], контакты с женщинами носят формальный, поверхностный характер [9]. У больных шизофренией с разными типами течения отмечается рассогласование между интенсивностью эротических фантазий и скудными возможностями их реализации, безразличие к вопросам пола и платонической/эротической коммуникации, абстрактный характер эротического фантазирования, преобладание суррогатных и заместительных форм реализации влечения, аутоэро-

тическая активность [8]. Исследователями подчеркивается все большая аутизация и увеличение аутоэротизма при нарастании у больных негативных личностных изменений.

В связи с этим кажется уместным замечание Д.Н. Исаева и В.Е. Кагана, полагающих, что при наличии основного психического расстройства сексуальные нарушения «являются показателями не только и не столько уровня напряжения полового влечения, сколько различных психологических или психопатологических феноменов» [8, С. 72]. А.А. Ткаченко и Н.Б. Большакова отмечают, что нозологическая квалификация в таком случае представляет затруднение: «вопросы первичного, основного расстройства, лежащего в основе полиморфных проявлений шизофрении... остаются неразрешимыми...» [8, С. 85].

В попытке объяснить аномалии сексуального поведения таких больных ученые высказывали мнение о диспропорциональности полоролевой идентификации у лиц с разными формами шизофрении [17]. Было показано, что наличие парафилий при эндогенных расстройствах сопряжено с нарушением формирования физическо-

го и психического «Я» при становлении базовой половой идентичности, со стремлением физически походить на противоположный пол [1, 9]. Исследователями отмечалось, что неопределенность сексуальной идентификации, нарушение баланса между полоролевыми качествами у таких больных препятствует установлению гетеросексуальных отношений [8], снижает уровень социальной адаптации [4].

У больных с разными формами шизофрении при коморбидном диагнозе сексуального расстройства действительно обнаруживаются особенности полового самосознания, характерные для парафилий. Но многие из них оказываются свойственными для лиц с шизофренией в целом, независимо от наличия у них сексуальной патологии (например, фемининный тип образа «Я реальный», отсутствие стремления соответствовать мужской половой роли и стремления к изменениям — меньшее расхождение между образами «Я реальный» и «Я идеальный») [4]. Во многом эти признаки были подтверждены в исследовании, проведенном на больных шизофренией без парафилий и не обвинявшихся в совершении сексуальных преступлений [7]. Полученные данные также свидетельствуют, что у мужчин при разных типах течения шизофрении преобладают фемининный тип полоролевой идентичности и аналогичные паттерны полоролевого поведения, а психосексуальный профиль в целом соответствует женскому; показано, что у больных, как и в нормативной женской группе, преобладают пассивно-оборонительные установки.

В некоторых зарубежных работах также отмечалось несоответствие показателя по шкале маскулинности/фемининности собственному полу испытуемых с шизофренией, выявлялись нарушения в представлениях таких больных о полоролевых стереотипах [11, 13]. В другом исследовании [17] было установлено, что мужчины и женщины с разными формами шизофрении имеют нормальные баллы по шкале фемининности и сниженные показатели маскулинности, то есть в меньшей степени идентифицируются с традиционными характеристиками мужского пола. В.Е. Каган показал, что нарушения половой идентичности тем грубее, чем более выражена эндогенная патология, причем именно по типу инверсии — идентичность формируется в типе, противоположном паспортному полу [5]. В исследованиях с помощью проективных методик обнаружено, что при изображении человеческих фигур больные шизофренией искажают их пропорции, упускают анатомические детали, обязательные для изображения согласно их возрасту [16].

Безусловно, что на таких особенностях психосексуальной сферы сказывается нозология. «Морбидные повреждающие воздействия могут адресоваться к каждой из детерминант формирования сексуальности, нарушая и искажая закономерную стадийность ее становления» [8, С. 81]. О. Кернберг предлагает рассматривать нарушения идентичности как ключевые для разных форм шизоф-

рении, а степень ее дезинтеграции — как один из важнейших признаков психотической личностной организации [6]. «Лица с шизофренией проявляют недоверие... скептически относятся к конвенциональным знаниям и социально разделенным ценностям и выражают явное отвращение к общим способам мышления» [18, С. 140], и нормы полоролевого поведения в этом смысле не являются исключением. Представляется адекватной интерпретация В.Е. Кагана о том, что психосексуальная социализация, интериоризация культурных представлений о мужском и женском поведении преломляются через призму личностных смыслов индивида [5], которые при шизофрении и шизотипическом расстройстве оказываются существенно отличными от социальных представлений.

Тем не менее, существуют работы, в которых у больных шизофренией не было обнаружено специфических нарушений идентичности, или они обнаруживались, но в иных пропорциях, нежели было отмечено ранее. Есть данные, свидетельствующие в пользу нормального полоролевого поведения у таких больных [4]. В одной из работ отдельные нарушения самовосприятия в сексуальной сфере наблюдались лишь у пациентов с хронической формой течения заболевания [15]. Исследование, проведенное на выборке из почти двухсот больных шизофренией и шизоаффективным психозом, показало, что атипичная гендерная идентичность статистически значимо чаще встречается лишь у женщин, больных шизофренией, но не у мужчин [14].

Из-за неоднозначности таких результатов выдвигается предположение, что нарушения идентичности, как и симптомы при разных формах шизофрении, могут различаться по степени выраженности и не обязательно проявятся у всех пациентов. Выраженность дезинтеграции идентичности может зависеть от интенсивности других симптомов и связанных с ними когнитивных дефицитов [12].

Таким образом, психологическая оценка полового самосознания, широко используемая в качестве вспомогательного метода диагностики парафилий [3, 10], в случае расстройств шизофренического спектра представляет собой самостоятельную задачу, поскольку отдельные нарушения психосексуальной сферы могут являться признаками именно эндогенного расстройства и не всегда свидетельствуют в пользу наличия сексуальной патологии. **Целью** данного исследования стало выявление нарушений психосексуальной сферы, нозоспецифичных для шизофрении и шизотипического расстройства.

Материал и методы

Выборка составила 63 человека мужского пола, прошедших психиатрическое и сексологическое обследования, а также направленное психологическое исследование психосексуальной сферы. В I группу вошли 29 человек (средний возраст:

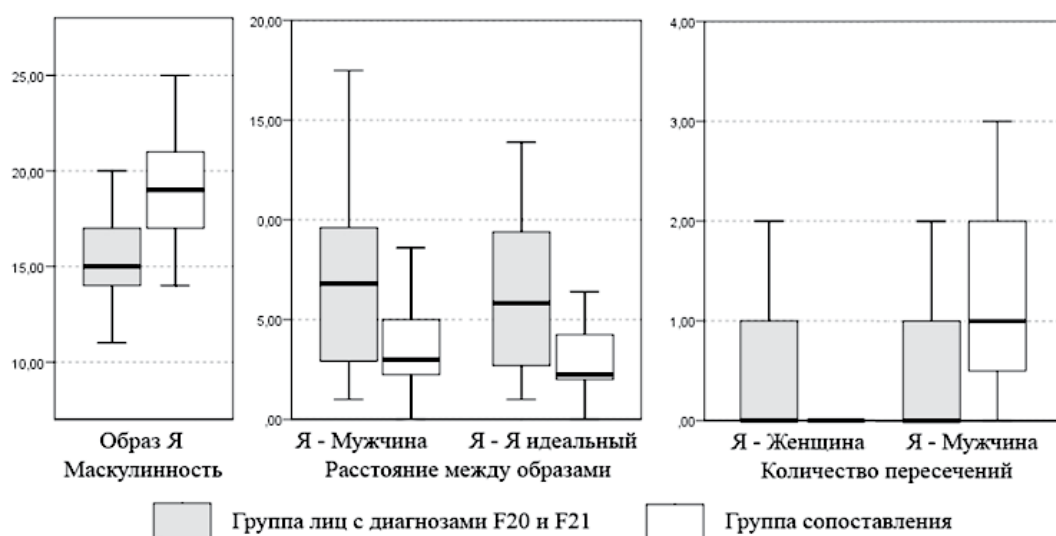


Рис. 1. Значимые различия в восприятии образа «Я»

35,6±11 лет), которым были установлены диагнозы: «F20» Шизофрения — 13 человек, и «F21» Шизотипическое расстройство — 16 человек. У 15-ти испытуемых первой группы не было обнаружено расстройств сексуального предпочтения, 11-ти был поставлен диагноз педофилии, 3-им — диагноз садизма. Во II группу вошли 34 человека (средний возраст: 38,4±11,4 лет), у которых не было выявлено психических расстройств за исключением парафилий у некоторых испытуемых. У 23-х человек второй группы не было обнаружено расстройств сексуального предпочтения, 8-ми испытуемым был поставлен диагноз педофилии, 3-им — диагноз садизма. Сравнение групп по представленности расстройств сексуального предпочтения в виде педофилии ($\chi^2 = 0,55$; $df = 1$; $p = 0,458$) и садизма ($\chi^2 = 0,028$; $df = 1$; $p = 0,858$) не выявило межгрупповых различий, что говорит о равномерном распределении сексуальных нарушений в обеих группах и позволяет связывать полученные результаты именно с наличием шизофрении и шизотипического расстройства, а не парафилий.

В работе применялись несколько методик для исследования психосексуальной сферы [3].

Методика «Маскулинность и Фемининность» (версия С. Бем в модификациях Т.Л. Бессоновой, Н.В. Дворянчикова) использовалась при оценке структур полового самосознания с точки зрения социальных представлений о паттернах мужского и женского поведения. В анализ включались показатели маскулинности и фемининности по каждому из образов, расстояния между всеми образами.

Методика «Цветовой Тест Отношений», построенная в соответствии с идеей цветоассоциативного эксперимента А.М. Эткинда, использовалась для оценки эмоционального отношения к полоролевым образам. В анализ включались все парные сочетания предъявляемых стимулов.

Методика «Кодирование» — модифицированная Н.В. Дворянчиковым техника «Проективный перечень» З. Старовича использовалась при оценке дифференцированности и смыслового отношения к образам. В анализе учитывались содержательность описания, признаки деперсонификации, трансформации, искажения пола, гиперролевых паттернов и сексуализации каждого из образов, взаимные пересечения между ними.

Статистический анализ проводился с помощью критериев Манна-Уитни и χ^2 для таблиц сопряженности (с учетом точного теста Фишера).

Результаты

У больных шизофренией и шизотипическим расстройством был обнаружен целый ряд нарушений **полоролевой идентичности**. По результатам методики «МиФ» (рис. 1) показатель маскулинности в образе «Я реальный» у них оказался существенно ниже, чем в группе сопоставления ($U = 175$; $p = 0,000$). Чаще встречались недифференцированный (8 чел./28% в сравнении с 3 чел./9%; $\chi^2 = 3,618$; $df = 1$; $p = 0,057$) и фемининный (14 чел./48% в сравнении с 6 чел./18%; $\chi^2 = 6,397$; $df = 1$; $p = 0,011$) типы образа «Я реальный», а андрогинный — значительно реже (3 чел./10% в сравнении с 20 чел./59%; $\chi^2 = 16,710$; $df = 1$; $p = 0,000$).

При шизофрении и шизотипическом расстройстве чаще обнаруживались признаки искажения пола при описании образа «Я» в методике «Кодирование» (14 чел./48% в сравнении с 3 чел./9%; $\chi^2 = 10,864$; $df = 2$; $p = 0,004$). Например, испытуемый сравнил себя с сосной, потому что это «мягкое, красивое дерево» (параноидная шизофрения); другой — с треугольником, потому что в нем «сочетаются ребенок, женщина и мужчина» (психопатоподобная шизофрения). Кроме того, в методике «МиФ» у лиц с шизофренией и шизотипическим расстройством было выявлено сильное

рассогласование с мужской половой ролью — расстояние между соответствующими образами оказалось существенно больше, чем в группе сопоставления ($U = 230$; $p = 0,001$). Также у них встречалось больше пересечений между образами «Я реальный» и «Женщина» ($U = 327$; $p = 0,085^1$), и значимо меньше — между образами «Я реальный» и «Мужчина» ($U = 222,5$; $p = 0,002$) в методике «Кодирование».

При этом полученные данные нельзя интерпретировать как признаки незрелости или идентификации эндогенных больных с женским образом. В сравнении с группой сопоставления у них встречалось значимо меньше пересечений различных полоролевых образов с образом «Я». В частности, в группе лиц с шизофренией значимо реже выявлялись связи между стимулами «Я—Мать» ($p = 0,036$), «Я—Мальчик» ($p = 0,020$), «Я—Девочка» ($p = 0,040$); и чаще появляются пересечения «Не похож на меня—Люди» ($p = 0,088^1$), «Не похож на меня—Женщина» ($p = 0,091^1$), «Не похож на меня—Девочка» ($p = 0,007$), «Не похож на меня—Мальчик» ($p = 0,009$). Это свидетельствует об отсутствии у таких больных эмоциональной идентификации с отмеченными образами, в том числе с женским и детским.

Кроме того, в самоописаниях больных шизофренией и шизотипическим расстройством нередко встречались признаки нестабильности идентичности — по результатам методики «Кодирование» у них на уровне тенденций чаще отмечался феномен трансформированности образа «Я» (6 чел./21% в сравнении с 1 чел./3%; $\chi^2 = 4,275$; $df = 1$; $p = 0,052^1$). Например, больной сравнил себя с крестом и пояснил: «в нем многоличность, многоугольность; во мне много мнений, неопределенности» (параноидная шизофрения); другой испытуемый сравнил себя с мячиком и овалом, пояснив, что его «можно туда направить и сюда направить, куда хочешь» (недифференцированная шизофрения).

Согласно результатам методики «МиФ», в **полоролевых предпочтениях** у испытуемых с разными формами шизофрении в сравнении с группой сопоставления было выявлено большее расхождение их ценностей, идеального представления о себе с образом «Я реальный» ($U = 245$; $p = 0,002$) (рис. 1). У них было в меньшей степени выражено самопринятие — положительное от-

ношение к себе встречалось реже (17 чел./59% в сравнении с 28 чел./82%; $\chi^2 = 8,031$; $df = 1$; $p = 0,005$). У лиц с шизофренией и шизотипическим расстройством чаще обнаруживались пересечения образа «Я» и отрицательно окрашенных слов (табл. 1).

Направленность стремлений у испытуемых с расстройствами шизофренического спектра также отличалась от группы сопоставления — у больных не было обнаружено желания быть на кого-то похожими: в методике «ЦТО» у них чаще устанавливались связи «Избегаю быть таким—Люди» ($p = 0,088^1$), «Избегаю быть таким—Семья» ($p = 0,009$), «Избегаю быть таким—Мальчик» ($p = 0,022$). И реже встречались пересечения «Я идеальный—Мужчина» ($p = 0,013$), «Я идеальный—Мальчик» ($p = 0,031$), «Я идеальный—Девушка» ($p = 0,029$).

Полоролевое поведение больных шизофренией и шизотипическим расстройством, согласно полученным данным, также свидетельствует в пользу отсутствия у них стремления соответствовать какой-либо социальной роли. По результатам методики «МиФ» как в общении с мужчинами ($U = 181$; $p = 0,000$), так и с женщинами ($U = 194,5$; $p = 0,000$) у испытуемых с эндогенной патологией была обнаружена значимо меньшая выраженность маскулинных качеств, чем в группе сопоставления (рис. 2). Полученные результаты свидетельствуют, что реальное поведение таких больных отличается от мужского — при расстройствах шизофренического спектра расстояние между образами «Мужчина» и «Я с точки зрения мужчин/женщин» оказалось значимо больше ($U = 170$; $p = 0,000$ и $U = 215$; $p = 0,001$, соответственно). Тем не менее, обнаруженные различия нельзя интерпретировать как схожесть поведения эндогенных больных с женским, поскольку различий в расстоянии между соответствующими образами в группах не выявлено.

Полоролевые стереотипы большинством испытуемых с расстройствами шизофренического спектра оказались усвоены, хоть и несколько упрощенно. При формально правильном представлении о мужском и женском образах (в методике «МиФ» не было обнаружено различий между группами по выраженности полоролевых качеств в представлении о полоролевых стереотипах), многие больные эндогенным расстройством

Таблица 1. Связки с образами «Я» и «Я идеальный», статистически значимо чаще встретившиеся в группах по результатам методики «ЦТО»

Основной стимул	Группа лиц с диагнозами F20 и F21 n = 29	Группа сопоставления n = 34
Я	Смерть***, Тревога**, Боль**, Горе**, Вспыльчивость**, Неприятный человек**, Злоба**, Одиночество*	Приятный человек**
Я идеальный	Тревога***, Смерть**, Страх**, Неприятный человек**, Злоба**, Боль**, Одиночество*	Активность***, Приятный человек**, Жизнь**

Примечание. *** Различия между группами на уровне значимости $p \leq 0,01$. ** Различия между группами на уровне значимости $p \leq 0,05$. * Различия между группами на уровне тенденции $p \leq 0,075$.

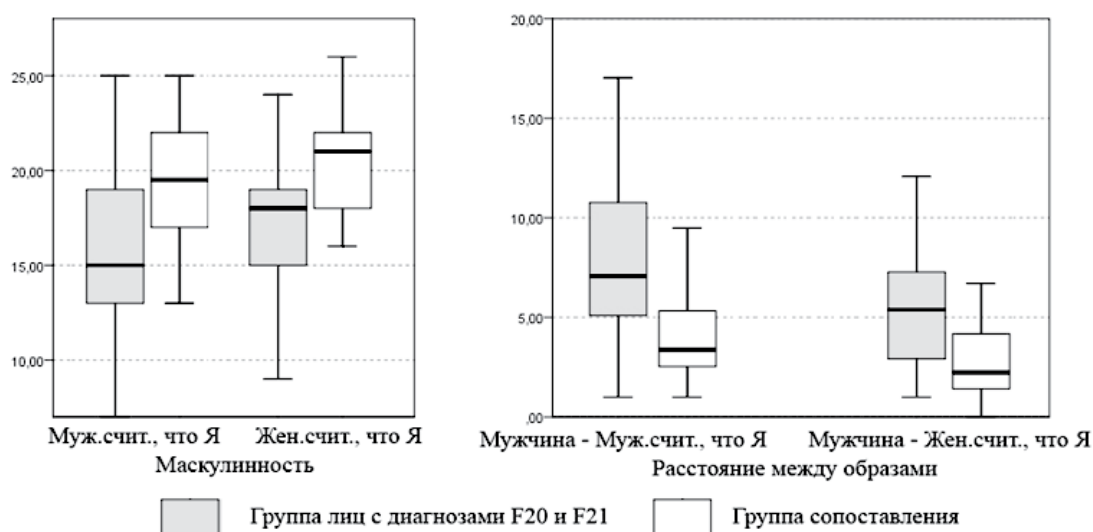


Рис. 2. Значимые различия в полоролевом поведении

бессодержательно описывали образ мужчины. В сравнении с группой сопоставления в методике «Кодирование» они реже предлагали описание мужского образа, которое квалифицировалось как дифференцированное, содержательное (17 чел./59% в сравнении с 28 чел./82% в группе сопоставления; $\chi^2 = 8,312$; $df = 2$; $p = 0,016$). Примерами бессодержательного описания могут послужить сравнение мужчины с машиной, так как они «умеют водить» и рыцарем, потому что «герои» (шизотипическое личностное расстройство); или со львом, потому что «грандиозный» и с контрабасом, так как «большой» (псевдоневротическая шизофрения). В редких случаях и только у лиц с эндогенной патологией встречались признаки искажения пола при описании ими женского образа (3 чел./10%; $\chi^2 = 6,004$; $df = 2$; $p = 0,050$).

Много различий было выявлено при анализе эмоционального отношения больных к полоролевым стереотипам. У лиц с шизофренией и шизо-

типическим расстройством в сравнении с группой сопоставления значимо реже встречалось положительное эмоциональное отношение к мужскому образу (7 чел./24% в сравнении с 18 чел./53%; $\chi^2 = 6$; $df = 1$; $p = 0,014$) и чаще — амбивалентное к женскому (9 чел./31% в сравнении с 2 чел./6%; $\chi^2 = 6,402$; $df = 1$; $p = 0,011$). Неприятие большинства полоролевых образов в этой группе испытуемых наглядно проявилось в результатах методики «ЦТО» (табл. 2).

Что касается *сексуальных предпочтений*, у эндогенных больных в сравнении с группой сопоставления было обнаружено выраженное негативное отношение к сфере сексуальности, наглядно проявляющееся в целом ряде пересечений по результатам методики «ЦТО». Для них оказались более характерны следующие связи между стимулами: «Секс — Вспыльчивость, Холод, Враги» ($p \leq 0,019$), «Сексуальное желание — Злоба, Враги» ($p \leq 0,049$), «Сексуальная удовлетворенность — Боль,

Таблица 2. Связки с полоролевыми образами, статистически значимо чаще встретившиеся в группах по результатам методики «ЦТО»

Основной стимул	Группа лиц с диагнозами F20 и F21 n = 29	Группа сопоставления n = 34
Мужчина	Тревога**, Слабость**	Приятный человек**, Друзья**, Жизнь**
Женщина	Тревога***, Грубость***, Вспыльчивость***, Боль**, Враги**, Злоба**, Угроза**	—
Мать	Неприятный человек**, Слабость**, Нерешительность**	Доверие***, Привлекательность**, Будущее**
Люди	Унижение***, Неудача***, Зло**, Смерть**, Грубость**, Злоба**, Пассивность**, Горько*	Удовольствие**, Доброжелательность**, Надежда**, Спокойствие**, Друг*, Приятный человек*

Примечание. *** Различия между группами на уровне значимости $p \leq 0,01$. ** Различия между группами на уровне значимости $p \leq 0,05$. * Различия между группами на уровне тенденции $p \leq 0,075$.

Горе, Зло, Грубость, Неуспех» ($p \leq 0,048$), «Идеальный сексуальный партнер — Тревога, Вспыльчивость» ($p \leq 0,004$).

Кроме того, при шизофрении и шизотипическом расстройстве была обнаружена ярко выраженная амбивалентность. По результатам методики «ЦТО» у таких больных значимо чаще (а зачастую и только у них) появлялись пересечения между трудно совместимыми негативными и позитивными словами. В сравнении с группой сопоставления у них чаще встретились следующие связи между стимулами: «Опасность — Доверие» ($p = 0,043$), «Друг — Враги, Грубость, Злоба» ($p \leq 0,039$), «Враги — Праздник» ($p = 0,042$), «Одиночество — Праздник» ($p = 0,008$), «Страх — Спокойствие» ($p = 0,002$). А также пересечения по типу эмоциональной инверсии, когда объединялись эмоционально противоположные стимулы, прямо противоречащие друг другу: «Страх — Праздник» ($p = 0,027$), «Унижение — Праздник» ($p = 0,045$), «Боль — Удовольствие» ($p = 0,043$), «Вспыльчивость — Привлекательность, Счастье» ($p \leq 0,009$), «Грубость — Сочувствие» ($p = 0,039$).

Обсуждение и выводы

Результаты исследования подтвердили ранее полученные данные о том, что при разных формах шизофрении нарушается пропорция полоролевых качеств [5, 11, 13, 17], а психосексуальный профиль в большей степени соответствует женскому [7]. Однако, полученные различия говорят лишь о похожести паттернов поведения таких больных на женские, но не о стойкой идентификации с образом женщины, которой в данном исследовании выявлено не было. Лица с шизофренией и шизотипическим расстройством, согласно полученным результатам, оказались действительно более пассивны в полоролевом взаимодействии, что отчасти сближает их половую роль с социальными представлениями о паттернах женского поведения. Показатель маскулинности, основные различия в недостаточной выраженности которого были обнаружены нами и исследователями ранее [17], свидетельствует преимущественно об активности в социальном контексте, которая при расстройствах шизофренического спектра оказывается недостаточной. Более того, обнаруженный в исследовании феномен трансформированности образа «Я» указывает, что идентичность у некоторых больных и вовсе нестабильна; однако это не было характерно для большинства лиц с эндогенной патологией, как ранее и отмечали исследователи [12].

В самоотношении и полоролевых стремлениях лиц с шизофренией и шизотипическим расстройством было выявлено нежелание быть похожим на кого-либо — не только на мужскую роль, но и на социальные образы в принципе, что может объясняться их отгороженностью от социального мира. Несмотря на стремление некоторых больных к изменениям, согласно полученным результатам, их конечная цель лежит вне социально-

го поля, а полоролевое поведение отличается не только от мужского полоролевого стереотипа, но не соответствует и женскому.

Представляется, что выявленное неприятие мужского и женского образов является отражением неприятия такими больными социального мира, которое отмечали исследователи [18]. Обнаруженное измененное эмоциональное отношение к полоролевым образам отчасти могло явиться и результатом выраженной амбивалентности восприятия при расстройствах шизофренического спектра. Причем в некоторых аспектах, когда больными объединялись темы агрессии, боли, страха и удовольствия, эта двойственность оказалась схожа с эмоциональной инверсией. У больных шизофренией и шизотипическим расстройством не было выявлено признаков деперсонализации окружающих, а все полоролевые образы оказались ярко эмоционально окрашены.

Нами не было обнаружено выраженных искажений в восприятии социальных стереотипов при эндогенной патологии, что несколько отличается от результатов, описанных ранее [11]. Хотя некоторая часть больных и представляла себе мужской образ довольно упрощенно, большинство из них достаточно точно передавали социальные представления о мужском и женском паттернах поведения.

В работе не было выявлено различий в сексуализации полоролевых образов — в этом смысле группы оказались практически идентичны. Не было обнаружено и каких-либо признаков идеального сексуального партнера, привлекательных для той или иной группы. То есть сексуальные предпочтения при шизофрении и шизотипическом расстройстве варьировались, что отражает состав исследованной выборки.

Таким образом, полученные данные показывают, что наличие у испытуемых расстройства шизофренического спектра, независимо от наличия коморбидной парафилии, сочетается с существенным изменением психосексуального профиля. У лиц с шизофренией и шизотипическим расстройством был обнаружен целый ряд нарушений полового самосознания, являющихся значимыми для психологической оценки расстройств сексуального предпочтения [10], а именно: недостаточная выраженность маскулинных качеств, рассогласование с мужской половой ролью, нежелание этой роли соответствовать; в некоторых случаях обнаруживались нестабильность полоролевой идентичности, измененное эмоциональное отношение к полоролевым стереотипам, эмоциональная амбивалентность.

Полученные результаты подтвердили уже существующие данные [4, 7] о том, что такие особенности являются характерными для разных типов течения шизофрении и не всегда связаны с наличием сексуального расстройства, то есть во многом являются результатом психопатологических изменений [8, 9]. Нарушения полового самосознания при разных формах шизофрении могут быть связаны не с ощущением своего несоот-

ветствия мужской половой роли, как происходит при парафилиях, а с незначимостью для них мужского образа. Это следует и из результатов проведенных ранее исследований [4].

Представляется, что в случае шизофрении и шизотипического расстройства психологическая

оценка парафилий должна выстраиваться с пониманием неоднозначности этих признаков, преимущественно с опорой на те нарушения, которые не могут быть объяснены наличием эндогенного расстройства.

Литература

1. Введенский Г.Е. Патогенетические механизмы психосексуальных расстройств // Сексология и сексопатология. — 2003. — № 12. — С.13-16.
2. Гаррабе Ж. История шизофрении. — М., СПб: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. — 2000. — 304с.
3. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики. — М.: Флинта, Наука. — 2011. — 216с.
4. Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А., Ипатов М.Ю. Психологические механизмы аномального сексуального поведения у больных шизофренией // Рос. психиатр. журн. — 2001. — № 1. — С.13-17.
5. Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Ленинград. — 1991. — 33с.
6. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. — М.: Независимая фирма «Класс». — 2005. — 464с.
7. Носов С.С., Дворянчиков Н.В. Особенности полового самосознания у мужчин, больных шизофренией // Сексология и сексопатология. — 2003. — № 11. — С.24-31.
8. Ткаченко А.А., Большакова Н.Б. Комплексный подход к диагностике шизофрении у обвиняемых с аномальным сексуальным поведением. Аналитический обзор // Судебно-психиатрическая экспертиза: методические и аналитические материалы. — М.: Институт проблем управления здравоохранением. — 2010. — С.63-94.
9. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Большакова Н.Б. Первичная диагностика шизофрении у обвиняемых с аномальным сексуальным поведением: Методические рекомендации. — М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравоохранения России. — 2012. — 23с.
10. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. — М.: Бинном. — 2014. — 648с.
11. Biller H.B., Poey K. An exploratory comparison of sex role-related behaviors in schizophrenics and nonschizophrenics // Developmental Psychology. — 1969. — Vol. 1. — P.629.
12. Boulanger M., Dethier M., Gendre F., Blairy S. Identity in schizophrenia: a study of trait self-knowledge // Psychiatry Res. — 2013. — Vol.209. — P.367-374.
13. Kayton R., Biller H.B. Sex-role development and psychopathology in adult males // J. Consult. Clin. Psychol. — 1972. — Vol.38. — P.208-210.
14. Lewine R.R., Thurston-Shoha B.J., Ardery R. Sex, gender, and neuropsychological functioning in schizophrenia // J. Clin. Exp. Neuropsychol. — 2006. — Vol.28. — P.1362-1372.
15. Ljubicić D., Peitl M.V., Pavlović E., Peitl V. Hereditary predisposition and sexual self-concept in schizophrenia // Psychiatr. Danub. — 2007. — Vol.19. — P.42-48.
16. Rajkumar R.P. Gender identity disorder and schizophrenia: neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms? // Schizophr. Res. Treatment. — 2014. Article ID 463757.
17. Sajatovic M., Jenkins J.H., Strauss M.E., Butt Z.A., Carpenter E. Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia // Psychiatric Services. — 2005. — Vol.56, N 1. — P. 96-98.
18. Stanghellini G., Ballerini M. Values in persons with schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. — 2007. — Vol. 33. — P.131-141.

References

1. Vvedenskiy G.E. Patogeneticheskie mekhanizmy psikhoseksual'nykh rasstroystv [Pathogenetic mechanisms of psychosexual disorders] // Seksologiya i seksopatologiya [Sexology and sexopathology]. — 2003. — N 12. — P.13-16. (In Rus)
2. Garrabe J. Istoriya shizofrenii [History of schizophrenia]. — Moscow, St. Petersburg: Psikhonevrologicheskiy institut im. V.M. Bekhterevay — 2000. — 304p. (In Rus)
3. Dvoryanchikov N.V., Nosov S.S., Salamova D.K. Polovoe samosoznanie i metody ego diagnostiki [Gender self-consciousness and methods of its diagnosis]. — Moscow: Flinta, Nauka. — 2011. — 216p. (In Rus)
4. Dvoryanchikov N.V., Tkachenko A.A., Ipatov M.Yu. Psikhologicheskie mekhanizmy anomal'nogo seksual'nogo povedeniya u bol'nykh shizofreniy [Psychological mechanisms of anomalous sexual behavior in schizophrenics] // Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal [Russian psychiatric journal]. — 2001. — N 1. — P.13-17. (In Rus)
5. Kagan V.E. Polovaya identichnost' u detey i podrostkov v norme i patologii [Gender identity in children and adolescents in norm and pathology]: Diss. abstract. — Leningrad. — 1991. — 33p. (in Rus)
6. Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroystva: strategii psikhoterapii [Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies] — Moscow: Nezavisimaya firma «Klass». — 2005. — 464p. (In Rus)
7. Nosov S.S., Dvoryanchikov N.V. Osobennosti polovogo samosoznaniya u muzhchin, bol'nykh shizofreniy [Selfconsciousness peculiarities among mails

- with scizophrenia] Seksologiya i seksopatologiya [Sexology and sexopathology]. — 2003. — N 11. — P.24-31. (In Rus)
8. Tkachenko A.A., Bol'shakova N.B. Kompleksnyy podkhod k diagnostike shizofrenii u obvinyaemykh s anomal'nykh seksual'nykh povedeniyem. Analiticheskiy obzor [An integrated approach to the diagnosis of schizophrenia in defendants with abnormal sexual behavior. Analytical review] // Sudebno-psikhiatricheskaya ekspertiza: metodicheskie i analiticheskie materialy [Forensic psychiatric examination: methodological and analytical materials]. — Moscow: Institut problem upravleniya zdravookhraneniem. — 2010. — P.63-94. (In Rus)
 9. Tkachenko A.A., Vvedenskiy G.E., Bol'shakova N.B. Pervichnaya diagnostika shizofrenii u obvinyaemykh s anomal'nykh seksual'nykh povedeniyem: Metodicheskie rekomendatsii [First-time diagnosis of schizophrenia in accused persons with abnormal sexual behavior: evaluation guidelines]. — Moscow: FGBU «GNTsSSP im. V.P. Serbskogo» Minzdravsotsrazvitiya Rossii. — 2012. — 23p. (In Rus)
 10. Tkachenko A.A., Vvedenskiy G.E., Dvoryanchikov N.V. Sudebnaya seksologiya [Forensic sexology]. — Moscow: Binom. — 2014. — 648p. (in Rus)
 11. Biller H.B., Poey K. An exploratory comparison of sex role-related behaviors in schizophrenics and nonschizophrenics // Developmental Psychology. — 1969. — Vol.1. — P.629.
 12. Boulanger M., Dethier M., Gendre F., Blairy S. Identity in schizophrenia: a study of trait self-knowledge // Psychiatry Res. — 2013. — Vol. 209. — P.367-374.
 13. Kayton R., Biller H.B. Sex-role development and psychopathology in adult males // J. Consult. Clin. Psychol. — 1972. — Vol. 38. — P.208-210.
 14. Lewine R.R., Thurston-Shoha B.J., Ardery R. Sex, gender, and neuropsychological functioning in schizophrenia // J. Clin. Exp. Neuropsychol. — 2006. — Vol.28. — P.1362-1372.
 15. Ljubicić D., Peitl M.V., Pavlović E., Peitl V. Hereditary predisposition and sexual self-concept in schizophrenia // Psychiatr. Danub. — 2007. — Vol.19. — P.42-48.
 16. Rajkumar R.P. Gender identity disorder and schizophrenia: neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms? // Schizophr. Res. Treatment. — 2014. — Vol.2014. Article ID 463757.
 17. Sajatovic M., Jenkins J.H., Strauss M.E., Butt Z.A., Carpenter E. Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia // Psychiatric Services. — 2005. — Vol.56, N 1. — P.96-98.
 18. Stanghellini G., Ballerini M. Values in persons with schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. — 2007. — Vol.3, N 1. — P.131-141.

Сведения об авторах

Демидова Любовь Юрьевна — научный сотрудник лаборатории судебной сексологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: demidova.l@serbsky.ru

Введенский Георгий Евгеньевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории судебной сексологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: vvedenski.g@serbsky.ru

Макарова Тамара Евгеньевна — младший научный сотрудник лаборатории судебной сексологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: makarova.t@serbsky.ru

Каменсков Максим Юрьевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории судебной сексологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: kamenskov.m@serbsky.ru

Штарк Лариса Николаевна — старший научный сотрудник лаборатории судебной сексологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. E-mail: shtark.l@serbsky.ru