

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
АКАДЕМИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

А. П. Чуприков, Б. М. Цупрык
**ОБЩАЯ И КРИМИНАЛЬНАЯ
СЕКСОЛОГИЯ**

Учебное пособие

Киев 2002

ББК 57.0я73
Ч-92

Рецензенты: *В. Н. Синицкий*, д-р мед. наук, проф.
А. А. Ревенок, д-р мед. наук

*Рекомендовано Ученым советом Межрегиональной Академии
управления персоналом (протокол № 3 от 27.03.01)*

Чуприков А. П., Цупрык Б. М.

Ч-92 **Общая и криминальная сексология: Учеб. пособие. — К.:
МАУП, 2002. — 248 с. — Библиогр.: с. 245.**

ISBN 966-608-220-9

В учебном пособии рассмотрены физиологические основы сексуальности, особенности психосексуального развития человека, вопросы нормы и патологии в сексологии, а также профилактики болезней, передающихся половым путем.

В разделе криминальной сексологии освещены проблемы аномалий полового поведения и сексуальных преступлений. Анализируются биологические, социокультурные, психологические механизмы развития аномальной сексуальности, причины и мотивы, побуждающие к совершению криминальных деяний, определены пути профилактики сексуальных преступлений.

Для студентов всех специальностей, психологов, психиатров, сексологов, правоведов, юристов-криминологов и работников правоохранительных органов.

ББК 57.0я73+67.308я73

ISBN 966-608-220-9

© А. П. Чуприков, Б. М. Цупрык, 2002
© Межрегиональная Академия
управления персоналом, 2002

Введение

Современная сексология — это раздел клинической медицины, являющийся системой междисциплинарных научных знаний и практической деятельности, которая направлена на изучение сексуального здоровья, причин и условий развития его нарушений и девиаций, проблем гигиены половой жизни и сохранения репродуктивного здоровья, на разработку методов диагностики, лечения, профилактики, сексологической экспертизы. Сексология базируется на медицинских, психологических, социологических знаниях и, соответственно, связана как с медицинскими дисциплинами (психиатрия, неврология, эндокринология, урология, гинекология и др.), так и с медицинской психологией, социальной психологией и социологией.

Сексологию подразделяют на нормальную, изучающую сексуальное здоровье, естественные проявления сексуальности; сексопатологию, изучающую симптомы сексуальных нарушений (общая сексопатология) и конкретные сексуальные расстройства и девиации (частная сексопатология); судебную (криминальную) сексологию, рассматривающую аномалии сексуального поведения, которые ведут к совершению преступлений на сексуальной почве, и другие вопросы межполовых отношений, требующие судебного вмешательства.

Нехватка научно обоснованной сексологической информации не может компенсироваться средствами массовой информации, которые, хоть и переполнены сексуальной тематикой, предпочитают шокирующие крайности или примитивное возбуждающее влияние. Существующая ситуация настойчиво требует сексологического просвещения населения, в первую очередь молодежи. В учебных заведениях разного уровня внедряется изучение отдельной дисциплины с аспектами сексологии, сохранения репродуктивного здоровья, гармоничного психосексуального развития и т. п. Своевременная и правильная информация о половой жизни, о профилактике нежелательных осложнений может не только улучшить общегосударственный уровень

репродуктивного здоровья, но и спасти немало человеческих судеб. К сожалению, даже выпускники медицинских вузов не получают достаточно полной подготовки по сексологии.

Основная цель книги — дать универсальную базу знаний, необходимую в жизни каждого. Эти знания помогут лучше узнать не только свой организм и организм противоположного пола, но и психосексуальные отличительные особенности полов, сексуальные реакции мужчины и женщины, что способствует гармонизации межличностных отношений.

Рассмотренные вопросы нормы и патологии позволяют реально оценивать свои сексуальные способности, понимать причину сексуальных неудач как своих, так и партнера и видеть пути их преодоления. Предупреждение нежелательной беременности, болезней, передающихся половым путем, и ВИЧ/СПИДа — задача государственной важности, поэтому данный раздел дает исчерпывающие ответы на всевозможные вопросы и носит прикладной характер. Знание физиологических основ сексуальности, особенностей психосексуального развития поможет не только создать гармоничные половые отношения, но и лучше узнать себя, свои физические и духовные потребности.

Вместе с тем не менее важным является комплексное освещение криминальной сексологии с подробным описанием аномалий сексуального поведения и сексуальных преступлений. По уровню причиняемого морального и физического ущерба сексуальные преступления относятся к наиболее социально опасным. На клинических примерах проанализированы причины и мотивы совершения изнасилований, сексуальных убийств, половых преступлений против детей. Значительное внимание уделено биологическим, социокультурным, психологическим механизмам развития аномальной сексуальности и ее роли в криминальных действиях, рассмотрены особенности сексуальных преступлений психически больных лиц. Систематизированно изложены факторы, способствующие росту частоты сексуальных правонарушений, и направления их профилактики. Информация раздела “Сексуальные преступления” полезна также для экспертной оценки подозреваемых, для разработки оперативных мероприятий по выявлению и задержанию серийных сексуальных преступников.

Пособие будет полезно для психологов, сексологов, социологов, педагогов, психиатров, судебных психиатров, работников правоохранительных органов, а также для студентов указанных специальностей и широкого круга тех, кто интересуется данными вопросами.

Раздел 1

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

1.1. Сексуальность человека, модели сексуальности

Сексуальность — один из основных факторов, побуждающих людей к межличностным контактам. Исходя из различных ценностных категорий различают сексуальность витальную (аспект здоровья), культурную (исторические традиции), моральную (этико-правовые аспекты), личностную (значение различных форм сексуальной активности для конкретного человека).

Сексуальность — врожденная потребность и функция человеческого организма. Вследствие затормаживания или деформации этой функции либо ее дисгармонии с остальными сферами личности возникают сексуальные расстройства. Сексуальность обуславливает также формы поведения, не ведущие к половым контактам.

Сексуальность человека, сохраняя, как и у животных, черты репродуктивной и коммуникативной функций, выражает также универсальные его потребности — увлеченность, привязанность, доверие, безопасность и удовлетворение.

Сексуальное влечение отражает избирательную готовность принять партнера с учетом его половой принадлежности.

Существуют несколько концепций сексуальности:

- сексуальность как источник напряжения и чувственной разрядки;
- сексуальность как сочетание физиологического компонента (источник разрядки) и психического (удовлетворенность в связи с удовлетворением несексуальных психических потребностей);
- все упомянутое плюс создание связи с другим человеком.

Сексуальная потенция характеризует способность к осуществлению сексуальных функций, сексуального поведения и к переживанию сексуальных чувств. Сексуальная потенция у мужчин служит мериллом уверенности в себе.

Под сексуальной возбудимостью понимают, с одной стороны, возникновение сексуального возбуждения под воздействием окружающей

среды (межличностное воздействие), а с другой — скорость протекания цикла сексуальных реакций от появления сексуального возбуждения до оргазма.

Сексуальное возбуждение вызывается как внутренними, так и внешними факторами. Различают следующие формы сексуального возбуждения:

- готовность к сексуальным реакциям вообще;
- сексуальное возбуждение на конкретного партнера как желаемую цель;
- сексуальное возбуждение при фантазировании или воспоминаниях.

1.2. Анатомия половых органов

Анатомо-физиологическое обеспечение половой сферы осуществляют образования центральной и периферической нервной системы, а также эндокринный аппарат.

В самом общем смысле половые органы подразделяют на внешние и внутренние. Более полным является подразделение на половые железы (семенники, яичники), половые пути (семяпроводы, яйцеводы), дополнительные образования (придаточные половые железы и матка) и органы совокупления (половой член и влагалище).

Анатомия мужских половых органов

Яички (семенники) обеспечивают сперматогенез, обладают внешней- и внутрисекреторной активностью; последняя является обязательным фактором гармонического морфогенеза и важным фактором формирования полового самосознания. Яичко — это овальное, несколько сплющенное образование размером $4\text{--}4,5 \times 2,5\text{--}3,5$ см, имеющее массу 20–30 граммов. Окутано семью наружными оболочками, первая из которых представлена кожей мошонки, под которой расположена мясистая оболочка, образующая отдельный мешочек для каждого яичка и перегородку между ними.

Основная структурная единица яичка — извитой семенной каналец диаметром 0,2–0,3 мм и длиной не меньше 30–35 мм (при длине дольки 2–3 см). Стенка каналца состоит из собственной соединительнотканной оболочки, на внутренней базальной мембране которой расположены клетки сперматогенного (герминативного) эпителия, между которыми находятся пирамидные клетки Сертоли, выполняющие нутритивную и, вероятно, эндокринную функции.

В соединительной ткани между извитыми канальцами вкраплены клетки Лейдига, осуществляющие синтез тестостерона.

Придаток яичка (расположен на верхнезадненаружной поверхности яичка) состоит из головки, тела и хвоста. Длина придатка составляет 5–8 см, толщина — 0,8–1 см. Хвост фиксирован к верхнему и нижнему полюсам яичка. Гистологически придаток состоит из петель протока придатка, разделенных рыхлой соединительной тканью на 15–18 конусообразных долек. Проток верхней дольки идет вниз, принимает притоки от других долек и образует проток придатка. Эпителий протока состоит из призматических (выделяют секрет в просвет протока) и базальных клеток (отсутствуют у неполовозрелых особей). В просвете происходит спермиофагия (“переваривание”) оставшихся после эякуляции спермиев, а также окончательное созревание и накапливание зрелых спермиев.

Семявыводящие пути. Семявыносящий проток, идущий от каждого придатка яичка, на протяжении 35–50 см проходит в составе семенного канатика. Выделяют яичковую, канатиковую, паховую и тазовую части семявыносящего протока. В тазовой части проток расширяется, образуя ампулу, которая соединяется с семяизвергающим протоком семенного пузырька и входит в предстательную железу семявыбрасывающего протока. Последний прободает простату и открывается на верхушке семенного бугорка в просвет уретры.

Предстательная железа является мышечно-железистым органом, охватывающим начало мочеиспускательного канала в виде муфты, прилегает к мочевому пузырю. Разделяется на две доли. Длина железы составляет 2,5–4,2 см, ширина — 2,2–5 см, толщина — 1,7–2,3 см, масса — 17–28 граммов. Вырабатываемый предстательной железой секрет белого цвета, вязкий, мутноватый; примешивается к сперме, придавая ей специфический запах. Секрет разжижает сперму и увеличивает ее объем, что способствует ее прохождению по уретре при эякуляции.

Семенные пузырьки представляют собой парные железы, вырабатывающие секрет клейкой желатиноподобной консистенции, который также смешивается с эякулятом, увеличивая его объем.

В половом члене (в медицинской терминологии — “пенис”) различают корень, тело и головку. Состоит из двух собственных пещеристых тел и пещеристого тела мочеиспускательного канала (губчатое тело), которое образует спереди головку полового члена, а сзади — луковицу. У основания головки полового члена кожа образует складку — крайнюю плоть.

Мочепуска́тельный канал (уретра) мужчины является одновременно и семенным трактом, образует трубку длиной 18–22 см. Различают простатическую, перепончатую и пещеристую части уретры.

Анатомия женских половых органов

Анатомически женские половые органы, аналогично мужским, принято делить на внутренние и наружные. К внутренним половым органам относятся яичники, яйцеводы, матка, влагалище; к наружным — преддверие влагалища, клитор, луковицы преддверия, малые половые губы, большие половые губы, лобок.

Яичники — парная половая железа женщины — имеют овоидную форму; их длина составляет 3–4 см, ширина — 2–2,5 см, толщина — 1–1,5 см, масса — 5–8 граммов. Поверхность яичников в детском возрасте гладкая, позже становится бугристой, рубцевой. В толще яичников образуются яйцеклетки, созревание которых происходит в отдельных капсулах — фолликулах. По мере созревания фолликулы приближаются к поверхности, увеличиваются в диаметре от нескольких микрометров до 6–20 мм. Созревший фолликул лопается и яйцеклетка выходит в брюшную полость (этот процесс называется овуляцией), а затем попадает в брюшное отверстие маточной трубы. Полость лопнувшего фолликула заполняется кровью, образуя желтое тело — временную железу, обладающую гормональной функцией. Если оплодотворение не произошло, то за два-три дня до начала менструации желтое тело прекращает функционировать, превращается в белое тело и спустя 12–15 дней после овуляции происходит очередная менструация. При наступлении беременности желтое тело превращается в желтое тело беременности, атрофируясь во второй половине беременности. Во всех случаях на месте желтого тела впоследствии образуется гиалиновый рубец.

Различают такие функции яичников: генеративную (образование зародышевых клеток), эндокринную — выделение непосредственно в кровь женских (эстрогены, прогестерон) и небольшого количества мужских (андрогены) половых гормонов, а при наступлении беременности, но до развития плаценты (два-три месяца) — гестативную (направлена на развитие беременности).

Яйцеводы — парные трубчатые образования длиной 10–12 см, по которым зрелая яйцеклетка следует из яичника в матку. Начинаются в верхних углах матки. Кроме того, в яйцеводах происходит оплодотворение яйцеклетки (ампула яйцевода) и первые фазы развития оплодотворенного яйца.

Матка — полый мышечный орган грушевидной формы, сплюснутый в переднезаднем направлении, массой 30–100 граммов. Трехслойное мышечное строение обеспечивает высокую прочность стенок матки и значительную сократительную мощь во время родов. В строении матки выделяют тело, шейку и перешеек.

Матка выполняет функциюместилища для развивающегося плода.

Влагалище представляет собой сплюснутую мышечно-эластическую трубку длиной 7–10 см, средняя ширина 2–3 см, обладает высокой степенью растяжимости. Выполняет функции копулятивную, родовых, выделительных (менструальные выделения, секреты) путей, барьерную (кислая рН препятствует попаданию микробов).

Девственная плева — граница между внутренними и наружными половыми органами — представляет собой тонкую соединительнотканную перепонку, закрывающую вход во влагалище. Это единственная часть тела, не изменяющая своих размеров с момента рождения.

Наружные половые органы женщины служат мощным стимулятором, обеспечивающим половое возбуждение мужчины и женщины.

Преддверие влагалища ограничено с боков малыми половыми губами, спереди — клитором, сзади — задней спайкой половых губ. Поверхность его всегда влажная за счет секрета, выделяемого малыми и большими парными железами преддверия (бартолиниевы железы). Между клитором и входом во влагалище расположено наружное отверстие уретры.

Клитор является рудиментарным аналогом мужского полового члена. Размеры его варьируют в зависимости от андрогенной насыщенности организма. Состоит из двух пещеристых тел, образующих ножки, тело и головку. Головка клитора сверху и с боков покрыта кожной складкой — крайней плотью. Клитор, как и головка полового члена, изобилует нервными окончаниями.

Луковицы преддверия — два толстых венозных сплетения по бокам входа во влагалище — по сути, образуют с ним единое целое (аналог губчатого тела полового члена).

Малые половые губы — парные кожные складки — спереди разделяются на две ножки, образуя крайнюю плотть клитора и его уздечку. Передний участок малых половых губ выступает из половой щели и виден между большими половыми губами.

Большие половые губы представляют собой параллельные складки кожи, прикрывающие малые половые губы и ограничивающие половую щель.

Над половой щелью расположен *лобок* — богатое жиром образование, покрытое волосами. Волосистой покров у женщин имеет форму треугольника, обращенного вершиной вниз.

1.3. Физиологические основы сексуальности

Сексуальность человека обуславливается сложным взаимодействием биологических факторов — анатомии и физиологии, нервной и гуморальной систем, сексуальных реакций и переживаний.

В процессе филогенеза и онтогенеза сексуальность человека освобождается от биологической детерминированности и больше зависит от психологических и социокультурных факторов. Так, оргазм характерен только для человека и не встречается у животных. В процессе онтогенеза весьма часто отмечается перенос сексуальной возбудимости с клитора на влагалище, что, по мнению психоаналитиков, свидетельствует о более высоком уровне сексуального развития женщины. Хотя современными исследованиями установлена одинаковая биологическая ценность клиторального и вагинального оргазма. Типично человеческим является также эротический компонент любви.

Центральная нервная система, и прежде всего кора головного мозга, играет огромную роль в половой жизни человека. В свою очередь, она неразрывно связана с эндокринной системой (происходит нейросекреция — выделение нейромедиаторов, передача нервных раздражителей, стимулирующих железистые клетки эндокринной системы).

Основное влияние на сексуальную реактивность оказывает кора головного мозга. Биоэлектрическая активность коры при оргазме сходна с таковой при эпилепсии. Повреждение коры может привести к ослаблению или исчезновению сексуальной активности, гиперсексуальности, девиантному поведению либо к нарушению полового созревания.

Кора головного мозга представляет собой первый уровень регуляции сексуальных функций, связанный с условными рефлексам (сигналом является изменение внешней среды в связи с возникновением или исчезновением сексуального напряжения), сферой представлений и воображения, элементарными ассоциациями. Сексуаль-

ный партнер как сексуальный раздражитель воздействует на другого партнера через кору головного мозга посредством органов чувств, вследствие чего возникает возбуждение и стремление к сексуальному контакту с партнером. Таким образом, выбор партнера является результатом предыдущих контактов человека с другими людьми.

Важным аспектом зрелого сознания является половое, становление которого представляет одну из важных сторон формирования личности. Поэтому при негативном сексуальном воспитании эмоциональное напряжение при действии раздражителя может восприниматься отрицательно и в дальнейшем превращаться в “антисексуальное” напряжение, требующее разрядки несексуальным способом.

Как избыток, так и недостаток раздражителей нарушает функционирование коры головного мозга.

Центром влечений, ответственным за эмоции и управляющим инстинктами самосохранения и сохранения вида, является гипоталамус — подкорковое образование мозга. В передней части гипоталамуса находится центр, высвобождающий сексуальную активность, а в средней и задних долях — центр (гормональный сексуальный центр) обуславливающий сексуальное влечение опосредованно через секрецию гонадолиберина, которая активизируется норадреналином и тормозится серотонином.

Гонадолиберин стимулирует продукцию гонадотропных гормонов гипофиза — лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), которые влияют на половые железы. У мужчин гипоталамус стимулирует равномерное выделение ЛГ и ФСГ, а у женщин — циклическое (вначале преобладает ФСГ, затем ЛГ).

Сексуальные центры гипоталамуса оказывают регулирующее влияние на сексуальные центры спинного мозга, в свою очередь, подвергаясь регулирующим влияниям лимбической системы (тормозящее влияние) и коры головного мозга.

Спинномозговые центры отвечают за реакции в половых органах (за эрекцию отвечает крестцовый отдел, за эякуляцию, а также за секрецию половых желез — поясничный отдел). Там же происходит переключение как простых рефлексов, так и рефлексов с участием высших отделов нервной системы. Поражение спинномозговых центров или проводящих путей, по которым импульсы передаются к половым органам, приводит к выпадению соответствующей сексуальной реакции. При нарушении проведения импульсов от коры головного мозга к спинномозговым центрам наблюдается подобный, но менее

выраженный эффект. Поражение путей, передающих импульсы от половых органов в мозг, вызывает снижение чувства сексуального наслаждения иногда вплоть до отсутствия оргазма (при невысокой возбудимости).

Гормональная система

Гормонами называются биологически активные вещества, действующие в очень малых дозах и представляющие материальный субстрат передаваемой в организме информации.

Гормональная регуляция происходит на уровне центральной нервной системы (гипоталамо-гипофизарная система), на уровне половых желез и на тканевом уровне.

На уровне половых желез ЛГ и ФСГ стимулируют в женских и мужских гонадах продукцию стероидных половых гормонов: тестостерона, эстрадиола и прогестерона. Их биосинтез осуществляется как в яичниках, так и в яичках, но отличается количественным соотношением. В яичках (клетки Лейдига) за сутки синтезируется примерно 3–10 мг тестостерона (его уровень в плазме крови здорового мужчины колеблется от 3 до 10 нг/мл) и незначительное количество эстрогенов (опорные клетки Сертоли). В яичниках образующиеся в большом количестве андрогены трансформируются в эстрогены.

Половые гормоны на тканевом уровне воздействуют на определенные клетки, содержащие соответствующие рецепторы. Вещества, действующие антагонистически по отношению к гормонам, называются антигормонами.

Гормоны в значительной степени регулируют половое поведение человека, хотя вследствие эволюции, особенно у человека, сексуальное поведение гораздо меньше зависит от половых гормонов.

Андрогены обуславливают сексуальное влечение у обоих полов, а их более высокий уровень у мужчин, наряду с механизмом обучения, определяет их большую сексуальную активность.

Андрогены ускоряют обмен веществ, повышают чувствительность эrogenных зон и агрессивность. Однако связь между уровнем тестостерона и сексуальным влечением не прямо пропорциональна. В организме мужчины тестостерон необходим в определенном уровне. Превышение этого уровня (в пределах физиологической нормы) не является причиной повышенной сексуальной активности.

Кастрация взрослого мужчины приводит к психическим изменениям — снижению психомоторного тонуса, чувству собственной не-

полноценности, несостоятельности, склонности к ипохондрии, эмоциональной неустойчивости, повышенной возбудимости, впечатлительности и утомляемости, депрессивным настроениям. Снижение уровня сексуального влечения кастрированного мужчины тем больше, чем ниже его интеллектуальный уровень. Считается, что большее значение имеет не снижение уровня андрогенов в крови, а изменение соотношения андрогенов и эстрогенов.

У женщин влияние гормонов на сексуальное поведение значительно сложнее и не столь выражено. Андрогены тоже усиливают половое влечение, эстрогены активизируют сексуальную активность, а прогестерон снижает ее.

Влияние гормональных изменений в различные фазы менструального цикла разные авторы оценивают по-разному. Максимум полового влечения может наблюдаться в фазе овуляции, в пред- и постменструальный периоды либо в период менструации. В гормональном аспекте первая версия более обоснованна, но психическое опасение беременности может подавлять влечение в этот период (овуляция — наиболее благоприятна для зачатия) и наоборот — при сниженных гормональных предпосылках психически безопасные периоды могут проявляться повышением полового влечения.

Кастрация женщины практически не отражается на ее сексуальной активности, ибо за продуцирование андрогенов (повышают сексуальную активность) у женщин отвечают надпочечники, а не яичники. После резекции надпочечников половое влечение у большинства женщин резко снижается или полностью исчезает.

1.4. Психосексуальное развитие человека

Психосексуальное развитие является одним из аспектов индивидуального психического развития личности, с его завершением начинается зрелая сексуальность.

Выделяют три этапа психосексуального развития. Для всех этапов и для каждой стадии третьего этапа существуют общие закономерности в виде фазности развития и изменения соотношения биологического и социального компонентов (вырабатывается собственная линия поведения, соответствующая присущим своему полу признакам) в становлении сексуальности. Фазность развития проявляется двумя фазами с одинаковым названием, но разным наполнением на каждом этапе: 1) выработка установки; 2) научение и закрепление установки.

Во время *первого этапа* (1–7 лет) происходит формирование полового самосознания (идентичности). Оно определяется внутриутробной половой дифференцировкой мозга и осуществляется под влиянием микросоциальной среды.

В фазе выработки установки дети начинают осознавать свою половую принадлежность, а в фазе научения и закрепления установки направляют свою познавательную деятельность на изучение половых признаков, у них вызывает любопытство разница в строении гениталий и в норме к концу этапа дети четко осознают свою половую принадлежность.

Различные патогенные механизмы могут привести к нарушению половой идентичности. В первой фазе причиной расстройства может стать воспитание ребенка в неправильном поле из-за ошибочного его определения. Процесс интернализации требуемой половой роли завершается к пяти-шести годам и в случае воспитания в противоположном поле становится труднообратимым либо необратимым. Затрудняют осознание себя как носителя определенного пола нарушения понятийного аппарата, что встречается при психических заболеваниях. Отсутствие игр, удовлетворяющих познавательный интерес к строению половых органов (нарушения второй фазы), в дальнейшем приводит к формированию педофильного направления влечения.

На *втором этапе* (7–13 лет) формируется стереотип полоролевого поведения. И если половая идентичность отражает субъективное переживание половой роли, то половая роль является публичным выражением половой идентичности. Выбор половой роли и полоролевых установок (первая фаза) зависит от особенностей ребенка и ориентирован на эталон данного пола в микросоциальной среде. При этом отец ассоциируется с мужественностью, мать — с женственностью, а их взаимоотношения представляют образец отношений между полами. Поэтому правильное полоролевое поведение родителей во многом предопределяет адекватное формирование полоролевого поведения ребенка. С поступлением в школу возрастает роль общения со сверстниками, происходит группирование и противопоставление по половому признаку, что требует четкой определенности в выборе половой роли. Таким образом, в поведении и играх происходит научение и закрепление полоролевых установок.

На *третьем этапе* (12–26 лет) происходит становление психосексуальных ориентаций, которое невозможно без нейрогуморального

обеспечения. В этом этапе выделяют стадии платонического, эротического и сексуального либидо, каждая из которых состоит из двух фаз — выработки установки и научения и закрепления ее. Ни одну стадию нельзя считать завершенной, пока возникшие установки не реализуются с партнером.

Для платонической стадии характерен выраженный эмоциональный компонент с возвышенной романтической окраской без специфического интереса к генитальной области. Фаза выработки установки проявляется детской влюбленностью, обожанием, платоническими мечтами, желанием духовного общения, а фаза научения и закрепления выражается в совместной деятельности, играх, уходе за партнером. Для нее достаточно даже внимания объекта влюбленности, совместной подготовки к урокам либо учебы за одной партой.

Первая фаза формирования эротического либидо характеризуется стремлением к прикосновениям и ласкам, эротическими фантазиями, чтением соответствующей литературы с особым вниманием к сценам свиданий, объяснения в любви и т. п. Реализация этой фазы происходит в виде ласк и игр, чаще без оргазма, на уровне фрустраций. Наличие фрустраций является движущей силой, способствующей переходу к сексуальной стадии. Если эротическая реализация осуществляется в виде петтинга либо мастурбаций с девиантным фантазированием и сопровождается оргазмом, то при длительной задержке в этой фазе возможна фиксация на подобной форме активности с блокировкой перехода к следующей стадии.

Переход на следующую стадию, как подчеркивалось, невозможен без завершения предыдущей. Если фантазии не реализованы и не подтверждены с партнером, подросток как бы застревает между стадиями.

Стадия формирования сексуального либидо в первой фазе проявляется сексуальными фантазиями, а во второй — началом половой жизни, сочетанием сексуальных эксцессов с абстиненциями и мастурбацией. Пока сексуальное либидо не реализуется в половом акте, существует возможность отклонения от нормального психосексуального развития. Чем меньше временной разрыв между фантазированием и реализацией фантазий, тем гармоничнее процесс развития данного компонента влечения. Именно на этом этапе формируется выбор объекта и способа реализации сексуального влечения.

1.5. Сексуальные реакции и копулятивный цикл

Сексуальные реакции являются ответом организма на внешние и внутренние сексуальные раздражители как на физиологическом, так и на психологическом уровне.

Охарактеризуем вкратце основные физиологические сексуальные реакции. Эрекция — увеличение объема и напряжение полового члена — одно из характерных проявлений мужской сексуальности. Эрекция как рефлекс на уровне спинного мозга возникает при раздражении нервных окончаний головки полового члена. Но чаще эрекция возникает при воздействии раздражителей на органы чувств (зрение, обоняние, слух, тактильная чувствительность), откуда информация поступает в кору головного мозга, промежуточный мозг и спинной мозг (центр эрекции). Однако психическая эрекция может возникать и без влияния на центр эрекции, что показывают опыты с пересечением спинного мозга у животных.

Несексуальные раздражители могут вызвать ослабление или полное исчезновение эрекции несмотря на сексуальную стимуляцию.

В половом акте выделяют несколько фаз: возбуждение, плато, оргазм и релаксацию.

У мужчин фаза возбуждения сопровождается возникновением эрекции.

В фазе плато несколько увеличивается диаметр полового члена, особенно головки, в фазе оргазма происходят судорожные сокращения члена с интервалами 0,8 с, обеспечивающие выбрасывание семени (эякуляцию), в фазе релаксации напряжение и объем полового члена уменьшаются.

Ночные эрекции наиболее выражены у мужчин в возрасте 21 года. Они обусловлены биоритмами сна и психическим компонентом, который может как усиливать, так и ослаблять эрекции во сне. Эрекции усиливаются сексуально окрашенными сновидениями.

Сновидения (составляют примерно 20 % всего сна и возникают три — шесть раз за ночь) независимо от их содержания сопровождаются эрекциями полового члена (или клитора). В большинстве случаев человек не может вспомнить, что ему снилось и снилось ли вообще. У здоровых мужчин чем лучше сон и ярче сновидения, тем выраженнее эрекция, и наоборот.

Физиологическим проявлением оргазма у здоровых мужчин является эякуляция. Семяизвержение — рефлекторный процесс, который происходит с участием коры головного мозга. Эякуляция проходит две фазы: выброс семени из половых придатков в предстательную часть уретры и извержение семени из предстательной части уретры наружу.

У женщин главной является физиологическая реакция влагалища. В фазе возбуждения (через 10–30 с активной стимуляции) стенки влагалища рефлекторно увлажняются. С нарастанием возбуждения на его стенках скапливаются слизистые выделения, облегчающие проведение полового акта, так как влагалище без предварительного увлажнения не приспособлено к половому акту. Симулировать увлажнение невозможно. Наряду с увлажнением происходит растяжение стенок влагалища, оно удлиняется, окраска его меняется от пурпурно-красной до темно-пурпурной, шейка матки увеличивается в диаметре.

Фаза плато характеризуется формированием оргастической платформы: происходит локальное кровенаполнение наружной трети влагалища и малых половых губ, сопровождающееся расширением влагалища и утолщением его стенок, что приводит к более тесному охвату полового члена. Усиливается также увлажнение стенок влагалища.

В фазе оргазма отмечены ритмичные сокращения оргастической платформы (5–12 раз) с интервалом 0,8 с и более. Повышенное выделение слизистой жидкости является своего рода эякуляцией у женщин.

В фазе релаксации оргастическая платформа исчезает, размер влагалища уменьшается, пропадает темно-пурпурная окраска. Если у женщин увлажнение стенок влагалища продолжается, то при дополнительной стимуляции возможно наступление повторного оргазма.

Влагалище при возбуждении значительно удлиняется и расширяется и способно приспособиться (аккомодировать) к половому члену практически любого размера. Поэтому мнение о несоразмерности половых органов партнеров возникло из-за недостаточного возбуждения женщины, что затрудняет введение полового члена во влагалище.

Некоторые физиологические реакции на сексуальную стимуляцию проявляются и вне половых органов. Наблюдается гиперемия кожи, набухание в области носа, губ, ушей, промежности и заднего прохода, повышается тонус мышц, отмечаются судорожные подергивания,

сокращение мышц запястья и стоп, сфинктера заднего прохода (фаза плато и оргазма). В фазе оргазма частота сердечных сокращений у мужчин и женщин достигает 110–180 ударов в минуту. Артериальное давление возрастает у мужчин: верхнее на 40–100, нижнее — на 20–50 мм рт. ст.; у женщин соответственно на 30–80 и 20–40 мм рт. ст. Частота дыхания может достигать 40–60 в минуту. У трети людей после оргазма отмечается потовыделение, обильность которого зависит не от потраченных усилий, а от интенсивности сексуального возбуждения.

Копулятивный цикл — понятие более широкое, чем половой акт. Деление копулятивного цикла на стадии имеет более точные отграничительные сексологические критерии.

Такое деление исходит из того, что здоровому мужчине свойствен определенный исходный уровень сексуальной напряженности, существующий от периода полового созревания до угасания половой функции. Этот уровень называется *предварительной нейрогуморальной готовностью*.

Осознание полового желания (возникновение половой доминанты) свидетельствует о начале *психической стадии* копулятивного цикла, в которой половое поведение направлено на привлечение сексуального объекта к интимной близости.

При положительных ответных реакциях со стороны женщины нервное напряжение нарастает и возникает эрекция (начало *эрекции стадии*). Если эрекция сопровождается введением полового члена во влагалище (имиссии), то начинается фрикционная копулятивная стадия, во время которой напряжение нарастает, а затем останавливается на определенном уровне (*плато*). Благодаря фрикциям суммация раздражения приводит к резкому возрастанию сексуального возбуждения, сопровождающемуся эякуляцией (*стадия эякуляции*).

Затем происходит спад нервного возбуждения (ниже нормально-го исходного уровня) и наступает *рефрактерная стадия*, которая делится на две подстадии — абсолютной и относительной половой невозбудимости. В период абсолютной половой невозбудимости никакие действия не могут вызвать эрекцию, а прикосновения к обнаженной головке члена вызывает неприятные, часто болезненные ощущения. Если мужчину не беспокоить, он, как правило, засыпает. Однако по истечении определенного времени необычными, интенсивными сексуальными возбуждениями можно добиться воз-

никновения эрекции и повторения полового акта (период относительной половой невозбудимости). Спустя некоторое время сексуальное напряжение вновь достигает уровня предварительной нейрогуморальной готовности.

Для уточнения смыслового значения конкретного анатомо-физиологического комплекса и выполняемой им функции в сексологии выделяют составляющие копулятивного цикла: нейрогуморальную, психическую, эрекционную, эякуляторную (у мужчин). Каждая последующая составляющая присоединяется к предыдущей, при этом предыдущие не только сохраняют достигнутый уровень активности, но и усиливают его вплоть до достижения эякуляции и оргазма.

Нейрогуморальная составляющая обеспечивается деятельностью глубоких структур мозга и эндокринной системы, формирующих выраженность полового влечения и достаточную возбудимость всех отделов нервной системы, регулирующих половую деятельность.

Психическая составляющая связана с корой головного мозга, определяет направленность полового влечения, обеспечивает соответствие поведения морально-этическим установкам и конкретной ситуации, облегчает возникновение эрекции.

Эрекционная составляющая обеспечивается центром эрекции в спинном мозге и непосредственно половым членом, отвечающим за механическую сторону полового акта.

Эякуляторная составляющая обеспечивает выделение спермы, интегрируя все задействованные структурные элементы — от парацентральных долей коры головного мозга до периферических отделов половой системы.

Выпадение какой-либо составляющей приводит к нарушению копулятивного цикла. Если оргазм у мужчины по какой-либо причине исчезает, то со временем из-за отсутствия условно-рефлекторного подкрепления теряются и либидо, и эрекции. Это связано с тем, что у мужчин удовлетворение тесно связано с оргазмом, а при отсутствии удовлетворения исчезает смысл всей сексуальной деятельности (полового акта).

У женщин же удовлетворение без оргазма может длиться годами, не вызывая дискомфорта. Хотя на самом деле женщина переживает слабый оргазм, который полноценно избавляет ее от сексуального напряжения. Вместе с тем женщина, способная переживать несколько оргазмов кряду, может оставаться после них неудовлетворенной и накапливать сексуальное напряжение.

Женский оргазм можно классифицировать по нескольким критериям (А. Свядощ).

1. По *источнику возникновения*:

- коитальный;
- экстракоитальный:
 - *поллюционный* (во время ночного сна);
 - *мастурбационный*, в том числе миокомпрессионный, возникающий от сильного сжатия женщиной ног, часто закинув одно бедро на другое в позе сидя;
 - *петтинговый*;
 - *случайный* — возникает случайно и некстати в ситуациях, не связанных с сексуальным возбуждением, например, при обследовании у врача, в общественных местах, при сильном волнении, стрессах. Нередко имеет место при локализации эпилептоидного очага в эрогенной зоне.

2. По *локализации*:

- клиторический;
- вагинальный;
- неопределенной локализации.

Имеется в виду не зона воздействия раздражителя, а место локализации оргастических ощущений в начале оргазма. Например, можно стимулировать соски и получить клиторический оргазм.

3. По *протеканию* оргазм классифицируется по качественным и количественным признакам:

- кратковременный (пикообразный) и затяжной (волнообразный);
- однократный и многократный.

Пикообразные оргазмы чаще многократные.

4. По *интенсивности*:

- сильный;
- умеренный;
- слабый.

Определенный интерес представляет также классификация Здромыслова:

1. Физиологические формы оргазма:

- клиторальная;
- вагинальная;
- цервикальная (маточная).

2. Патологические формы оргазма:

- оральная;
- сосковая (маммилярная);
- анальная (ректальная);
- психическая (психический онанизм).

Здесь имеется в виду, что в названии оргазма исходят из того, на какую эрогенную зону надо воздействовать, чтобы достичь разрядки. Исходя из формы оргазма по данной классификации следует применять те или иные формы сексуальных контактов и соответствующие позы. К примеру, при клиторальной форме оргазма поза должна обеспечивать стимуляцию клитора, т. е. позы сзади и лицом к лицу с прижатием согнутых ног женщины к ее животу нежелательны. Можно рекомендовать пальцевую стимуляцию в предварительный период и во время акта; при сношении женщина должна давить лобком вниз для прижатия клитора к половому члену и может также сама воздействовать на клитор. Иными словами, определение формы оргазма имеет клиническое значение.

Раздел 2

ГРАНИЦЫ СЕКСУАЛЬНОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

2.1. Аспекты сексуальной нормы

Понятие нормы в сексологии следует рассматривать в нескольких аспектах.

1. В социально-этическом аспекте понятие нормы обозначает такое поведение, которое считается правильным в свете существующей системы нравственности. Это понятие меняется в зависимости от комплекса моральных, культурных, религиозных традиций общества. К примеру, в XIX в. православная церковь признавала нормальным исключительно половое сношение в позе лицом к лицу, женщина снизу — мужчина сверху.

Следовательно, традиция не является достаточным основанием признавать что-то нормальным или патологическим.

2. В статистическом аспекте норма — это наиболее часто встречающаяся величина (средняя величина). Чем ближе к средней величине находятся исследуемые показатели, тем выше степень нормальности. Такое понятие нормы абсолютно противоречит сексологической концепции индивидуальных различий.

3. В медико-психологическом аспекте под нормой понимают состояние, необходимое для поддержания хорошего физического и психического здоровья либо социального комфорта независимо от частоты встречаемости и степени приближенности к общественным идеалам в данной сфере. И наоборот, формы поведения, влияющие дисгармонично на человека, ухудшающие здоровье и самочувствие его или партнера, нарушающие социальное функционирование, являются ненормальными.

Сексуальную норму в клиническом понимании по действиям и формам поведения можно разделить на оптимальную, приемлемую и терпимую. Оптимальными называются действия, наиболее желаемые с индивидуальной и общественной точек зрения и могущие служить моделью для воспитания. К *приемлемой* норме относятся формы поведения, не характеризующиеся как оптимальные, но не ограничива-

ющие индивидуального развития и налаживания межличностных контактов. *Терпимая норма* неоднозначна и определяется как норма или патология в зависимости от личностного, партнерского или ситуационного контекстов. При этой форме поведения соответствующий (не совсем удачный) выбор все же может обеспечить гармоничную половую жизнь партнерской пары.

Перечисленные формы являются клинической нормой и не требуют терапевтического вмешательства.

Поскольку сексуальная функция предполагает участие в ней двух партнеров, то большое значение имеет именно понятие партнерской нормы, т. е. следует определить критерии, отличающие норму от патологии в каждой конкретной партнерской паре. Модифицированные критерии партнерской нормы, разработанные Гамбургским сексологическим институтом, предложил К. Имелинский (1986). К таковым критериям относятся различие пола, зрелость, взаимное согласие, стремление к достижению обоюдного наслаждения, отсутствие ущерба своему здоровью, отсутствие ущерба окружающим. Характер сексуальных действий и форм поведения не влияет на определение партнерской нормы или патологии.

Приведенные критерии вполне оправданны, и аргументы в их пользу очевидны, однако они довольно расплывчаты и не всегда однозначны. Например, критерий различия пола не соблюдается в случаях гомосексуальных пар, которые в последнее время признаются вариантом изолированной партнерской нормы при соблюдении остальных критериев. Критерий зрелости не определяет — биологическая, психическая или социальная зрелость имеется в виду, он не срабатывает при квалификации сексуальных контактов, которые далеко не всегда являются патологией, между подростками.

Критерий взаимного согласия не указывает, являются ли безоговорочной нормой сексуальные действия между партнерами, если один из них руководствуется сексуальными мотивациями, а другой — несексуальными (страх потерять партнера). Кроме того, для мазохистов характерно сопротивление, провоцирующее насилие с целью увеличения наслаждения.

Стремление к обоюдному наслаждению также нельзя считать критерием однозначным. Например, один из партнеров может не получать наслаждения, но желает доставить его другому партнеру. Часто во время сношения один из партнеров получает наслаждение только тогда, когда представляет себя с другим сексуальным партнером.

В этом случае реальный партнер выполняет чисто механическую функцию. Соблюдается ли при этом упомянутый критерий? И соблюдается ли он, если после сексуального наслаждения один из партнеров испытывает чувство вины и отдаляется от партнера или проявляет агрессию?

Критерий нанесения ущерба здоровью сложно трактовать однозначно при возможном вредном влиянии половых действий, к примеру, на сердечно-сосудистую систему, особенно в пожилом возрасте. Да и нарушение общественных норм не всегда свидетельствует о патологии, за исключением случаев, многократно и крайне превышающих общественную терпимость. Но даже социальная патология в этом случае не означает клинической патологии, ибо социальная неприспособленность сама по себе не является медицинской проблемой. Таковой она становится тогда, когда индивидуум страдает и не приемлет эту неприспособленность, что приводит к внутренней и партнерской дисгармонии.

Наряду с партнерской нормой различают индивидуальную, которая рассматривает вопрос нормы в биологическом аспекте и имеет следующие критерии: формы сексуального поведения взрослого человека по непреднамеренным причинам не исключают и не ограничивают существенно возможность осуществления полового акта, могущего привести к оплодотворению; отсутствие стойкой тенденции избегать половых сношений. Остальные четыре критерия совпадают с третьим — шестым критериями партнерской нормы.

Например, вагинизм, отсутствие эрекции или преждевременное семяизвержение нарушают критерий индивидуальной нормы (так как осложняют возможность оплодотворения), но не нарушают критериев партнерской нормы, если партнеры приемлют данные “особенности”. В то же время индивидуально нормальные индивидуумы в партнерской паре могут не соблюдать критериев партнерской нормы и функционировать неправильно.

Партнерская и индивидуальная нормы относятся к сексуальным формам поведения и не зависят от морфологических особенностей организма, поэтому бесплодие, вызванное органическими причинами, не нарушает критериев нормы. Использование контрацептивов, негенитальные сексуальные контакты могут быть произвольно устранены, поэтому тоже не нарушают критериев сексуальных норм.

Как правило, люди получают представление о сексуальной норме из личного опыта, из общения с друзьями, из литературных источни-

ков. Однако не всегда полученная информация соответствует действительности и научно обоснованным критериям.

В этой связи имеет смысл привести не только критерии клинической сексуальной нормы, но и социальной, психологической и физиологической.

Критерии оценки социальной нормы.

- Наличие сексуального поведения, контакта между зрелыми личностями, которые способствуют правильному проявлению личности и индивидуальности.
- Соответствие индивидуального сексуального поведения общепризнанным общественным нормам и формам сексуального поведения.
- Соответствие сексуального поведения личной и общественной морали.
- Правильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни.
- Отсутствие признаков социальной дезадаптации и социальной дезинтеграции семьи — как своей, так и родительской.

Критерии оценки оптимальной психологической нормы.

1. Наличие взаимного желания сексуального контакта и соответствия сексуальной установки, мотивации и поведения.

В рамках этого критерия интерес представляет тип сексуальной мотивации. Основные типы определены Г. Васильченко и в настоящее время дополнены несколькими вариантами:

- гомеостабилизирующий тип — мотивом является стремление к созданию спокойствия и комфорта, чтобы сексуальное напряжение не отвлекало от выполнения других, более важных задач. Иными словами, человек вступает в половую связь с целью получить сексуальную разрядку, избавиться от сексуального напряжения, которое мешает ему сосредоточиться на какой-то иной деятельности;
- шаблонно-регламентированный тип — мотивацией является устоявшийся стандартный стиль поведения. Человек устанавливает для себя определенную регулярность и стандарт сексуальных отношений и шаблонно выполняет свой “супружеский долг”;
- генитальный тип — достаточным мотивом для полового сношения является наличие эрекции. Понятия влечения, возбуждения и эрекции сливаются воедино. Такой тип мотивации характерен для лиц со сниженным интеллектом;

- игровой тип — самый гармоничный, сочетает романтические и сексуальные элементы. В сексуальные контакты вносятся элементы игры, выдумки, фантазии.

В последнее время дополнительно рассматривается несколько типов сексуальной мотивации, связанных преимущественно с девиантными формами поведения:

- агрессивно-эгоистский;
- пассивно-подчиняемый;
- агрессивно-садистский;
- альтруистический (гармоничный).

В норме допускается наличие садистских и мазохистских тенденций, но именно тенденций, и не более.

2. Высокий уровень психологической адаптации супругов. Важность этого критерия объясняется тем, что часто причиной дисгармонии является наличие черт характера, не влияющих на сексуальную функцию, но вызывающих у другого партнера негативное отношение.

Для сохранения гармоничности в семье важно наличие контрастных (взаимодополняющих) наследственных черт супругов. Огромное значение имеют адаптивно-коммуникативные свойства личности.

Критерии оценки физиологической (биологической) нормы сексуальности.

- Отсутствие признаков, свидетельствующих о нарушении психосексуального развития, и завершенность указанного развития.
- Отсутствие признаков, свидетельствующих о нарушениях соматополового развития, и завершенность этого развития.
- Отсутствие заболеваний, которые могут ослабить сексуальную функцию. Ослабление сексуальной функции может быть вторичным, если оно вызвано соматическим заболеванием, и первичным, если сексуальная патология является нозологической формой.
- Наличие при генитальном контакте обоюдного оргазма.
- Правильное сексуальное действие и поведение, не приводящее к нарушению сексуального здоровья.

2.2. Относительность сексуальной нормы, динамика возрастных изменений

Понятие сексуальной нормы в целом достаточно условно и постоянно изменяется в зависимости от уровня сексологических знаний и изменения пределов социальной терпимости. Многие ученые отрицают возможность устанавливать границы нормы сексуального поведения, ибо в этой области нет понятия нормального человека, а есть проблема свободы и степени ее ограничения, терпимости и нетерпимости. Тем не менее необходимо учитывать некоторые основные факторы: личностный (степень приемлемости сексуальных наклонностей для человека и связанных с этим страданий), ситуационный и партнерский.

Сексуальное здоровье предполагает не только отсутствие каких-либо болезненных изменений в организме человека, которые могут приводить к ослаблению сексуальной функции, но и возможность оптимальной адаптации к противоположному полу, развитию гармоничных отношений в соответствии с нормами социальной и личной морали.

Сексуальное здоровье — это интегральный комплекс взаимодействующих компонентов сексуальности. В настоящее время используется системный подход с выделением различных жестко взаимосвязанных компонентов. Такое взаимодействие отдельных компонентов порождает новые интегративные качества, не присущие каждому отдельному компоненту.

Различают такие основные системообразующие признаки сексуальности.

1. Половое самосознание (определяется половой дифференцировкой мозговых структур и влиянием микросоциальной среды) и половое осознание окружающих.

2. Полоролевое поведение — формирование стереотипа поведения, выбор адекватной половой роли. Должно соответствовать морфологическим, физиологическим и психическим признакам. Определяется преимущественно микросоциальной средой.

3. Психосексуальная ориентация, т. е. направленность полового влечения на объект.

Эти три признака и обуславливают психосексуальное развитие.

4. Половое влечение, главным компонентом которого является корковый условно-рефлекторный, а также нейрогуморальный и психологический компоненты.

5. Сексуальная возбудимость — скорость протекания сексуальных реакций, которая зависит от таких факторов:

- типа нервной системы;
- типа половой конституции;
- темперамента;
- эрогенности внешних раздражителей;
- регулярности половой жизни.

6. Сексуальная активность, которая определяется частотой половых контактов и сексуальных реакций в определенное время.

7. Сексуальная установка — готовность, предрасположенность к сексуальным действиям. Выделяют три типа сексуальной установки:

- фаллоцентрическую (механоцентрическую) — установку на технику полового акта;
- оргазмоцентрическую — установку на оргазм, после которого наступает полное психосексуальное удовлетворение;
- экстазоцентрическую — готовность к экстазу, к многократному переживанию оргазма.

8. Сексуальная потребность — состояние индивида, вызванное потребностью в сосуществовании с объектом противоположного пола и правильным функционированием половой системы.

9. Мотивация.

10. Эротика и психосексуальная удовлетворенность.

Каждый возрастной период характеризуется определенной интенсивностью сексуальных проявлений. Особенно это характерно для мужского организма. Поэтому каждое отдельное проявление сексуальности нужно соотносить с возрастом и лишь тогда делать вывод о наличии или отсутствии патологических признаков.

Половые проявления мужчин по возрастным диапазонам подразделяют на проявления пубертатного периода, переходного, зрелой сексуальности и инволюционного.

В периоде *полового созревания* (пубертатном) происходит увеличение яичек, общее ускорение роста, формирование вторичных половых признаков: изменение мошонки, мутация голоса, увеличение щитовидного хряща гортани, оволосение лобка, подмышечных впадин, лица. Важным признаком пубертата является установление активности половых желез, проявляющееся пробуждением полового влечения, появлением первых эякуляций (чаще в виде ночных поллюций). В этом же периоде широко практикуется мастурбация как средство снятия полового напряжения. Происходит переход от ро-

мантической стадии к похотливому ослеплению с фиксацией психики на генитальной сфере.

Мастурбаторная практика в этот период является проявлением здоровых сексуальных реакций у лиц мужского пола. Kinsey A. C. (1948) по результатам проведенных исследований показал, что среди мужчин, страдающих половыми расстройствами, самый высокий процент никогда не мастурбировавших и, наоборот, среди сексуально здоровых почти все когда-нибудь мастурбировали. Тем не менее нельзя делать однозначных выводов о сексуальном здоровье мужчины по наличию или отсутствию мастурбаторной практики в прошлом. В этом аспекте не мастурбация оказывает положительное влияние на сексуальное здоровье в будущем (хотя как заместительная форма удовлетворения половой потребности она действительно оказывает положительное влияние), а наоборот, правильное половое созревание и генетически сильная сексуальная способность в подростковом возрасте обуславливают столь высокую сексуальную потребность, влечение, желание, что подросток вынужден прибегнуть к самоудовлетворению. Кроме того, мастурбация связана с невозможностью удовлетворить половую страсть другими социально приемлемыми формами сексуальной активности в силу возрастных ограничений. Иными словами, здесь существенную роль играет расхождение между более ранним половым и социальным созреванием. Период, во время которого подростки и юноши испытывают выраженную сексуальную потребность, но не могут вступить в брак по юридическим ограничениям, становится все больше вследствие акселерации (снижения возраста полового созревания).

Переходный период характеризуется беспорядочными половыми связями. При этом сексуальные эксцессы (многочисленные половые акты в течение суток, завершающиеся семяизвержением) сменяются сексуальной абстиненцией, во время которой сексуальная разрядка достигается путем мастурбации или ночными поллюциями.

Пик сексуальных способностей приходится (согласно данным исследований) на возраст 21–22 года, когда юноша способен на максимальное число половых эксцессов.

Переходный период у большинства мужчин заканчивается браком, сохраняя черты сексуальных эксцессов еще в первые месяцы супружества.

С установлением определенного приемлемого для мужчины уровня регулярной сексуальной активности начинается *период зрелой*

сексуальности. Половая активность мужчины в этот период определяется его половой конституцией и возможностью иметь половые отношения с женой в любое желаемое время. Именно эта доступность и насыщенность половой жизнью ведут к исчезновению практики эксцессов. Как длительно голодавший человек набрасывается на пищу и ест чрезмерно много, так и мужчина после полового воздержания стремится “наестся досыта”, что и лежит в основе практики эксцессов подросткового и юношеского возраста.

Период зрелой сексуальности продолжается годы и десятилетия, пока не наступает *инволюционный период*, характеризующийся постепенным снижением половой активности и уменьшением интереса к сексуальной сфере.

2.3. Половая конституция

Интенсивность сексуальных проявлений зависит не только от возраста, но и во многом от индивидуальных черт сексуальности человека, именуемых половой конституцией. Сексуальные проявления здоровых мужчин даже одного возраста настолько отличаются друг от друга, что порой сложно сказать, здоров или болен конкретный человек. Чтобы однозначно ответить на этот вопрос, необходимо установить четкие критерии, позволяющие оценить половую конституцию и определить, обусловлены ли имеющиеся сексуальные проявления конституцией или имеет место патология.

Согласно определению П. Горизонтова и М. Майзелиса (1966), конституция есть “совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма и определяющая его реактивность”.

Для определения конституции применяют как морфологические, так и психологические, нейрофизиологические критерии. Однако если говорить о половой конституции, то ее следует понимать как тип функционально-энергетического реагирования.

Половая конституция ограничивает диапазон индивидуальных потребностей в сексуальной сфере, а также определяет степень сопротивления заболению половой системы и патогенным факторам.

При разработке системы оценки половой конституции многие исследователи предлагали различные подходы, основанные преимущественно на морфологических критериях. Очевидно, что первым критическим периодом формирования половой конституции является период внутриутробного развития. Но клинические проявления за-

ложенных конституциональных особенностей могут быть определены не раньше периода полового созревания (пубертатного).

Изначально в определении половой конституции ориентировались на признаки пубертатного периода, но в дальнейшем более важным стало определять половую конституцию в разных возрастных периодах, так как чаще к врачу обращались люди далеко не подросткового возраста. Методики преимущественно основывались на построении морфограмм по различным показателям, и для мужчины имело значение наличие типично мужской морфограммы (характер оволосения и т. п.).

Основным недостатком всех систем критериев было полное игнорирование функциональных проявлений сексуальности. Г. Васильченко (1977) предложил свою шкалу векторного определения половой конституции мужчин (табл. 1). Позже аналогичная шкала определения половой конституции была предложена и для женщин (табл. 2).

Шкала векторного определения половой конституции мужчин учитывает семь показателей (векторов) с независимыми друг от друга параметрами и основана на принципе статистических решающих функций.

В наиболее общем виде использование шкалы для оценки половой конституции предусматривает получение среднего арифметического всех индексов. Значение каждого индекса (от 1 до 9) определяется для каждого вектора. Индексы для VI и VII векторов опускаются у холостяков и женатых представителей “бродячих” профессий, т. е. тех, кто в силу обстоятельств не ведет многолетнюю регулярную половую жизнь. Значения индексов суммируются и сумма делится на количество используемых векторов.

Исходя из полученного среднего арифметического значения половая конституция мужчины оценивается следующим образом:

- 1,0–1,5 — чрезвычайно слабая;
- 1,6–2,5 — очень слабая;
- 2,6–3,5 — слабая;
- 3,6–4,5 — ослабленный вариант средней;
- 4,6–5,5 — средняя;
- 5,6–6,5 — сильный вариант средней;
- 6,6–7,5 — сильная;
- 7,6–8,5 — очень сильная;
- 8,6–9,0 — чрезвычайно сильная.

Правомерность использования того или иного критерия может быть подвержена определенным сомнениям, ибо многие из них (возраст пробуждения либидо, первой эякуляции, особенно если она произошла

Шкала векторного определения половой конституции мужчины

Векторы	Конституция								
	слабая			средняя			сильная		
	1 0–1,5	2 1,6–2,5	3 2,6–3,5	4 3,6–4,5	5 4,6–5,5	6 5,6–6,5	7 6,6–7,5	8 7,6–8,5	9 8,6–9,0
I. Возраст пробуждения либидо	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и раньше
II. Возраст первой эякуляции	19 и позже	17–18	16	15	14	13	12	11	10 и раньше
III. Трохантерный индекс (отношение роста к высоте ноги)	≤1,85	1,86–1,89	1,9–1,91	1,92–1,94	1,95–1,96	1,97–1,98	1,99	2,0	>2,0
IV. Характер оволосения лобка	редкие пушковые волосы	горизонталь по женскому типу	тенденция к горизонтальности	по мужскому типу	по мужскому типу	по мужскому типу	мужской тип с гипертрихозом	мужской тип с гипертрихозом	мужской тип с гипертрихозом
V. Максимальный эякусс	0	2	3	4	5	6	7	8	9 и больше
VI. Возраст вхождения в УФР*	–	медовый месяц	1 год	2–3 года	4–5 лет	6–10 лет	11–19 лет	20–29 лет	30 и больше
VII. То же, но абсолютный возраст	–	до 22	23–26	27–31	32–36	37–40	41–45	46–50	51 и больше

* УФР — условно-физиологический ритм.

Таблица 2

Шкала векторного определения половой конституции у женщин

Векторы		Конституция										Патология и редкие конституционные формы
		слабая			средняя				сильная			
I. Менструальная функция	Первая менструация в возрасте	1 0-1,5	2 1,6-2,5	3 2,6-3,5	4 3,6-4,5	5 4,6-5,5	6 5,6-6,5	7 6,6-7,5	8 7,6-8,5	9 8,6-9,0	Нарушения менструальной функции	
	2 17 лет и позже	3 16	4 15	5 14	6 13	7 12	8 11	9 10	10 9 и раньше			
II. Детородная функция	Регулярность менструаций	Аменорея или нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Нарушения только при неблагоприятных воздействиях	Эпизодические кратковременные нарушения при выраженных неблагоприятных воздействиях	Регулярная, без патологии				Нарушения менструальной функции		
	Сроки наступления беременности	-	10 лет и дольше	3-9 лет	1-2 года	3-6 мес.	1-3 мес.	Даже при контрацепции			-	
III. Трохантерный индекс	Характер течения беременности	-	Невынашивание, тяжелая патология беременности, мертворождения	Угроза прерывания, патологическое течение, токсикозы	Легко протекающие токсикозы беременности	Нормальное течение				-		
	1,88	A0P0	A1P1	A2P2	1,94-1,96	1,97-1,98	1,99	2,0	2,01-2,02	2,03-2,04	≥2,05	
IV. Характер овулосения	Женский тип A3P3	Тенденция к мужскому									Мужское	Мужское, гипертрихоз, (гирсутизм)

Окончание табл. 2

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10
V. Возраст пробуждения эротического либидо		≥17	15-16	14	13	12	11	10	9	8 и раньше
VI. Оргазм	Возраст, годы	–	≥35	31–34	26–30	21–25	18–20	15–17	12–14	11 и раньше
	Время после начала регулярной половой жизни	–	10 лет	3–9 лет	1–2 года	6–11 мес.	2–5 мес.	1 мес.	До начала регулярной половой жизни или первый коитус	До контакта с партнерами
	Возраст, годы	–	40	35	30	25	20	19	18–16	15 и раньше
	Достижение 50–100% оргастичности	–	10–15 лет	5–9 лет	3–4 года	1–2 года	6–11 мес.	2–5 мес.	1 мес.	С начала половой жизни

при мастурбации) подвержены влиянию микросоциальной среды. Некоторые критерии, будучи свидетельством сильных половых способностей (половые эксцессы), в то же время не особо полезны для организма.

Однако внешние факторы играют все же способствующую, а не определяющую роль. Такая роль принадлежит внутренней перестройке нервно-психических особенностей личности и соматического облика. В то же время сексуальные эксцессы (V критерий) могут отсутствовать далеко не по причине слабости половой конституции, а потому что мужчина не считает нужным совершать несколько половых актов кряду либо считает это вредным для здоровья (и в определенном смысле это действительно так). Данный критерий в направлении уменьшения показателей во многом определяется произвольной установкой. Такой же установкой или сексуальными запросами женщины может определяться возраст вхождения в полосу УФР (VI и VII показатели).

Первые четыре критерия в отличие от трех последних в основном определяются внутренними факторами и не зависят существенно или совсем не зависят от произвольных желаний. Кроме того, они, проявившись в периоде полового созревания, сохраняются неизменными на протяжении всей жизни. Поэтому можно утверждать о сильной связи этих критериев с генотипом мужчины; именно они используются для расчета генотипического индекса половой конституции (среднее арифметическое I–IV векторов).

V–VII векторы характеризуют проявление половой активности в процессе половой жизни и могут как усиливать, так и ослаблять фенотипические проявления половой конституции. Среднее арифметическое индексов этих векторов является индексом половой активности. А среднее арифметическое индексов всех векторов представляет собой фенотипический индекс половой конституции.

Числовые значения указанных индексов (коэффициентов) оцениваются по описанному здесь принципу. Отношение коэффициента половой активности к коэффициенту генотипа определяет реализацию генотипа. Числовое значение этого соотношения должно приближаться к единице.

Некоторые критерии, взятые изолированно, могут исказить истинный тип половой конституции вплоть до противоположного. Поэтому ориентироваться следует исключительно на комплекс критериев.

2.4. Сексуальные дисфункции

Сексуальные дисфункции — собирательное понятие, включающее в себя все нарушения потенции, сексуальной возбудимости, сексуального возбуждения, сексуальной мотивации и оргастических способностей. Сексуальные дисфункции могут возникать в любой фазе сексуального контакта — либидо, полового акта, оргазма. Однако способность к осуществлению полового акта чаще нарушается у мужчин, что связано с нарушением эрекции, а у женщин чаще нарушается половое влечение и способность к переживанию оргазма. Следовательно, мужчина и женщина как бы взаимодополняют функциональный комплекс сексуальных контактов друг друга, обеспечивая стабильность в каждой фазе хотя бы у одного из партнеров и уменьшая таким образом вероятность полового расстройства. Влияние стабильного либидо мужчины активирует половое возбуждение женщины, ее мотивацию к сношению и приводит к усиленной секреции во влагалище, расслаблению окружающих его мышц, облегчая последующее введение полового члена (имиссию). Таким образом, положительные реакции женщины и ее готовность к половому акту облегчают возникновение эрекции и имиссию, уменьшают вероятность расстройства этой фазы половых отношений. Успешное протекание полового акта, кульминацией которого является эякуляция и оргазм у мужчины (с внешними проявлениями наслаждения), усиливают возбуждение женщины, способствуя достижению ею оргазма.

Частой причиной сексуальных дисфункций являются неврозы и невротические реакции. Более того, сексуальные дисфункции бывают не только следствием, но и причиной невротических реакций и неврозов.

Сексуальные нарушения, протекающие в рамках неврозов, проявляются нарушением сексуальных переживаний, функций либо сексуального поведения и усугубляют течение неврозов, становясь осевым, ведущим симптомом независимо от выраженности самих сексуальных нарушений. В состоянии невроза человек особо остро реагирует на возникающие нарушения. Быстрое устранение сексологического симптома значительно способствует общему выздоровлению.

Неврозы могут привести к партнерским и семейным конфликтам с невозможностью установления глубоких межличностных связей. При этом имеющиеся сексуальные нарушения не играют основной роли.

Причиной дисгармонии совместной жизни и отсутствия межличностных связей может быть также сексуальное расстройство, возникшее вследствие невроза. При этом другие проявления невроза отходят на задний план и остаются практически незамеченными.

К половым неврозам относятся следующие (К. Имелинский, 1986): возникающие вследствие искаженного развития личности в детстве; являющиеся следствием длительного воздействия травмирующих факторов; протекающие, как правило, без выявления травмирующего фактора либо его осознания больным; проявляющиеся с первых попыток совместной половой жизни; протекающие хронически.

В отличие от сексуальных неврозов сексуальным невротическим реакциям свойственны такие признаки: чаще всего они начинаются не в детском возрасте; нередко возникают после однократного воздействия раздражителя; травмирующий фактор известен и осознается больным; проявляются сразу после воздействия травмирующего фактора; как правило, протекают остро.

На возникновение сексуальных невротических реакций влияют не только травмирующие факторы, но и особенности личности.

Травмирующие факторы могут быть весьма разнообразны. У женщин это отсутствие сексуальной культуры у партнера, изнасилование, измена мужа, искусственный аборт, страх беременности или заражения венерической болезнью. Для мужчин особое значение имеет неправильное поведение женщины, например, насмешка над его сексуальными качествами, особенно если он не уверен в себе, при ипохондрической настроенности.

Особую роль в возникновении сексуальных невротических реакций играют недостаточные познания в области психофизиологии сексуальности. Ибо знания в определенной области дают человеку уверенность и никакие насмешки, грубые высказывания, оскорбления не приведут к отрицательным последствиям. Так же, как и то, что единичные сексуальные неудачи не вызовут опасений, если они объяснимы с сексологической точки зрения и вызваны ситуационными факторами или временными расстройствами (например, усталость, болезнь и т. д.).

Сексуальные расстройства у мужчин объединяют понятием “импотенция” (в настоящее время в научной литературе практически не используется). По определению Шнабля (Schnabl 1974), мужчина является импотентом, если он не способен:

- испытывать сексуальное влечение к женщине;
- добиться достаточной эрекции как следствия сексуального желания;
- ввести половой член во влагалище после появления эрекции;
- совершать фрикции в течение необходимого времени;
- достичь семяизвержения в результате фрикционных движений;
- пережить состояние оргазма в такой ситуации и с такой женщиной, с которой большинство мужчин способны совершить половой акт.

Сексуальное нарушение может наблюдаться на любой стадии, но чем раньше оно происходит, тем сложнее последствия, так как при этом нарушаются все последующие стадии.

К критериям импотенции у мужчин не относятся нарушения эрекций в результате сексуальных девиаций, а также неспособность предоставить удовлетворение партнерше, поскольку сексуальное удовлетворение женщины зависит прежде всего от ее оргастических способностей и не может быть критерием импотенции (даже высокопотентный мужчина никогда не удовлетворит женщину с аноргазмией).

Расстройство либидо может выражаться отсутствием полового влечения, снижением его либо повышением (усилением). У мужчин отсутствия полового влечения практически не бывает.

Снижение либидо может наблюдаться как вследствие патологических процессов в организме, так и без таковых. Причинами могут быть простатит, патология гипоталамуса, эндокринная патология (гипогонадизм и т. д.), неврозы, астеническая слабость и любая длительно протекающая патология, приводящая к дезактуализации сексуальной потребности, астении, нарушению гормонального баланса. Влечение также снижается при переутомлении вследствие постоянной физической нагрузки, при нарушении межличностных отношений с партнером. В последнем случае снижение либидо, как правило, распространяется только на конкретного партнера, хотя может и генерализоваться.

Повышение либидо возможно при употреблении небольших доз алкоголя, на начальном этапе воздействия ионизирующего облучения (радиация), при некоторых гипоталамических расстройствах, в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, после приема афродизиаков, шпанской мушки и т. п. Повышение сексуаль-

ного влечения встречается редко и за помощью к врачу по этому поводу обращаются немногие.

Нарушение эрекции может быть вызвано несколькими причинами:

- синдромом тревожного ожидания неудачи;
- патологией сосудов полового члена;
- простатитом (хотя для него более типично ускоренное семяизвержение);
- поражением спинного мозга;
- к снижению эрекции ведут также все причины, способствующие снижению либидо у мужчин, ибо либидо — это сексуальный энергетический потенциал, без которого нарушаются и последующие фазы сексуального контакта;
- плохими межличностными отношениями с партнершей (нарушается эрекция при попытке полового акта только с этой женщиной);
- ситуационными факторами: неблагоприятными условиями полового акта (присутствием других людей в комнате и т. п.), опасностью.

Эрекция может нарушаться в разной степени и практически всегда в сторону снижения. При этом снижение эрекции проявляется ее ослаблением либо отсутствием.

Психогенное расстройство эрекции характеризуется сохранностью спонтанных эрекций (эрекции во сне и т. п., вне ситуации полового акта) при отсутствии адекватных эрекций (достаточных для введения полового члена во влагалище) в ситуации интимной близости. Но при выраженной затяжной психогенной патологии могут исчезать и спонтанные эрекции.

В ряде случаев мужчины неправильно понимают терминологию, поэтому жалуются на слабость эрекции тогда, когда в действительности она в полном порядке. В норме эрекция (твердость) тела полового члена выше, чем головки, и это не должно вызывать опасений.

Жалобы на усиление эрекции крайне редки, однако данное явление может иметь место при гипоманиакальных состояниях, приапизме, остром приапизме, требующем немедленного оперативного вмешательства, перемежающем ночном псевдоприапизме.

Важным симптомом сексуальных расстройств у мужчин является нарушение эякуляции, которое может проявляться в виде ускоренного семяизвержения, длительного полового акта, именуемого в США заторможенным оргазмом, отсутствия эякуляции, сперматореи.

Наиболее частым нарушением является ускоренная эякуляция:

- до имиссии — введения полового члена во влагалище (ejaculatio ante portas);
- эякуляция в момент введения полового члена во влагалище;
- абсолютно преждевременная эякуляция — семяизвержение наступает при половом акте длящемся менее 1 мин либо при совершении менее 25 фрикций, при этом женщина не достигает оргазма;
- относительно преждевременная эякуляция — семяизвержение наступает до появления оргазма у женщины, но с момента имиссии до эякуляции проходит больше 1 мин и совершается более 25 фрикций.

Понятие нормы относительно длительности полового акта в литературе трактуется весьма широко. Нормальной считается продолжительность полового акта в диапазоне от 7 с до 20 мин. Окончательным показателем, по которому семяизвержение определяют как нормальное или преждевременное, является наличие оргазма у женщины при абсолютной продолжительности полового сношения 2 мин.

Применяются следующие критерии оценки длительности полового акта:

1. Продолжительность полового акта определяется в отношении первого полового акта, а не повторного, так как повторный акт всегда длительнее предыдущего.

2. Продолжительность полового акта должна определяться в режиме регулярной половой жизни, поскольку после длительных воздержаний половой акт укорачивается.

3. Половой акт должен определяться без пролонгации.

Различают пролонгацию:

- токсикохимическую (медикаментозную, алкогольную и т. п.);
- психофизиологическую (самовнушение, переключение внимания, эротическая эросинситизация или наоборот);
- механическую (остановка и замедление фрикций).

Пролонгацию также подразделяют на банальную и истинную. Банальной называют пролонгацию, когда мужчина замедляет фрикции, удлиняя половой акт, но это эффективно только до периода эякуляторной неизбежности. Истинная пролонгация достигается тогда, когда эякуляция неизбежна, но некоторые мужчины концентрацией волевых усилий задерживают семяизвержение и ощущают

оргазм без эякуляции (разрядка на субкортикальном уровне без участия центров эякуляции спинного мозга).

4. Следует учитывать парный фактор, так как с разными женщинами у того же мужчины возможна разная продолжительность полового акта и разная степень эрекции.

5. Продолжительность полового акта зависит от используемой позы при сношении. Считается, что в позе мужчина снизу половой акт длительнее.

Ускоренная эякуляция является проявлением не слабости потенции, а скорее наоборот — повышенной возбудимости. Из-за незнания этого, а также механизмов удлинения полового акта мужчины часто начинают испытывать страх и неуверенность в своей сексуальной полноценности, чрезмерно пытаются проверить себя или избегают женщин, что в целом только усугубляет их психоэмоциональное состояние.

Поздняя эякуляция (длительный половой акт) не ограничена четкими временными критериями. Субъективный критерий — усталость в процессе фрикций из-за длительного полового акта. При поздней эякуляции или при ее отсутствии следует обратить внимание, всегда ли отсутствует эякуляция: возможно, при мастурбации, во время ночного сна и т. п. она имеет место.

Сперматорея проявляется в истечении семени из мочеиспускательного канала. Без сексуального возбуждения, эрекции или оргазма семя вытекает медленно, при дефекации истечение усиливается. Иногда за сперматорею ошибочно принимают выделение слизи из уретры вследствие сексуального возбуждения.

У женщин к нарушениям, затрудняющим проведение полового акта, можно отнести расстройство комплекса *сексуальной готовности* и *вагинизм*. О комплексе сексуальной готовности уже говорилось, он заключается в слизистых выделениях влагалища и преддверия и расслаблении мышц вокруг влагалища, что облегчает введение полового члена. Отсутствие этих явлений чаще всего наблюдается в случае неприятия партнера и отсутствия сексуального возбуждения из-за недостаточной сексуальной стимуляции, расстройства либидо или ситуационных факторов.

Сухость в половых органах женщины до имиссии сильно усложняет ее, а возникающая во время фрикций усиливает трение и делает болезненным половой акт как для мужчины, так и для женщины.

Выходом в этой ситуации является либо полноценная сексуальная стимуляция женщины, либо использование смазок при половом акте.

Избыточное выделение слизи из влагалища не является патологией, но вызывает у женщины опасение, что это неприятно ее партнеру.

Вагинизм — это функциональное расстройство, возникающее в результате многих психофизических причин и делающее невозможным вагинальный половой акт. Проявляется в виде спазма мышц вокруг входа во влагалище с созданием механического препятствия на пути полового члена. Такое сокращение мышц рефлекторно и не зависит от воли женщины, возникает при попытке введения члена во влагалище, а иногда даже при одном представлении об этом. Иногда вагинизм проявляется при попытке введения гинекологического инструментария врачом и т. п.

Часто причиной вагинизма является страх перед проникновением постороннего тела, вследствие неправильного воспитания, психических травм, строгого религиозного воспитания, страх перед болью при дефлорации, неуверенность в мужчине, его неопытность и робость, неприятие мужчины, избегание его, защитный механизм при неосознанных девиантных наклонностях.

Широко распространены сексуальные дисфункции в виде нарушения оргазма. У мужчин такое нарушение не имеет существенного значения, ибо выражено менее ярко в силу того, что эякуляция всегда сопровождается чувством облегчения и релаксации, а отсутствие оргазма не влияет на течение полового акта.

При некоторых расстройствах нарушается связь между семяизвержением и оргазмом, который в норме начинается на пару секунд раньше эякуляции. В этом случае возможно переживание оргазма без семяизвержения и семяизвержение без оргазма или с очень неярким оргазмом. Отмечено, что чем энергичнее извержение семени, тем ярче оргастические ощущения, и наоборот, если эякуляция вялая и семя скорее изливается, чем извергается, то эротическое наслаждение значительно снижается.

Существенное значение имеет чувство эротической любви к партнерше, наличие которого значительно усиливает яркость переживаемого наслаждения во время полового акта и оргазма. Если же женщина, в силу своей эротической непривлекательности для данного мужчины, не вызывает у него влечения и возбуждения или вызывает отвращение, то проведенный половой акт и эякуляция дают лишь чувство физической релаксации, связанное с удовлетворением физио-

логической потребности. Ни о каких интенсивных эротических эмоциях у мужчины в таком случае не может быть и речи.

Снижение остроты наслаждения вплоть до отсутствия оргазма возможно при сопутствующем сношению страхе, отвлечении внимания, физической боли (за исключением лиц с мазохистскими наклонностями). Угнетающе воздействует также стыд, чувство сексуальной неполноценности, страх оказаться несостоятельным, особенно у лиц, страдающих расстройствами эрекции и преждевременным семяизвержением.

При слишком частых половых сношениях, вызванных не эротической потребностью, а спортивным интересом, требованиями партнерши и т. п., повышается порог эротической возбудимости и половые акты носят чисто механический характер, не доставляя наслаждения мужчине.

Оказывают влияние на переживания оргазма и социокультурные факторы. Если, вступая в связь с женщиной, мужчина психически преодолевает культурные барьеры, ограничивающие его сексуальные потребности, это вызывает чувство вины и снижает чувство удовольствия. Также стоит отметить общее влияние современного мира, возрастание темпа жизни, что способствует установлению поверхностных кратковременных межличностных и сексуальных связей. Отсутствие в этих связях глубинных чувственных отношений, оценка не эмоций, а потребительских свойств партнерши снижают степень сексуального удовлетворения.

У женщин наиболее частым сексуальным нарушением, как правило, является аноргазмия. Аноргазмия — это неспособность женщины достигать оргазма в течение полового акта при наличии сексуального возбуждения и личностной расположенности к партнеру.

Способность переживать оргазм у женщины не является постоянной, она меняется в зависимости от времени и ситуации и нарушается в разной степени. Поэтому кроме женщин, переживающих оргазм при каждом сношении и не переживающих его никогда, существует множество женщин, переживающих оргазм редко, спорадически, часто либо очень часто. Отсутствие оргазма не всегда сопровождается отсутствием сексуального удовлетворения от половой жизни. При отсутствии острого наслаждения женщины получают сексуальную разрядку, а также удовлетворяют свои выраженные несексуальные потребности в ласке, эмоциональном и личностном взаимопонимании. Вместе с тем многие женщины, переживающие оргазм, не испытывают

психического удовлетворения в силу того, что отсутствуют эмоциональные связи с партнером и они считают свою совместную жизнь с данным мужчиной неудачной.

Различают несколько степеней выраженности нарушений способности переживать оргазм:

- оргазм отсутствует очень часто;
- оргазм отсутствует, но переживается приятное чувство;
- оргазм отсутствует, наблюдается полное сексуальное безразличие во время сношения (чисто механический процесс без эротических переживаний);
- оргазм отсутствует и нет желания совершать половой акт.

Нежелание иметь половые сношения может быть:

- относительным, вследствие убежденности, что очередное половое сношение вызовет разочарование и раздражение;
- абсолютным по отношению к данному партнеру, если он вызывает отвращение или эротически непривлекателен;
- абсолютным по отношению ко всем мужчинам как следствие генерализации нежелания иметь сношения с определенным партнером.

У нормальной, здоровой женщины, в определенных ситуациях переживавшей оргазм, в некоторых случаях может развиваться ложная половая холодность, вызванная осознанными психогенными факторами (Matussek 1959):

- невозможностью забыться из-за опасений забеременеть, быть обнаруженной во время сношения нежелательными свидетелями и т. п.;
- слабостью сексуального желания из-за отсутствия соответствующего настроения, неприятных сообщений, переутомления;
- когда эротическая любовь направлена не на полового партнера, а на другого мужчину, оргазм возможен, если при сношении женщина представляет себя с любимым мужчиной;
- негативными или ложными установками (результат неправильного воспитания), направленными на отрицательное отношение к сексуальной жизни с мужчинами;
- факторами, зависящими от партнера (страдает сексуальным расстройством и не способен довести женщину до оргазма, у него нет сексуального опыта или сексуальной культуры, он не может создать благоприятных условий для переживания оргазма либо женщина выбрала партнера по неэротическим мотивам).

Рассмотрим синдром закодированных сексуальных реакций. По мере сексуального развития человека все большую роль в сексуаль-

ной сфере начинают играть условные рефлексы. Наиболее полно комплекс условнорефлекторных связей формируется в период сексуального созревания и в юности, когда происходит становление половой функции. Формируется определенный стереотип сексуальных реакций, который становится своеобразным кодом, обязательным для нормального протекания сексуальных отношений. Такой стереотип формируется на основе часто повторяющихся раздражителей, например, определенных представлений при мастурбации, определенных методов мастурбации, определенного сценария сексуальных отношений в начале половой жизни и т. п. Получение удовольствия в результате воздействия этих раздражителей фиксируется и в дальнейшем удовольствие неразрывно связано именно с этими воздействиями, представлениями, фантазиями. Любое отступление от закодированного стереотипа тормозит сексуальные реакции и делает невозможным достижение оргазма. Поэтому женщина, пережившая в юности оргазм при мастурбации, может не получать его при сношении с полноценным, эротически привлекательным мужчиной несмотря на свою высокую половую возбудимость.

Рассматривая вопросы половой холодности (фригидности) как снижения полового влечения при отсутствии отклонений в психической и соматической сферах человека, следует остановиться на вопросах повышенного полового влечения, именуемого гиперсексуальностью (эротоманией). У мужчин эротомания именуется сатириазисом, а у женщин — нимфоманией.

Кроме истинно повышенного полового влечения, возможно также повышение сексуальной активности, вызванное несексуальными мотивами. Оно особенно характерно для мужчин, которые из-за неуверенности в себе постоянно стремятся подтвердить свою сексуальную состоятельность. Примером может быть известный литературный герой Дон Жуан, который не столько был “сексуальным гигантом”, сколько закомплексованным, сексуально неуверенным в себе мужчиной. Усиление сексуального влечения возможно также в результате полового воздержания, психических расстройств или органической патологии, гормональных нарушений, наркотической интоксикации.

Нимфомания у женщин проявляется в постоянном стремлении к сексуальным контактам. Различают несколько разновидностей нимфомании:

- обусловленную навязчивыми идеями на фоне органического поражения головного мозга, гормональных и соматических нарушений;

- нимфоманию в гипоманиакальном состоянии;
- нимфоманию на фоне врожденного крайне сильного полового влечения;
- мнимую нимфоманию — сексуальные контакты с многими мужчинами по психологическим мотивам, а не из-за сексуального желания.

Бывают сексуальные дисфункции, характерные лишь для определенной партнерской пары при нормальном сексуальном здоровье каждого партнера в отдельности. Отчасти такие дисфункции уже рассматривались ранее. Они могут вызываться, в частности, отсутствием опыта и сексуальной культуры одного из партнеров, эротической непривлекательностью одного или обоих партнеров. Сексуальная дисфункция может иметь разную степень выраженности вплоть до сексуальной аверсии, но проявляется только в данной партнерской паре. С другими лицами оба неудачных партнера могут вполне успешно осуществлять половую связь со всем комплексом сексуальных реакций.

Раздел 3

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

3.1. Репродуктивное здоровье женщины. Контрацепция

Контрацепция, или предохранение от беременности, — это применение различных средств и методов, направленных на предотвращение оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом. В пользу предупреждения или регулирования беременности можно привести значительное количество аргументов. Редкая семья согласна, да и вряд ли может позволить себе родить и воспитывать десяток-второй детей. Следовательно, необходимо планировать семью, что достигается посредством предупреждения беременности либо путем прерывания ее (аборт), что приводит, как правило, к повышению гинекологических заболеваний, росту акушерской патологии, нередко к бесплодию. Поэтому аборт далеко не лучший метод планирования семьи, предпочтительнее использовать контрацепцию.

Методы контрацепции можно сгруппировать по следующим характеристикам:

- механические;
- химические;
- гормональные;
- внутриматочные;
- физиологические;
- прерванный половой акт;
- хирургические.

К механическим средствам, действующим по барьерному принципу, относятся мужские и женские презервативы, женские диафрагмы, шеечные колпачки. Во всех случаях контрацептивное средство является преградой на пути спермы. Наиболее распространенные в этой группе мужские *презервативы*, изготавливаемые из латекса. Раньше использовалась резина, но латекс прочнее и обладает меньшими порами, что улучшает барьерную функцию с точки зрения профилактики

тики болезней, передающихся половым путем (БППП), и ВИЧ/СПИДа. Большинство презервативов имеют смазку, которая может содержать спермицидные или бактерицидные вещества, иногда ароматизированную. Презерватив надевают на половой член в состоянии эрекции; его используют и при оральной стимуляции члена с целью достижения эрекции.

Приведем некоторые рекомендации, как правильно пользоваться презервативом.

1. Необходимо покупать презервативы только известных фирм и желательно в аптеке, обращая внимание на указанный на упаковке срок годности.

2. Нельзя пользоваться презервативом с истекшим сроком годности, а также при наличии признаков негодности (склеивание, ломкость и т. п.).

При каждом половом акте следует применять новый презерватив.

3. Хранить презерватив необходимо в прохладном сухом месте. Нельзя подвергать презервативы воздействию прямых солнечных лучей.

4. Вынимать презерватив из упаковки следует аккуратно, избегая повреждения его ногтями или зубами (не рекомендуется вскрывать пакет зубами).

5. Надевают презерватив на эрегированный член до начала полового акта.

6. Перед надеванием необходимо зажать конец презерватива для удаления воздуха и оставить свободное место для спермы.

7. Для дополнительной смазки использовать мази только на водной основе. Смазки на жировой основе (вазелин, подсолнечное масло и т. п.) повреждают презерватив и он легко рвется.

8. Вынимая член из влагалища после полового акта, надо придерживать кольцо презерватива, чтобы сперма не вылилась.

9. После использования презерватив выбрасывают в мусорный ящик.

10. Нельзя пользоваться двумя презервативами, одетыми друг на друга, ибо в этом случае они быстрее рвутся.

11. Презерватив используют только один раз. При повторном использовании защитный эффект не достигается.

Эффективность использования презерватива как противозачаточного средства по разным данным колеблется от 87 до 97 %.

Преимущества презерватива как контрацептивного средства:

- абсолютная обратимость — в любой момент можно отказаться от его применения и вернуться к исходной способности к оплодотворению;
- безопасность — отсутствие риска для здоровья как мужчины, так и женщины;
- наряду с контрацепцией достигается эффект профилактики болезней, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИДа и рака шейки матки;
- доступность как по стоимости, так и по легкости приобретения в аптеке или киоске без рецепта врача;
- факт использования контрацептива контролируется обоими партнерами (любой из них может приобрести презерватив).

К недостаткам использования презерватива можно отнести следующие:

- презерватив уменьшает чувствительность головки полового члена во время полового акта вплоть до исчезновения эрекции из-за недостаточного восприятия стимуляции, но это имеет положительную сторону, удлиняя половой акт при преждевременном семяизвержении;
- надевание презерватива может психологически воздействовать на мужчину и приводить к исчезновению эрекции (особенно если он сам одевает презерватив);
- возможно возникновение аллергии на латекс;
- необходимо контролировать, не сползает ли презерватив во время акта, не порвался ли, и избегать контакта гениталий без презерватива и попадания спермы в половые органы женщины.

Диафрагмы и шеечные колпачки предназначены для женщин и используются довольно редко. И те и другие подбираются врачом и вставляются женщиной во влагалище перед сношением. Они изготавливаются из резины или латекса. Диафрагмы — куполообразные полусферы с ободком, помогающим удержать диафрагму на месте после введения. Шеечные колпачки имеют форму наперстка и предназначены для закрытия шейки матки на срок до 48 часов.

Указанные средства контрацепции рекомендуется сочетать со спермицидными средствами, что повышает их эффективность, которая, в свою очередь, зависит от точности подобранного размера, правильности введения и отсутствия смещения во время полового акта.

К преимуществам данных средств можно отнести:

- абсолютную обратимость;
- отсутствие риска для здоровья;
- правильно подобранной диафрагмой можно пользоваться до двух лет;
- в сочетании со спермицидами отчасти предохраняют от БППП и рака шейки матки;
- при правильном использовании эффективность диафрагмы и колпачков выше, чем внутриматочной спирали или оральной контрацепции.

Недостатками диафрагм и шеечных колпачков являются необходимость предварительной примерки, возможность аллергической реакции на материал, необходимость оставлять их во влагалище не менее чем на 8 часов после полового акта (на время гибели сперматозоидов). Некоторым женщинам неприятно прикасаться к собственным половым органам, что предусматривает процедура введения указанных средств.

К *химическим противозачаточным средствам* относятся влагалищные пасты, таблетки, свечи, обладающие спермицидными свойствами. Их нужно вводить за 20 и более минут до полового сношения перед каждым половым актом, а это предполагает, что необходимо точно знать, когда этот половой акт состоится. К перечисленным препаратам относятся грамицидиновая паста, галаскорбин, люгенурин, вагинальные свечи “Пантетекс Овал Н” (активное вещество ноноксинол 9) и др. Препарат “Пантетекс Овал Н” обладает двойным действием — химическим и механическим. Химическое действие заключается в 100 %-ном спермицидном действии активного типа: сперма становится недействующей. После введения через 10 мин препарат растапливается от температуры тела, образуя нежную приятную пену. Вещество распределяется по влагалищу, образуя стабильный барьер, который препятствует проникновению сперматозоидов в матку.

Возможна аллергия на применяемые химические контрацептивы, некоторые средства могут растворяться и вытекать из влагалища, уменьшать силу трения во время фрикций, снижая чувствительность одного из партнеров.

В последнее время в мире чрезвычайно широко используются *гормональные противозачаточные средства*. Первая волна популярности этой группы контрацептивов пришлась на 60-е годы XX в., когда началось промышленное производство аналогов яичниковых гор-

монов. Однако из-за их несовершенства и весьма высоких дозировок возникало множество осложнений и побочных эффектов, самые известные из которых — быстрый прирост избыточного веса, повышенное тромбообразование, тошнота, головная боль, боль и тяжесть в груди, отеки, риск гипертонии, кровотечения между менструациями, обострение диабета, уменьшение количества молока у кормящих.

В настоящее время используются более совершенные гормональные противозачаточные препараты, в основном комбинированные эстроген-гестагенные, противозачаточный эффект которых основан на симуляции беременности. Это наиболее эффективные контрацептивы; к ним относится нон-овлон, тризистон и др. Их эффект приближается к 100 %, но может снижаться при одновременном приеме некоторых лекарственных препаратов, например, антибиотиков, нестероидных противовоспалительных, обезболивающих средств.

Используются также гестагеновые препараты, снижающие активность желтого тела и нарушающие транспортировку яйцеклетки. Они менее эффективны, чем комбинированные, зато в их состав входят микродозы гормона, что уменьшает риск побочных эффектов.

Кроме оральных препаратов применяются также инъекционные пролонгированного действия. В зависимости от вида препарата одной инъекции хватает на 8–12 недель. Еще более длительную контрацепцию обеспечивает норплант, шесть капсул которого, введенные под кожу, обеспечивают противозачаточный эффект на протяжении пяти лет. Действующим веществом норпланта является прогестин левоноргестрел, который, постепенно выделяясь, подавляет овуляцию, изменяет характер шеечной слизи.

О недостатках гормональных контрацептивов уже сказано. Конечно, выраженность побочных эффектов современных препаратов меньше, но в той или иной степени они могут наблюдаться. Особенно опасно повышенное тромбообразование, которое может привести к тромбозам и смерти. Риск повышенного тромбообразования вследствие употребления гормональных контрацептивов возрастает у курящих женщин.

Однако неоспоримы и преимущества гормональных противозачаточных средств. В первую очередь — это легкость применения, высокая эффективность (около 99 %), ослабление менструальных кровотечений и предменструального синдрома, профилактика

воспалительных заболеваний женских половых органов, кист яичника, рака яичников и эндометрии, доброкачественных опухолей молочных желез.

Внутриматочные средства (ВМС) — один из самых распространенных способов контрацепции. Современные ВМС представляют собой маленькие изделия (спирали) из биологически инертных синтетических материалов. Они вводятся в полость матки, поэтому их форма должна позволять средству зафиксироваться в матке, чтобы оно не выпадало самопроизвольно.

Внутриматочное средство препятствует имплантации оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки. Чем больше спираль, тем надежнее защита от беременности. Для повышения эффективности используются также прогестинсодержащие (менять раз в год) и медьсодержащие спирали (менять раз в три-четыре года).

Преимуществом внутриматочной спирали является высокая эффективность, достигающая 97 %, длительность воздействия без особых усилий и внимания, обратимость эффекта после удаления спирали, что можно сделать в любой момент, отсутствие влияния на гормональное зеркало женщины.

Однако применение ВМС имеет и недостатки:

- увеличение менструальной кровопотери;
- часто кровоточивость и боли после установки;
- риск прободения стенки матки или вставания в нее;
- риск воспалительных заболеваний женских половых органов с возможным последующим бесплодием;
- риск внематочной беременности после удаления ВМС;
- возможность выпадения ВМС и наступление беременности, если это произошло незаметно.

Физиологический метод контрацепции, именуемый еще естественным методом, основывается на ежемесячном определении овуляции у женщины и воздержании от половых сношений в этот период. Это вызвано тем, что циклические изменения в женском организме состоят из постоянной подготовки организма к оплодотворению и беременности, а период, прилегающий к овуляции, является единственно возможным для оплодотворения. Овуляция, как правило, происходит за 14 дней (плюс-минус два дня) до наступления менструации. Попавшая во влагалище сперма сохраняет жизнеспособность в течение двух-трех суток, а неоплодотворенная яйцеклетка

погибает в течение суток после овуляции. Эти положения и лежат в основе естественного метода контрацепции.

Существует несколько методов определения дня овуляции: календарный, измерение базальной температуры, изучение шеечной слизи.

Календарный метод основан на регистрации продолжительности менструальных циклов, количество которых должно быть достаточным для достоверного определения самого короткого и самого длинного цикла. Оптимальное количество — 6–12 циклов подряд. Если все циклы одинаковы и составляют 28 дней (наиболее распространенная длительность менструального цикла), то период воздержания от половых сношений составит с 10-го по 17-й день менструального цикла. Расчеты производятся следующим способом: $28 - 18 = 10$ (нижняя граница), $28 - 11 = 17$ (верхняя граница). 18 дней отнимают с целью избежания ошибки: учитывают возможное отклонение момента овуляции на два дня раньше от указанных 14 дней и два дня жизнеспособности сперматозоидов; 11 дней отнимают с учетом возможного отклонения овуляции на два дня позже плюс сутки жизнеспособности неоплодотворенной яйцеклетки.

Если циклы имеют разную длительность, то от продолжительности минимального цикла отнимают 18 дней для нижней границы “опасного” периода, а от продолжительности максимального отнимают 11 дней для определения верхней границы. При колебаниях продолжительности цикла период полового воздержания должен быть длительнее, чем при стабильном менструальном цикле.

Температурный метод основан на ежедневном измерении базальной температуры на протяжении трех менструальных циклов. Измерения производят по утрам после пробуждения, не вставая с постели и не меняя положения тела, в прямой кишке одним и тем же термометром. По полученным данным строят график ректальной температуры и по нему определяют время овуляции.

Пока яйцеклетка созревает, температура не изменяется и не превышает 37°C . В момент выхода яйцеклетки из фолликула температура может снизиться на $0,2\text{--}0,4$ градуса, после чего поднимается выше 37°C . Ко времени очередной менструации температура падает ниже 37°C .

Для того чтобы определить границы периода воздержания, от дня овуляции, определенного по температурной кривой, следует отнять шесть дней (нижняя граница) и прибавить четыре (верхняя граница).

Изучение шеечной слизи — весьма информативный и точный метод даже при неритмичном менструальном цикле. Однако он предполагает высокую наблюдательность женщины, насколько она чувствует сухость или влажность влагалища.

После окончания менструации наступает сухой период, затем появляется слизь, которая постепенно изменяется, что означает начало периода потенциальной плодовитости. Вначале слизь липкая, очень густая и тягучая с беловато-желтоватой окраской. Ощущение сухости меняется, еще не влажно, ибо слизи недостаточно, чтобы ее заметить, но уже не сухо. В последующие дни она становится более жидкой, прозрачной, чистой и очень тягучей, а еще позже — прозрачно-чистой, очень жидкой и скользкой. У женщины создается впечатление, что преддверие влагалища смазано, при этом количество слизи может быть меньше. Далее характер слизи продолжает меняться — она становится матовой, густой или исчезает совсем, исчезает ощущение смазанности. Это значит, что предыдущий день был *днем пика* выделения слизи. В тот момент способность женщины к оплодотворению была самой высокой, но определить это, как уже было сказано, она может только на следующий день. После пика дня три может быть густая липкая слизь или сразу сухость во влагалище, но сохраняется вероятность оплодотворения. На четвертый день после пика наступает период бесплодия, длящийся до конца цикла.

Период от пика до начала следующей менструации относительно постоянен для каждого цикла, а общая длительность цикла изменяется, как правило, только за счет изменения продолжительности периода созревания фолликула, проще говоря — периода от первого дня менструации до пика. К примеру, сухой период между менструацией и появлением влаги может вообще отсутствовать или длиться дни, даже недели. Однако женщина должна быть внимательной и независимо от регулярности цикла отмечать сухость или влажность во влагалище. Наличие и изменение качества слизи информирует о периоде потенциальной плодовитости, который заканчивается через три дня после пика.

Для определения дня овуляции можно использовать сразу несколько методов, например, измерение базальной температуры и наблюдение за шеечной слизью. Такое сочетание будет называться *симпто-термическим методом*.

Преимущества физиологического метода неоспоримы — безопасность, никакого риска для здоровья, полная обратимость, приемле-

мость для верующих, не использующих других контрацептивов по религиозным мотивам.

Однако метод требует от женщины аккуратности, наблюдательности и полового воздержания в “опасный” период. Правда, проблема воздержания может быть решена другими контрацептивами (презерватив, диафрагма) или использованием иных форм сексуального удовлетворения.

Прерванное половое сношение. Сущность прерванного полового сношения как средства предотвращения беременности состоит в том, что акт заканчивается эякуляцией вне половых путей женщины. Применение этого метода полностью во власти мужчины, так как он должен почувствовать приближение семяизвержения и извлечь член из влагалища. Однако прерывание полового акта противоречит сексуальным инстинктам партнеров и снижает выраженность полового удовлетворения у мужчины.

Метод известен с библейских времен, когда Онан практиковал прерванный половой акт (общепринято ошибочное мнение, что он практиковал мастурбацию). По эффективности он крайне ненадежен с точки зрения контрацепции и вреден для организма мужчины. Этот метод не предохраняет от попадания сперматозоидов во влагалище с выделениями из полового члена, появляющимися в самом начале эрекции; мужчина не всегда способен вовремя угадать момент эякуляции и успеть извлечь член; выделение семени возможно до оргазма без определенных ощущений; на пике сексуального возбуждения мужчина не всегда способен контролировать себя и ситуацию. Частое использование прерванных половых актов может привести к нарушению половой функции мужчины.

К преимуществам метода можно отнести его дешевизну (не требует подготовки, денежных затрат, специальных приспособлений), отсутствие химических и гормональных воздействий.

Хирургические методы, способствующие предотвращению беременности, могут быть применены как к женщине, так и к мужчине.

Женская стерилизация заключается в хирургическом нарушении проходимости маточных труб. Осуществляется либо перевязыванием труб с последующим пересечением, наложением зажимов или колец, либо введением в трубы специальных пробок или химических веществ, вызывающих образование стриктур.

Перевязка труб производится с помощью лапароскопа через небольшой надрез в брюшной стенке.

После операции сохраняются менструации, овуляция, поэтому в случае крайней необходимости возможна реконструктивная операция или искусственное оплодотворение собственной яйцеклеткой.

Преимуществами хирургических методов являются исключительная эффективность, немедленный и стабильный длительный эффект, безопасность по сравнению с другими контрацептивами для женщин старше 35 лет, не желающих беременеть, полное отсутствие страха забеременеть.

К недостаткам относится риск послеоперационных осложнений, практически необратимость бесплодия, так как реконструктивные операции дорогостоящи и малоэффективны. В психологическом плане женщине сложно осознавать, что она больше никогда не сможет иметь детей.

Мужская стерилизация осуществляется методом вазэктомии — пересечением семявыводящих протоков, по которым сперма поступает от яичек. После операции сперма остается в протоках и придатках яичек, где разрушается, а продукты распада всасываются в кровь. Операция считается успешной, если при исследовании эякулята в двух последовательных подсчетах не выявлен ни один сперматозоид.

Преимуществом метода является идеальная эффективность, небольшая вероятность осложнений из-за технической простоты операции. Недостатками являются отсутствие немедленного эффекта (через 6–8 недель после операции), возникновение психических проблем из-за потери способности к оплодотворению, невозможность при необходимости иметь ребенка, практически полная необратимость из-за крайне низкой эффективности реконструктивных операций.

3.2. Болезни, передающиеся половым путем, и их профилактика

Болезни, передающиеся половым путем (БППП), — это группа заболеваний, инфицирование которыми происходит при половых контактах. Половой путь передачи не является единственно возможным, но играет ведущую или одну из главных ролей в распространении этих заболеваний. Известно около 50 БППП. Большинство из них редко встречаются в Украине или имеют незначительные последствия для организма. Остановимся на самых распространенных и опасных из них.

К болезням, передающимся половым путем, относятся классические венерические болезни, инфекционные, паразитические, грибковые заболевания мочеполовых органов и ВИЧ/СПИД. Последний, как правило, выделяют отдельно, учитывая его опасность, неизлечимость, а также высокий удельный вес других путей передачи вируса.

Собственно название “венерические болезни” произошло от имени богини любви Венеры (здесь подчеркивается половой путь инфицирования). Некоторые из них были известны еще в глубокой древности, о чем свидетельствуют литературные источники Древнего Китая, Индии, Греции, Рима. Такие клинические проявления, как болезненное мочеиспускание, гнойно-кровянистые выделения из половых органов, язвы на половых органах (мягкий шанкр) и бубоны в паху, описаны у Гиппократы, Галена, Цельса, Авиценны.

Болезням, передающимся половым путем, подвержены самые разнообразныe социальные слои общества. Однако контингентам лиц, именуемым группами риска, принадлежит ведущая роль в распространении этих заболеваний.

К группам риска относятся люди, ведущие беспорядочную половую жизнь, что может быть обусловлено “бродячей” профессией (моряки, военные, транспортные и сезонные работники), миграцией населения (туризм, эмиграция), проституцией. В последнее время в группу риска стремительно ворвались инъекционные наркоманы, инфицирующие друг друга через кровь при повторном использовании иглы. Кроме того, они вступают в сексуальные связи со своими партнерами, инфицируя их уже половым путем.

Можно выделить ряд факторов, способствующих росту заболеваемости БППП:

- сексуально-культурные изменения, проявляющиеся в расширении сексуальных норм общества;
- поведенческие факторы касаются прежде всего женщин, эмансипация и равноправие которых сделали их более свободными и активными в сексуальной сфере, уменьшился их контроль со стороны родителей, мужа;
- алкоголизм как растормаживающий фактор, способствующий большей сексуальной предприимчивости;
- медицинские факторы — бессимптомное течение некоторых заболеваний, самолечение, хронизация течения, развитие устойчивости ряда возбудителей к лекарственным средствам, неполное выявление контактов и источников заражения;

- социально-демографические факторы — более раннее начало половой жизни, урбанизация с повышением плотности населения, повышенная мобильность населения;
- наркомания;
- проституция;
- низкий уровень санитарного просвещения населения.

С целью снижения риска заразиться БППП и ВИЧ/СНИДом половым путем приведем некоторые рекомендации.

1. Половое воздержание абсолютно безопасно в плане инфицирования.

2. Наличие одного постоянного полового партнера при условии, что он не инфицирован и вы для него также являетесь единственным половым партнером. Если так не получается, то чем меньше у вас половых партнеров, тем ниже вероятность заразиться.

3. Необходимо узнать как можно больше о партнере до вступления в половую связь, чтобы определить, не относится ли он к группе риска. Правда, это не всегда эффективно в силу высокой лживости индивидов, а также потому, что инфицированным может быть и образцовый гражданин.

4. Не вступайте в половую связь, пока точно не убедитесь в отсутствии у партнера БППП и ВИЧ/СПИДа. В крайнем случае, обязательно пользуйтесь презервативом, лучше со спермицидами.

5. По американской статистике наиболее опасными с точки зрения заражения ВИЧ/СПИДом являются анальные половые сношения, при которых образуются микротрещинки, способствующие инфицированию. Макрофаги слизистой оболочки прямой кишки также участвуют в передаче вируса. При анальном сексе с ВИЧ-инфицированным без презерватива риск заражения самый высокий по сравнению с другими формами сексуальных контактов.

Риск заражения при единичном вагинальном половом акте с ВИЧ-инфицированным ниже и составляет 0,1–1 % (по некоторым данным — до 10 %). При наличии микроповреждений, кровянистых выделений, воспалительных явлений половых органов риск заражения резко возрастает.

Оральный секс в плане заражения ВИЧ самый безопасный по сравнению с вышеописанными, хотя обязательным требованием остается отсутствие микротравм, повреждений, пародонтоза и т. п.

6. Даже использование презерватива не гарантирует безопасности, если инфицированные области не закрыты (например, герпес на мошон-

ке и т. п.). Поэтому необходимо избегать соприкосновения с незащищенными половыми органами партнера независимо от формы сексуального контакта (анальный, вагинальный или оральный половой акт).

7. Объятия и прикосновения абсолютно безопасны, если, конечно, на теле партнера нет повреждений, т. е. нужно избегать контакта с биологическими выделениями партнера (кровь, сперма, влагалищная слизь).

Сифилис

Сифилис — хроническое инфекционное заболевание, вызванное бледной трепонемой (спирохетой), которое поражает все органы и ткани организма. Если это заболевание не лечить, оно может продолжаться многие годы и передаваться потомству в виде врожденного сифилиса.

Заражение сифилисом происходит контактным путем и через кровь.

Различают контактный путь прямой и непрямой. Прямой путь имеет место при непосредственном контакте здорового человека с больным, что чаще происходит при половом контакте (вагинальный, анальный, оральный секс), реже — при поцелуях или укусах, иногда при профессиональном контакте с больным медицинского персонала, т. е. в процессе осмотра и проведения лечебных процедур.

При непрямом контактным пути инфицирование осуществляется через различные предметы, загрязненные заразным материалом (выделения сифилитических элементов на коже и слизистых), содержащим бледные спирохеты. Возможность непрямого заражения обусловлена тем, что при определенных условиях (во влажной среде) бледные трепонемы могут длительное время сохранять жизнеспособность вне организма человека. При этом посредником передачи сифилиса может стать любой предмет домашнего обихода, но чаще это происходит через предметы, соприкасающиеся со слизистой оболочкой полости рта (например, ложки, вилки, стаканы, трубки, сигареты, наконечники духовых инструментов и т. п.), через необеззараженный медицинский инструментарий (вагалищные зеркала, клизменные наконечники, стоматологическое оборудование), при бритье в парикмахерской и т. д.

Заразными являются слюна больного, особенно при поражении слизистых оболочек рта, сперма, молоко кормящей матери. Незаразными считаются пот и моча.

Самые опасные больные с активными проявлениями заболевания (первичная и вторичная стадии сифилиса) — с мокнутием, эрозиями кожи и слизистых, отделяющими экссудат, богатый бледными трепонемами.

Заражение через кровь возможно при переливании крови и внутритробно. Кровь больного сифилисом содержит возбудитель болезни в любом периоде заболевания, хотя и в разных количествах. Чем активнее инфекция, тем больше трепонем содержится в крови. Однако даже в скрытом периоде болезни их вполне достаточно, чтобы гемотрансфузия привела к инфицированию. Внутритробная передача возбудителя от больной матери к ребенку через плаценту возможна на сроке беременности около пяти месяцев даже при отсутствии у матери каких-либо признаков наличия сифилиса. Поэтому важно выявить болезнь беременной женщины как можно раньше и провести лечение на ранних ее сроках, что повышает вероятность рождения здорового ребенка.

Сифилитическая инфекция отличается весьма своеобразным течением, которое характеризуется двумя особенностями: волнообразной сменой активных проявлений и периодов скрытого протекания; постепенным и последовательным изменением характера поражений органов и тканей в клиническом и патологоанатомическом аспектах в сторону большей выраженности и тяжести.

Выделенные на основании второй особенности течения периоды (инкубационный, первичный, вторичный и третичный) легли в основу подразделения сифилиса на первичный, вторичный и третичный. Кроме этого, выделяют также скрытый (асимптомный) сифилис, злокачественный, врожденный, висцеральный, сифилис нервной системы, спинную сухотку и прогрессивный паралич.

Первичный сифилис

Первым симптомом сифилиса является твердый шанкр (первичная сифилома), образующийся на месте внедрения бледных трепонем в кожу или слизистую оболочку. Шанкр представляет собой эрозию или поверхностную блюдцеобразную язву часто с серовато-желтым налетом, овальной или круглой формы с ровными краями, резко ограниченными от окружающих тканей. В случаях заражения через перелитую кровь или при глубоких порезах, уколах, т. е. когда трепонема проникла в кровь, минуя кожные и слизистые покровы, твердого шанкра не будет. При трансфузионном заражении сифилис вы-

является сразу в форме генерализованных высыпаний на коже и слизистых, свойственных вторичному сифилису.

Шанкр может иметь размер от 2 мм до 2 см, но чаще всего с десятикопеечную монету. При пальпации безболезненный, в его основании прощупывается уплотнение в виде пластинки или массивного хрящевидного инфильтрата. Иногда шанкров может быть несколько, что вызвано или одновременным заражением в нескольких участках, или повторными заражениями в инкубационный период.

Поскольку проникновение инфекции происходит в контактирующем месте, то очевидно, что твердый шанкр чаще всего возникает на половых органах. У мужчин — на головке члена, в венечной борозде, на крайней плоти, реже на коже мошонки и лобка, слизистой оболочке уретры. У женщин — на наружных половых органах, шейке матки, реже на стенке влагалища. Шанкр может образоваться на слизистой прямой кишки и в анальных складках, где приобретает вид трещины со специфическими особенностями, на красной кайме губ, на миндалинах (шанкр-амигдалит), на пальцах рук (шанкр-панариций), крайне редко на конъюнктиве век и глазного яблока, на кончике носа, ушных раковинах, коже затылка, спины, волосистой части головы и т. д. Поверхность шанкра содержит множество спирохет, и при любом контакте с ним происходит передача инфекции.

Вторым клиническим проявлением первичного сифилиса является поражение ближайших к шанкру регионарных лимфатических узлов, возникающее через 5–7 дней после его появления. Лимфоузлы увеличиваются, приобретают плотноэластическую консистенцию, не спаиваются между собой и с окружающими тканями, безболезненны при ощупывании, кожа над ними не изменена. Клиническое обнаружение регионарного аденита невозможно при локализации шанкра в прямой кишке или на шейке матки, ибо тогда увеличиваются лимфоузлы малого таза. В конце периода первичного сифилиса присоединяются отдаленные лимфоузлы и развивается полиаденит.

Даже при отсутствии лечения шанкр через 3–6 недель исчезает, что больной ошибочно может принять за успешное выздоровление.

Однако если лечения не происходит, то первичный сифилис переходит во вторичный.

Вторичный сифилис

Признаки вторичного сифилиса становятся заметными спустя 1–6 месяцев после появления твердого шанкра (при отсутствии лечения). Для вторичного сифилиса характерны поражения кожи и видимых

слизистых оболочек, в меньшей степени — изменения внутренних органов, нервной системы и двигательного аппарата.

Кожные поражения вторичного периода именуются вторичными сифилидами и представляют собой довольно разнообразные морфологические проявления:

- пятнистые высыпания (розеолезный сифилид);
- папулезные высыпания (папулезные сифилиды);
- пустулезные высыпания (пустулезные сифилиды) встречаются реже.

Первые высыпания вторичного периода, как правило, симметричны, возникают вследствие гематогенной диссеминации бледных спирохет. Рецидивные высыпания обычно располагаются на ограниченных участках кожи (ладони, стопы) в форме колец, дуг, гирлянд.

К отличительным признакам вторичных сифилидов относят:

- своеобразный цвет — в самом начале вторичные сифилиды имеют ярко-розовую окраску, а через пару дней приобретают застойный или буроватый, блеклый оттенок;
- фокусность — отграниченность элементов сыпи друг от друга, отсутствие периферического роста, слияния и сплошных поражений;
- отсутствие субъективных ощущений в виде зуда, частого спутника различных кожных поражений;
- истинный и ложный полиморфизм сыпи — у больного одновременно имеются высыпания различных морфологических элементов (пятна и папулы, папулы и пустулы) или одновременно присутствуют различные стадии одного элемента сыпи (например, папулы в различной стадии своего развития), обусловленные постепенностью появления сифилидов.

В полости рта и на половых органах могут появляться язвочки с мокнущей поверхностью, содержащей бледные трепонемы, что способствует распространению инфекции как половым путем, так и при поцелуе, через ложку, вилку и т. д.

Могут появляться также симптомы в виде болей в горле, головной боли, лихорадки, выпадения волос, болей в суставах и пр.

Детальное описание поражения кожи, слизистых и внутренних органов при вторичном сифилисе имеется в специальной литературе по кожным и венерическим болезням.

Спустя 2–3 месяца проявления болезни исчезают, а через неопределенное время возникают вновь, что свидетельствует о вторичном рецидивном сифилисе.

Больных, начавших лечение во вторичном свежем или рецидивном периоде сифилиса и не имеющих в настоящее время клинических проявлений, относят к вторичному скрытому сифилису.

Третичный сифилис

Третичный период не является обязательным в течении сифилиса даже при отсутствии лечения. Он возникает при длительном истощении, хронической интоксикации организма вследствие хронических инфекций (туберкулез) или алкоголизма, при тяжелых травмах.

Клинические проявления характеризуются тяжелыми поражениями органов и систем, обусловленными образованием узлов (гранулем) во внутренних органах, коже, слизистых оболочках, костях, глазах, мозге.

Поражение жизненно важных органов может привести к инвалидизации и смерти больного.

Подробно клиническая картина поражений при третичном сифилисе описана в литературе по кожным и венерическим болезням.

Больных, не имеющих в настоящее время клинических проявлений, но в прошлом перенесших третичный сифилис, относят к группе третичного скрытого сифилиса.

Скрытый сифилис

В группу скрытого сифилиса причисляют больных при неустановленном ранее периоде болезни. Как правило, такие больные выявляются случайно только по результатам лабораторных исследований, после чего им немедленно назначается противосифилитическое лечение.

Данная форма сифилиса не опасна с точки зрения заражения половым путем, однако трансплацентарное или гемотрансфузионное инфицирование вполне возможно.

Врожденный сифилис

Врожденный сифилис является результатом внутриутробного инфицирования, которое происходит примерно на пятом месяце беременности. Беременность у больной сифилисом женщины может закончиться поздним выкидышем, преждевременными родами, мертворождением, рождением больных детей с ранними или поздними проявлениями болезни, а также рождением здорового ребенка.

Врожденный сифилис подразделяют на ранний и поздний. К раннему врожденному сифилису относят сифилис плода, сифилис детей грудного возраста, сифилис раннего детского возраста.

Сифилис детей грудного возраста может иметь клинические проявления сразу после рождения или на протяжении первого года жизни. Если дети рождаются с выраженными клиническими проявлениями сифилиса, то они, как правило, нежизнеспособны и погибают в первые часы после рождения. Реже дети, родившиеся с проявлениями этого заболевания, жизнеспособны и при своевременном лечении поправляются и развиваются нормально.

Течение врожденного сифилиса в возрасте 1–4 лет, даже у перенесших заболевание в грудном возрасте, отличается слабыми клиническими проявлениями, часто инфекция протекает латентно. При наличии клинических проявлений картина идентична вторичному рецидивно приобретенному сифилису.

Поздний врожденный сифилис проявляется, как правило, у детей в возрасте 4–16 лет. До этого проявления сифилиса могут вообще отсутствовать. Активные проявления идентичны проявлениям третичного сифилиса.

Во всех случаях заболевания сифилисом лечение обязательно у врача дерматовенеролога.

Гонорея

Гонорея (триппер) — самое распространенное венерическое заболевание. Возбудителем его является гонококк, открытый в 1879 г. Нейссером. Основной путь передачи — контактный, чаще всего половой. Врожденного или приобретенного иммунитета к гонококку не существует, поэтому гонореей можно болеть много раз и в любом возрасте. Инфицированный человек может инфицироваться повторно (суперинфекция), но только другим штаммом гонококка. Поэтому взаимное инфицирование друг друга уже больными половыми партнерами не приводит каждый раз к вспышке острого заболевания, хотя они легко заразят других лиц или суперинфицируются от больных с иным штаммом гонококка.

Возможны случаи бытового заражения при пользовании общим туалетом, чужими предметами гигиены. Описаны случаи массового заражения больным ребенком целой группы в детском саду при пользовании одним горшком.

Вероятность заражения мужчины от больной женщины при одном половом акте составляет 20 %. Риск заражения женщины от больных мужчин значительно выше.

Различают следующие формы гонореи:

- свежую — острую, подострую и торпидную (вялую). К ней относятся случаи, когда с момента заболевания прошло не более двух месяцев;
- хроническую;
- латентную.

Инкубационный период заболевания гонореей составляет 2–8 дней, после чего начинаются клинические проявления, особенно выраженные у мужчин в виде гонорейного уретрита (простатоуретрита), сопровождающегося болезненным мочеиспусканием и выделением гноя из мочеиспускательного канала. У 10 % мужчин симптомы не развиваются (латентная форма), и они остаются просто носителями инфекции.

У женщин ранние проявления гонореи могут пройти незаметно и чаще первым сигналом тревоги являются проявления гонореи у их полового партнера. Поэтому из-за бессимптомности или малой симптомности течения именно женщины являются главными распространителями гонореи.

В случае отсутствия своевременного и адекватного лечения инфекция распространяется на другие органы мочеполовой системы. В результате хроническая гонорея может привести к непрохождению мочи и бесплодию у мужчин, к сальпингиту, пельвиоперитониту и последующему бесплодию у женщин.

При первом подозрении или клинических проявлениях, характерных для гонореи, следует немедленно обратиться к специалисту — дерматовенерологу, урологу, гинекологу.

ВИЧ/СПИД

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) — тяжелое инфекционное заболевание с летальным исходом. Приобретенный иммунодефицит может быть вызван целым рядом факторов, но эпидемическое значение имеет именно СПИД, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Поэтому в последние годы установилось название ВИЧ/СПИД, указывающее на происхождение иммунодефицита. Сегодня эта болезнь стала самой большой социально-медицинской проблемой во многих странах мира.

Вирус иммунодефицита человека — внутренний паразит, отдельная вирусная частица, не способная к размножению, пока не попадет

внутри клетки, и имеющая склонность к поражению именно клеток иммунной системы человека.

Впервые ВИЧ был идентифицирован в 1983 г. группой французских ученых во главе с Л. Монтанье в Пастеровском институте в Париже. В 1986 г. у больных — выходцев из Западной Африки выделили вирус, похожий на ВИЧ, но с некоторыми отличиями. Ему было присвоено название ВИЧ-2, а выделенному ранее — соответственно ВИЧ-1. В последующем ВИЧ-2 был выявлен и в других странах (США, Германия, Франция) у больных, чьи сексуальные партнеры или они сами являлись выходцами из Африки. В Украине подавляющее большинство инфицированных являются носителями ВИЧ-1. ВИЧ-2 распространен значительно меньше.

В 1988 г. появились сообщения о ВИЧ-3, выделенном от больных в Южной Америке, но этот вирус изучен пока недостаточно. (И. Кобець, Ю. Кобища, Т. Папушина 1994)

Первые случаи заболевания загадочной болезнью диагностировали в 1981 г. у молодых гомосексуалистов США. Считается, что в страну его занес стюард авиакомпании “Эйр-Канада” Газтан Дюга, совершавший рейсы в Нью-Йорк и Сан-Франциско, где колонии гомосексуалистов самые большие, и в другие американские города. Будучи активным гомосексуалистом, он встречался с множеством партнеров в барах, клубах и саунах, заразив 40 из первых 250 жертв СПИДа в США. Дюга умер в 1984 г. в возрасте 32 лет от саркомы Капоши. А в Нью-Йорке и Сан-Франциско, где уровень больных СПИДом в 5–6 раз выше, чем в среднем по стране, в 90-х годах СПИД был главной причиной смерти мужчин в возрасте 20–40 лет.

В крови больных отмечается крайне низкий уровень Т4-лимфоцитов, вследствие чего иммунная система пораженных СПИДом неспособна бороться с патогенными воздействиями, с которыми легко справляется здоровая иммунная система. Поэтому больные умирали и умирают, как правило, от так называемых оппортунистических инфекций или саркомы Капоши, не свойственных людям с нормальным иммунитетом.

Поначалу считалось, что это болезнь гомосексуалистов, но вскоре оказалось, что инфицирование возможно и при гетеросексуальном половом акте.

Сегодня известны следующие пути передачи ВИЧ:

- половой контакт с инфицированным человеком независимо от формы (анальный, вагинальный, оральный);

- переливание крови ВИЧ-инфицированного донора, пересадка его органов и тканей;
- применение игл и шприцев, использованных ВИЧ-инфицированным человеком, что очень распространено в среде инъекционных наркоманов, прокалывание ушей, нанесение татуировки;
- повреждение кожи и слизистых медицинским инструментарием, загрязненным ВИЧ вследствие предшествующего контакта с ВИЧ-инфицированными органами и тканями;
- инфицирование матерью плода во время беременности, родов или при вскармливании ребенка грудным молоком.

Указанные пути обусловлены тем, что вирус содержится в биологических жидкостях инфицированного организма: крови, сперме, секрете шейки матки, влагалища, материнском молоке, а также в слюне, моче, слезах, спинномозговой жидкости, гное, поте. Правда, не во всех этих жидкостях концентрация вируса одинаково опасна для здорового человека. Однозначно опасными признаны кровь, сперма и влагалищный секрет.

Нет достоверных данных о распространении вируса через слюну, что весьма важно с позиции возможного заражения при поцелуе. Вероятность такого заражения существует при глубоком поцелуе с наличием трещин, язвочек во рту здорового человека, однако особо опасна слюна с примесью крови из поврежденных десен. В последнем случае опасность представляет именно кровь.

ВИЧ не передается при рукопожатиях и объятиях, через посуду, пищу и туалетные принадлежности, постельное и нательное белье, монеты и банкноты, воду, воздух, игрушки, дверные ручки, поручни и т. п. Иными словами, бытовым путем заразиться невозможно. Также нет подтверждения возможности заражения при укусах комаров, клещей, вшей и т. д., что обусловлено невозможностью вируса к размножению в организме насекомых и быстрой его инактивацией.

Риск заразится ВИЧ при переливании крови составляет 90 % (в 1 мл крови содержится от одной до 10 инфекционных доз вируса). Риск передачи вируса от инфицированной женщины плоду или новорожденному по результатам разных исследований колеблется в пределах 11–70 % (в среднем 30–50 %)

Степень риска заражения половым путем возрастает при наличии дополнительных факторов, в первую очередь при наличии у одного из партнеров БППП, особенно сопровождающихся нарушением целостности кожи и слизистых (сифилис, герпес, грибковые поражения). Риск

заражения при однократном вагинальном акте с ВИЧ-инфицированным партнером колеблется от 0,1 до 1 %. Однако вследствие большого числа половых актов между здоровым и ВИЧ-инфицированным партнером этот путь заражения в мире доминирует, и лишь в последние годы его потеснили наркоманы, инфицирующие друг друга загрязненными иглами. Считается, что каждый третий инъекционный наркоман инфицирован ВИЧ, хотя точное их количество неизвестно (*Кобыща Ю., Пурик-Бондаренко Е. Молодежи о СПИДе. — К.: Здоровье, 1994*).

Вероятность заражения нестерильным медицинским инструментарием для инъекций в среднем составляет 1 % и зависит от объема передаваемой таким образом крови. Случайный укол инфицированной иглой в медицинских условиях приводит к заражению ВИЧ в 0,3 % случаев.

Инфицированный ВИЧ человек может длительное время (месяцы, годы, реже десятилетия) оставаться инфицированным без каких-либо признаков собственно иммунодефицита. Все это время он эпидемически опасен и является источником инфекции. После бессимптомного периода рано или поздно развивается СПИД, после чего фатальный исход неизбежен. Длительность бессимптомного периода зависит от нескольких факторов: способа заражения, возраста, типа вируса, наличия сопутствующих вирусных инфекций (герпес, вирусный гепатит), сифилиса, туберкулеза. Бессимптомный период более короткий у инфицированных при переливании крови или внутривенно, у зараженных ВИЧ-1 (более агрессивен).

После заражения наблюдается *инкубационный период* (как и у других инфекционных заболеваний), продолжающийся 3–6 недель, а затем наступает *острая фаза* ВИЧ-инфекции. Возникающие в этот момент симптомы связаны исключительно с самой ВИЧ-инфекцией, а не с иммунодефицитом и вторичными заболеваниями. Острые проявления наблюдаются в 30–70 % инфицированных и чаще всего состоят в повышении температуры тела, увеличении лимфоузлов, ангине, сыпи на лице, туловище в виде розовых или красных пятен. Появляются также расстройства пищеварения, головная боль, рвота, светобоязнь. Спустя 2–4 недели данная симптоматика исчезает самопроизвольно без лечения.

Разумеется, указанные проявления не являются специфическими именно для ВИЧ-инфекции и таким больным при обращении к врачу ставят диагноз ОРЗ, гриппа, кори и т. п. Болезнь на этой стадии не

распознается даже лабораторно, так как антитела к ВИЧ (выявляемые с целью диагностики ВИЧ-инфекции) появляются лишь через 1,5–3 месяца после окончания острой фазы, а методика выявления собственно вируса трудноприменима в массовом порядке и более дорогостояща.

После острой фазы наступает фаза бессимптомной инфекции (*латентный период*). Единственный симптом, который может появиться как признак прогрессирования болезни, — это увеличение периферических лимфатических узлов (безболезненны, эластичны, подвижны, не спаяны с кожей) с наступлением *периода персистирующей генерализованной лимфаденопатии*, который может длиться несколько лет.

Следующая стадия — *стадия вторичных заболеваний* (“СПИД-ассоциированный комплекс”), в которой присоединяются необъяснимые расстройства стула, длительное (больше одного месяца) повышение температуры, похудание более чем на 10 % от исходной массы тела, быстрая утомляемость, ночная потливость. И самое главное — присоединяются разнообразные вторичные инфекции, вызванные вирусами, бактериями, простейшими, развитие опухолей. Поражение нервной системы и психические нарушения свидетельствуют о наступлении СПИДа — финальной стадии болезни. В этой стадии усилия врачей направлены только на облегчение страданий больного.

После установления диагноза СПИДа каждый второй больной умирает в течение года, а через три года умирает 70–80 % больных.

Раздел 4

СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

4.1. Сексуальная преступность

У современного цивилизованного человека при отсутствии психической патологии существуют прочные внутренние барьеры, надежно сдерживающие агрессию, потенциально существующую в каждом. Эти барьеры обусловлены этическими, нравственными и даже эмоциональными нормами, выработанными человечеством на протяжении тысячелетий. И лишь особые свойства, присущие определенным группам людей, предопределяют возможность совершения преступления против личности, в том числе и самого страшного — убийства.

В оценке любых действий человека особую роль играет мотив, формирующийся на основе потребностей. Каждый человек испытывает определенные потребности и с целью их удовлетворения предпринимает соответствующие действия. Но в зависимости от моральных качеств индивидуума предпринятые действия могут носить разный характер. К примеру, как ухаживание, так и изнасилование может исходить из одной и той же потребности в сексуальном удовлетворении, но действия по реализации этой потребности принципиально различны.

Важным регулятором человеческого поведения является также интерес, который может принципиально отличаться от сути потребности в сексуальном удовлетворении. Интерес к изнасилованию может быть сформирован комплексом неполноценности и необходимостью самоутвердиться, азартом преодоления сопротивления жертвы. Поводом для изнасилования может стать также зависть к более удачливому сопернику, обладающему данной женщиной, чувство мести и т. п. Классовая и национальная ненависть, побуждающая к изнасилованию женщин во время революционных переворотов и военной оккупации чужой страны, ярко проявилась в изнасиловании жен дворян при разграблении усадеб во времена Французской и Октябрьской революций, а также женщин на оккупированных территориях Боснии и Герцеговины, Чечни и т. д. Однако потребность только тогда порождает интерес, когда на пути ее удовлетворения находятся препятствия объективного или субъективного плана. Беспрепятственное ее удовлетворение не порождает интереса.

Все перечисленное в равной мере может быть поводом для сексуального убийства. В частности, по одной из версий, известный Джек Потрошитель, совершивший в 1888 г. серию нераскрытых сексуальных убийств проституток, мстил им за то, что заразился венерической болезнью. Множество убийств любовниц (любовников) вызваны стремлением избежать огласки связи перед вступлением в брак, для сохранения семьи или карьеры. Сексуальное убийство жены (мужа) чаще обусловлено ревностью и нередко имеет целью воспрепятствовать счастливой семейной жизни жены с другим мужчиной (женщиной) после расторжения брака. В настоящее время этот мотив преимущественно сочетается с корыстными мотивами.



Так, В. Гитин в “Анатомии криминала” упоминает случаи убийства из мести за отказ вступить в извращенные половые отношения или за принуждение к ним. В частности, описан случай из криминальной хроники начала XX в. об отравлении 21-летней Е. своего мужа мышьяком.

Она происходила из зажиточной семьи, отец не пил, любил трудиться и лечиться от различных нервных болезней, мать — истеричка, страдающая припадками. В раннем детстве у Е. отмечались головокружение и ночное недержание мочи, но она росла энергичной и физически выносливой. Училась плохо, до 18 лет играла в куклы, со взрослыми была застенчивой, держалась скромно.

В 19 лет Е. уехала в Москву учиться портняжному делу и через месяц вышла замуж за рабочего, бывшего ранее трижды неудачно женатым. Все в семейной жизни складывалось хорошо, кроме одного — половая жизнь не доставляла ей ни малейшего удовольствия, а муж был гиперсексуален и постоянно требовал половой близости.

В мае 1927 г. муж заболел гриппом и его сексуальные притязания усилились; он начал предлагать сношения в необычной форме. Это вызвало у нее столь сильное отвращение, что она не могла даже ухаживать за ним во время болезни. В связи с приставаниями Е. вспомнила слова мужа о том, что надо бы купить мышьяка и потравить крыс (до этого она не подозревала о существовании яда). Она купила мышьяк, смешала с микстурой и дала выпить больному. На следующий день мужа доставили в больницу, где он скончался. При вскрытии установили причину смерти.

Е. долго не сознавалась в содеянном, но затем подробно обо всем рассказала. О своем поступке не сожалела, вспоминала причиненные мужем обиды, обвиняла его в том, что “он посадил в тюрьму их сына” (Е. родила в тюремной больнице). С ребенком играет как с куклой, заботлива.

Интересные статистические данные представлены московскими исследователями на основании изучения сексуальных преступлений, совершенных за три года. Максимальное количество противоправных действий приходилось на пятницу и субботу, минимальное — на четверг. Что касается частоты преступлений по месяцам, то в январе их число вдвое превосходило таковые за декабрь, а в последующие месяцы наблюдалось четкое чередование спада (по четным) и подъема (по нечетным месяцам) количества правонарушений со стабилизацией на относительно низком уровне в ноябре и декабре. Отмечены также сезонные колебания количества сексуальных правонарушений: максимальный подъем приходится на весеннее время, минимум — на осень, а зимой и летом эти цифры занимают срединное положение. Описанные колебания, вероятно, отображают связь сексуальных преступлений с биоритмами сексуальной активности, отмечая социально-биологический аспект данного вида преступной деятельности.

Подтверждено также неоспоримое влияние алкоголя на уровень преступности — более 85 % подэкспертных находились в состоянии простого алкогольного опьянения (М. Красильникова 1986)

Сексуальные преступления составляют незначительный процент от всех уголовных преступлений, однако причиняемый ими моральный и физический вред выводит их в лидеры социально опасных преступлений.

4.2. Факторы, влияющие на сексуальную преступность

Пол

Рассматривая различия мужской и женской преступности, необходимо учитывать целый комплекс психических, гормональных и социальных факторов. Традиционно считается, что в целом преступления чаще совершают мужчины. Уже в подростковом возрасте мальчики больше подвержены отрицательному влиянию семьи, приводящему к асоциальному поведению, у них отмечается большая частота психопатологии, при этом чаще сексуальные нарушения, а у девочек — личностные. У взрослых мужчин превалируют не только преступность и психопатология, но и личностные нарушения.

Проявления психопатологии у женщин во многом связаны с физиологическими циклическими изменениями их гормональной

системы. Такая же связь отмечается и между гормональными циклами и сексуальными преступлениями, совершенными во время предменструального периода преступницы. Предменструальный синдром — самое распространенное и, вероятно, древнейшее заболевание в мире. Считается, что им страдают от 40 до 90 % женщин. С предменструальным синдромом связано более 150 симптомов: прибавление в весе, усталость, боль в суставах, спазмы в брюшной области, мигрени, раздражительность, болезненность молочных желез, плаксивость, ощущение голода, неустойчивое настроение, усталость, рассеянность, нервозность.

Так, Кук (Cooke 1945) отмечал, что 84 % насильственных преступлений, совершенных парижанками, были совершены в менструальные и предменструальные дни. О влиянии синдрома на поведение женщин стало известно в 1980 г., когда двум англичанкам, обвиняемым в убийстве, поставили диагноз “предменструальный синдром” и уменьшили срок обвинения. В другом случае обвиняемую в неумышленном убийстве приговорили к меньшему наказанию на основании ее “ограниченной ответственности”. Однако похоже, что упомянутые случаи агрессивного поведения женщин, связанного с предменструальным синдромом, встречаются крайне редко. Различия в агрессивности полов в значительной степени обусловлены также культурно-социальными стереотипами полового поведения. Так, женщинам приписываются преимущественно словесные, а мужчинам — физические формы агрессии. Однако в условиях изменения стереотипов, устранения различия в социализации полов происходит вторжение женщин в ранее типично мужские виды преступности. В последние годы во многих странах мира отмечается быстрый количественный и качественный рост преступности женщин с применением насилия. В то же время в сексуальной преступности продолжают доминировать мужчины.

Алкоголь

Вопрос о влиянии алкоголя на преступность вообще и сексуальную преступность в частности широко обсуждается в литературе. Подобный эффект алкоголя обусловлен в первую очередь тормозящим влиянием на кору головного мозга и высвобождением сексуальной агрессии, преступного и девиантного поведения. Считается, что особенно усиливается сексуальная агрессия у мужчин, причем это в равной мере характерно как для лиц зависимых, так и не имеющих

зависимости от алкоголя. По некоторым данным, у лиц, не зависящих от алкоголя, эффект высвобождения сексуальной агрессии даже более выражен. Алкоголь также вносит изменения в систему нейромедиаторов, способствуя развитию агрессивного поведения.

Необходимо подчеркнуть двоякую роль алкоголя — он облегчает возникновение аффекта и усиливает его, а также искажает личностно значимые коммуникативные связи. Сексуальные агрессивные реакции при алкогольном опьянении можно разделить на два вида — неадекватные ответные действия на ситуацию и те же действия, диктуемые личностными девиациями. При этом необходимо также учитывать и эмоциональное состояние — страх, гнев, ярость, аффект ревности.

Рассматривая влияние алкоголя на преступность, особое внимание необходимо уделить хроническому алкоголизму, который приводит к дисфункции коры головного мозга и деградации личности. Особо подчеркивается связь между алкоголизмом и инцестом. По данным разных авторов, среди лиц, совершивших кровосмешение, доля алкоголиков колеблется от 20 до 75 %.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что алкоголь является основным фактором, провоцирующим совершение изнасилования, при этом около 10 % пострадавших сами находились в состоянии алкогольного опьянения.

Увеличивает вероятность сексуального преступления также употребление повышенно токсичных спиртных напитков, появившихся в последнее время в свободной продаже. Подобное опьянение отличается от простого алкогольного опьянения и не укладывается в рамки целостных психопатологических синдромов алкогольного генеза.

Насильники и инцестофилы значительно чаще встречаются среди наркоманов, чем в популяции не зависящих от наркотиков людей. В то же время доля наркоманов среди сексуальных преступников незначительна в связи с их пока малым удельным весом в обществе. Многие авторы подчеркивают широкое распространение среди наркоманов гомосексуализма, причем преимущественно не среди мужчин, как в основной популяции, а среди женщин. С одной стороны, алкоголь и наркотики провоцируют преступное поведение, а с другой — преступное поведение усугубляет или провоцирует зависимость от них.

Агрессия

Агрессивные проявления в мире животных не редкость, поэтому особое внимание могут привлекать только случаи детоубийства. У некоторых животных истребление новорожденных является почти правилом, в частности, это наблюдают у свиней, реже у кошек; самки кроликов нередко пожирают своих детенышей. Часто эти истребительские наклонности связаны у животных с сильным половым возбуждением и проявляются во время течки. Голубка в состоянии ревности способна заклевать своих птенцов.

Известно много теорий, объясняющих явления агрессии. По Фрейду агрессия является следствием сексуальной фрустрации.

Musaph и Mettrop выделяют семь фаз в развитии агрессии: I — агрессия среды; II — агрессия, перенесенная на других лиц (например, на членов семьи); III — агрессия, высвобождающая отрицательные эмоции в примитивном и деструктивном поведении; IV — косвенная агрессия, проявляющаяся в форме протеста; V — косвенная агрессия, проявляющаяся в садомазохистском поведении; VI — агрессия, реализуемая в производственной деятельности; VII — агрессия, реализуемая в творческой деятельности, в сублимации.

Некоторые теории биологической обусловленности агрессии дополняются влиянием социальных факторов — социальной фрустрацией, провокацией со стороны других лиц, негативным влиянием средств массовой информации, а также ситуационных факторов — алкоголизации, наркотизации. Значительную роль играет провоцирующее воздействие средств массовой информации и массовой культуры. Просмотр фильмов, демонстрирующих насилие, стимулирует агрессию у предрасположенных к ней лиц. А предрасположенность к насилию в разной степени выраженности присутствует практически у каждого. Это подтверждается оригинальным экспериментом, проведенным в группе нормальных мужчин (цит. по З. Старовичу), в ходе которого им демонстрировали слайды с изображением сцен изнасилования в сопровождении магнитофонной записи реального преступления. Многие исследуемые отреагировали развитием сексуального возбуждения как на процесс изнасилования, так и на проявленную жертвой реакцию сопротивления и страха. Однако ранее никто из исследуемых не только никогда не участвовал в изнасиловании, но и не помышлял об этом, а в половой жизни не проявлял сексуальной агрессивности.

Большую агрессивность мужчин объясняют особенностью их гормональной системы, при этом андрогенизация женщин увеличивает и их агрессивность. Отмечено, что агрессивность передается по наследству от отца к сыну как у животных, так и у людей. В подтверждение роли мужских половых гормонов Хоук (Hawke 1951) сообщает о результатах кастрации мужчин, совершивших сексуальные преступления, большинство из которых были гомосексуалистами с агрессивными педофильными действиями. После кастрации поведение преступников стабилизировалось и многие из них стали полезными гражданами. С экспериментальной целью кастрированным мужчинам был назначен мужской половой гормон тестостерон, что привело к возобновлению девиантного поведения. Через несколько дней после отмены препарата состояние подопытных вновь стабилизировалось. Низкий уровень рецидивов сексуальных преступлений после кастрации отмечал также Ле Мэр (LeMaire 1956), описывая датский опыт исследования этого явления. Снижение рецидивов сексуальных преступлений может быть обусловлено не только изменением гормонального фона, но в большой степени и эффектом кастрации как символического запугивания, мол, еще раз поймут — еще больше отрежут (Allan Mazur 1983). В некоторых сообщениях (Bremer 1959) отрицается влияние кастрации на уменьшение агрессии как таковой, но подтверждается снижение либидо и соответственное изменение мотивации повторных сексуальных преступлений. Креуз и Роуз (Kreuz and Rose 1972), исследуя уровень тестостерона и наблюдая поведение молодых заключенных мужчин, совершивших насильственные преступления, пришли к заключению, что уровень мужского полового гормона в плазме никак не коррелирует с частотой тюремных драк, с частотой вербальной агрессии или с высокой оценкой по шкале теста на враждебность. В то же время определен повышенный уровень тестостерона в плазме заключенных, в подростковом возрасте отличавшихся агрессивностью и насилием. Однако, учитывая индивидуальные колебания уровня половых гормонов с течением времени, нельзя однозначно утверждать, что уровень тестостерона в подростковом периоде этих заключенных также был повышенным. Тюремные исследования (Ehrenkranz et al. 1974) обнаружили одинаково повышенные уровни полового гормона у группы “социально доминирующих” неагрессивных и у группы постоянно агрессивных. Это доказывает, что если уровень тестостерона и влияет на агрессию, то не всегда и возможно при наличии третьего, пока неизвестного фак-

тора. Вполне вероятно также, что многие безапелляционные сообщения о прямой связи тестостерона с агрессией подменяют словом “агрессия” понятие “доминирования”. Причинно-следственная связь может быть и обратной — доминирующее поведение может повышать уровень тестостерона, что доказано исследованиями как обезьян, так и человека. Успешные попытки достичь или удержать высокий статус приводят к повышению уровня тестостерона, безуспешные попытки или потеря статуса — к понижению его уровня. При исследовании теннисистов в парных матчах оказалось, что через час после игры у проигравших уровень тестостерона снизился, а у победителей — повысился. Однако у победителя может и не наблюдаться повышение уровня гормона, если он не чувствует подлинного триумфа, связанного с победой (неуверенная или случайная победа) (Mazur and Lamb 1980). Повышение тестостерона у мужчин наблюдалось также на следующий день после получения ученой степени (Mazur and Lamb 1980). Снижение тестостерона отмечалось у молодых солдат и курсантов офицерских школ в связи с их подчиненным положением, в то время как у их начальников, вероятно (исследование не проводилось), уровень гормона был повышенным (Kreuz, Rose and Jennings 1972).

Социально-культурная среда

В системе приобретения молодежью жизненного опыта и формировании личности фактор подражания играет ведущую, если не решающую роль. Поэтому субъекты культурной и социальной среды обладают огромными возможностями социально-психологического воздействия как в положительном, так и в отрицательном направлении. Прежде всего субъект воспринимает морально-этические и культурные ценности микросреды — определенной социальной группы, в которой он находится временно или постоянно.

Известный английский философ Э. Бёрк еще в XVIII в. писал, что именно “подражание — несравненно больше, чем наставление — дает нам возможность все познать, а то, что мы познаем, таким образом, усваивается не только с большим успехом, но и с большей приятностью. Оно определяет наши привычки, наши мнения, наш образ жизни. Оно служит одной из самых сильных связей внутри общества”.

Особым примером для подражания служат взаимодействия в семье, где воспитывается ребенок, подросток, который, отождествляя себя с одним из родителей, впитывает соответствующие особенности

межличностного общения, атмосферу, царящую в семье, реакции на различные жизненные обстоятельства взрослых членов семьи. Именно в семье человек формирует шкалу нравственных ценностей и необходимые стереотипы поведения.

В то же время взаимоотношения в семье во многом отражают все негативные процессы, происходящие в обществе. Значительное влияние оказывает также школа, неформальные молодежные группы, состояние общества в целом, стойкость общепризнанных этических норм.

Ощущение своего социального неравенства, чувство неполноценности, второсортности, будь то в экономической, политической, сексуальной или других сферах, у некоторых лиц влечет за собой протестное, самоутверждающее поведение, часто принимающее агрессивное-насильственный характер. Изнасилование бродягой женщины из высших слоев общества имеет целью сравниться с импозантными и благополучными мужчинами, которые обладают ею или добиваются ее расположения. В ином случае он жаждет унижить ее до своего уровня, мстя за ее недостижимость и свою второсортность. По сути, секс в данной ситуации отнюдь не цель, а средство самоутвердиться, ликвидировать существующее социальное неравенство и спасти остатки своего “Я” от полного краха.

Не последнюю роль в этом играют средства массовой информации, которые как фактор формирования общественной культуры (или бескультуры) занимают все больший удельный вес и, к сожалению, несут в себе непосредственный или опосредованный криминальный заряд в виде пропаганды различных форм насилия, воспеания уголовной романтики. Сцены сексуального насилия даже у большинства нормальных мужчин вызывают половое возбуждение, а от чрезмерного количества подобной информации возможна фиксация на этом виде сексуальной активности, особенно у подростков с несформированными половыми предпочтениями. Обилие насилия, сцен убийств и крови на экране может вызывать у личности, особенно незрелой, гамму острых ощущений, отрицательные эмоциональные переживания, которые со временем получают положительную окраску. Это обусловлено так называемым феноменом противоположного процесса, проявляющимся в ответ на ситуацию, сочетающуюся со страхом и отвращением (Solomon R. L. 1989). В результате противоположного процесса происходит мощное высвобождение эндогенного опиатного пептида эндорфина, сопровождающееся эйфорическим

экстазом с последующим возникновением зависимости. Для получения эмоционального удовлетворения индивид нуждается во все большем количестве насилия и крови, вначале на экране, а затем, возможно, и в реальной жизни.



Характерную трансформацию личности под влиянием семейного воспитания описал Ч. Ломброзо. Семья К. состояла из воров и разбойников благодаря родителям, приучившим своих детей к этому ремеслу с раннего возраста. В то же время младшая из пяти братьев и сестер испытывала непреодолимое отвращение к преступлениям, и родители с целью воспитать “достойного” члена семьи заставили ее несколько часов носить в переднике отрезанную голову их жертвы. Очень быстро девочка вошла во вкус, да так, что стала самым жестоким членом банды и придумывала для жертв самые мучительные пытки.

Внутренняя готовность пойти на преступление возникает в смутные времена всеобщего хаоса и разгула преступности, размытости социальных норм, криминализации всех сфер общественной деятельности.

Отдельно необходимо остановиться на отношении общества и официальных органов власти к проституции. Нетерпимое отношение к этому явлению и запретительные меры не только бессильны в борьбе с самой древней профессией, но и вредны. Ибо при всей своей неприглядности проституция способствует снижению уровня некоторых сексуальных преступлений. В частности, в Дании после легализации проституции количество зарегистрированных изнасилований снизилось на 70 %, а в Австралии после законодательного запрещения проституции количество изнасилований возросло на 149 % (Б. Ворник 1995). Кроме того, нелегальное положение проституции приводит к ее криминализации и срастанию с организованной преступностью.

Обращение к проституткам позволяет преодолеть стеснение и робость молодым людям, еще не жившим половой жизнью, психогенным импотентам — обрести уверенность в своей сексуальной полноценности, пожилым — восстановить сексуальные рефлексы и поддерживать потенцию при вынужденном половом воздержании, сохранить семью при фригидности жены, преодолеть комплекс сексуальной неполноценности и самоутвердиться при холодности или безтактном поведении жены. С проституткой могут удовлетворить свои потребности мужчины, которым в силу своей физической, моральной или интеллектуальной непривлекательности сложно найти сексуального

партнера в жизни. Изнасиловать женщину или пойти к проститутке — они, вероятнее всего, выберут второй вариант. А если второго варианта нет?..

Психосексуальное развитие

Исследуя факторы, влияющие на сексуальную преступность, необходимо рассмотреть проблему не только условий воспитания и окружающей микросреды, но и общего, психического и полового развития.

Проведенные клинические исследования подростков (А. Зайцев 1992), совершивших сексуальные преступления, подтверждают их отличие от общей подростковой популяции. У большинства происходило раннее соматополовое и ускоренное психосексуальное развитие, а также сложные и сочетанные асинхронии полового развития. Становление их сексуальности характеризовалось отсутствием или редукцией фаз платонического и во многих случаях — эротического либидо, появлением непосредственно сексуального либидо и раннего начала половой жизни.

У подавляющего большинства отмечались ярко выраженные эпилептоидные, истероидные и неустойчивые акцентуации и психопатии в стадии декомпенсации и субкомпенсации. Распространенной является также олигофрения в стадии легкой дебильности. Поведение подростков в процессе преступления и их отношение к содеянному определяются главным образом особенностями психического статуса — сексуальные преступления подростков с гипертимной психопатией носят преимущественно ситуативный характер, эпилептоидные психопаты характеризуются особой жестокостью и т. д.

Наследственность

В советские времена роль наследственности в преступном поведении отвергалась как буржуазное измышление, насаждалось утверждение о всемогуществе воспитания и влияния социальной среды. Ничуть не умаляя роли небιологических факторов, целесообразно привести свидетельства влияния наследственности на преступность, которое серьезно изучалось еще в XIX в. В данном случае речь далеко не всегда идет именно о сексуальной преступности, наследственные проявления могут быть самыми разнообразными, но вряд ли они присущи достойным членам общества.



Проявление преемственности преступления и его связи с душевными болезнями можно проследить на таком примере. Родоначальниками одной американской семьи была некая Ада, воровка и пьяница, родившаяся в 1740 г., и развратник Макс, охотник и рыбовод, родившийся в 1720 г. Он оставил после себя внушительное потомство — 540 законных и 169 незаконных детей. Были исследованы несколько поколений его потомков. Трое из его дочерей до замужества были проститутками; во втором поколении количество преступников ничтожно; их количество достигает 24 в четвертом и 60 — в пятом поколении. Количество проституток возрастает с 14 до 90, бродяг — с 11 до 74. В третьем поколении сифилитики и проститутки составляли 69 % общего числа членов семьи. Снижение количества преступников в шестом и седьмом поколениях позволяет предположить возможное природное вырождение аномальной ветви путем бесплодия и преждевременного вымирания детей. В данном семействе бесплодие с девяти случаев в третьем поколении поднялось до 22 в пятом, а смертность детей в последние годы исследования достигла трехсот случаев. Члены этой семьи провели в тюрьме в общей сложности около 120 лет, в пятом поколении все женщины были проститутками, а мужчины — преступниками. Долговечность, жизнеспособность и плодovitость во внебрачных связях значительно превышала законные браки.



Еще одним примером может служить лондонское семейство из 834 человек (на момент исследования), из которых 106 незаконно-рожденных детей, 164 проститутки, 17 сводников, 142 нищих, 63 обитателя богаделен. Семейный тюремный стаж — 116 лет (76 преступников).

Конечно, необходимо крайне взвешенно подходить к проблеме влияния наследственности на потенциальную преступность. Опасно как недооценивать этот фактор, так и навешивать ярлыки на людей, волею судьбы являющихся потомками преступников. Ведь predisposition к негативным проявлениям может и не реализоваться без определенного комплекса внешних факторов.

Возраст

Криминогенная сексуальная активность имеет свои возрастные особенности. Подавляющее большинство изнасилований, сексуальных убийств приходится на возрастную категорию от 14 до 30 лет, для которой свойствен также относительно высокий уровень групповых преступлений. В основном эту особенность можно объяснить высокой сексуальной активностью указанной возрастной категории, а также недостаточной интериоризацией морально-этических установок,

возрастной импульсивностью и недостаточностью самоконтроля. В подростковом возрасте, для которого свойственна реакция группировки со сверстниками, нередко решающее значение приобретает делинквентное влияние группы, что также объясняет высокий уровень групповых преступлений среди подростков.

Еще одной возрастной особенностью сексуальной преступности является широкое распространение преступлений против нравственности, педофильных и развратных действий в возрасте 50–65 лет. Такой всплеск обусловлен усилением эротических потребностей перед полным их исчезновением наряду со снижением половых возможностей и, соответственно, затруднением традиционных половых контактов. Это связано также с инволюционными изменениями в центральной нервной системе и снижением морально-этических установок.

Климат

Еще с XIX в. исследователи отмечали различия между народами, проживающими в различных климатических условиях и обладающими определенными особенностями. Особенно ярко эти особенности выражены у представителей жаркого климата, и не только у аборигенов, но и у приезжих уроженцев других широт, длительное время живущих в теплом климате. Жители жаркого климата подвержены постоянному нервному возбуждению, вспышкам несдержанности и агрессии, для них характерно также чрезмерно раннее сексуальное созревание подростков в противовес еще низкому интеллектуальному, образовательному и культурному уровню. Комплекс этих факторов таит повышенную склонность к сексуальным насильственным преступлениям.

Благоприятные условия борьбы за существование, снимающие проблему тепла, одежды и отчасти пищи, в отличие от жителей северных стран, демобилизуют людей, они более подвержены коллективному эмоциональному реагированию, широко распространено стремление либо бездумно покорятся праву сильного, либо безраздельно пользоваться этим правом. Все это в определенной степени предрасполагает к массовым актам насилия, разгулу уголовной преступности, в том числе и сексуально окрашенной.

Жители холодного климата значительную часть жизненных сил направляют на добывание того, что южанам дает сама природа. Расходование физической и психической энергии на приспособление к суровым условиям жизни наряду со сниженным количеством солнеч-

ного света, вероятно, оказывает определенное релаксирующее влияние. В силу этого жители севера (речь идет о Северном полушарии) по сравнению с южанами более спокойны, уравновешенны и миролюбивы, что подтверждается более низким уровнем преступности, в том числе и сексуальной. Холодный климат также обуславливает невозможность изнасилования на улице (на природе, в лесу и т. п.) в силу температурного дискомфорта для насильника.

В Европе, по мере продвижения с севера на юг, резко возрастает количество насильственных преступлений. Еще в XIX в. исследователи отмечали, что в южных штатах США убийств в 15 раз больше, чем в северных. На основании уголовной статистики во Франции Э. Фэрри отметил, что с 1830 по 1832 г. среднегодовая температура поднялась на четыре градуса, а количество убийств возросло с 470 до 520; с 1848 по 1852 г. среднегодовая температура поднялась на два градуса, а количество убийств возросло с 435 до 640; с 1848 по 1874 г. среднегодовая температура поднялась на семь градусов, а число изнасилований возросло с 380 до 850 (В. Гитин, Б. Хигир 1996).

Примерно такая же температурная зависимость отмечается не только в различных климатических широтах, но и в разные времена года и связанные с ними температурные колебания. Больше всего изнасилований и убийств приходится, как правило, на теплое время года. Сексуальная агрессия в жаркие месяцы обусловлена как повышенной возбудимостью нервной системы, так и более легкой одеждой жертв, облегчающей осуществление преступного замысла. Однако, по данным некоторых исследователей, наибольшее количество сексуальных преступлений совершается не летом (самое жаркое время года), а весной, что обусловлено весенним подъемом уровня половых гормонов в организме человека и, следовательно, повышением полового влечения.

Конечно, нельзя утверждать, что климатический фактор является решающим, но он существенен и не должен игнорироваться при проведении исследований преступности, в частности сексуальной.

4.3. Природа и сущность аномалий влечений

Проблема аномалий полового влечения (парафилий) длительное время находится в центре внимания психиатрической науки. Тем не менее к настоящему времени пока не создана целостная теория, объясняющая причины возникновения и клинические особенности

парафилий. Аномалии полового влечения рассматривались не как основное заболевание, а в рамках конкретных психических болезней. Однако с клинической и патогенетической точек зрения такой нозологический подход недостаточно обоснован, так как парафилии не всегда непосредственно связаны с каким-либо психическим заболеванием. Современные исследования показали, что хотя психическое заболевание, в рамках которого сформировалась сексуальная перверсия, и оказывает существенное влияние на ее развитие и психопатологическую окраску, но не позволяет выделить в данном синдроме клинические закономерности формирования и развития, свойственные именно этой нозологической форме. Поэтому вполне закономерно парафилия заняла обособленное место наряду с другими заболеваниями в Международной классификации болезней и американской Классификации психических расстройств. Термин “парафилия” (от греч. *para* — около и *philia* — любовь) последнее время все больше вытесняет понятие перверсии (извращения).

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) систематика парафилий представлена следующим образом.

F65 Расстройства сексуального предпочтения (парафилии)

Общими диагностическими критериями парафилий являются:

G1. Индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки.

G2. Индивидуум либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает значительный дистресс из-за них.

G3. Предпочтение наблюдается минимум шесть месяцев.

F65.0 Фетишизм

Использование в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения неодушевленного предмета. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, например предметы одежды и обуви. Фетиши могут также характеризоваться особым материалом — резина, пластик, кожа. Значимость фетишей для индивида может варьировать — в некоторых случаях фетиши повышают сексуальное возбуждение, достигаемое нормативным образом. Например, на партнера надевается особая одежда.

Согласно диагностическим указаниям диагностика фетишизма возможна только в том случае, если фетиш является наиболее

значительным источником сексуальной стимуляции или является обязательным для удовлетворительного сексуального ответа. Фетишистские фантазии встречаются часто, однако они не могут считаться расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям, которые столь непреодолимы и неприемлемы, что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у самого индивидуума. Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

F65. 1 *Фетишистский трансвестизм (трансвестистский фетишизм)*

Надевание одежды противоположного пола главным образом с целью достижения сексуального возбуждения и вызвать образ индивида противоположного пола.

Указанное расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма. Основанием для разграничения является то, что при фетишистском трансвестизме переодевание или использование предметов нацелено на преобразование собственной внешности с приданием ей черт, свойственных противоположному полу. Обычно надевается более одного предмета, часто полный комплект одежды с париком и косметикой; при этом достигается ощущение принадлежности к противоположному полу.

Данное расстройство необходимо также дифференцировать от транссексуального трансвестизма. Фетишистский трансвестизм имеет четкую связь с сексуальным возбуждением, а после достижения оргазма и последующего сексуального расслабления обычно возникает сильное желание снять одежду. Указывается также, что фетишистский трансвестизм является ранней фазой транссексуализма.

F65. 2 *Экзгибиционизм*

Периодическая или постоянная склонность 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. Эта склонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь длительными периодами без подобного поведения.

Вариант МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации (АМКБ-10), вводит новые таксоны.

F65. 21 Эксгибиционизм, садистический тип

Больной получает максимальное удовлетворение, видя страх (испуг) жертвы.

F65. 22 Эксгибиционизм, мазохистический тип

Больной получает максимальное удовлетворение при агрессивной реакции жертвы.

F65. 29 Эксгибиционизм неуточненный

F65. 3 Вуайеризм

Периодическая или постоянная склонность подсматривать за людьми в момент совершения ими сексуальных или других интимных действий, например раздевания. 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.

F65. 4 Педофилия

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

Отмечается, что педофилия редко выявляется у женщин. Социально осуждаемые контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста, особенно однополыми, не обязательно являются проявлениями педофилии. Точно так же однократное действие, особенно если его субъект сам юношеского возраста, не свидетельствуют о постоянной и доминирующей склонности, 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 так же диагноз педофилии может быть установлен в отношении мужчин, сексуально посягающих на собственных детей препубертатного возраста либо в случае обнаружения домогательства к другим детям.

F65. 5 Садомазохизм

Предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установление зависимости. Если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции (является реципиентом), такое предпочтение диагностируется как мазохизм; если же он предпочитает быть ее источником, то это садизм. Отмечается частое получение человеком сексуального удовлетворения как от садистической, так и от мазохистской активности.

Слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления в остальном нормальной сексуальной активности. В связи с этим эта категория используется лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность является основным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения. Однако указывается на трудности отграничения сексуального садизма от проявлений в сексуальных ситуациях жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Поэтому диагноз может усложняться, если насилие необходимо для эротического возбуждения.

F65. 6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

Указанная категория предназначена для диагностики тех случаев, когда у человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преобладания какого-либо из них. С целью диагностирования перечисляются различные типы предпочтения и их относительное значение. Наиболее часто сочетаются фетишизм, трансвестизм и садомазохизм.

F65. 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 людных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), сдавливание кровеносных сосудов или удушение (аноксия) для усиления полового возбуждения (аутоасфиксофилия), предпочтение партнеров с какими-либо особыми анатомическими дефектами, например, с ампутированной конечностью (апотемнофилия), некрофилия.

Включение этой категории объясняется тем, что эротическая практика слишком разнообразна, а многие ее виды встречаются

крайне редко, чтобы использовать специальный термин для каждого из них. Глотание мочи (уролагния), пачкание испражнениями либо уколы кожи или сосков, например, могут быть частью поведенческого репертуара при садомазохизме. 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.

F65. 9 *Расстройство сексуального предпочтения неуточненное*

Сексуальные перверсии условно разделяются по объекту и по способу реализации сексуального влечения.

По объекту сексуального влечения выделяют следующие основные формы нарушения полового влечения:

- фетишизм — объектом полового влечения является часть тела, одежда или другой предмет, символизирующий сексуального партнера;
- пигмалионизм — сочетание фетишизма и вуайеризма; роль фетиша выполняют картины, фотографии, скульптуры, изображающие человеческое тело;
- нарциссизм — разновидность фетишизма, при которой фетишом и объектом полового влечения является собственное тело;
- аутомоносексуализм — разновидность фетишизма, при котором объектом влечения является собственное тело, приобретающее посредством одежды и манер черты противоположного пола;
- апотемнофилия — разновидность фетишизма, сочетающаяся с садомазохизмом, стремление к ампутации части собственного тела или к половой жизни с партнером, имеющим ампутированную конечность; фетишом выступает культя;
- гетерохромофилия — разновидность фетишизма, при котором объектом полового влечения является только партнер с другим цветом кожи;
- ретифизм — разновидность фетишизма, сочетающаяся с мазохизмом; роль фетиша играет обувь;
- экскрементофилия — сочетание мазохизма с фетишизмом, где в роли фетиша выступают человеческие выделения; их обнюхивают, ощупывают, проглатывают, ими себя обмазывают;
- некрофилия — половое влечение к трупам и осуществление с ними сексуальных действий; крайней формой некрофилии является некросадизм — стремление к осквернению и надругательству

над трупом, вырезание половых органов, отрезание молочных желез и некрофагия — поедание частей трупа;

- трансвестизм — получение полового удовлетворения от переодевания в одежду противоположного пола;
- цисвестизм — стремление надевать одежду своего пола, но типичную для другой социальной или возрастной группы;
- гомесвестизм — сексуальное удовольствие от надевания чужой одежды своего же пола;
- педофилия — половое влечение к детям;
- геронтофилия — половое влечение к старикам;
- зоофилия — половое влечение к животным.

По способу реализации сексуальных потребностей различают такие перверсии:

- садизм — половое удовлетворение при причинении унижений и страданий сексуальному партнеру;
- вампиризм — чувство сексуального удовлетворения от ощущения вкуса крови партнера, которую получают преимущественно путем укуса во время полового акта или предварительных ласк;
- флагелляция — разновидность садизма, когда удовлетворение получают путем бичевания партнера;
- салиромания — сексуальное удовлетворение получается путем мазания других людей грязью, кровью, мочой, калом;
- мазохизм — получение сексуального удовлетворения от причиняемых сексуальным партнером унижений и физических страданий;
- танатофилия — сексуальное удовлетворение в ходе фантазий на тему собственной смерти;
- эксгибиционизм — получение сексуального удовлетворения путем демонстрации своих половых органов незнакомым лицам;
- кандаулезизм — сочетание эксгибиционизма с мазохизмом, сексуальное возбуждение при демонстрации половых органов партнерши другим мужчинам;
- фроттаж — получение сексуального удовлетворения путем трения половыми органами о тело избранного объекта в толпе, в переполненном транспорте и т. п.;
- вуайеризм — влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженным предпочитаемым объектом и получение от этого сексуального удовлетворения;
- клизмофилия — получение сексуального удовлетворения путем введения в прямую кишку жидкости, медицинских свечей и др.

В большинстве случаев сексуальные перверсии встречаются не изолированно, а в сочетании нескольких форм, создавая сложные перверсные расстройства.

Выбор сексуального объекта, как правило, осуществляется по ряду признаков. Прежде всего различают половое предпочтение — гетеро- или гомосексуальное. Половые признаки часто не играют роли, если предпочтительным становится детский возраст объекта. Что касается выбора по возрасту, то он остается фиксированным либо динамически изменяется по мере взросления или развития заболелания. Кроме того, существует множество других принципов и критериев определения предпочтения.

Широко известна роль анализаторов восприятия в выборе сексуального объекта. Причем у каждого человека превалирует один из каналов коммуникации. У подавляющего большинства основным каналом является визуальное (зрительное) восприятие — фиксируются не только половые признаки, но и рост, телосложение, цвет волос, глаз, особенности одежды. В ряде работ отмечается достоверная зависимость сексуальной привлекательности женщин и выраженности у нее детских черт лица: маленький подбородок и нос, большие глаза. Вероятно, это обуславливает покровительское поведение, что может играть роль и в патогенезе педофилии. У визуалов с парафилиями пусковым фактором сексуального возбуждения, как правило, являются особенности макияжа, одежды, вид крови. Часто укороченная юбка, обтягивающие брюки, глубокое декольте и т. п. оцениваются как доступность, а иногда и развращенность женщины, что является оправданием (самооправданием) сексуальной агрессии. Частыми парафильными стимулами служат черные колготки, черная кожаная одежда, что, вероятно, подтверждает роль цветовой гаммы как сексуального стимула. При фетишизме сексуальное возбуждение испытывается при виде частей белья, тела, обуви, символизирующей партнера. Стимулирующим воздействием может выступать поза объекта или ракурс созерцания, страдальческое выражение лица и пр. Визуальные стимулы фиксируются в том виде, в котором человек получает первые эротические ощущения. Таким образом, сексуально стимулирующие черты зависят от внешних данных первых сексуальных партнеров. Иногда фиксируются свои возрастно-половые характеристики — дети, подвергшиеся гомосексуальным посягательствам, повзрослев, нередко предпочитают гомосексуальные объекты детского возраста. В качестве парафильного стимула запечатлевают-

ся также различные ситуации, деструктивное, садистское поведение. Особенно распространены мучения животных: удушение, повешение, расчленение в подростковом возрасте у садистов. Созерцание агонии и мертвого тела доставляет им удовольствие, которое в дальнейшем ассоциируется именно с подобным зрительным раздражителем.

Важным свойством визуального восприятия при парафилии обладает феномен деперсонификации, обусловленный, по всей видимости, фрагментарностью восприятия и нарушением зрительной памяти. При педофилии это проявляется в нечетком восприятии возрастных половых особенностей сексуального объекта, деперсонификации субъекта свойственна частичная дезидентификация. Необходимо также различать деперсонификацию при визуальном восприятии и деперсонификацию в качестве психологического механизма, когда происходит упрощение образа и его обобщенное восприятие как представителя определенной категории лиц.

Аудиальные (слуховые) парафильные сексуальные стимулы встречаются редко и преимущественно у больных шизофренией. У садистов это могут быть стоны и предсмертные хрипы жертвы, агрессивные сексуальные желания может вызывать стук женских каблучков при ходьбе и др.

Для большинства людей решающее значение в сфере сексуального удовлетворения имеет телесный контакт. В норме прикосновения несут значительную эротическую нагрузку, в то же время при большинстве форм перверсного поведения этот вид стимулов играет незначительную роль. Только при фетишизме важное значение для сексуального удовлетворения имеют тактильные стимулы — ощущение при поглаживании колготок, кожи обуви.

О влиянии запахов на эротическое ощущение известно с древних времен. Одни запахи усиливают желание и влечение, другие могут оттолкнуть и вызвать стойкое отвращение к партнеру. Роль обонятельного анализатора неоспорима и в аномальной сексуальности. А. Ткаченко и Г. Введенский (1997) описывают серийного убийцу, чье преступное поведение “запускалось” запахом духов и алкоголя, исходившим от будущих жертв. При некоторых видах фетишизма важное значение имеет запах обуви, ног, ношенного белья.

Функциональная блокада обонятельного анализатора наблюдается в том случае, если мужчины пьют мочу (уролагния), едят кал (копролагния) понравившихся женщин, обмазывают их испражнениями и т. п.

Стимулирующее влияние может оказывать социальный статус объекта, популярность, слава, материальное благосостояние. В ряде случаев имеет значение профессия, форма одежды (военные, милиция, моряки и пр.).

Одни стимулы могут быть пусковыми для осуществления парафильных действий (например, вид жертвы, близкое расстояние), а другие — поддерживающими либо нарушающими патологический сексуальный стереотип. Например, при совершении актов эксгибиционизма реакция женщины может как усиливать возбуждение (например, испуг), так и прерывать аномальное поведение (насмешка, нарочитое невнимание).

Практически любой вид парафилии создает принципиальную возможность правонарушений, но наиболее часто к нарушению закона приводят три группы парафилий: педофилия, эксгибиционизм и садизм. Поведение, направленное на реализацию этих влечений, нарушает общепринятые нормы, в том числе и законодательные. Кроме того, эксгибиционизм, садомазохизм, педофилия и фетишизм являются наиболее характерными признаками девиаций. Связь между патологическим влечением и криминальным поведением может быть прямой, опосредованной или отсутствовать вовсе.

Для парафилий свойственно лишение объекта субъективности и сведение его роли к стимулу для воспроизведения особого аффективного состояния и реализации внутренних побуждений. Характерна аутохтонность девиантных переживаний и побуждений, не зависящих от произвольных волевых усилий и отчуждаемых личностью, однообразность сценария поведения со стереотипным способом достижения предсказуемой эмоции, фиксация на процессе, а не на результате активности (А. Ткаченко 1995). Различные психопатологические варианты характеризуются различной способностью отдавать себе отчет в своих действиях и управлять ими. Одним из критериев расстройств сознательной регуляции является нарастающая степень автоматизированности поведения с нарушением волевых способностей в отношении сферы сексуального поведения вплоть до исключения самоанализа, планирования, коррекции своих действий.

Первостепенное значение для возникновения парафилии имеют биологические причины, среди которых важна роль хромосомных и генетических нарушений, негативных факторов внутриутробного развития, образа жизни (например, злоупотребление алкоголем), перенесенных заболеваний, травм, которые в конечном счете приводят

к поражению центральной нервной системы. Патология мозга в свою очередь приводит к искажению биологического, психического и психосексуального развития личности. Сочетание этих искажений с семейными и социокультурно обусловленными факторами, с общей атмосферой, в которой происходит становление стереотипов поведения, и определяет возможность развития парафилии.

Психосексуальное развитие является одним из аспектов индивидуального психического развития, с его окончанием начинается зрелая сексуальность.

Как уже упоминалось, выделяют три этапа психосексуального развития (см. разд. “Психосексуальное развитие”). Для всех этапов и для каждой стадии третьего этапа существуют общие закономерности в виде фазности развития (фаза выработки установки и фаза научения и закрепления) и изменения соотношения биологического и социального компонентов в становлении сексуальности.

Во время первого этапа (1–7 лет) происходит формирование полового самосознания (идентичности). Первая фаза — определение своей половой принадлежности. Фаза научения и закрепления в процессе разглядывания половых органов своих сверстников и сверстниц с осознанием имеющихся различий.

В. Каган (1991) выделил следующие виды половой идентичности.

- Базовая идентичность — детерминирована психофизиологически, проявляется соотносением личности с традиционными половыми различиями в филогенетическом аспекте.
- Ролевая идентичность — детерминирована влиянием среды; сопоставление поведения и переживания личности с присущими данной культуре и данному времени полоролевыми стереотипами.
- Персональная идентичность интегрирует предыдущие и характеризует соотношение личности с мужественностью или женственностью в контексте индивидуального опыта межличностного общения.

На втором этапе (7–13 лет) формируется стереотип полоролевого поведения. Фаза выбора половой роли и полоролевых установок определяется особенностями ребенка с ориентацией на эталон данного пола в микросоциальной среде. Фаза научения и закрепления половой роли происходит в поведении и играх ребенка.

Расстройства первой фазы проявляются сохранением равнозначности признаков пола. Внешние его признаки в дальнейшем начинают играть роль основы для ролевой самоидентификации или обуславливают

поверхностное усвоение половой роли. К недостаточному усвоению и пониманию половых стереотипов приводят нарушения фазы реализации в виде отсутствия ролевых игр. При этом нарушается как поведение вообще, так и сексуальное в частности — появляется асоциальное поведение, отсутствует фиксированный сексуальный сценарий, а широко проявляется сексуальное экспериментирование в виде девиаций. Как варианты компенсации недостаточной мужественности или женственности формируется гиперролевое поведение и трансформация половой роли.

На третьем этапе (12–26 лет) происходит становление психосексуальных ориентаций. Этап проходит стадии платонического, эротического и сексуального либидо.

Для платонической стадии характерен выраженный эмоциональный компонент с возвышенной романтической окраской без специфического интереса к генитальной области.

Первая фаза формирования эротического либидо характеризуется стремлением к прикосновениям и ласкам, эротическими фантазиями, чтением соответствующей литературы, где особое внимание уделяется сценам свиданий, объяснению в любви и т. п. Реализация же происходит в виде ласк и игр, чаще без оргазма, на уровне фрустраций. Если эротическая реализация осуществляется в виде петтинга либо мастурбаций с девиантным фантазированием и сопровождается оргазмом, то при длительной задержке в этой фазе возможна фиксация на подобной форме активности с блокировкой перехода к следующей стадии.

Переход на следующую стадию невозможен без завершения предыдущей. Пока фантазии не реализуются и не подтверждены с партнером, подросток как бы застревает между стадиями.

Стадия формирования сексуального либидо в первой фазе проявляется сексуальными фантазиями, а во второй — началом половой жизни, сочетанием сексуальных эксцессов с абстиненциями и мастурбацией. До тех пор, пока нет реализации сексуального либидо в половом акте, существует возможность отклонения от нормального психосексуального развития. Чем меньше временной разрыв между фантазированием и реализацией, тем гармоничнее протекает процесс развития данного компонента влечения.

Именно на этом этапе формируются выбор объекта и способ реализации сексуального влечения.

Согласно дизонтогенетической концепции, нарушения психосексуальных ориентаций, парафилии являются результатом нарушения

онтогенеза с фиксацией сексуальных форм, характерных для более ранних этапов. Конкретный вид сексуального поведения зависит от периода, в котором произошло нарушение.

Расстройства психосексуальной ориентации обусловлены не только отставанием по времени какой-то стадии, но и изменением порядка развития. Рассмотрим стадию формирования платонического либидо. Нарушения первой фазы (обожание, желание духовного общения) обуславливает редукцию этого компонента влечения. Отсутствует восприятие сексуальных партнеров как личностей, нет понимания отличия женской и мужской психологии. Мужчины отождествляют эрекцию с половым влечением, а всех женщин расценивают как шлюх.

В случаях задержки фазы реализации, она переносится на более позднее время и перекрывает собой стадии эротического и сексуального либидо. При этом возникает комплекс “мадонны”, заключающийся в обожествлении женщины при психологической неудовлетворенности сексуальными контактами. В дальнейшем возможно “перевертывание” стереотипа с развитием садистических действий по отношению к женщинам. У женщин при отсутствии этой фазы может появиться тяга к мужскому обществу или ненависть, смешанная с завистью. По существу как у мужчин, так и у женщин это не проявление влечения, а выбор в рамках аутоидентификации источника моделей поведения (референтной группы), определяющего вкусы, предпочтения, способы индивидуальных и половых взаимодействий. Совпадение референтного объекта и объекта сексуального влечения приводит к двойственному эмоциональному отношению по типу любви и ненависти (кроме случаев нарциссизма).

Нарушения формирования эротического либидо могут наблюдаться в любой фазе. Патология первой фазы проявляется отсутствием эротических фантазий, непониманием важности поцелуев, ласки или отвращение к ним, исключение прелюдии из полового контакта. Фаза реализации может страдать в случаях оргастического подкрепления при отсутствии партнерских отношений с лицом противоположного пола, что приводит к аутоэротической направленности влечения. Фантазии становятся более мощным стимулом, чем реальный объект, наполняются девиантными представлениями с возможным последующим приобретением патологической формы. Преобладают явления психического онанизма. Оргастическая разрядка при ласках и мастурбация с фантазированием партнера тормозят развитие

сексуального влечения, что впоследствии проявляется обесцениванием роли самого полового акта.

Нарушения в первой фазе формирования сексуального либидо характеризуются отсутствием психологического удовлетворения несмотря на оргазм при вагинальном гетеросексуальном контакте. Мужчины предпочитают оральный, анальный половой акт, получая при этом психологическое удовлетворение. Часто отсутствует разница в ощущениях между мастурбацией, гомо- или гетеросексуальными контактами, мастурбация сочетается с гетеросексуальными связями. При первом половом акте может отсутствовать эякуляция или эрекция.

Патологии фазы реализации свойственны особенности в выборе сексуального объекта. Нередко осознанно предпочитают гомосексуальные объекты, а при неосознаваемой гомосексуальной ориентации нередко импульсивные акты гомосексуального насилия в состоянии опьянения в сочетании с декларируемой гомофобией в обычном состоянии. Объект может оставаться гетеросексуальным, но появляются отклонения в возрастном предпочтении — у мужчин проявляется геронтофильная направленность. При бисексуальном выборе часты проявления синдрома неразличения сексуального объекта. Сохранение некоторых равнозначных признаков пола может превращать их в объекты фетиша, фиксируя на них сексуальное либидо.

Между психопатологией и сексуальными нарушениями существует определенная связь: сексуальные нарушения могут быть следствием, причиной или одним из симптомов психического заболевания.

Большинство исследователей подразделяет сексуальные перверсии на одолимые и неодолимые, истинные и ложные (псевдоперверсии). При этом неодолимые почти всегда развиваются из одолимых, которые приобретают патологический характер. По вопросу истинности или ложности разные авторы не пришли к единому мнению.

К. Имелинский (1886) под истинными перверсиями подразумевал те случаи, когда половое удовлетворение возможно только извращенным способом, но граница между истинными и ложными перверсиями лабильна и трудна для определения — они легко могут переходить друг в друга.

В. Мохов (1971) отмечал, что истинным перверсиям свойственны возникновение в раннем детстве, отсутствие других возможностей сексуального удовлетворения, необратимость, грубые нарушения гетеросексуальной адаптации в сочетаниями с выраженными биологи-

ческими и эндокринными нарушениями. Псевдоперверсии рассматривались им как склонность к реализации девиантных актов по механизму упрочившейся условно-рефлекторной связи. При этом также не исключалась возможность перехода одних форм в другие.

По Г. Васильченко (1983), истинными парафилией считаются тогда, когда реализуемое искаженное половое влечение частично или полностью замещает нормальную половую жизнь.

Исходя из пространственного соотношения между субъектом и объектом различают дистантные и контактные парафилии. К дистантным относятся аномальные влечения, не предусматривающие непосредственного соприкосновения с объектом. При этом используются преимущественно зрительный, слуховой и обонятельный анализаторы восприятия. В эту группу входят эксгибиционизм, вуайеризм, психический садизм и мазохизм и др.

Контактную группу парафилий составляют все виды активности, связанные с непосредственным контактом с объектом и использованием тактильного канала коммуникации. Проявлением этой группы можно считать педофильные ощупывания и изнасилования, истязания жертвы при сексуальном садизме, манипуляции с предметами при фетишизме и др.

По направленности патологической сексуальной активности различают влечение, устремленное на себя, на других людей и на предметы. Особо следует выделить влечение к животным, к человеческим трупам, некросадизм и каннибализм.

Влечение к себе проявляется тактильными манипуляциями с собственным телом, мастурбациями перед зеркалом, нарциссизмом, аутомоносексуализмом, танатофилией и т. п. Элементы аутоэротизма свойственны и другим перверсиям, но часто из-за сходства объект и субъект патологического влечения трудно отграничить. К парафилиям, направленным на других людей, относятся педофилия, эксгибиционизм, вуайеризм, сексуальный садизм и др.

Сексуальная активность в отношении предметов свойственна фетишизму и фетишистскому трансвестизму, а также экскрементофилии. Фетиш часто вызывает амбивалентное отношение, обусловленное, с одной стороны, возникновением сексуального возбуждения, а с другой — невозможностью рационально объяснить этот феномен (А. Ткаченко, Г. Введенский 1997). Этим нередко и мотивировано стремление уничтожить столь мощный сексуальный стимул. Явления фетишизации объекта проявляются практически при всех парафили-

ях, т. е. объектом служит не конкретный человек (животное, труп, собственное тело и т. п.), а совокупность признаков-стимулов, составляющих фетиш.

Особый интерес представляет амбивалентное состояние личности, характеризующееся осознанием чуждости своего сексуального влечения. Наличие внутриспсихического конфликта и критики к своему состоянию именуется эгодистонией и клинически проявляется борьбой мотивов. Отсутствие критики и полное слияние личности с аномальным влечением свойственно эгосинтоническому отношению к своей патологии. При этом отсутствует внутриспсихический конфликт и борьба мотивов.

Эгосинтоническому формированию способствует принятие девиантных наклонностей в пубертатном возрасте до осознания их противоречия с социальными нормами вследствие незрелости психики, а также невключение социальных стандартов в комплекс собственных моральных принципов. Имеет значение и сексуальная аддиктивность с уходом от реальности и иллюзорным контролем над реализацией перверсных действий, направленных на стереотипное устранение внутреннего дискомфорта.

При изучении психопатологических особенностей расстройств влечений было выделено три основных психопатологических варианта — навязчивый, обсессивно-компульсивный и импульсивный. Перверсные акты включают три основные стадии — продромальную, стадию непосредственной реализации перверсных действий и завершающую. Очерченность и клинические особенности каждой из них и определяют психопатологический вариант.

Патологические навязчивости С. Корсаков (1901) характеризовал как болезненные влечения, длительное время преследующие больного, с которыми он, осознавая последствия совершения им этих действий, не всегда в силах бороться. Отличительными особенностями обсессий являются произвольность возникновения, неодолимость, чуждость личности, стойкий аффективный компонент, наличие персеверационного принуждения и обязательный признак — сексуально окрашенные фантазии. Для больных с этим вариантом характерно осознание чуждости и неадекватности своего влечения, возникающего помимо их воли. Они стремятся подавить его и скрыть от окружающих, и это им удается на протяжении определенного времени. Сила перверсного влечения непостоянна и колеблется, усиливаясь под воз-

действием различных, чаще психогенных, факторов. Постоянный отрицательный аффективный заряд усугубляется постоянным страхом перед возможной реализацией перверсных влечений, что приводит к еще большему внутреннему напряжению. При стабильном психическом состоянии больные способны разряжать это напряжение путем сексуальных сновидений или фантазий соответствующего содержания и мастурбации. Однако нарушение гетеросексуальной адаптации, злоупотребление алкоголем и другие провоцирующие влияния дестабилизируют психическое состояние, внутреннее напряжение стремительно нарастает, патологические влечения резко усиливаются, усиливаются попытки их подавления путем напряженной работы или физических упражнений, развиваются аффективные нарушения. Все это характеризует продромальную стадию перверсного акта. Реализация влечения часто свидетельствует о декомпенсации нарушений психики. Вместе с тем и на высоте влечения, и в процессе реализации больные сохраняют критическую оценку своего поведения и принимают меры предосторожности во избежание наказания за преступление. Для завершающей стадии характерна вначале кратковременная, но мощная психическая разрядка, сменяющаяся усилением внутреннего напряжения и неудовлетворенности.

Обсессивно-компульсивные расстройства характеризуются специфическим продромом с нарастанием аффективных нарушений вплоть до депрессивно-дисфорических расстройств, борьбу мотивов, психогенно суженное сознание во время реализации патологического влечения и характерную завершающую стадию с выраженным чувством облегчения и психической разрядки. Больные с обсессивно-компульсивным вариантом склонны к дисфории, тревожности, ощущению дискомфорта и внутренней напряженности. Этот вариант чаще встречается у лиц с эпилепсией, церебрально-органическим поражением с незначительными нарушениями психики, при легкой дебильности.

В продромальной стадии усиливаются эротические фантазии, сон поверхностный, не приносящий чувства отдыха, со сновидениями соответствующего сексуального содержания. Нарушается умственная и физическая деятельность, больные всецело поглощены своими переживаниями. Борьба мотивов чрезвычайно напряженная, заключается в неодолимом стремлении к определенным действиям несмотря на сознательное намерение к противоположному. Она сопровождается

нарастанием аффективных расстройств, появлением тоскливо-злобного аффекта, тревоги, страха, суицидальных мыслей. На высоте влечения у некоторых больных появляются отрывочные бредовые идеи отношения, они убеждены, что окружающие знают об их намерениях и осуждают их. Борьба мотивов слабо выражена у больных с недостаточно сформированными морально-этическими представлениями (олигофрены).

Стадия реализации перверсного акта характеризуется ослаблением борьбы мотивов, а само преступление совершается на фоне аффективно суженного сознания с последующей частичной амнезией. В момент реализации критическая оценка своего состояния в большинстве случаев нарушена или отсутствует.

В завершающей стадии испытывается чувство облегчения, психической и сексуальной разрядки, что сопровождается выраженными соматовегетативными нарушениями в виде сердцебиения, озноба, потливости, частого мочеиспускания. Иногда выраженность вегетативных проявлений достигает глубины дизэнцефальных кризов. Больные во многих случаях испытывают раскаяние, жалость к жертве, а при необходимости некоторые даже пытаются оказать помощь пострадавшим (например, в случаях незавершенного сексуального убийства).

Импульсивные действия совершаются одновременно с тем, как болезненное влечение достигает сознания; это остро возникающее стремление, овладевающее рассудком больного и подчиняющее себе его поведение, не поддающееся волевому контролю (Э. Крепелин 1910; С. Корсаков 1954; К. Jaspers 1965). Импульсивный вариант чаще встречается при эпилепсии, особенно с височной локализацией очага, при шизофрении и олигофрении в степени умеренной и выраженной дебильности. Выделяют эпизодические и стойкие импульсивные влечения. Для первых характерны острое возникновение, четкая очерченность, резко выраженная аффективная напряженность и сочетание с резидуально-органической симптоматикой. Стойкие импульсивные влечения характеризуются постепенным началом, большей продолжительностью, меньшей напряженностью аффекта и чаще встречаются при шизофрении.

Продромальная стадия очень короткая с явлениями дереализации, деперсонализации, немотивированной тревогой, страхом, внутренним напряжением, депрессивно-дисфорическим аффектом. Влече-

ние чрезвычайно интенсивное, возникает внезапно, остро, без борьбы мотивов и требует немедленной реализации. Критическая оценка к своему состоянию отсутствует. Реализация перверсных действий осуществляется часто на фоне в разной степени нарушенного сознания, без каких-либо мер предосторожности и сопровождается выраженными агрессивно-садистическими проявлениями.

Завершающая стадия характеризуется выраженной астенией, вялостью, сонливостью, по своей структуре напоминает постпароксизмальные состояния.

Сексуальные перверсии редко выступают в изолированном виде. Круг сопутствующих девиантных влечений включает в себя нарушения как сексуального, так и несексуального плана — бродяжничество, алкоголизм и др. Больше всего сопутствующих аномалий влечения наблюдается при обсессивно-компульсивном варианте, меньше всего — при импульсивном.

Исходя из динамики клинической картины различают три типа течения парафилий: стационарный, прогрессивный и регрессивный.

При стационарном типе аномальное поведение стереотипно и многократно повторяется с постоянным комплексом эмоциональных переживаний.

Прогрессивный тип характеризуется возникновением в клинической картине переживаний, свойственных определенным периодам нормального онтогенеза и выпавших из психосексуального развития данного индивида. В динамике может наблюдаться переход дистантных вариантов парафилий в контактные, а также смена сексуального объекта с приближением к норме.

Регрессивному типу свойственна динамика проявлений в сторону появления архаичных синдромов, паттернов поведения, характерных для более ранних этапов онтогенеза. Регрессивность проявляется в педофильных действиях с разглядыванием и ощупыванием половых органов, что в норме свойственно пятилетнему возрасту. Крайняя степень регрессии характеризуется возникновением сексуального садизма, некросадизма или каннибализма. Каннибализм рассматривается как возврат к оральной стадии развития, а расчленение трупов можно сравнить со стремлением детей разбирать игрушки для удовлетворения своего любопытства. Проявлением регрессии служит также смена сексуального объекта с удалением от нормы и распад коммуникативной сферы. Коммуникация (наличие обратной связи с объектом) отсутствует, если влечение направлено на неживой

предмет, но в случае, к примеру, эксгибиционизма реакция жертвы вначале имеет решающее значение для удовлетворения. В дальнейшем, при регрессивном течении, реакция объекта не интересует преступника и на субъективные ощущения не влияет.

Важным свойством аномального сексуального влечения является фиксация на процессе, а не на результате патологического поведения. При этом сексуальные преступные действия не имеют логического завершения именно в сексуальном смысле, т. е. не завершаются эякуляцией и оргазмом. Более значимым является сам процесс эротического воздействия на объект. В ряде случаев по субъективной значимости самодостаточным бывает сам процесс поиска необходимого сексуального объекта, что чаще встречается при садизме. С целью бесконечного растягивания сладострастия применяется пролонгация осуществляемых действий, часто с помощью усложнений, приспособлений, разнообразных ритуалов.

Рассмотрим состояние и факторы, способствующие формированию аномального сексуального поведения.

Прежде всего предрасполагающим фактором являются трудности межличностного и, соответственно, межполового общения. Они могут возникать в результате психических и физических особенностей индивида. Проблемный характер общения определяется соматическими заболеваниями, аномалиями и дефектами физического развития. Осознание своей неполноценности, непривлекательности приводит к ценностной переориентации, замкнутости, иногда к озлобленности и боязливой настороженности к социуму. Таким образом формируется псевдоаутистическая личность, у которой нет навыков, но сохранены предпосылки к общению.

Однако более часто трудности коммуникации обусловлены истинными аутистическими формированиями, которые свойственны шизоидным личностям и особенно характерны для раннего детского аутизма. Таким детям свойственна неспособность к установлению человеческих отношений, преобладающий интерес к неодушевленным предметам, отсутствие разницы между живой и неживой материей. Они отгорожены от всего мира и игнорируют внешние раздражители, монотонно играют неигровыми предметами, боятся резких звуков, движущихся объектов и изменения обстановки. С возрастом становится более заметной задержка речи (из-за отсутствия общения), недостаточная эмоциональность, склонность к ритуальному поведению. Стереотипы поведения воспринимаются чисто механи-

чески, запоминаются (хорошая механическая память), но не интегрируются (не включаются в собственную систему моральных принципов).

Личностные свойства характеризуются осторожностью, медлительностью, консервативностью, стереотипизацией поведения, неуверенностью, нерешительностью, тревожностью. Легко возникает испуг и сильные ригидные страхи в сочетании с отчаянной смелостью и пренебрежением опасностью в ряде ситуаций. В детстве часты невротические расстройства в виде энуреза, заикания, сногворения и снохождения. В дальнейшем наблюдаются истероформные и пароксизмальные проявления со специфическим дисфорическим аффектом, явлениями дереализации и деперсонализации.

В развитии и становлении парафилий значительную роль играет склонность к патологическому фантазированию. Вначале это имеет характер несколько усиленной детской мечтательности, постепенно переходящей в компенсаторное и гиперкомпенсаторное фантазирование. При малейших трудностях психосоциальной адаптации ребенок прячется от реальности в мире грез, еще больше усугубляя коммуникативные трудности с микросредой. Использование этого как убежища от жизненных трудностей со временем автоматизируется и с произвольного становится непроизвольным, а в подростковом возрасте приобретает патологический характер. Фантазии возникают самопроизвольно и становятся более значимыми, чем события реальной действительности. Содержание фантазий уже в самом начале может свидетельствовать о формировании аномальных, чаще агрессивно-садистических влечений. Под влиянием психотравм, оскорблений, избиений, дисморфобических переживаний возникает желание отомстить обидчикам — в фантазиях появляются агрессивно-садистические элементы, дающие внутреннее успокоение. Изменение в процессе фантазирования настроения от дисфорично-дистимичного к умиротворенному свидетельствует об эмоционально регулирующей роли фантазирования. В период полового созревания в уже сформированное садистское фантазирование вплетаются элементы платонического и эротического либидо. Формируется зрительный образ жертвы согласно намечающейся сексуальной ориентации и себя в роли палача с представлением изощренных сексуально окрашенных пыток и насилия. С этого момента парафилия сформирована, а фантазирование теряет защитную функцию и препятствует гармоничному психосексуальному развитию — переходу в фазу

реализации полового влечения. Аффективные расстройства достигают витального уровня и проявляются болями либо радостным посасыванием за грудиной, контрастными эмоциональными переживаниями.

Фантазии занимают большую часть жизни индивида и с возникновением сверхценного компонента носят стереотипный характер. Отмечается оторванность индивида от внешнего мира, он полностью отдает себя во власть процесса фантазирования, являющегося самоценностью и доставляющего основное удовольствие. Со временем содержание представлений приобретает все большую агрессивность вне связи с психотравмирующей ситуацией. Возникает стремление к их осуществлению, что на начальной стадии реализуется частично, в социально приемлемых формах. Острота фантазирования после завершения полового созревания может уменьшаться, так как исчезают свойственные пубертату дисморфофобии и идеи отношения. Подобная дезактуализация болезненных переживаний может длиться как угодно долго, но любые психогении могут усилить патологическое фантазирование с дальнейшей реализацией и закреплением аномального поведенческого стереотипа. Непроизвольно возникающий в фантазиях стереотип поведения постоянно дорабатывается и совершенствуется. При этом самих фантазий недостаточно, полное удовлетворение достигается только в процессе реализации задуманного. Состояние покоя после реализации все короче, образные воспоминания о перверсном акте лишь ненадолго снимают сексуальное напряжение. В сознании появляется ощущение, что в предыдущий раз что-то сделал не так, постоянно формируются новые, более изощренные сцены пыток и т. д.

Мы уже отмечали значение в развитии парафилии склонности к сверхценным образованиям, отражающей ригидность психофизиологических процессов.

4.4. Патогенетические модели парафилий

Различают четыре основные патогенетические модели, или типы, формирования парафилий:

- с ведущей ролью дизонтогенетических предпосылок;
- с образованием синдромов парафилий;
- с участием механизмов психического регресса;
- структурно-динамический регресс поведения.

Роль органической патологии в формировании парафилий в настоящее время доказана и является бесспорной. Механизмы, связанные с половой дифференцировкой мозга и последующими нарушениями идентификации и полоролевого поведения, затрагиваются тем чаще, чем на более раннем этапе онтогенеза (особенно пренатальном) происходит повреждение головного мозга. Нарушение прежде всего базовой идентичности приводит к ретардации психосексуального развития и феминизации у мальчиков.

У лиц с парафилиями половая идентичность смещена преимущественно в фемининную сторону с нарастанием разрыва между идеальным “Я” и основными мужскими нормативными признаками. Такой недостаток мужественности компенсируется гиперролевым поведением, явлениями промискуитета и коллекционированием половых партнеров.

Проявлением дизонтогенеза являются также аутистические и парааутистические состояния с характерными явлениями асинхронии и неравномерности развития как психики индивида вообще, так и отдельных сторон и функций личности. В сексуальной сфере это может проявляться дисгармониями сексуального развития. Стирание границы между игрой и увлечением детей с аутизмом, вероятно, обусловлено изменением сознания, эмоциональной охваченностью и проявляется в поведении парафиликов.

У аутичных детей отсутствует интерес к половым различиям и идентификационные игры в силу отсутствия межличностного общения. Некоторые проявления сексуального интереса к людям носят чисто механистический интерес; мастурбация — манипуляторная, в подростковом возрасте сопровождается сексуально окрашенными, чаще вербальными фантазиями (В. Каган 1981). Фантазирование на первых этапах носит защитный характер, замещая формирующееся агрессивное поведение. Поскольку реальное удовлетворение отсутствует, человек получает удовольствие, воспроизводя реальные ощущения в воображении. Приобретению фантазиями патологических свойств способствуют определенные особенности структуры личности — незрелость психики, эмоциональная подвижность, слабость волевых компонентов.

В отличие от аутизма, где подростковые сексуальные фантазии имеют преимущественно вербальный характер, при парафилиях превалирует визуальный характер фантазирования, что, по мнению нейрофизиологов, обусловлено чрезмерной активацией правого полушария

у парафиликов по сравнению с гипоактивацией у аутистов. При становлении аномальной сексуальной ориентации в фантазиях отмечается дезактуализация гетеросексуальных образов, индивид в сексуальных сценах видит себя отстраненно, будто со стороны. В то же время в предпочитаемых сексуальных сценах (например гомосексуальных) он видит себя непосредственным участником действия.

Патологическое фантазирование с аутохтонностью, насильственным наплывом зрительных образов может сопровождаться отрешенностью от окружающего и, по сути, является самоиндуцированным трансовым состоянием.

Гиперактивация правого полушария головного мозга у лиц с парафилией сочетается с дефицитностью его функций. Следовательно, можно утверждать, что активируется уже дефектное полушарие (А. Ткаченко, Г. Введенский 1997). Известно также, что леворукие среди лиц с аномальным сексуальным поведением встречаются намного чаще, что еще раз подтверждает значение нарушений межполушарного баланса как дизонтогенетического условия, предопределяющего психический дизонтогенез. Существует предположение, что правое полушарие — источник образов инфантильной и трансформированной сексуальности (В. Иванов 1988).

В жизнедеятельности организма большое значение имеют медиаторные системы, их адаптационная роль в стрессовых состояниях. Нарушения нейромедиаторных систем является одним из ключевых факторов этиопатогенеза психических расстройств. Особое значение в психопатологии имеют нарушения обмена катехоламинов и серотонина. Серотонин — основной медиатор, контролирующий агрессивное поведение и выраженность тревоги (Б. Каган и др. 1997). В то же время неоспорима и роль катехоламинов в аффективных расстройствах. Так, снижение функции норадреналиновой системы головного мозга приводит к рискованному и асоциальному поведению, снимает тревогу и ослабляет чувство опасности. Повышение активности указанного медиатора сопровождается депрессиями, тревогой, боязливостью. На основании исследований ряд авторов предполагает, что по уровню серотонина в плазме крови и тромбоцитах можно судить об уровне этого медиатора в синаптической щели и, следовательно, в пресинаптическом окончании. В целях анализа парафилий представляет интерес роль серотониновой системы при обсессивно-компульсивных расстройствах. На основании многих сообщений можно предположить, что появление импульсивного и обсесс-

сивно-компульсивного поведения обусловлено снижением активности серотониновых механизмов головного мозга и их недостаточным тормозным влиянием. Такое ослабление функции серотониновой системы может сочетаться с повышенной концентрацией медиатора в пресинаптическом окончании вследствие генетически обусловленного ускоренного захвата медиатора из синаптической щели или недостаточного его высвобождения. Поэтому в борьбе с навязчивостями и обсессивно-компульсивными расстройствами весьма эффективны ингибиторы обратного захвата серотонина. Катехоламины наряду с серотонином также активно участвуют в обсессивно-компульсивных расстройствах и нарушении контроля импульса. Компульсивные явления сопровождаются усилением инактивации моноаминов в сочетании с ускорением синтетических процессов, компенсирующих транзиторную недостаточность катехоламинов в пресинаптическом нервном окончании. При истощении компенсаторного синтеза развиваются депрессивные явления. Исходя из изложенного можно сделать вывод, что возникновение компульсивных расстройств у парафилов обусловлено функциональной недостаточностью серотониновой и норадреналиновой тормозных систем головного мозга по сравнению с лицами с девиантным сексуальным поведением без нарушения контроля импульса.

Однако важнейшее влияние нарушений нейромедиаторного обмена на возникновение аномального сексуального поведения обусловлено их ролью в половой дифференцировке мозга. Функции серотонина в половой дифференцировке изучались на животных с помощью препаратов, угнетающих либо повышающих его концентрацию в нервной ткани. При этом снижение уровня серотонина приводило к возникновению женского типа реагирования у мужских особей, а повышение его уровня — к маскулинизации поведения у самок.

Моноаминовые системы контролируют гипоталамические и гипофизарные механизмы, регулируют синтез половых гормонов, половую дифференцировку и развитие половых признаков. Поэтому любые нарушения метаболизма катехоламинов, особенно из-за генетического нарушения ферментативной деятельности, могут повлечь за собой нарушение половой дифференцировки с возникновением аномальных сексуальных реакций. Половая дифференцировка мозга охватывает период от раннего эмбрионального до полного полового созревания. В определенные периоды важнейшую роль в этом процессе выполняют половые гормоны, но и их влияние зависит от

медиаторов, в частности, норадреналин выполняет функцию основного посредника при влиянии андрогенов на головной мозг. Расстройства в медиаторном обмене вызывают нарушения половой дифференцировки мозга и соответственно нарушения половой идентичности с искажением психосексуального развития, что является предрасполагающим фактором к формированию парафилий.

Б. Коган и др. (1997) исследовали медиаторные системы у групп испытуемых с парафилиями, разделенных по индексу Таннера на андроморфный, мезоморфный и гинекоморфный типы. Суточная экскреция катехоламинов и их метаболитов практически не отличалась у различных групп. Отсутствовали различия и в группах, сформированных по трохантерному индексу (слабая, средняя и сильная половая конституция) и по типу конституции (астеническая, нормостеническая и гиперстеническая). Однако в гинекоморфной группе отмечено снижение уровня конъюгированного дофамина в плазме крови по сравнению с мезоморфной и контрольной группами. Учитывая, что скорость метаболического разрушения моноаминов у женщин выше, а скорость конъюгационного пути инактивации ниже по сравнению с мужчинами, то по мере усиления гинекоморфных конституциональных особенностей ослабляется интенсивность конъюгационных процессов и соответственно снижается уровень связанного дофамина плазмы крови.

Исследованиями также выявлено резкое увеличение тромбоцитарного серотонина в группе с астенической конституцией по сравнению с нормостениками, гиперстениками и контрольной группой, что характерно для больных с тревожно-депрессивными и паническими расстройствами (А. Дроздов 1997). Эти данные генетически обусловлены и подчеркивают склонность астенических личностей к тревожным и депрессивным состояниям. У лиц с парафилиями выраженность нарушения половой идентичности коррелирует с повышением содержания внутриклеточного серотонина, что связано с повышенным поглощением нейромедиатора из плазмы. Учитывая, что тромбоцитарно-плазматические соотношения серотонина рассматриваются как модель транспорта серотонина между пресинаптической мембраной и синаптической щелью, можно сделать вывод, что модификация половой идентичности человека обусловлена изменением концентрации серотонина в синаптической щели за счет поглощения медиатора из зоны взаимодействия с рецепторами.

Особый интерес вызывают результаты исследования взаимосвязи клиники и биохимических особенностей у лиц с парафилиями, а именно определения генетически обусловленного и одинакового на протяжении жизни уровня дофамин-*b*-гидроксилазы. Этот фермент является катализатором синтеза норадреналина и лимитирует образование его активной формы. В среднем по группам андроморфов, мезоморфов и гинекоморфов отмечается повышение уровня фермента по направлению к гинекоморфной конституции, но у отдельных мезоморфных и гинекоморфных лиц уровень дофамин-*b*-гидроксилазы даже ниже, чем у андроморфов. Следовательно, морфофункциональные признаки зависят не только от уровня отдельно взятого фермента, ограничивающего уровень биосинтеза адреналина. Среди парафилов с гинекоморфной конституцией и высоким уровнем исследуемого фермента, по данным авторов, преобладали гомопедофильные действия и малодифференцированный выбор сексуального объекта. В то же время в группе гинекоморфов с низким, как и у андроморфов, уровнем дофамин-*b*-гидроксилазы преобладало гетеросексуальное насилие. Психологическое исследование у лиц с низким уровнем указанного фермента (и соответствующим состоянием норадреналинэргических систем мозга) выявляет характерологическую неустойчивость, склонность к ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении, социальной интраверсии. В клинике психических нарушений преобладают дефицитарные расстройства психики в результате психоорганических нарушений или процессуально нарастающих негативных изменений личности, часто агрессивно-садистская реализация аномального сексуального влечения.

Исследования состояния катехоламиновой системы при различной степени нарушенной половой идентичности показали, что рост количества катехоламинов прямо пропорционален выраженности нарушений половой идентичности и сопровождается снижением уровня продуктов окислительного дезаминирования дофамина. Преимущественным путем инактивации катехоламинов становится не разрушение, а сульфоконъюгация. Иными словами, при нарушении половой идентичности повышается уровень как биологически активного медиатора, так и конъюгированной его формы. А если учесть, что конъюгированные формы представляют собой депо нейромедиаторов, то при определенных условиях возможен еще больший всплеск активности норадреналинэргических и дофаминэргических систем у лиц с нарушением половой идентичности.

Что касается влияния медиаторов на сексуальное поведение, то серотонинэргические механизмы подавляют половое влечение вплоть до его исчезновения и наоборот — снижение уровня серотонина вызывает повышенную сексуальную активность.

Нарушения обмена моноаминов, являясь одной из причин психических нарушений, безусловно, влияют на изменения сексуального влечения и формирование парафилий. Рассмотрим влияние нейромедиаторных систем на агрессивность аномального сексуального поведения. Множество исследований на животных, проведенных различными авторами, подтверждают кардинальную роль дисбаланса между катехоламиновой и индоламиновой медиаторными системами мозга. Торможение синтеза катехоламинов приводит к снижению выраженности агрессивных реакций. Агрессию снижает также повышение содержания серотонина в мозговых структурах. Блокада синтеза серотонина вызывает повышение внутривидовой, в том числе и сексуальной агрессии.

Важной составляющей формирования парафилий является стереотипизация сексуального поведения, в основе которой лежит условно-рефлекторная деятельность. В образовании условных рефлексов принимают участие все нейромедиаторные системы, однако способностью к выделению новых значимых признаков обладает только дофаминэргическая система, в норме препятствующая стереотипному поведению. В случае нарушения этой системы повышается возможность образования стереотипий. При этом на протекание психических процессов неблагоприятно влияет как избыток, так и недостаток медиатора дофамина в центральной нервной системе.

На основании результатов исследований Б. Когана и др. (1997) можно с определенной уверенностью утверждать о повышенном синтезе катехоламинов при эксгибиционизме, педофилии, садизме по сравнению со здоровыми людьми.

Приведенная краткая характеристика особенностей нейромедиаторного обмена при парафилиях и психопатологических состояниях позволяет утверждать о двоякой роли медиаторов в формировании аномального сексуального поведения. Так, можно выделить как специфические для парафилий этиопатогенетические звенья без психических расстройств, так и неспецифические психопатологические факторы.

Важной дизонтогенетической предпосылкой в формировании аномального сексуального поведения является нарушение самосоз-

нения, в структуре которого различают три составляющих: познавательную — в виде образа физического “Я”, аффективную — в виде эмоционально-ценностного отношения к себе и поведенческую, обусловленную физическим образом и самооценкой. Формирование образа тела — важнейший компонент и условие психической самоидентификации; его содержание, структурные характеристики и качества определяют отношение к себе в виде принятия или самоотвержения. Если человек не принимает своих физических качеств, то подключается защитный механизм, снижающий субъективную ценность дефектного компонента и компенсаторно повышается самооценка своих психических качеств.

Образ телесного “Я” играет особую роль в формировании половой идентификации. Изменение образа физического “Я” и самооценки может проявляться в виде дисморфоманических расстройств, синдрома отвержения пола, при котором главную роль играет нарушение именно психофизиологического базиса полового самосознания. С нарушением физического образа связан также “симптом зеркала” у пассивных гомосексуалистов, нарциссизм, мизофобия и т. п.

К сексуальным проблемам может вести также расстройство половой идентичности, связанное с несоответствием между мыслью и аффектом, невербальным и вербальным поведением, когда внешнее поведение и внутренние чувства не совпадают. Подобная неконгруэнтность возникает также в случае, если не совпадают каналы коммуникации, по которым человек получает информацию и с помощью которых ее осознает, что также приводит к внутрипсихическому конфликту.

Нарушение формирования эмоциогенных функций мозга чаще обусловлено социальной изоляцией. Коммуникация способствует возникновению опыта общения и тренировке центральной нервной системы, способствует переключаемости психических процессов, улучшает возникновение новых ассоциативных связей и быстрее затормаживает прежние реакции. В случае недостаточности внешних стимулов сохраняется незрелость нервной системы, на почве которой и развивается аномальное поведение. Более того, при депривации нервная система претерпевает некоторую дегенерацию и неожиданная сенсорная стимуляция (в норме адекватно воспринимаемая) может вызвать аномальную реакцию. Стрессорное воздействие в раннем возрасте на фоне описанного формирования нервной системы стимулирует реализацию аномальных тенденций.

Среди лиц с аномальным сексуальным поведением широко распространено нарушение невербальных каналов коммуникации. Нередко как гомо-, так и гетеросексуальные мужчины путают язык мимики, жестов и поведения вообще, неточно оценивают эмоциональные впечатления, ошибочно воспринимая их как согласие на половую близость. У детей с аутизмом наряду с нарушенной коммуникацией отмечается высокая привязанность к матери, что, вероятно, обуславливает включение механизма имитационного поведения, которое фиксируется из-за свойственной им ригидности психических процессов.

В возникновении парафилий значительная роль отводится зафиксированным условно-рефлекторным связям, однако ряд исследователей предполагают участие в этом механизма импринтинга, обусловленного существованием предрасположенности к определенному научению и наличием унаследованной реакции на заученную стимуляцию. Внешний фактор, волею случая сочетавшийся с первым проявлением какой-то физиологической функции, благодаря механизму импринтинга приобретает пусковое значение.

Различают два вида импринтинга — родительский и половой. Способность к половому импринтингу проявляется при достижении половой зрелости и ограничена определенным предпочтением, возникшим в раннем онтогенезе. В случаях асинхронного развития чувствительность к обеим формам импринтинга может сдвигаться по времени и накладываться, вызывая фиксацию сексуального влечения на членах семьи — на родителях или детях, вызывая инцестуозные тенденции.

Важной составляющей фиксации и стереотипизации поведения является ригидность психической деятельности, которая в норме закрепляет усвоенные реакции и прошлый опыт, обеспечивает стабильность существования индивида и человечества вообще. Ригидность также выполняет роль экономии жизненных сил благодаря выработке автоматизированных действий, сопротивлению изменениям, возврату к предыдущим формам поведения при невозможности адаптации к изменениям внешней среды. Однако усиление психической ригидности обуславливает застревание на одних и тех же состояниях сознания независимо от меняющихся условий и внешних стимулов. По мнению Н. Werner (1991), явления психической ригидности уменьшаются при подъеме по эволюционной лестнице и по мере

взросления человеческого индивида. Ввиду того, что психика мужчин более гибкая, чем психика женщин, можно утверждать, что ригидности присуще половое различие. Стало быть, усиление психической ригидности у мужчин, возникающее в результате различных психических нарушений, следует рассматривать как феминизацию особенностей высшей нервной деятельности с регрессивными явлениями и появлением менее зрелых форм реагирования. Снижение роли самооценки как регулятора поведения способствует стереотипизации этих способов реагирования вследствие их выхода из-под контроля сознания и воли. Таким образом, формируются специфические парафильные феномены в виде компульсивного сексуального поведения.

Девиантные переживания и побуждения возникают независимо от волевых усилий и приобретают неодолимый, насильственный характер. Их органическая природа проявляется усиленной активацией лобной доли, сниженным тормозящим влиянием и высокой ригидностью с образованием комплексов, аффективным реагированием со склонностью к беспокойству и тревоге, постоянному ожиданию неприятностей. Субкортикальные нервные структуры (стриатум) включают филогенетически древние видоспецифические автоматизированные навыки, проявляющиеся неуместными повторяющимися ритуалами, принципиально аналогичными компульсивным ритуалам.

Обсессивно-компульсивная установка проявляется направлением волевых усилий на влечения и чувства, которые не поддаются волевому контролю. Всеми своими гиперсоциальными и моральными устремлениями подобная личность компенсирует подсознательное убеждение в совершении плохих поступков необходимостью контроля за своим поведением. Основными личностными чертами являются отграничение мыслей и чувств, отстранение от истинных мыслей и чувств, неуверенность в себе и в правильности своей социальной роли, повышенная ответственность и сознательность. Подобная диссоциация и амбивалентность к себе и к своим поступкам, склонность к клишированному ритуальному поведению обуславливает возникновение обсессивно-компульсивных расстройств.

Важнейшей патогенетической составляющей парафильного поведения являются аффективные расстройства, и особое значение здесь имеют отрицательные эмоциональные переживания, способствующие закреплению аддиктивной активности. Это обусловлено так называемым феноменом противоположного процесса, который проявляется

в ответ на реализацию поведения, сочетающуюся со страхом и отвращением (R. Solomon 1989). В результате противоположного процесса происходит мощное высвобождение эндогенного опиатного пептида эндорфина, сопровождающееся эйфорическим экстазом с последующим возникновением зависимости. Закрепление первого девиантного опыта, невзирая на чувство страха, стыда и т. п., обусловлено ролью отрицательного эмоционального состояния, ибо для усиления восприятия важно хоть какое-то эмоциональное состояние, независимо от того, положительное оно или отрицательное.

Негативные эмоции, сопровождающие аномальную сексуальную активность, усиливают последующее удовольствие. Со временем в таком поведении исчезает первичная сексуальная направленность и остается лишь средство эмоциональной разрядки; любые состояния дискомфорта и напряжения требуют привычных стереотипных способов разрядки и вынуждают к повторным девиантным действиям.

Эмоциональная амбивалентность образа женщины, сопровождающая парафильное поведение, свойственна истерическим неврозам, смешанность эмоций — поражению миндалины, а несогласованность субъективных переживаний и вегетативных эмоциональных проявлений обусловлена изменением корково-подкорковых взаимоотношений (А. Ткаченко, Г. Введенский 1997).

В приведенных психопатологических вариантах расстройств влечения уже упоминалось о наличии в момент осуществления перверсного акта расстройств сознания разной степени выраженности. Состояния эти крайне полиморфны и характеризуются нарушением восприятия, ориентировки относительно времени и собственной личности, расстройствами мышления и памяти. Нарушения восприятия проявляются в виде дереализации, состояний уже виденного и пережитого, нарушения узнавания, количественного нарушения восприятия каналами коммуникации. При дереализации появляется ощущение чуждости и неестественности окружающего. В то же время эти изменения внешнего мира неуловимы и неопределенны, с чем и связаны трудности словесного описания данного состояния. Невзирая на субъективное нарушение чувства реальности сохраняется осознание, что в действительности ничего не изменилось. По мере нарастания тяжести состояния критика снижается и появляется чувство истинно измененной действительности.

При состоянии уже виденного и пережитого нарушается не восприятие как таковое, а соотнесение реального окружения и пережи-

вания с настоящим временем. Расстройство узнавания проявляется искажением узнавания, когда реальные объекты частично наделяются свойствами и признаками объектов фантазирования и воспринимаются как таковые. Следовательно, парафильные действия в понимании индивида совершаются с уже “знакомыми” женщинами или детьми, с которыми он не раз осуществлял их в фантазиях и снах.

Нарушения количественного восприятия различных стимулов проявляются в виде снижения, усиления или исчезновения зрения, слуха, тактильной чувствительности, обоняния, вкуса. По мере нарастания нарушений могут возникать парестезии разных модальностей — сужение полей зрения с фотопсиями, нарушение дифференциации звуков с акоазмами, извращенное переживание запаха и вкусовых ощущений, нарушение болевой чувствительности. В зависимости от усиленной модальности восприятия отмечается концентрация внимания на хрипах, стоне жертвы (слуховая модальность), на виде конвульсий и агонии (зрительная), на судорогах жертвы в своих руках (тактильная) и т. п. При этом доступ посредством других каналов коммуникации затруднен или отсутствует.

Степень нарушения ориентировки в пространстве зависит от глубины расстройства сознания и иногда колеблется в процессе осуществления парафильного акта. Часто отмечается сужение субъективного пространства в пределах жертвы, дороги. Порой ориентировка нарушается полностью, и задержанный преступник растерян, не может ответить, где он, как сюда попал и что здесь делает.

Расстройство ориентировки во времени может проявляться нарушением скорости течения времени и диссоциацией переживаний с временными периодами, в которые они происходили. Течение времени бывает ускоренным, замедленным либо оно вообще останавливается. При этом испытываемые затрудняются точно определить временной промежуток, их показания часто кардинально не совпадают с показаниями жертвы или свидетелей. Внезапность событий, ощущение выключения характерно для более выраженного помрачения сознания.

При нарушении соотношения переживаний и времени нарушается непрерывность психического потока и единство переживаний. Появляются феномены перцепторного предвосхищения и воспоминания, носящие произвольный стереотипный характер. Перцепторное предвосхищение проявляется в уверенности испытуемых в том, что все было предопределено, они предвидели происходящие события

в деталях, в полной цветовой гамме, поведении, действиях и т. п. При перцепторном воспоминании испытуемые уверены, что события происходят сейчас, хотя на самом деле преступление было совершено раньше. Иногда возникновение воспоминаний связано с местом преступления, являющимся как бы пусковым фактором. В силу своей исключительной реальности они могут приносить даже большее удовлетворение, чем сами агрессивные действия.

Расстройство ориентировки в собственной личности проявляется отчуждением вплоть до полной деперсонализации. Клинически это может проявляться в виде ощущения скованности или легкости тела, вторжения посторонней руководящей силы, раздвоения собственного “Я”. С нарастанием глубины расстройств преступник начинает видеть себя и жертву со стороны будто на экране и описывает происходящее от третьего лица как фильм ужасов.

В мыслительной сфере отмечаются ассоциативные расстройства. Мышление может быть как заторможенным, так и бессвязным. Часто встречаются вербальные и моторные автоматизированные действия. Речь обедняется, словесное общение либо отсутствует, либо сводится к коротким приказам и бессмысленным стереотипным высказываниям. Моторные автоматизмы заключаются в клишированных деструктивных действиях и фрагментированном поведении — хаотичное психомоторное возбуждение чередуется с внешне упорядоченным поведением. Преступники выглядят растерянными, бессвязно отвечают на вопросы жертвы. Последние даже не всегда могут понять, чего же от них хотят — изнасиловать, ограбить или убить.

Различают такие расстройства памяти: гипермнезию — четкое воспоминание вплоть до мельчайших эмоционально значимых деталей; собственно амнезию, которая может быть тотальной или частичной в виде провалов в памяти, неточностей; диссоциативную амнезию — периодическую потерю памяти на недавние эмоционально значимые события, невозможность вспомнить в состоянии бодрствования.

В целом регресс отдельных компонентов сознания и вытекающая из него дезинтеграция являются основным механизмом нарушения сознания у лиц с парафилиями. Полиморфизм нарушений сознания при парафилиях определяется атипичной функциональной асимметрией мозга, выполняющей predispositional роль, глубиной горизонтальной регрессии и выраженностью вертикальной регрессии

сознания (А. Ткаченко, Г. Введенский 1997). Последняя может быть обусловлена повреждениями филогенетически разновозрастных структур мозга и типом асинхронии развития, определяющей функциональную дефицитарность отдельных компонентов сознания вследствие парциальной задержки развития. Вертикальная регрессия сознания проявляется движением по оси неврозы — сны — психозы, дезинтеграцией физических ощущений, мышления и образов, эмоций и чувств и обуславливает психопатологический синдром нарушенного сознания. Горизонтальный тип характеризуется регрессией по стадиям онто- и филогенеза, изменением поведения вплоть до множественных личностей. При этом каждому состоянию сознания свойственны свои показатели физиологических и психических процессов: отмечается возврат к регрессированным метаболическим механизмам, восстановление рудиментарных рефлексов и примитивизация поведения в направлении раннего онтогенеза.

По утверждению Сторча (А. Storch 1956), вся психопатология есть не что иное, как фиксированное архаичное поведение. Исходя из этого любое содержание парафильного поведения всего лишь отражает онто- и филогенетический регресс психосексуальности. Онтогенетический регресс проявляется символизацией, стереотипизацией, игровым поведением, свойственным аномальному сексуальному поведению.

Символизм начинается с деперсонификации, когда на фоне обезличенного партнера выделяется его определенное качество или комплекс качеств (или он наделяется ими), которым придается значение самостоятельных эротических стимулов. Этот процесс имеет определенную этапность. Вначале нивелируются личностные свойства, что проявляется случайным выбором жертвы аномального поведения, на втором этапе дезактуализируются биологические характеристики с игнорированием половых и возрастных особенностей. Затем происходит опредмечивание объекта и лишение его признаков жизни, а на четвертом этапе — фетишизация объекта, когда воспринимаются лишь отдельные внешние признаки, впоследствии замещенные неким знаком, символом. Символом во многих случаях выступает не просто определенный признак, а целая схема парафильной активности, своего рода комбинация специфических актов сладострастия. Тогда предметом действий является само действие без особого значения его результата.

Существование однообразного клишированного сценария поведения является непреложным правилом парафильных актов. Явление стереотипизации предусматривает неизменность осуществляемых действий и их предсказуемость. Привязанность к определенному окружению ярче всего проявляется в территориальном постоянстве аномальной половой активности и малейшее изменение в клишированном порядке может оборвать уже начавшееся перверсное действие. Клишированные формы аномального сексуального поведения, очевидно, обусловленные механизмом, аналогичным комплексу фиксированных движений, характер которых не зависит от внешних раздражений, не расчлняются на отдельные последовательные реакции. Они различаются по степени законченности, абсолютно предсказуемые и генерируются без обратной связи. Механизм комплекса фиксированных движений универсален, обеспечивает функцию эмоциональной саморегуляции, защищает от избыточной стимуляции и служит источником стимулов при сенсорной депривации, ослабляет напряжение и беспокойство.

По мере реализации аномального сексуального поведения непусковые раздражители, связанные с поведенческой реакцией, могут вызывать реакцию самостоятельно в отсутствие первоначальных пусковых факторов. Со временем каждый такой раздражитель становится эффективным и все больше утрачивается психологически понятная связь с первичной ситуацией, а каждое повторение поведенческой реакции является подкреплением аномального сексуального стереотипа.

Феномены символизма и стереотипизации свойственны и игровому поведению. Все игры, как и девиантные действия, разыгрываются в определенных пределах пространства и времени, подчинены четко расписанному сценарию и повторяются в целом и в определенных элементах. Аномальное сексуальное поведение есть не что иное, как разыгрывание театра для себя, свободная и замкнутая в себе деятельность, целиком связанная с индивидуальным воображением. Онтогенетический регресс актуализирует инфантильные формы активности со спонтанным эмоционально насыщенным поведением и потерей чувства собственной индивидуальности, стиранием границы между воображаемым и реальным миром. Эти особенности свойственны и аутистической игре, что позволяет провести параллель между парафильным и патологическим игровым поведением.

Анализ филогенетического регресса сознания возможен при ближайшем рассмотрении закономерностей полового поведения животных, где также существуют примеры прямого сексуального насилия. Описаны случаи принуждения самок к половому акту самцом скорпионовой мухи и человекообразными обезьянами. Ряд животных причиняют боль самкам во время полового сношения, раки при этом откусывают друг у друга части тела, самки некоторых пауков откусывают голову у самцов. Следовательно, сексуальный садизм, каннибализм представляют собой атавизм. К проявлению архаичных механизмов можно отнести и иерархическое доминирование самца среди животных, а в древних культурах выраженность эрекции и длина члена считались показателями социального статуса. Победа над соперниками усиливает половую предприимчивость самца, что, вероятно, и является основой формирования гиперролевого поведения, сексуальной агрессии, изнасилования и садизма. Такое поведение рассматривается как компенсационное при наличии внутриспсихического конфликта, обусловленного расстройством половой идентичности.

При изучении поведения домашних мышей (D. Davis 1958) выявлено, что при низкой их плотности преобладает территориальное поведение, а при высокой — иерархическое. На этом основании можно предположить, что в городской человеческой популяции больше распространено насильственное и садистическое поведение, а в сельской местности преобладает невинное сексуальное поведение в виде фетишизма, эксгибиционизма и т. п.

В изучении развития в онто- и филогенезе половых признаков обращает на себя внимание то, что при формировании мужской особи признак видоизменяется из женской формы в мужскую, т. е. маскулинность дифференцируется из фемининных образований (А. Кочарян 1996.). Именно поэтому онто- и филогенетический регресс сопровождается феминизацией поведения, что объясняет несомненное преобладание парафилий у мужской части человечества. Кроме того, у мужчин и женщин наследственные реакции на изменения окружающей среды различны. У мужчин выраженнее влияние наследственности, реакции биологически детерминированы и более старые в филогенетическом аспекте, у женщин преобладают социально детерминированные реакции, обусловленные большим влиянием социальной среды обитания.

Появление фемининного поведения может быть обусловлено исходной бисексуальностью всего живого, что подтверждает таковое поведение жуков некоторых пород, психосексуальный гермафродитизм у овец и коз, а также описанный Ю. Кушневым (1991) случай возникновения гомосексуального поведения у мужчины-гетеросексуала после травмы черепа. Последнее наблюдение подтверждает теорию одновременного существования мужской и женской нейрофизиологических систем, одна из которых находится в заторможенном состоянии. Подтверждение этому можно найти и на низших уровнях эволюционной лестницы — после гибели самца рыб губанов у одной из его самок происходит инверсия пола с рекомбинацией генотипа и она функционирует как самец, у морского окуня каждая особь, поочередно меняясь ролями, может быть как самцом, так и самкой.

4.5. Половые преступления против детей

Половые преступления против детей привлекают внимание общества, преимущественно если совершены особо жестокие, часто серийные убийства, о которых сообщают средства массовой информации. Так, огромный резонанс был вызван случаем, потрясшим всю Бельгию. Группа педофилов на протяжении 1994–1996 гг. похищала малолетних девочек, сексуально их эксплуатировала, а затем убивала. Информация о чудовищной жестокости вызвала массовые демонстрации по всей стране с требованиями отменить запрет на смертную казнь.

Однако сексуальные убийства составляют незначительную часть половых преступлений против детей, и мы рассмотрим их в разделе о сексуальных убийствах. Подавляющая часть преступлений данной направленности скрыта от постороннего взгляда. К ним относятся развратные действия и изнасилования, в том числе в извращенной форме. В украинском уголовном законодательстве педофильные действия, не носящие характера коитуса, именуются “развратными действиями” независимо от гетеро- или гомосексуальной направленности. Ответственность за коитальные действия с детьми и подростками наступает как в случаях изнасилования, так и при добровольном совершении полового акта, причем в последнем случае независимо от их половой принадлежности. Кроме того, существует отдельная статья за удовлетворение половой страсти в извращенных формах, в том числе с детьми и подростками. Возрастной ценз для объекта

педофильных действий составляет 16 лет, малолетие определяется возрастом до 12 лет, а несовершеннолетие — с 12 до 16 лет. По отдельным статьям устанавливается не возрастная, а биологическая граница, т. е. достижение объектом половой зрелости.

Преступники, покушающиеся на половую неприкосновенность детей, могут быть как умственно отсталыми, так и высокообразованными, интеллигентными гражданами. В последнее время в Черкасской области возбужден ряд уголовных дел против преподавателей школ, вступавших в половую связь со своими несовершеннолетними учениками. Среди них как мужчины, имевшие связь с девочками, так и женщина, жившая половой жизнью с мальчиками. При этом представители прокуратуры, комментируя эти события, полагают, что подобные факты встречаются и в других регионах, но по возможности не разглашаются с целью сохранения имиджа учебных заведений. Педофилией страдали Оскар Уайлд и Герберт Уэллс, некоторые педагоги и руководители детских коллективов. Долгие годы детско-юношеский туристический клуб “Чергид” возглавлял известный серийный убийца мальчиков Сливко, которого десятки раз восхваляли в газетах и на всесоюзном радио, приводили в пример коллегам на туристических слетах. Впоследствии он был задержан. Об этом мы расскажем в разделе, посвященном сексуальным убийствам.

Общепринято утверждение, что только десятая часть сексуальных преступлений официально фиксируется. Поэтому особый интерес вызывают не официальные данные, а исследования (опросы), позволяющие получить максимально откровенные ответы. Как правило, пострадавшие боятся огласки, поэтому, чтобы преодолеть опасения респондентов, необходимо создать обстановку полной анонимности. Таковым является исследование, проведенное во многих регионах Украины и описанное Б. Ворником (1998).

Было опрошено 1489 человек в возрасте от 14 до 19 лет — учеников и студентов учебных заведений различных типов (средние школы, ПТУ, школы-интернаты, вузы) и воспитанников СПТУ и колоний. Достаточно репрезентативными были также группы и по социальной принадлежности семьи.

Опрос проводился по закрытой анкете, т. е. требовалось лишь подчеркнуть нужный вариант ответа (таким образом не рассекречивался почерк отвечающего). Всем респондентам были выданы одинаковые ручки (невозможно определить авторство по оттенку чернил), одинаковые конверты для запечатывания анкеты, которые потом

опускались в одинаковые запечатанные почтовые ящики. Во время ответов дети сидели за отдельными столами, что исключало возможность подсматривать в анкеты друг друга. Перед началом исследования была проведена психотерапевтическая беседа с объяснением важности данного исследования для профилактики сексуальных преступлений в отношении других детей и подростков.

На вопрос “Совершал ли кто-нибудь с Вами половой акт насильно, без Вашего согласия?” положительно ответили 10,18 % респондентов. Из них 82,14 % жертв составили девушки и 17,86 % — юноши.

Зависимость частоты сексуального насилия (в процентном отношении) от типа учебного заведения представлена в табл. 3.

Таблица 3

**Частота сексуального насилия
в зависимости от типа учебного заведения, %**

Вид сексуального насилия	Тип учебного заведения				
	СШ	Вузы	Школы-интернаты	ПТУ	Заведения МВД
Нежелательное сексуальное прикосновение	11,7	11,0	21,4	21,1	49,8
Сексуальные домогательства	17,8	25,8	16,5	26,5	37,0
Сексуальное изнасилование	4,3	5,3	8,2	9,0	30,3

Безусловно, нельзя утверждать, что для определенного заведения присущ тот или иной вид сексуального насилия. Весьма вероятно, что многие студенты стали жертвами насилия еще до поступления в вуз, а многие воспитанники СПТУ и колоний подвергались насилию еще до пребывания в этих заведениях. Возможно, в микросоциальных группах, откуда пострадавшие попали в заведения МВД, они и были подвергнуты насилию. В то же время нельзя отрицать, что и микроклимат, и контингент учебных заведений обуславливают разную степень риска быть подвергнутым насилию.

В описанном исследовании предлагалось ответить также на косвенный вопрос о сексуальном насилии: “Знаете ли Вы, чтобы такое

было с кем-нибудь еще?” Как бы ни опасался подросток нарушения анонимности при опросе, на этот вопрос он мог ответить смело, имея в виду и себя самого. Утвердительно на этот вопрос ответили 60,05 %. Чаще всего это случалось с подругой (другом) — 76,67 %, реже с кем-то из знакомых взрослых — 18,67 % или родственников — 9,5 %.

На вопрос “Знаете ли Вы, чтобы кого-нибудь из Ваших друзей или знакомых заставляли заниматься проституцией либо вступать в половой акт за деньги?” положительные ответы составили 27,1 %.

В общественном сознании не всегда и не все виды педофильных действий имели преступный характер. В разное время у разных народов они допускались и даже предписывались при определенных ситуациях или для определенных категорий людей. Это в основном касается гомосексуальных педофильных действий. Самой распространенной мотивацией служила вера в магические свойства семени; считалось, что вместе с семенем взрослый передает мальчику физические и психические свойства взрослого мужчины — силу, смелость, мужество, ум и другие положительные качества. Орально-генитальные или анально-генитальные контакты при этом могли быть однократными либо практиковаться в течение определенного времени. Однократный контакт практиковался при инициации — ритуальном действии, символизирующем наступление половой и социальной зрелости подростка. В Древней Греции, Спарте, на Крите гомосексуальные контакты одобрялись в процессе воинского обучения между наставником и мальчиком-учеником. Существовали обычаи похищения мальчиков взрослыми мужчинами с последующей сексуальной инициацией и обучением военному искусству. Подобная связь считалась почетной, и на мальчиков распространялась воинская слава их покровителей. Гомосексуальные связи допускались только между свободными людьми, что было своего рода привилегией.

В классическую эпоху в Афинах однополая любовь неразрывно связывалась с идеей воспитания, основной акцент делался на эмоциональной близости, не исключая и сексуального контакта. Гомосексуальные связи считались признаком мужественности, интеллигентности и высокого эстетического вкуса. Подобная любовь воспевалась философами и превозносилась выше гетеросексуальной любви. Выдающийся философ древности Платон считал, что физическая (сексуальная) любовь является необходимым условием для достижения духовной любви и духовного единения; при этом половая принадлежность

принципиального значения не имеет. Стало быть, современная трактовка “платонической” любви как свободной от элементов сексуальности в корне противоречит ее первоначальному значению.

Интересные факты воспитания мальчиков папуасского племени самбия в Новой Гвинее описал Хердт (Herdt 1981) в своем труде “Guardians of the flutes. Idioms of masculinity. A study of ritualized homosexual behavior”. Эта традиция сохраняется и по сей день и зиждется на уверенности, что регулярное питье семени является необходимым условием роста и развития мальчика. Поэтому по достижении 7–8-летнего возраста мальчиков самбия забирают у матерей в замкнутый мужской коллектив, где они осуществляют фелляцию со старшими подростками и юношами. Вначале партнер назначается старшими без права выбора, позже учитываются индивидуальные предпочтения. По достижении периода полового созревания уже их начинают обслуживать новички. При этом соблюдается строгая иерархия — старший не может осуществлять фелляцию с младшим. Молодые мужчины 16–25 лет ведут бисексуальную половую жизнь и лишь став отцом полностью переключаются на женщин.

Подобные обряды имеют мифическую подоплеку, держатся в строгой тайне от женщин племени и, таким образом, цементируют мужскую солидарность.

Современных преступников, совершающих педофильные действия, можно подразделить на несколько групп.

1. Молодые преступники, совершившие педофильные действия под влиянием алкоголя при отсутствии сексуальных отклонений.
2. Лица, вступившие в связь с 13–16-летними на чувственной основе по добровольному согласию.
3. Преступники, совершившие педофильные действия в отношении близких родственников.
4. Пожилые лица с психоорганическим синдромом.
5. Преступники, страдающие сексуальными перверсиями в форме педофилии.

Сексуальное сожительство между близкими родственниками называется incestом (кровосмешением).

Правовые нормы, регламентирующие степень родства, могут различаться не только в разных странах, но и в одной стране в разные периоды. Во многих странах кровосмешение преследуется по закону как вариант развращения и растления малолетних. Уголовный кодекс Украины не выделяет инцест в самостоятельный вид преступле-

ний. Правовая оценка этих действий осуществляется таким же образом, как и правовая оценка криминальной педофилии.

Явление кровосмешения распространено достаточно широко, хотя дети сообщают об этом довольно неохотно, поэтому случившееся редко приводит к уголовному преследованию. По данным разных авторов, чаще всего в инцестуозные отношения вступают пары брат — сестра, отец — дочь, реже — дядя — племянница, бабушка — внучка, мать — сын, отец — сын. В уголовной практике встречаются преимущественно случаи отец — дочь и отец — сын. По одним данным, наиболее распространено инцестное поведение отцов по отношению к родным, а не приемным дочерям, по другим — наибольшему риску подвергаются малолетние девочки со стороны отчима. И хотя, по сути, это не кровосмешение, но, безусловно, уголовное преступление.

Чаще всего инцестуозные отношения возникают в многодетных семьях, относящихся к наиболее ущемленным слоям общества. Алкоголизм и алкогольная деградация личности — практически постоянные спутники кровосмешения. Отцы преимущественно страдают алкоголизмом, психопатией или психосексуальным инфантилизмом. Связи продолжают более или менее продолжительное время и держатся в тайне от остальных членов семьи. Матери в большинстве случаев, даже если и понимают суть происходящего, по разным причинам поддерживают видимость нормальных семейных отношений, делая вид, что ничего не замечают. Такие семьи преимущественно замкнуты сами на себя, внешние контакты сведены к минимуму, лица извне воспринимаются как чужаки. Характерен приоритет семьи над индивидуальными стремлениями и интересами. Матери, можно сказать, “делегируют” функцию сексуального партнера отца дочери, а сами концентрируются на организации семейного быта. При обследовании у них часто диагностируются психические нарушения. При наличии нескольких дочерей выбор отца обычно падает на самую пассивную, не способную противостоять его домогательствам, иногда он сожительствует с несколькими дочерьми. Жертвы инцеста часто сами провоцируют своих отцов, пытаясь таким образом усилить свое влияние в семье и чувствовать себя свободнее в дальнейшем выборе сексуального партнера. У многих дочерей выявляются личностные расстройства, склонность к многочисленным половым связям, некоторые занимаются проституцией, наблюдаются у психиатров.

Специфическим для инцеста является псевдорационалистический вариант педофилии, встречающийся у больных с малопрогрессирующими формами шизофрении. Они совершают развратные действия и половые акты с дочерьми с целью “полового воспитания”. У большинства таких больных на фоне неплохой социально-трудовой адаптации отмечается гетеросексуальная дезадаптация. Для псевдорационалистического варианта характерно отсутствие стадийности и таких кардинальных признаков нарушения влечений, как борьба мотивов, аффективный отрицательный заряд, чуждость личности. Наоборот, больные пытаются рационализировать свое поведение и приводят множество нелепых доводов в его пользу. Часто педофилия у них сочетается с утонченным моральным садомазохизмом и гомосексуализмом.

Нередко встречается случайная форма инцеста. При этом насилие, как правило, осуществляется пьяным отцом или отчимом.

 *Испытуемый Л., 34 года. Обвиняется в покушении на изнасилование пятнадцатилетней дочери В.*

Наследственность психопатологией не отягощена, мать во время беременности перенесла менингоэнцефалит, младшая дочь страдает шизофренией. Испытуемый с детства был вспыльчив. Наблюдались приступы ярости. Во время службы в армии избил двух солдат, за что был разжалован из сержанта в рядовые. В 1982 г. обращался к психиатру из-за приступов ярости, возникающих при чрезмерном приеме алкоголя. В 1988 г. — травма головы с потерей сознания после удара бутылкой. После травмы стало тяжело ходить на работу, снились кошмары, появилось ощущение слезки. Рассказывал психиатру об общении с инопланетянами и путешествии на летающей тарелке. В состоянии алкогольного опьянения склонен к вспышкам гнева и агрессии, иногда бил жену, злоупотребляющую алкоголем, переходил жить к матери. 5 июня 1994 г. поступил на обследование и лечение в психиатрическую больницу с жалобами на преследование, слабость, плохую память, сон, а также на состояния злобы, раздражительности, агрессии, которые появляются по незначительным поводам.

Со слов испытуемого, 27 мая примерно в 17.00 он поругался с младшей дочерью, после чего у нее появились страхи и суицидальные попытки и мать увезла ее к родственникам в село. Рассказывает, что 28 мая утром у него со старшей дочерью В. произошла ссора, после которой она убежала к своей подруге и несколько дней не являлась домой. Попытку изнасилования дочери категорически отрицает.

В своем объяснении потерпевшая В. сообщила, что утром 28 мая она помылась в ванной и легла в постель еще поспать. В это время пришел отец, расспрашивал о маме. Затем зашел в комнату, на вопрос, что ему нужно, он ничего не ответил, подошел, сел на кровать, стал стягивать с нее одеяло. На просьбу В. не делать этого Л. не реагировал и продолжал стаскивать одеяло. Потерпевшая хотела вскочить, но Л. навалился на нее; В. стала кричать, но он закрыл ей рот рукой. В. укусила отца за руку несколько раз. Во время борьбы одеяло спало с потерпевшей, правой рукой Л. закрывал В. рот и ей стало трудно дышать. Другой рукой он стал трогать тело дочери. Чувствуя, что теряет силы, В. схватила со стоявшей рядом тумбочки лампу и начала бить ею по голове отца. Нанесла два удара, разбила ему голову. Л. схватился за голову, оставил потерпевшую и побежал в ванную промыть и обработать рану. За это время девочка выбежала из квартиры, но в коридоре была настигнута отцом, пытавшимся затащить ее обратно. На крики В. выбежала соседка и впустила ее в свою квартиру.

При клиническом обследовании установлено: нормостенического телосложения, без особенностей. Неврологически выявляется рассеянная микросимптоматика, последствия закрытой черепно-мозговой травмы.

Психическое состояние: ориентирован в месте, времени, собственной личности, контакт продуктивный. Эмоционально синтонен, тип аффекта лабильный, в беседе легко раздражается. Мышление последовательное, логичное, на вопросы отвечает по существу. В отношении инкриминируемого деяния сообщает: “Это все наговоры. У меня и в мыслях никогда не было такого, чтобы изнасиловать дочь. Я поссорился с дочкой, а затем искал ее по всему району”. Зависимости от алкоголя не испытывает, продуктивная психотическая симптоматика не выявляется. Память не нарушена, интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту.

При психопсихологическом исследовании заявляет, что его “начала косить шизуха”. Пространно описывает общение с инопланетянами, полет с ними на летающей тарелке, в подтверждение своего диагноза заявляет другие симптомы, настаивает, что у него шизофрения. При возражении эксперта раздражается и отказывается выполнять экспериментальные задания. После разъяснений и уговоров включился в работу. Темп сенсомоторных реакций несколько замедлен, произвольное внимание в пределах нормы. Нарушения умственной работоспособности не усматривается. Память не нарушена, активность, объем запоминания и удержания материала в пределах нормы. Уровень мыслительных операций — анализа, синтеза, обобщения, опосредования, логического переноса — в пределах нормы. Нарушений мышления, типичных для процессуального заболевания, не выявлено. К индивидуально-личностным особенностям относятся стеничность, психическая ригидность (негибкость, упрямство,

настойчивость), эгоизм, застреваемость на субъективно значимой информации, раздражительность, вспыльчивость в конфликтных ситуациях.

Таким образом, у испытуемого Л. отмечаются следствия черепно-мозговой травмы в форме умеренно выраженного психоорганического синдрома и психотические расстройства той же природы в прошлом. Заболевание возникло на фоне врожденных психопатических особенностей личности. Инцестное преступление совершено в состоянии опьянения, что несомненно способствовало снятию морально-этических преград. Судебно-психиатрической комиссией рекомендовано суду признать испытуемого вменяемым.



Испытуемый Ш., 31 год. Обвиняется в совершении развратных действий в отношении своей пятилетней дочери Е.

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Развивался обычно, в школу пошел своевременно, окончил восемь классов, музыкальное училище, консерваторию. Служил в армии, комиссован из-за травмы ноги.

С 1978 г. состоял в браке с Л., с которой имеет общего ребенка 1980 г. р. В октябре 1983 года брак был расторгнут по инициативе жены. Из-за конфликтов с бывшей женой и тещей ушел из квартиры, но дочь навещал, гулял с ней. 8 июня 1985 г. забрал дочь и без разрешения матери ребенка оставил ее ночевать по месту своего жительства. На следующий день, со слов матери, Е. была возбуждена, отказывалась от пищи, а затем начала валить ее на кровать и просила поиграть в игры, в которые с ней играл папа. При этом девочка рассказывала содержание этих “игр”. Заподозрив Ш. в развратных действиях в отношении их совместной дочери, Л. обратилась с заявлением в прокуратуру.

Из расспроса Е. явствует, что во время “игр” они с отцом были голыми, вместе купались в ванной. Содержание некоторых “игр” сводилось к тому, что она присаживалась, а папа стоял над ней и периодически прижимал ее к полу. Играли также в “животики”, во время чего надо было “биться животиками”, и другие подобные “игры”.

Неприязненные отношения, сложившиеся между бывшими супругами, отразились в показаниях в процессе следствия. Испытуемый категорически отрицал какие-либо противоправные действия в отношении дочери.

С места работы характеризуется положительно, с обязанностями справляется, инициативен, пользуется авторитетом.

Правильного телосложения, средней конституции, нервная система без патологии.

Психическое состояние: всесторонне ориентирован, несколько волнуется, многословен. Мышление в обычном темпе, без бредовых и галлюцинационных расстройств. Устойчиво стремится доказать, что он психически здоров, подчеркивает свое хорошее отношение к дочери. Ка-

тегорически отрицает у себя какие-либо перверсии. Память не нарушена, интеллект соответствует возрасту и уровню культуры. Психопатологической симптоматики не установлено.

Таким образом, судя по показаниям дочери, у испытуемого Ш. наблюдается склонность к развратным действиям с малолетней дочерью. Именно ее он выбрал в качестве объекта реализации сексуальных фантазий. Как в ходе этой судебной экспертизы, так и в других исследованиях, не проводилась диагностика склонности к педофилии.

Случай инцестуозной сексуальной оргии описывает З. Старович (1991).

■ Отец семейства С. обвиняется в совершении похотливых действий со своей 13-летней дочерью, а также в систематических издевательствах над женой и детьми.

С. родился вне брака, до восьмилетнего возраста воспитывался матерью, а после ее замужества — и отчимом. Отчим много пил, часто приходил пьяный домой, всех бил, очень ревновал мать, подозревал ее в измене. Женился в 18 лет на женщине с повышенным сексуальным темпераментом, требовавшей ежедневных половых сношений. Во время первой беременности у жены диагностирована шизофрения. На протяжении жизни какие-либо сексуальные отклонения отрицает.

Последние четыре года находится под наблюдением с диагнозом “хронический алкоголизм”. Несмотря на неоднократное лечение продолжает употреблять алкоголь, в состоянии опьянения агрессивен, не критичен к своему состоянию, постоянно бьет жену и детей.

По словам жены сексуальные отклонения она заметила у него восемь лет назад, когда он начал засовывать ей во влагалище окурки, прижимал тело и половые органы сигаретой, совершал анальные половые акты. Затем С. начал принуждать 13-летнюю дочь присутствовать при его половых актах с женой, во время которых засовывал дочери пальцы во влагалище. Заставлял брать его половой член в рот, а также возбуждать его руками. С. также принуждал 15-летнего сына присутствовать при близости с женой, заставлял его раздеваться и совершать с матерью половой акт.

С. всегда делал это в состоянии алкогольного опьянения, постоянно запугивал остальных членов семьи, в результате чего дочь пыталась покончить с собой.

Во время проведения экспертизы сидит в удобной позе, доступен хорошему контакту, всесторонне ориентирован, уравновешен. На вопросы отвечает исчерпывающе и по существу, не признается в совершении инкриминируемых деяний. Представляемые в процессе обследования сведения носят защитный характер и непригодны для экспертной интер-

претации. Обвинения жены объясняет ее психическим заболеванием, а детей — влиянием матери. Отрицает злоупотребление алкоголем.

При анализе описанного случая обращает на себя внимание большое сходство поведения С. и его отца в семье. Склонность С. к оргиям является проявлением синдрома неразличения сексуального объекта, а также реализацией потребности в сексуальном допинге для развития достаточного уровня сексуальных реакций. Все это характерно для алкогольной деградации личности и сочетается с инцестными и садистскими тенденциями.

При сексологической оценке инцеста необходимо учитывать степень родства партнеров, форму инцестных контактов (половой акт, неконитальные формы), гетеро- или гомосексуальный характер, добровольность или насильственность, возрастную комбинацию партнеров, содержание сексуальных фантазий и сновидений у партнеров, наличие девиантных тенденций, психопатологический профиль партнеров.

В ряде исследований выдвигается предположение, что инцест сам по себе не всегда приводит к психопатологическим последствиям, однако отдаленные последствия инцеста у взрослых женщин проявляются в виде страхов, депрессии, сексуальных проблем, склонности к мазохизму, частой смене половых партнеров.

Педофильные действия, совершаемые лицами без сексуальной патологии под влиянием алкоголя, носят единичный характер и являются по своей сути случайными. Они осуществляются без особенных психологических переживаний в силу того, что ребенок оказался рядом в соответствующей обстановке. В большинстве случаев, протрезвев, преступник чувствует стыд и раскаивается в содеянном, как, например, восемнадцатилетний К., обвиненный в развратных действиях в отношении четырехлетней В.

 Из свидетельства матери потерпевшей выяснено, что 26 ноября она зашла к соседке позвонить и оставила девочку там поиграть. Через полтора часа после возвращения домой девочка рассказала, что к ней “приставал молодой дядя”.

В процессе следствия К. пояснил, что 26 ноября выпил примерно полбутылки водки и чувствовал себя опьяневшим. Водку пил со своей знакомой А. в ее квартире. В это время к А. зашла соседка с девочкой В. Затем соседка вышла позвонить, и К. с В. остались в комнате одни. К. засунул свои руки В. под трусики и начал трогать пальцами ее поло-

вые органы. Свои действия объясняет тем, что был пьян, глубоко раскаивается в совершенном. Сообщил, что на следующий день после содеянного он пытался покончить жизнь самоубийством через повешение, но оборвалась веревка.

При обследовании патологии со стороны центральной нервной системы и внутренних органов не выявлено.

Психическое состояние: в ясном сознании, ориентирован всесторонне, доступен продуктивному контакту. Первоначально отвечает на вопросы неохотно, настороженно, в процессе беседы становится мягче, спокойнее, доверчивее. Уверяет, что якобы не помнит своих действий, однако при детальном расспросе не обнаруживает каких-либо расстройств памяти относительно периода содеянного. Эмоционально неустойчив, легко раздражается, иногда вспыльчив и напряжен. Стремится сообщить о себе сведения, лишь хорошо его характеризующие. Сложившуюся ситуацию оценивает правильно, душевнобольным себя не считает. Сожалеет о содеянном.

Исходя из изложенного признаков психического заболевания не обнаруживает. Признан вменяемым.

В преступлениях подобного рода кроме опьянения, заглушающего морально-этические ценности личности, большое значение имеет ситуация, предоставляющая легкодоступную жертву. В этом контексте возникает вопрос: как представляла себе мать потерпевшей игру четырехлетней девочки с молодыми людьми, распивающими водку в значительном количестве?

■ А вот *обвиняемый И.* 24 лет не мучается угрызениями совести после развратных действий по отношению к малолетней Ш., также совершенных в состоянии алкогольного опьянения.

Наследственность психопатологией неотягощена. Развивался обычно, окончил девять классов и торговое училище. Служил в армии, женат, имеет одного ребенка. Алкоголь употребляет от случая к случаю, у психиатров никогда не лечился.

Из материалов уголовного дела известно, что 26 июля И., будучи в нетрезвом состоянии, во дворе дома остановил Ш., снял с нее трусики, показал ей половой член, трогал ее за половые органы, заставил взять в руки половой член и держать его до появления спермы. После этого ушел, но был задержан. Утром следующего дня при медицинском освидетельствовании определялась легкая степень алкогольного опьянения. В своих письменных объяснениях И. дает разноречивые сведения о количестве выпитого спиртного — от бутылки вина и двух литров пива до трех бутылок вина, и о своем поведении. По первому объяснению, он возвращался домой без плавок с расстегнутыми брюками и не помнит,

как попал на место происшествия и прижимал ли к себе девочку. По второму — он в кустах справлял естественные надобности и его могли видеть маленькие девочки, но никаких детей не развращал, половой член детям не показывал. По третьему — он хотел, чтобы его видели с обнаженным половым членом, но сам не знает, как это все случилось, просил прощения за случившееся.

Потерпевшая рассказала, что И. подошел к ней, спросил как ее зовут, а после этого снял трусики и начал осматривать ее половые органы, трогал их пальцами, затем прижал ее к себе, а она начала кричать, звать девочек. Он просил ее не делать этого, затем дал ей в руки свой половой член, а когда сперма попала ему на брюки, начал вытирать их рукой, как бы стряхивая пыль. Затем ушел.

На очной ставке И. заявил, что он ничего не помнит, но такого, как рассказывает девочка, быть не могло.

Психическое состояние: в ясном сознании, всесторонне ориентирован, держится естественно. В процессе беседы волнуется, смущается. Речь не нарушена, словарный запас достаточен. Душевнобольным себя не считает, жалоб на состояние здоровья не предъявляет. Вначале пытался сослаться на забывание, затем рассказал, что у него недавно родила жена, и хотя он жил с ней половой жизнью, это сопровождалось неудовольствием с ее стороны. Молчаливо согласился с врачом, что в нетрезвом состоянии мог удовлетворить таким образом половую страсть. Однако продолжает заявлять, что ничего не помнит, но поскольку ребенок так говорит, значит, могло так и быть. Мышление в обычном темпе, бредовых идей, обманов восприятия нет. Эмоциональные реакции адекватны ситуации. Понимает свое положение, естественно расстроен случившимся, с трудом сдерживает слезы. Память без грубой патологии, интеллект соответствует возрасту, уровню культуры и образованию. Психопатической симптоматики не выявлено.

Возможно, И. не помнит отдельных деталей случившегося, но поскольку его поведение определялось состоянием опьянения, а не болезненными психотическими переживаниями, он признан вменяемым.

Приведенный пример обращает внимание на еще один фактор, способствующий совершению преступления подобного типа. Это отсутствие возможности полноценного удовлетворения половых потребностей со взрослым гетеросексуальным партнером. Неудовлетворенность половой жизнью с женой в состоянии алкогольного опьянения проявилась заместительным девиантным поведением в отношении ребенка.

Формирование педофильных наклонностей в старческом возрасте связано с возрастной инволюцией половой сферы и развитием

климактерического синдрома, характеризующегося недостаточностью эрекции, расстройствами эякуляции и оргазма. Это происходит на фоне атеросклероза и энцефалопатии с личностными изменениями и интеллектуально-мнестическим снижением, распадом системы морально-этических ценностей. Общение с девочками, несведущими в сексуальном отношении, безопасно с точки зрения возможного выявления половой несостоятельности стариков и используется ими для стимуляции своей угасающей сексуальности.

■► *Испытуемый М., 74 года.* Обвиняется в совершении развратных действий в отношении пятилетней З.

В роду психическими заболеваниями никто не страдал. До войны окончил школу, воевал, перенес контузию и ранение, длительно лечился в госпитале. После войны окончил строительный институт, длительное время занимал руководящие посты в строительстве: был начальником управления, директором. Затем ушел на пенсию и уже давно не работает. Женился в 49 лет. Взаимоотношения с женой хорошие, детей от брака не было. Является инвалидом III группы Великой Отечественной войны, перенес инсульт.

Из материалов дела известно, что 19 августа примерно в 15. 30 М. в нетрезвом состоянии обманным путем завел в свою квартиру малолетнюю З., раздел ее и совершил в отношении нее развратные действия.

В показаниях жены указано, что когда муж работал, то не пил, всегда был очень аккуратен. После выхода на пенсию сидел дома, ни с кем не общался. По характеру замкнутый и вспыльчивый. Пять лет назад после перенесенного гриппа перенес инсульт, в результате чего начал заговариваться и его речь стала несколько бессвязной, стал более нервным, грубым и раздражительным. К тому же у него бывают выпадения памяти. Дальше жена указывает, что, когда она вернулась домой в 20 часов, М. был дома и ходил в одних трусах. По глазам заметила, что он слегка выпивши.

На допросе виновным себя не признавал и утверждал, что 19 августа был трезв.

В отделении на все вопросы отвечал: “Не помню, не знаю“. Демонстрирует свою несостоятельность, не знает, что это за больница и чем он болел в течение жизни. Признает, что память у него плохая. Говорит, в больницу поступил “от следователя“, “девчонку какую-то примазывают мне, я ее не знаю“. Периодически сообщал о себе отрывочные сведения. Настроение ситуационно снижено, временами плачет, тяжело вздыхает, несколько растерян.

Соматически-возрастные изменения, признаков очагового поражения ЦНС не выявлено.

Психическое состояние: продуктивному контакту недоступен, двигательно заторможен. Выражение лица печальное, тяжело вздыхает. Периодически повторяет: "Боже мой, в таком возрасте — это глупости". На вопросы, касающиеся фактов из жизни, отвечает: "Не помню, не знаю". Не может указать приблизительный срок пребывания в больнице. В отделении ни с кем не общается, время проводит в постели, ест самостоятельно.

При патопсихологическом исследовании отмечена выраженная негативная реакция на процедуру исследования (отворачивается, закрывает глаза). Ответы, как правило, односложные: "Не знаю, не помню", что может быть признаком либо реактивного состояния, либо установочного поведения при интеллектуально-мнестической недостаточности, степень которой в связи с особенностями поведения определить не удастся.

М. обнаруживает признаки атеросклероза сосудов головного мозга с умеренным интеллектуально-мнестическим снижением. Степень выраженности патологических изменений не лишает испытуемого способности отдавать себе отчет в своих действиях. В отношении содеянного следует считать вменяемым.

Особую опасность представляют сексуальные преступления против детей, обусловленные аномалией полового влечения в виде педофилии. К диагностическим критериям педофилии относится влечение к детям допубертатного и раннего пубертатного возраста с повторными интенсивными сексуально окрашенными фантазиями, эротическими сновидениями или актами и манипуляциями с детьми при отсутствии адекватной гетеросексуальной адаптации. Обязательным для установления диагноза является достижение субъектом 16-летнего возраста и наличие пятилетней разницы с объектом влечения. В рамках педофилии выделяют также эфебофилию — половое влечение к лицам подросткового и юношеского возраста. Это влечение ближе всего к нормальной возрастной ориентации.

Половая ориентация при педофилии не всегда строго очерчена. По мнению многих исследователей, пол ребенка не имеет большого значения, поскольку истинным сексуальным стимулом являются черты незрелого детского тела, выступающего в роли фетиша. Однако в большинстве случаев наблюдается стабильная ориентация на детей определенного пола, чаще — гетеросексуальная, реже — гомосексуальная.

 *Испытуемый Н., 29 лет. Обвиняется в развращении несовершеннолетних.*

Н. старший ребенок из двух детей; раннее развитие без особенностей. С матерью был в плохих отношениях, поэтому в 15 лет ушел из дома и

проживал у родной тетки. Окончил 11 классов вечерней школы, работал каменщиком, бетонщиком, на различных заводах и в строительных организациях. Холост. Ранее судим в России по ст. 120 и 121. Принудительно лечился в больнице общего типа, откуда сбежал и в 1992 году приехал в Киев. Находясь в Киеве без определенного места жительства, определенного рода занятий, познакомился с несовершеннолетними мальчиками, входил к ним в доверие и по их согласию, за определенную сумму или якобы за предоставление ночлега иногородним несовершеннолетним, которые занимались в Киеве бродяжничеством, совершал по отношению к ним развратные действия. Указанные действия Н. совершал регулярно в разных районах города в течение двух лет. Какого-либо насилия к несовершеннолетним не применял. Занимался этим в квартирах, которые снимал, в подъездах домов, на лестничных клетках, в подсобных помещениях и в купе поездов дальнего следования. Также, по согласию несовершеннолетних, Н. удовлетворял половую страсть в извращенной форме.

Соматоневрологический статус без видимой патологии.

Психический статус: в ясном сознании, всесторонне ориентирован, жалоб не предъявляет. Мышление последовательное, логичное, на вопросы отвечает правильно, по существу. Уровень знаний соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Память и внимание не нарушены, правильно и последовательно вспоминает события, происшедшие с ним в период, к которому относятся инкриминируемые деяния. Отмечает, что с раннего детства, сколько себя помнит, испытывал “тягу к мальчикам”, с которыми вступал в половую связь неоднократно. “Пробовал вступать в половую связь с женщинами, но ничего не получалось. У меня с детства такое пристрастие, сколько себя помню. Ничего не могу с собой поделать”. Рассказывает об инкриминируемых деяниях. Бредовых идей, обманов восприятия не обнаруживает, в беседе спокоен, выдержан, соблюдает дистанцию. Себя считает психически здоровым человеком.

При патопсихологическом исследовании держится естественно, охотно вступает в контакт, активно его поддерживает, торопится “выговориться”. Подробно рассказывает о себе, о судебно-следственной ситуации. Сетует на трудности существования, обусловленные его сексуальными особенностями. Понимает противоправность своего поведения, но не видит выхода из создавшегося положения.

Темп сенсорно-моторных реакций равномерный, достаточный. Произвольное внимание не нарушено, истощаемости, утомляемости к концу работы не отмечает. Память сохранна, мышление в обычном темпе.

Признан психически здоровым, обнаружены сексуальные перверсии в форме педофилии, в отношении инкриминируемых действий — вменяем.

Представляет интерес также Ф., обвиняемый в развращении малолетних девочек и попытке изнасилования.

■ Наследственность психопатологией не отягощена. Учился посредственно, образование семь классов, геолого-разведочный техникум и политехнический институт. Холост, в армии не служил, алкоголем не злоупотребляет. В прошлом перенес перелом нижней челюсти, правой лодыжки, сотрясение мозга. Жалуется на быструю утомляемость, головные боли, раздражительность, боли в области сердца.

Сообщает, что всегда в интимной жизни с женщинами испытывал затруднения. Обычно женщины были недовольны им из-за половой слабости и он сам был собой недоволен. С детства приучился к онанизму, в половой близости прибегал к извращениям. Лет десять назад, увидев спящую обнаженную девочку, испытал к ней большое влечение. С тех пор постоянно искал возможности прикоснуться половым органом или рукой к половым органам девочек. Обычно возбуждение наступало быстро и столь же быстро происходило излияние спермы. Одно время ни с кем не делился своими влечениями, потом разговорился об этом с Соломенко. С ним же неоднократно выходил в город в поисках девочки, которую можно было бы заманить в парадное дома и совершить с ней “имитацию полового акта”. Так испытуемый определяет свои развратные действия в отношении девочек.

Ф. и Соломенко заводили девочек в парадные под благовидным предлогом, оголяли их и свои половые органы и прислонялись к ним, воспроизводя движения полового акта. Утверждает, что инициатива и активность в заманивании девочек принадлежала Соломенко. Попытки изнасилования отрицает.

Из материалов дела известно, что Ф. пытался изнасиловать семилетнюю К., причинив ей легкие телесные повреждения в области половых органов. Окончить преступный замысел не смог вследствие быстрого наступления удовлетворения.

Ф. также самостоятельно занимался развращением девочек — своих знакомых, соседей, детей своих сожительниц.

По службе характеризовался положительно, с работой справлялся, по службе рос, странностей в поведении не обнаруживал.

Среднего роста, правильного телосложения, лицо несколько асимметрично из-за травмы. Без признаков грубого органического поражения ЦНС.

Психическое состояние: держится взволнованно, дрожит, плачет, сморкается, производит впечатление трусливого, растерявшегося человека. Говорит торопливо, старается быть убедительным и от этого еще больше волнуется. Во время беседы то и дело раздражается рыданиями, потом успокаивается и просит его простить. Хватается за голову, за

сердце, совершает множество торопливых, лишних и ненужных движений. Жалуются на явления половой слабости, на влечение к маленьким девочкам.

Расстройств восприятия не обнаруживает и на их наличие не ссылается. Мышление в достаточном темпе, последовательное, бредовые идеи отсутствуют. Ассоциативные процессы не нарушены. Интеллект и его предпосылки без формальных отклонений от нормы. Эмоционально неустойчив, но эмоциональные проявления адекватные.

Заключение. Психически здоров, обнаруживает расстройство полового влечения в виде педофилии. В отношении инкриминируемых деяний признан вменяемым.



Испытуемый С., 32 года. Обвиняется в совершении развратных действий и изнасиловании в извращенной форме.

Родился в семье служащих, сестра страдает эпилепсией. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел своевременно, учился хорошо, без особых наклонностей к какому-либо предмету, стремления к общению с товарищами не проявлял, нарушений дисциплины не имел. Со слов испытуемого, он всегда отличался стеснительностью, был робким, обидчивым. После девятого класса поступил в медучилище на зубопротезное отделение. Такой выбор обосновать не может и считает его результатом влияния случайных обстоятельств. По специальности работать не стал в связи с тем, что во время практики не мог видеть крови, чувствовал при этом дискомфорт, слабость, не выносил криков людей. Поступил на юридический факультет Барнаульского государственного университета. Столь резкую смену профессии также объясняет случайными обстоятельствами: “Много читал книжек, смотрел фильмы о работе юридических органов”. Учился хорошо, учеба давалась легко, в свободное время много читал. Компаний не посещал, с девушками никогда не встречался, предпочитал время проводить уединенно. На четвертом курсе перевелся в Киевский государственный университет, а после его окончания остался работать на кафедре в качестве инженера.

Кроме основной работы, проводил практические занятия по криминалистике на четвертом курсе юридического факультета, руководил производственной практикой студентов третьего курса в органах прокуратуры, рецензировал контрольные работы по криминалистике студентов-заочников. За время работы на кафедре изучал новую учебную юридическую литературу, принимал активное участие в общественной жизни коллектива факультета, избран заместителем председателя ДОСААФ. Был куратором академической группы, пользовался авторитетом и уважением среди преподавателей и студентов. Призван на действительную военную службу, во время прохождения которой показал

себя дисциплинированным, умелым командиром, неоднократно поощрялся командованием части. После возвращения на работу избран ассистентом кафедры криминалистики КГУ.

Сотрудники характеризуют С. как дисциплинированного, исполнительного, вежливого и предупредительного. Он смущался разговоров на интимные темы и всегда уклонялся от них.

Проживает с матерью, не женат и, по его словам, не испытывает в этом необходимости. Сообщает также, что, еще будучи студентом медицинского училища в Барнауле, “случайно из любопытства решил изучить половые органы у девочек, это было приятно и интересно”. Однажды его задержала милиция, но к ответственности привлечен не был — “отпустили домой”. Сознается, что чувствовал половое влечение к детям и за последние пять лет совершил около 60–70 эпизодов развратных действий по отношению к 7–12-летним девочкам и мальчикам. При удобном случае подходил к ребенку, заводил с ним разговор о том, как пройти на ту или иную улицу, найти дом и т. п. Заводил ребенка в подъезд или другое уединенное место, под видом того, что осматривает мышцы, поворачивал ребенка к себе спиной, трогал за половые органы, притрагивался своим половым членом к ягодицам. При этом чувствовал половое удовлетворение, быстро наступало семяизвержение. В последний раз под видом “осмотра мышц ребенка” завел мальчика в подъезд и совершил с ним акт мужеложства. Отмечает, что в последнее время были еще подобные случаи, но отрицает, что совершал половые акты с малолетними девочками, это он себя оговорил.

В ходе следствия давал последовательные, логические показания, подробно воспроизводил события периода, к которому относятся инкриминируемые деяния, не ссылаясь на какие-либо болезненные переживания. Считает себя психически здоровым.

Соматически и неврологически без патологии.

Психическое состояние: в ясном сознании, ориентирован всесторонне. Охотно вступает в беседу, держится спокойно, выдержанно, корректно. Сообщает о себе подробные сведения, говорит, что никогда не испытывал потребности жениться, хотя “логически понимал, что это надо”. О влечении к детям говорит неохотно, жалуется, что его “обижают” в палате. Во время беседы начинает плакать, при этом извиняется. Себя характеризует как стеснительного и робкого, даже совершая развратные действия, “не хотел травмировать детей и поэтому поворачивал их к себе спиной”. Соглашается, что его заявление абсурдно, но все-таки утверждает, что в какой-то степени благородные помыслы ему не чужды. Понимал, что рано или поздно будет разоблачен, но не мог справиться с желанием. Настроение несколько снижено. Расстройств восприятия не обнаруживает, бредовых идей не высказывает. Сообщает, что в связи с содеянным и “таким позором” в ходе следствия хотел покончить с со-

бой, но “не удалось”. Суицидальные намерения надеется выполнить, будучи осужденным. Мышление последовательное, в обычном темпе, интеллект, память не нарушены, критические способности сохранены.

Заключение. Психическими заболеваниями не страдает, обнаруживает сексуальные перверсии в форме педофилии. В отношении содеянного следует считать вменяемым.

В качестве иллюстрации к нашему утверждению о том, что лица, страдающие педофилией, часто выбирают профессию, связанную с детьми, приведем пример развратных действий тренера детской футбольной команды.

 *Испытуемый Р.* родился 5 июня 1953 года. Второй ребенок в семье. Сведений об отце не имеет, так как сразу после его рождения отец оставил семью.

Р. вырос в неполной семье, они с братом воспитывались матерью, которая работала на заводе контролером ОТК.

В раннем детстве от сверстников не отставал, но, с его слов, слишком поздно начал разговаривать и до 12 лет страдал ночным энурезом. По характеру формировался спокойным, любил одиночество.

В школу пошел в семилетнем возрасте, учился посредственно и после восьмого класса пошел работать на радиозавод им. Королева. Параллельно обучался в вечерней школе, учился хорошо.

После окончания 11 классов с 1972 по 1974 г. служил в ВВС техником по обслуживанию электронных систем.

После увольнения из армии поступил на подготовительное отделение при университете, а затем — в университет на физический факультет. С первого курса был отчислен из-за неуспеваемости по английскому языку. В течение года работал лаборантом в вечерней школе, затем вновь поступил на тот же факультет. С третьего курса был отчислен, так как не сдал часть экзаменов. Параллельно с учебой работал лаборантом в университете.

После отчисления из университета пошел работать на стадион инженером по обслуживанию электронного оборудования. Одновременно, с 1981 по 1986 г., помогал тренерам детских футбольных команд, которые тренировались на стадионе. Затем параллельно с основной работой вел занятия в абонементной группе по физической подготовке, позже — тренировал детскую футбольную команду.

В 1991 г. был привлечен к уголовной ответственности по ст. 121. В ходе следствия проводилась стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Согласно акту судебно-психиатрической экспертизы, Р. обвинялся в том, что, работая тренером детской футбольной команды, на протяжении трех лет совершал в отношении несовершеннолетних членов команды развратные действия. В летних лагерях и на соревнованиях

в других городах он заходил в номера гостиниц к членам команды, раздевал их догола, целовал в губы, соски, брал в рот половой член, заставлял подростков брать в рот его половой член, а также друг у друга.

Аналогичные действия он совершал с мальчиками у себя в квартире, фотографируя их при совершении развратных действий. Заставлял раздеваться догола членов команды и фотографировал их. Совершая развратные действия, Р. убеждал членов команды, что подобные отношения — нормальное, естественное явление, что подросткам не нужны родители, что он воспитывает из них личностей.

Экспертная комиссия в 1991 г. пришла к заключению, что Р. психическими заболеваниями не страдает и признала его вменяемым.

Будучи условно осужденным по ст. 121, испытуемый осенью 1992 г. возобновил тренерскую деятельность и набрал команду из ребят 1983 года рождения.

С этой командой он работал до 1995 г., когда в конфликтной ситуации сгоряча ударил одного из мальчиков. Невзирая на его извинения, мать мальчика рассказала другим родителям о его прежней судимости, а также подала на него в суд, обвиняя в избиении и развратных действиях. В 1996 г. он был осужден по ст. 107 к двум годам лишения свободы.

По возвращении из мест лишения свободы в 1997 г. с запретом заниматься педагогической деятельностью продолжил работать под чужой фамилией тренером детской футбольной команды.

Испытуемый холост, детей нет.

Как следует из материалов уголовного дела, в ноябре 1997 г. Р. провел набор детей (1988 года рождения) с целью организации футбольной команды. Было отобрано 22 ребенка, с которыми Р. проводил тренировки на стадионах жилмассивов. 22 июня 1998 г. команда выехала в летний спортивно-оздоровительный лагерь в Крым.

Уже в поезде тренер начал злоупотреблять спиртным и проявлять агрессивность по отношению к детям и сопровождающим взрослым.

Во время пребывания в лагере злоупотреблял спиртными напитками, а также совершил ряд развратных действий в отношении членов команды.

Как известно из материалов уголовного дела, во время просмотра чемпионата мира по футболу он закрывал дверь в комнате на замок, выключал свет, подсаживался к детям, садил их на колени, целовал в губы, крутил соски на груди, засунув руку в трусы, ощупывал их половые органы, одновременно засовывал руку ребенка себе в трусы и заставлял ласкать свой член, просил снимать трусы, сосал их половые члены.

С некоторыми детьми он ложился спать, залезал руками в трусы, щупал половые органы, просил гладить и целовать свой пенис. Ребята переживали в связи с происходящим, шепотом обсуждали события, но боялись разрушить команду.

Совершая развратные действия, Р. требовал, чтобы дети не рассказывали ничего родителям, угрожая исключить из команды. Они очень хотели играть в футбол, поэтому боялись как открыто противодействовать тренеру, так и сообщить о происходящем родителям. Кроме того, Р. максимально ограничил доступ родителей к детям, запрещая им встречаться с приезжающими родителями вне его контроля, а также присутствовал при телефонных разговорах ребят с родственниками.

При попытке родителей прояснить ситуацию у тренера, Р. скрылся с документами и деньгами, предназначенными для оплаты проезда команды.

Испытуемый никогда не был женат, более того, с его слов, он никогда не имел сексуальных отношений с женщинами. К женщинам он испытывал лишь интеллектуальный интерес, ему “была отвратительна сама мысль о половом акте”. Отмечает, что очень хотел иметь детей, был не прочь жениться, но осознание необходимости сексуальных отношений с женой вызывало такое отвращение, что даже в беседе с экспертами он не мог его скрывать.

Отрицает также сексуальные отношения с мужчинами и с детьми. В то же время говорит, что вся его жизнь — в детях, в команде, игроки которой ему периодически сняты.

Р. никогда не обращался к психиатрам, наркологам или сексопатологам. Во время исследования он согласился, что ему уже давно необходима помощь сексопатолога, но, к сожалению, он понимает это только сейчас.

К алкоголю относится якобы резко отрицательно, всегда старался избегать употребления спиртных напитков. Употреблял только вынужденно, когда вел переговоры со спонсорами. В таких случаях мог выпить 200–250 мл водки.

Количественный, качественный и ситуационный контроль при употреблении алкоголя сохранен, похмельный синдром не сформирован, амнестические формы опьянения отрицает. При употреблении спиртного всегда ориентировался в происходящем и на следующий день помнил все события.

Из неврологического обследования: испытуемый леворукий.

При обследовании сознание ясное. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Поведение упорядочено, доступен контакту. На вопросы отвечает по существу. Психически больным себя не считает. Понимает цель направления на экспертизу. Против проведения экспертизы не возражает. Мышление последовательное, логичное. Сведения о себе излагает подробно, многословен, обстоятелен, отвечая на вопросы, старается начать издали. Во время беседы спокоен, настроение ситуационно снижено. Выражение лица страдальческое, стремится вызвать сочувствие у окружающих. Тонко эмоционально реагирует на

интонации собеседника, избегает говорить на неприятные для него темы. В беседе обнаруживает довольно высокий интеллектуальный уровень, большой запас общеобразовательных знаний и сведений, широкий круг интересов. Категорически отрицает свою вину в отношении инкриминируемых ему правонарушений. Заявляет, что его оговорили под влиянием другого тренера, желающего отнять у него команду. В то же время абсолютно уверен, что его признают виновным и осудят, как и предыдущие разы, когда он также якобы был невиновен. Очень переживает о своей дальнейшей судьбе, в связи с чем испытывает постоянное чувство страха. Сообщает, что спит плохо, долго не может уснуть и от малейшего шума просыпается.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что Р. какими-либо хроническими психическими заболеваниями не страдал и не страдает. В период времени, к которому относятся инкриминированные ему деяния, он не обнаруживал также признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, физиологического аффекта и патологического опьянения. Об этом свидетельствуют данные анамнеза и настоящего клинко-психиатрического обследования, отсутствие в его поведении и высказываниях в то время признаков болезненных нарушений психики.

В период времени, к которому относятся инкриминируемые преступления, он мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Во время совершения правонарушений испытуемый правильно ориентировался в окружающей обстановке и складывающихся ситуациях, его действия носили целенаправленный, последовательный характер. В последующем у него не отмечалось истощения психики или запоминания. В отношении содеянного его следует считать вменяемым.

По своему психическому состоянию в настоящее время Р. также может отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Испытуемый не страдает хроническим алкоголизмом и не нуждается в применении принудительных мер медицинского характера.

Учитывая то, что он отмечает определенное сексуальное напряжение, возникновение спонтанных эрекций и периодическую мастурбацию, половое влечение как таковое у испытуемого сохранно. Основываясь на материалах дела и предыдущих судимостях, можно утверждать о наличии у Р. педофилии с гомосексуальной направленностью.

В рамках педофилии выделяют эфебофилию — половое влечение к лицам подросткового и юношеского возраста. Эта аномалия влечения ближе всего к нормальной возрастной ориентации. В пожилом возрасте эфебофилия связана с угасающей сексуальностью и подростки служат как бы стимулятором. В подростковом возрасте эфебофилия может стойко зафиксироваться на фоне задержки психосексуаль-

ного развития и при оставивших яркий след контактах с подростками. Иногда лиц с половой слабостью к сексуальным контактам с подростками побуждает их неопытность и меньшая вероятность осуждения ими сексуальных действий эфебофилов, некоторых прельщает их “обучение”. Наибольшее наслаждение эфебофил получает от неопытности подростка, поэтому после нескольких встреч часто меняет партнера. Особенно благодарно воспринимают эфебофилию у женщин юноши-подростки.

Уголовное преследование лиц, совершивших сексуальные действия с 13–16-летними партнерами на чувственной основе и по добровольному согласию, далеко не всегда однозначно оправдано. С одной стороны, ранняя половая жизнь у девушек часто заканчивается нежелательной беременностью и абортom или родами, что отрицательно сказывается на развивающемся организме. С другой — следует рассмотреть эту проблему с точки зрения ее влияния на психосексуальное развитие подростка.

Известно, что решающее влияние на проявление сексуальных реакций и нормальное выполнение сексуальных функций оказывает процесс формирования сексуальных условных рефлексов. Он основан на принципе положительного подкрепления, т. е. сексуальное поведение, приводящее к удовлетворению, имеет тенденцию к повторению. Прочнее всего и чаще всего сексуальные условно-рефлекторные связи формируются в подростковом возрасте, когда сексуальные потребности очень выражены. Их характер зависит от первого отождествления сексуального возбуждения с определенным раздражителем. При наличии сексуальных запретов сексуальное возбуждение может ассоциироваться со страхом, чувством вины, что в дальнейшем может отрицательно повлиять на супружеские отношения, когда запретов уже не существует. Именно на период полового созревания чаще всего приходится первые попытки полового акта у мальчиков. Его результат имеет поистине судьбоносное значение для ощущения своей половой полноценности. Поэтому очень важно, чтобы инициация прошла успешно. Однако вследствие недостаточного сексуального опыта у одного из партнеров или наслаения относительных затруднений у обоих наступают абсолютные затруднения в осуществлении полового акта. Например, у юноши, неуверенного в своих сексуальных возможностях и опасющегося насмешки, эрекция может не достигнуть достаточного уровня, но позволит ввести член во влагалище и совершить половой акт. Если же его партнерша также

испытывает некоторые относительные затруднения при половом сношении (сохранная девственная плева, склонность к судорогам мышц влагалища), то сочетание обоюдных затруднений приведет к невозможности полового сношения. Неудача еще больше усугубляет существующие проблемы, появляется напряженность и страх перед новыми неудачами. Повторные неудачи приводят к развитию невротических расстройств и абсолютной невозможности полового сношения у каждого из партнеров. В то же время с опытной женщиной тот же юноша смог бы совершить половой акт, что укрепило бы уверенность в себе и устранило страх перед неудачей. Так же и девушке нормальные сексуальные возможности партнера позволили бы преодолеть ее трудности.

Серьезные невротические нарушения могут развиваться также тогда, когда у одного партнера имеются некоторые сексуальные затруднения, а у другого их нет, но он недостаточно опытен, чтобы правильно реагировать в сложившейся ситуации. Насмешка, отказ или урежение половых сношений могут быть причиной психической травмы у сексуального партнера и усугубления имеющегося отклонения. А как известно, нарушение гетеросексуальной адаптации является неотъемлемой составляющей формирования сексуальных перверсий.

Исходя из указанного неплохо, чтобы первый половой партнер был опытным и знающим в сексуальном плане, т. е. в большинстве случаев был старше по возрасту. По существу это является профилактикой половых дисфункций, залогом успешной гетеросексуальной адаптации и, следовательно, профилактикой парафилий.

Как свидетельствуют социологические исследования, в последнее время все больше молодых людей начинают жить половой жизнью до наступления совершеннолетия. Во многом это объясняется возрастной и половой акселерацией. Зачастую подростки (в основном женского пола), с виду вполне совершеннолетние, сознательно обманывают партнера, набавляя себе годы. В некоторых случаях подростки (в основном мужского пола) используют настойчивые домогательства и угрозы. Однако к ответственности при этом привлекаются взрослые партнеры.

 *Испытуемая Я., 23 года.* Обвиняется в совершении развратных действий с несовершеннолетними. Отец и мать злоупотребляли спиртными напитками, отец с семьей не живет. Родилась третьей из пяти детей в семье, с трехлетнего возраста воспитывалась в детском доме. С ранне-

го детства отставала в умственном и физическом развитии, поздно начала ходить и говорить. Учиться начала с восьми лет, так как не умела читать и писать, со школьной программой справлялась плохо, на уроках была рассеянной, легко отвлекалась, с трудом усваивала школьный материал. Во втором классе была освидетельствована медико-педагогической комиссией и направлена во вспомогательную школу с диагнозом олигофрения. Окончила восемь классов, увлекалась спортом, читала книги (о войне, о любви), нравились индийские фильмы, оказывающие на нее сильное впечатление. С 17 лет установлена II группа инвалидности. Половая жизнь с шестнадцати с половиной лет, имела случайные половые связи, встречалась с мужчинами, вне брака родила сына. Четыре года назад познакомилась с И., с которым начала сожительствовать. По его словам, замуж выходить не собиралась, так как он был на четыре года младше, кроме того, он был ранее судим, употреблял спиртными напитками.

Из материалов дела известно, что в течение последнего полугодия И. неоднократно приводил к Я. подростков в возрасте 13–15 лет и в их присутствии совершал по соглашению с Я. половые акты, после чего Я. добровольно совершала половые акты с подростками.

В показаниях Я. указала, что вначале просто сожительствовала с И., а потом он начал приводить с собой друзей и учил их “как нужно вступать с женщиной в половую связь”. Приходил И. всегда пьяный и принуждал ее вступать в половую связь с подростками. При этом он ругался, угрожал ножом. Угрожали ей также друзья И., добиваясь, чтобы Я. вступала с ними в половую связь. Категорически утверждает, что вступала в половую связь с подростками не по своей воле, а по требованию И. и его друзей, воспринимая их угрозы как реальные.

Соматическое состояние без особенностей, знаков очагового органического поражения ЦНС не выявлено.

Психическое состояние: в ясном сознании, всесторонне ориентирована, правильно понимает цель направления на экспертизу. Настроение снижено, охотно отвечает на поставленные вопросы, рассказывает о своей жизни. Речь с бедным словарным запасом. Говорит, что пишет стихи, но отказалась прочитать какие-нибудь. Очень переживает сложившуюся ситуацию, не понимает, почему она оказалась в качестве обвиняемой, хотя должна быть потерпевшей. Волнуется за своего ребенка, скучает по нему. Настаивает, что И. и его друзья совершали с ней половые акты против ее воли, она боялась И., так как он угрожал “порезать”, иногда бил. На вопросы, не касающиеся следственной ситуации, отвечает более охотно. На протяжении всей беседы вежлива, корректна, адекватно реагирует на перемену темы разговора, смущается при упоминании следственной ситуации. Следит за своей внешностью, аккуратна. Говорит, что ее “раздражают” другие девицы, которые находятся в палате, ей не

нравится их развязность, нецензурная брань. Круг интересов испытуемой ограничивается бытовыми вопросами, в которых ориентируется достаточно хорошо. Мышление с тенденцией к конкретному, буквально трактует пословицы, метафорические выражения, неплохо выделяет главное от второстепенного, объединяет ряд однородных предметов. Эмоционально адекватна, память не нарушена. Бред, галлюцинации не выявляются. Достаточно критично относится к создавшейся судебносудебной ситуации, правильно оценивает ее. Надеется на благоприятный для себя исход: “Суд должен разобраться кто прав, кто виноват, я же боялась их”.

Заключение. Я. обнаруживает признаки олигофрении в степени умеренной дебильности. В отношении инкриминируемых деяний следует считать вменяемой. Однако вследствие интеллектуального недоразвития наряду с повышенной внушаемостью угрозы И. и его друзей воспринимала как реальные, что ограничивало ее способность к сопротивлению при совершении с ней половых актов, хотя характер и значение совершаемых с ней действий понимала.

Имеет смысл вкратце остановиться на реакции жертв педофильных действий, которая зависит от возраста, психической зрелости и ситуации криминала. Ситуации криминала можно разделить на два типа: когда обвиняемыми являются знакомые и близкие люди и когда обвиняемые — незнакомцы. В первом случае дети часто пассивно подчиняются преступным замыслам, не оказывая при этом никакого сопротивления, сам факт противоправных действий не имеет достаточной психогенной силы. В то же время при внезапном нападении незнакомого человека с агрессивным поведением, изнасилованием, нанесением телесных повреждений дети, независимо от понимания сущности действий, оказывают посильное сопротивление, воспринимая ситуацию как угрожающую. При этом возникает ощущение сильного страха с развитием психогенных состояний различной степени глубины. Наибольшим стрессом для них является процедура следствия и судебного разбирательства. Маленькие дети зачастую не понимают сексуальной сущности совершаемых с ними действий и не фиксируют на этом своего внимания. В то же время под влиянием бурной реакции родителей, неоднократного и тщательного обсуждения событий в ходе следствия происходит акцентирование ребенка на происшедшем с возможным развитием вторичного психоэмоционального шока, который крайне неблагоприятно скажется на дальнейшем психическом и психосексуальном развитии.

Дети старшего возраста и подростки осознают сексуальный смысл производимых манипуляций и в ряде случаев даже получают половое удовлетворение. В то же время они крайне болезненно воспринимают разглашение происшедшего, и широкая огласка в ходе следствия может нанести им глубокие психические травмы. При развитии психогенных расстройств важное значение имеют не только основные характеристики психотравмы, но и ее субъективная значимость для личности потерпевшего. Изнасилование сопровождается возникновением чувства страха за свою жизнь, ощущением безысходности, аффективно-суженным сознанием, часто внешней заторможенностью. В дальнейшем развивается астения с эмоциональной лабильностью, нарушение сна, снижение настроения, чувство тревоги, идеи отношения, самоуничтожения. В целом диапазон клинических проявлений психогенных состояний достаточно широк — от острых шоковых реакций до отсутствия каких-либо проявлений.

Особенности психики малолетних потерпевших — незрелость, внушаемость, склонность к фантазированию, доверчивость, пассивная подчиняемость — сказываются на их понимании и оценке ситуации правонарушения. Поэтому судебно-психиатрическая экспертиза этой категории жертв имеет свои особенности.

4.6. Изнасилование

Изнасилование — самое распространенное сексуальное преступление. Оно составляет около 90 % всех сексуальных преступлений. И это при том, что количество зарегистрированных изнасилований является лишь верхушкой айсберга из всех совершенных. К основным причинам незаявления в правоохранительные органы относятся недооценка значимости происшествия, боязнь мести преступника и нежелание огласки.

Изнасилование подразделяется на гетеросексуальное и гомосексуальное; половой акт может быть вагинальным, анальным, оральным либо сочетанием нескольких из указанных видов. Различают также индивидуальное, групповое, инцестное и садистское изнасилование. Почти в половине случаев это преступление совершается повторно.

Согласно Уголовному кодексу Украины изнасилованием признаются половые сношения с использованием физического насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшей.

Изнасилование является чисто мужским преступлением, поскольку его исполнителями, согласно уголовному законодательству, могут

быть только мужчины. Женщины по этим статьям привлекаются лишь в качестве соучастниц, организаторов или подстрекателей. Вероятно, разработчики подобного положения не могли представить себе сексуального насилия женщин над мужчинами, оставив последних беззащитными в подобных ситуациях. Конечно, такие случаи казуистичны, но все же встречаются, вызывая у окружающих чаще не возмущение, а шуточные замечания. Вот, например, что сообщает газета “Киевские ведомости” от 23 ноября 1996 г.: “Холостяк пригласил к себе в дом трех знакомых женщин. Как водится, вместе выпили, закусили, побалагурили, после чего хозяин стал выпроваживать барышень. Однако подружки заартачились. Дескать, не затем мы к тебе, дорогой, пришли, чтобы лишь водки откусать, хотим испытать из чаши наслаждений”. После этого три замужние женщины, раздев упирающегося и вопящего холостяка, устроили ему “сеанс секса”... Прокурор, выслушав жалобу пострадавшего, ответил, что в подобных случаях наше законодательство бессильно. Вот если бы он, мужчина, надругался над подругами, тогда сидеть бы ему в тюрьме.

Практически во всем мире изнасилование расценивается как одно из наиболее тяжких преступлений против личности. Подобная позиция обусловлена важной ролью половых отношений в жизни людей не только как источника жизни, но и как основы человеческого сосуществования. Тем не менее, в отдельных уголках мира до сих пор сохраняются традиции насильственных половых сношений даже между супругами (Le Vine R. A. 1959). Так, в основе воспитания мальчиков и девочек кенийского племени gusii лежит такое поведение. Любые сексуальные проявления у мальчиков то поощряются, то наказываются, а у девочек — только наказываются. Женщин gusii с самого детства поощряют сексуально раздражать мужчин. В частности, после обрезания к подросткам-мальчикам приводят подростков-девочек, которые обнаженными танцуют эротические танцы. У мальчиков наступает эрекция и сильная боль в травмированных половых членах, что вызывает насмешки со стороны девочек. Вследствие подобных воспитательных мероприятий формируется садистский тип мужчин. Даже в браке женщины яростно сопротивляются сексуальным домогательствам мужа, а мужчины насилюют их, причиняя боль и унижение, и получают от этого высшее удовлетворение.

В различных социальных субкультурах нашего общества, к сожалению, не всегда безоговорочно отрицательно относятся к подобным преступлениям.

По наиболее характерным ситуациям и особенностям преступников различают несколько типов изнасилований.

- Изнасилование с целью самоутверждения в мужской роли.
- Изнасилование в среде молодежных групп.
- Изнасилование знакомых женщин.
- Изнасилование на почве парафилии в виде садизма.
- Изнасилование, обусловленное наличием психотической симптоматики.

Преступники первого типа поджидают одиноких женщин в пустынных местах и нападают внезапно, не вступая в контакт с жертвой. Агрессия сопровождается избиением в попытке преодолеть сопротивление женщины. Чтобы понять причины преступного поведения, необходимо проанализировать психоэмоциональные особенности насильников этого типа. На первый взгляд может показаться, что преступники относятся к женщинам цинично как к низшим существам. Но это не так. Они испытывают страх перед женщинами и в их присутствии чувствуют постоянную неуверенность в себе, в своих силах и способностях. Огромную роль в формировании подобных установок играет неосознанное сохранение эмоциональной зависимости от матери. В большинстве своем такие личности ищут женщину, обладающую психологическими чертами их матери и налаживают отношения, сложившиеся у них с матерью в детстве. В другом варианте основное значение имеют отношения родителей, которые становятся образцом ролевых функций. И если в семье, где воспитывался преступник, мать занимала главенствующую роль, то он выбирает в жены властную женщину, а себя ставит в подчиненное положение. Таким образом, создается эмоциональная зависимость не только от матери, но и от жены, а в последующем и от женщин вообще. В то же время постоянная неудовлетворенность создавшимся положением приводит к нарастанию психической напряженности, требующей разрядки. Преступник жаждет преодолеть доминирование не конкретной женщины, а женщин вообще. Поэтому акт насилия призван выполнить две основные задачи: уничтожение психической зависимости и идентификацию с мужской половой ролью путем насилия над женщиной и психофизиологическую разрядку напряженной сдерживаемой потребности. Именно выполнение второй задачи обуславливает внезапность нападения и избиение, иногда жестокое. В момент нападения все внимание концентрируется на объекте, нарушается

способность реально оценивать происходящее вокруг, иногда пренебрегается опасность задержания.

Особый интерес вызывает характерная черта таких преступлений — отсутствие хотя бы кратковременного контакта между насильником и жертвой. Дело в том, что при малейшем контакте проявляется стойкая эмоциональная зависимость от женщины и он переходит в подчиненное положение. Соответственно о насилии не может быть и речи. Именно исходя из этого большинство средств массовой информации, затрагивая тему изнасилований, часто советуют жертвам попытаться вступить в контакт с преступником. Для данного типа изнасилований это самый эффективный прием, хотя осуществить его сложно из-за внезапности нападения.

В ряде случаев основная задача изнасилования состоит не столько в утверждении своей мужской роли, сколько в унижении женщин с целью разрушить столь значимый для себя образ женщины и обрести эмоциональную свободу. Ибо известно, что глубинной психологической причиной любого преступления является несвобода. И чем выше степень несвободы, тем выше вероятность совершения преступления.

Указанный вид изнасилований можно проиллюстрировать таким случаем.

 *Испытуемый Ш., 28 лет. Обвиняется в изнасиловании и удовлетворении половой страсти в извращенной форме.*

4 августа ночью в своей квартире Ш. изнасиловал Р. и удовлетворил страсть, заставив ее взять половой член в рот, затем принудил ее прикасаться губами и языком к своему анальному отверстию. После этого заставил Р. пить его мочу, а когда ее вырвало, удовлетворил свои естественные потребности на голову и тело потерпевшей.

Наследственность психопатологией неотягощена. В детстве рос и развивался без особенностей. За хулиганство состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Трижды судим за кражи. Женат, детей нет.

Правильно и последовательно вспоминает о событиях в период инкриминируемого деяния. В тот день выпил немного пива. Заявляет, что все совершалось “по согласию”, ни к чему не принуждал. Категорически отрицает насилие со своей стороны. Утверждает, что потерпевшая заявила на него потому, что он отказался уплатить ей требуемую сумму. Спокоен, сдержан, соблюдает дистанцию, считает себя психически здоровым человеком. О содеянном рассказывает кратко, неохотно, уклон-

чиво. Память, интеллект не нарушены, эмоционально-волевые функции сохранены.

Групповые изнасилования происходят преимущественно в среде молодежных групп и могут быть сгруппированы в несколько типов. К первому относятся изнасилования так называемых общих девочек, которые в силу различных обстоятельств добровольно или насильственно были вовлечены в деятельность преступной группировки. Подобным жертвам свойственно безволие, слабохарактерность, физическое и моральное давление со стороны других участников группы. Многие из них неоднократно подвергаются сексуальному насилию как отдельными лицами, так и группой лиц. В большинстве случаев изнасилование обусловлено не столько патологической потребностью в насилии или гипертрофированной сексуальностью, сколько стремлением следовать традициям микросоциальной среды, самоутверждаться и самореализовываться в различных асоциальных формах.

Большая роль в завлечении и подавлении жертв принадлежит другим девушкам, участвующим в жизни группы. Из них выделяют девушек, имеющих интимные отношения с лидерами группировки, их микросоциальный статус зависит от авторитетности партнера. Стремление повысить свою роль в группе заставляет их, часто в возрасте 13–15 лет, понравиться лидеру. Эти провоцирующие действия необходимо учитывать при определении вины за вступление в половую связь с несовершеннолетними в случае привлечения к уголовной ответственности.

Еще один тип в молодежных группировках составляют девушки со склонностью к делинквентному поведению, с твердым характером, от которых ничего не добиться без их желания. Они вступают в половую связь только с тем, с кем хотят, и тогда, когда хотят, но активно склоняют, а порой и принуждают к этому других участниц группы или девушек со стороны. Они пользуются авторитетом в группе, не “колются” в милиции, а часто даже лжесвидетельствуют по делам об изнасилованиях или других преступлениях.

Другой вид групповых изнасилований — изнасилования ранее незнакомых девушек, совершаемые в ходе совместного проведения досуга. Важным моментом в совершении изнасилования такими группами является позиция их лидера. Часто это психопатизированная личность с выраженной агрессивностью, имеющая явные или скрытые

патологические насильственные или сексуально-насильственные девиации.

В подавляющем большинстве члены группы — конформные, легко подчиняемые личности, слабовольные и безынициативные. Сами они никогда не решились бы на изнасилование, но участвуют в нем, стремясь сохранить свою принадлежность к группе. Чем ниже уровень развития личности, тем выраженнее стремление к объединению в группу, где можно почувствовать себя более комфортно, уверенно, используя групповую солидарность для утверждения своего “Я”. Характерной особенностью группы является пониженная критичность и повышенная агрессивность, основанная на социальном заражении.

Группы, совершающие изнасилования, крайне редко создаются специально для сексуальной преступной деятельности. Чаще всего заранее преступление не планируется, а побуждение совершить изнасилование возникает внезапно, при благоприятном стечении обстоятельств. Благоприятные условия возникают, когда жертва оказывается наедине с преступниками при малой вероятности помощи со стороны. Подобной ситуации во многих случаях способствует легкомысленное и сексуально провоцирующее поведение потерпевших.

 31 июля 1994 года около 19 часов М. (20 лет), П. (18 лет), В. (15 лет) и К. (15 лет) на территории Центрального ботанического сада АН Украины встретили ранее незнакомых четверых подростков: двух юношей и двух девушек. После краткого совместного времяпровождения двое из них ушли. С четырьмя обвиняемыми остались 14-летняя Света и ее друг А. Обстоятельства показались благоприятными, и было решено осуществить с девушкой насильственный половой акт. Действовали преступники согласованно и с распределением ролей. М. находился рядом с А., чтобы тот не мог воспрепятствовать противоправным действиям. В это время К., применяя физическое насилие и высказывая угрозы в адрес Светы, находясь с ней вдвоем среди деревьев и кустарников вне зоны видимости А. и М., толкнул потерпевшую в спину. Когда она упала на землю, К., удерживая рукой ее за голову, разжал челюсти, сдавливая их с обеих сторон пальцами, преодолевая сопротивление потерпевшей, ввел половой член ей в рот и помимо ее воли совершил насильственный половой акт в извращенной форме. Невзирая на просьбу потерпевшей отпустить ее, К. настаивал, чтобы она вступила в половую связь с другими членами преступной группы. В случае отказа пригрозил для разговоров с ней позвать еще шестерых своих знакомых, которые находятся поблизости в ботаническом саду. Реально воспринимая угрозы К. и опасаясь

применения физического насилия, потерпевшая не могла оказать ему активного сопротивления и он помимо ее воли во второй раз ввел половой член ей в рот и совершил еще один насильственный половой акт в извращенной форме.

После этого к потерпевшей направился В. и сразу потребовал, чтобы она вступила с ним в половую связь и легла на землю. Получив отказ, В., применяя физическое насилие, преодолевая сопротивление потерпевшей, рывком положил ее на землю и, чтобы она не кричала, одной рукой надавил ей на горло, а другой снял с потерпевшей шорты и плавки. Затем, преодолевая сопротивление потерпевшей, В. раздвинул ей ноги, после чего совершил насильственный половой акт в естественной форме.

Следующими к Свете подошли М. и П., но, по просьбе последнего, М. предоставил возможность ему первому совершить насильственный половой акт, а сам отошел в сторону ожидать своей очереди и вести наблюдение за окружающей обстановкой. В этот период он и был задержан работниками милиции.

В подобных групповых изнасилованиях особая роль принадлежит лидеру группы, которым в приведенном случае выступает двадцатилетний М., обладающий психопатическими чертами характера.

Известно, что в 1991 г. он перенес черепно-мозговую травму, после чего у него появилась нервозность, раздражительность, перепады настроения, нарушения сна. По характеру обидчивый, порой взрывчатый, пытался резать вены после ссоры с девушкой. В 1993 г. наблюдался у психиатров, лечился в психиатрической больнице, жаловался на плохое настроение, не мог спокойно разрешить свои конфликты с близкими. Чтобы вывести себя из этого состояния, принимал много лекарств, алкоголь. В начале 1994 г. снова проходил лечение в психиатрической больнице. В процессе следствия свое участие в изнасиловании отрицал (он действительно сам не насиловал).

При психологическом исследовании держится свободно, доверительный тон отвергает. Личностной сфере свойственна стеничность, активность жизненных проявлений, общительность, быстрая адаптация к меняющимся условиям, эгоизм, обидчивость, внешне обвиняющий тип реагирования, вспыльчивость в конфликтных ситуациях.

Остальные члены группы категорически отрицали факт насилия и утверждали, что потерпевшая сама согласилась вступить с ними в половую связь. У них, а особенно у 15-летнего В., ярко выражены естественные возрастные реакции группирования со сверстниками, эмансипации, самоутверждения.

В последние годы отмечается резкое возрастание участия женщин в различных преступлениях, в том числе в изнасилованиях. В отдельный

тип групповых изнасилований относятся случаи с ведущей ролью девушек в преступных действиях. Такие преступницы чувствуют снижение своего социально-психологического статуса и моральное превосходство соседок, соучениц, бывших подруг. Именно последних преступницы и выбирают на роль жертвы, чтобы, унизив их, поднять себя в собственных глазах. Они приглашают ничего не подозревающих девушек в компанию, предварительно представив их как лиц легкого поведения, неразборчивых в половых связях. Нередко сами подсказывают участникам группы, как изощреннее унизить и истязать потерпевших, сами принимают участие в насилии, принуждая потерпевших к перверсным половым действиям. Нередко на следствии они указывают, что хотели отомстить потерпевшим за якобы нанесенное оскорбление, их раздражало, что потерпевшие “строили из себя недотрог” и т. п. Никакого сочувствия, жалости преступницы к жертвам не ощущают, наоборот, испытывают определенное удовлетворение.

Для подобных личностей свойственен высокий уровень агрессии, мужские черты характера, склонность к лидерству, жестокость, эмоциональная холодность, колебание самооценки с тенденцией к повышению.

■ Ф., 14 лет, Н., 14 лет, Р., 14 лет. Обвиняются в избиении и изнасиловании несовершеннолетней Иры.

В сентябре, в дневное время, Ф., Р. и Н. после повторного избиения изнасиловали несовершеннолетнюю Иру. Р. и Н. удерживали потерпевшую, помогая Ф. (единственному среди обвиняемых лицу мужского пола) насиловать.

Ф. является единственным ребенком в семье, обладает психопатическими чертами характера, отличается вспыльчивостью, конфликтностью, драчлив. Учится плохо, состоит на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Склонен к бродяжничеству, неоднократно задерживался, совершал самопорезы рук. Рассказывает о случившемся крайне неохотно, отрывочно. При этом замкнут, обидчив, отворачивается, замыкается в себе. При настойчивых расспросах раздражается, вспыльчив. Настроение неустойчивое, эгоцентричен. Внешне спокоен, контакт активно не поддерживает, к доверительному тону беседы не расположен. Познавательные интересы не развиты, общая осведомленность невысока, словарный запас беден.

Индивидуально-личностные особенности: конформность, общительность, стеничность, активность, вспыльчивость в конфликтных ситуациях, низкая эмотивность, неразвитая способность к сочувствию, сопер-

живанию. Характерны естественные для его возраста реакции группирования со сверстниками, эмансипации, стремление к самореализации, признанию со стороны окружающих.

Обращает на себя внимание большое сходство психических особенностей Р. с Ф. Она тоже обладает психопатическими чертами характера, старшая из двух детей, училась плохо, пыталась выпрыгнуть из окна, при задержании совершала самопорезы в области предплечья. Из-за бродяжничества состоит на учете в ИДН. Отрицает свою помощь в изнасиловании. Контакт поддерживает, к доверительному тону не расположена, на субъективно неприятные вопросы легко раздражается, повышает голос, дерзит, активно защищается. Заявляет, что потерпевшая сама виновата, так как “слишком много болтает”, жалости к ней не испытывает, так как она ей “не родственница и не подруга”.

Накануне изнасилования открыто похитила серьги у Н. (тоже соучастницы преступления). Индивидуально-личностные особенности: активность, общительность, лидерские тенденции, эгоизм, настойчивость, упрямство. В эмоциональной сфере — низкая эмотивность, обидчивость, застреваемость на отрицательно окрашенных переживаниях, раздражительность, вспыльчивость, склонность к демонстративным формам реагирования в конфликтных ситуациях.

Н. пребывала в школе-интернате для малообеспеченных. Учится нормально, на учете в ИДН не состоит. Себя характеризует робкой, впечатлительной, доброй. Рассказывает о случившемся кратко и неохотно, свое поведение в момент преступления объясняет влиянием подельников. Стенична, общительна, обидчива, эмоционально неуравновешенна, легковозбудима, вспыльчива, склонна к внешнеобвиняющим формам реагирования в конфликтных ситуациях.

Многие изнасилования, осуществляемые при благоприятном стечении обстоятельств, не носят группового характера. В этом случае преступники не ищут жертву, не поджидают ее, умысел у них может возникнуть внезапно. Как правило, истоки таких импульсивных действий преступников следует искать в детстве. Возможно, они воспитывались в неблагополучных семьях или интернатах в условиях жестокости и насилия, регулярно подвергались побоям и насмешкам, часто и внезапно уходили из дома, проявляли немотивированную агрессию, прогуливали уроки, участвовали в кражах, употребляли спиртные напитки. Подобные условия создавали постоянную эмоциональную напряженность, требующую периодической разрядки в виде различных импульсивных реакций.

Жертвами указанных преступлений становятся женщины различного возраста, попадающие или создающие благоприятствующие

преступлению условия. Им свойственна излишняя доверчивость, неосмотрительность, неспособность объективно оценивать обстановку.

Такие импульсивные действия могут быть направлены также на изнасилование представительниц другой социокультурной общности. С одной стороны, движущим мотивом этих преступлений является презрительное и даже враждебное восприятие чужой национальной группы, что делает ее представительниц приемлемыми объектами насилия. С другой — подобное поведение можно расценить как попытку самоутверждения и утверждения своего национального превосходства путем унижения представительниц чужого народа и таким образом — всего народа.

Особо ярко такие преступления реализуются в военное время оккупантами на захваченной территории, причем часто изнасилования заканчиваются убийствами. Подобными сообщениями из бывшей Югославии и из Чечни изобилуют средства массовой информации.

В составе этой категории преступников различают насильников отвергаемого типа, которые в силу физических или психических дефектов не могут рассчитывать на установление контактов с женщинами. Основную массу таких преступников составляют олигофрены в степени легкой дебильности, ибо нормальная женщина вряд ли добровольно согласится вступить в половую связь с лицом, обладающим низким интеллектом и неряшливым внешним видом. Они совершают преступления внезапно в связи с обстоятельствами, субъективно расцениваемыми как благоприятные. Однако в силу интеллектуальной недостаточности преступления совершаются в ситуациях, заведомо обреченных на установление и задержание насильника. Возрастной спектр потерпевших широчайший — от малолетних до престарелых. Следы преступления чаще всего не скрываются, но в ряде случаев изнасилование сопровождается убийством, особенно если жертва была несовершеннолетней.

Будучи задержанными, олигофрены категорически отрицают изнасилование, мотивируя половой акт добровольным согласием потерпевшей, или не могут дать никаких объяснений происшедшему.

Именно к этой группе принадлежит олигофрен в степени легкой дебильности, восемнадцатилетний Р., который обвиняется в изнасиловании несовершеннолетней Ю. в извращенной форме.

■ Наследственность Р. психопатологией не отягощена, в школу пошел в семь лет. Окончил девять классов общеобразовательной школы, однако, как сообщает сам испытуемый, в школе он не учился. Его перево-

дили из класса в класс, хотя не научился ни читать, ни писать. В школьные годы состоял на учете в ИДН, привлекался к уголовной ответственности по ст. 206.

Со слов брата, Р. рос и развивался нормально, ранее у психиатров не лечился. Соматоневрологическое состояние без особенностей.

Психическое состояние: в ясном сознании, ориентирован всесторонне. Фон настроения ситуационно снижен, обеспокоен своим нынешним положением. На вопросы отвечает по существу, настаивает, что в половую связь вступал “по согласию”. Эмоционально лабилен, аффектируется при неприятных для него вопросах. Неумение читать и писать объясняет трудностями школьного материала и тем, что “не было желания”. Мышление конкретизированное, тугоподвижное, переносный смысл, подтекст не улавливает, суждения поверхностные. Продуктивной психотической симптоматики не обнаруживает.

Склонен к реакциям обиды, отмечаются негативистические тенденции. Запас знаний крайне скуден, представления о мире примитивны, словарный запас очень беден, наблюдаются трудности в словесном оформлении ответов. Познавательная активность низкая, процессы обобщения и отвлечения снижены.

В личностной сфере отмечаются черты незрелости, низкая самооценка, повышенная обидчивость, ранимость, склонность переживать обиды во внутреннем плане, трудности в установлении межличностных контактов, неуверенность в себе.

К отвергнутым лицам могут принадлежать также полноценные мужчины, обладающие непривлекательной внешностью и не пользующиеся популярностью у женщин. Сексуальная фрустрация создает постоянное психическое напряжение, способствует психопатизации и патологическому развитию личности. Поэтому при возникновении благоприятной ситуации бывает трудно отказаться от возможности ею воспользоваться, что часто завершается изнасилованием. У таких преступников часто вырабатывается нагло-настойчивый стиль поведения с женщинами, дающими минимальные основания рассчитывать на половую близость.

■ Так, 26 января в 21.00 при остановке электропоезда на платформе Лесничество находившийся в состоянии алкогольного опьянения П. (34 года) с целью изнасилования, применяя физическую силу (сдавливая шею руками), заставил К. выйти из вагона электропоезда на платформу. Находясь на платформе, испытуемый потребовал от потерпевшей, высказывая в ее адрес угрозы физической расправы, чтобы она вступила с ним в половую связь в естественной и извращенной формах. После этого, продолжая наносить ей удары руками в область лица и ту-

ловища, угрожая убийством, завел К. в лесопосадку, где совершил с ней половые акты в естественной и извращенной формах. После совершения преступлений П. открыто похитил вещи К. и ушел, оставив ее в лесопосадке.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве отмечались явления ночного энуреза, состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Образование — восемь классов, ПТУ по специальности слесарь-тракторист. Работал грузчиком, так как “больше платили”, окончил курсы водителей. В армии не служил из-за явлений энуреза. В 1980 г. привлекался к уголовной ответственности по ст. 141 ч. 2, ст. 206 ч. 2 УК, обвинялся в том, что, находясь в нетрезвом состоянии, в ночное время в безлюдных местах поджидал женщин, избивал их, требовал вступления с ним в половую связь. В ходе следствия была проведена судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Во время обследования на вопросы отвечал с раздражением, озлоблен, в поведении отмечалась демонстративность, эмоциональная несдержанность, раздражительность, вспыльчивость, обнаруживал признаки психопатии, ограниченный запас знаний при хорошей ориентировке в практических житейских вопросах. Был признан вменяемым и осужден на шесть лет лишения свободы в ИТК усиленного режима. Освободился в 1986 г. Женат не был, проживал с несколькими сожительницами. Подвергался административному наказанию на 15 суток. В ноябре 1987 г. осужден по ст. 100 УК, освобожден в ноябре 1993 г.

В ходе следствия пояснил, что познакомился с девушкой в электричке, разговаривали о мелочах, угощал ее сигаретой. На станции вытянул ее за руку из вагона, якобы она начала его целовать, а потом царапаться. Он схватил ее за горло, избил, грозил задавить, совершил половой акт. К. начала целовать его живот, взяла его член и укусила, за что П. ее ударил. Девушка голая убежала, а испытуемый с вещами потерпевшей сел в электричку, где был задержан работниками милиции.

Последовательно сообщил о себе сведения, не обнаруживая грубых расстройств памяти. Алкоголиком, психически больным себя не считает. Поясняет, что с его стороны было немного наглости, так как самостоятельно никто под него не ляжет, а поведение потерпевшей говорило о том, что она согласна была с ним идти и совершить половой акт. Отмечает у себя тягу к изнасилованию женщин, не может длительное время жить с одной женщиной.

Эмоционально лабилен, критические способности сохранены. Обнаруживает признаки психопатии, признан вменяемым.

В последние годы значительно возросло количество изнасилований, в которых преступник и жертва были знакомы по работе или совместному проведению досуга либо познакомились на улице, в рес-

торане и т. п. В осуществлении подобного изнасилования большую роль играет поведение женщины, имеющее выраженный виктимный характер. При анализе таких случаев может создаться впечатление, что потерпевшая сама всячески способствовала совершению преступления. Она может добровольно прийти в дом к малознакомому мужчине, флиртовать, оставаться на ночь, не отвергая или даже поощряя ласки и поцелуи. В некоторых случаях преступник и жертва ранее вступали в половую связь.

Потерпевших можно разделить на две группы: к первой относят женщин, которые не отдавали себе отчет в своем поведении или неадекватно оценивали ситуацию, ко второй — женщин, поведение которых является осознанной или бессознательной сексуальной игрой, в которую вовлекается мужчина. Следует отметить, что ко второй группе относится подавляющее большинство потерпевших. Примеры подобной игры могут встречаться на дискотеке, когда женщина всем своим видом и поведением побуждает конкретное лицо пригласить ее на танец, но получив приглашение — отказывается от него. В ряде случаев игра заходит значительно дальше — поведением женщина убеждает в своей готовности к интимной близости, но в самый последний момент отказом наносит мужчине эмоциональный удар. Осознанной или подсознательной целью женщины является психологическое удовлетворение, получаемое от эмоциональных страданий мужчины и переживания им чувства сексуальной неполноценности. Со стороны женщины такого рода поведение можно объяснить как психический садизм. Если ситуация этим исчерпывается, то не наступает никаких юридических последствий. Однако в ряде случаев мужчина воспринимает отказ от близости как кокетство либо не желает оставаться в психологическом проигрыше и принуждает женщину к совершению полового акта, лишая ее запрограммированного “вознаграждения”. После этого со стороны женщины следует обвинение в изнасиловании и она все же получает психологическое удовлетворение от мужского поражения. Иногда, чтобы получить моральное право на месть, женщина провоцирует мужчину на оскорбления и агрессию.

Привлекаемые к ответственности насильники считают себя потерпевшей стороной, и небезосновательно. В ряде случаев возникает вопрос: а было ли изнасилование вообще?

У части потерпевших можно предположить наличие мазохистских тенденций и скрытое желание быть объектами насилия, грубости, унижения и жестокости. И поскольку для того, чтобы мужчина

совершил эти действия, необходимо сопротивление, женщина часто бессознательно старается попадать в подобные ситуации либо создавать их. Однако после изнасилования и получения удовлетворения включаются социальные механизмы реагирования, начинаются переживания и женщина требует наказания насильника. В подобных ситуациях нужно крайне взвешенно решать вопрос о привлечении мужчины к уголовной ответственности, так как женщина в действительности стремится к половому сношению, а ее сопротивление направлено на придание этому сношению необходимой ей специфики. В большинстве случаев мужчина не подозревает о внутренних побуждениях женщины. Впрочем, у этой проблемы есть и другая сторона. Среди мужчин существует распространенное мнение, что каждая женщина мечтает быть изнасилованной, и именно этим заблуждением они пытаются оправдывать свои насильственные действия.

Особо необходимо остановиться на вопросе лжеобвинений, когда подается заявление об изнасиловании, которого в действительности не было. Ю. Антонян и А. Ткаченко (1996) приводят перечень причин, побуждающих к ложному обвинению. Иногда женщина обвиняет своего бывшего мужа с целью лишить его прописки и избежать раздела жилплощади и имущества. Некоторые подают заявление об изнасиловании, чтобы принудить обвиняемого к заключению брака, получить материальные блага путем шантажа или из мести на почве ревности. Подавая заявление, женщины пытаются доказать жениху или родителям потерю девственности, оправдать в глазах родственников и знакомых беременность или аборт. Порой подать заявление принуждает муж, узнавший о половом сношении жены с другим мужчиной.

На даче ложных заявлений сказывается также правовая неосведомленность. Пытаясь принудить партнера к заключению брака, женщины должны знать, что дела об изнасилованиях не могут прекращаться по заявлениям потерпевших. Некоторые предполагают, что изнасилование дает право на получение материальных благ от государства — пенсии по инвалидности, квартиры и т. п.

Популярными объектами ложных обвинений в изнасиловании в настоящее время в Украине являются богатые люди — преуспевающие предприниматели и бизнесмены. С одной стороны, целью может быть шантаж “насильника” и получение “жертвой” денег, с другой — дискредитация и тюремное заключение предпринимателя в интересах его конкурентов. В этом случае именно конкуренты явля-

ются организаторами подставной “пострадавшей” и последующих обвинений, от них она и получает материальное вознаграждение.

Консультативно-медицинское заключение может даваться по запросам адвоката обвиняемых и органов обвинения или следствия на основании изучения представленных материалов. Ставится задача в пределах представленной в материалах информации ответить на сформулированные вопросы. Понятно, что каждая заинтересованная сторона задает только выгодные ей вопросы или формулирует их с целью получить более благоприятный ответ.

Поэтому заключение может выглядеть очень уж в пользу обвиняемых, если оно содержит ответы на вопросы защиты, задачей которой было отыскать максимально выгодные для подзащитных аспекты данного дела. Кроме того, предоставленный материал часто очень ограничен, чтобы на его основании можно было сделать выводы, выгодные именно инициаторам запроса.

Изнасилования, обусловленные психотической симптоматикой насильника, не связаны с сексуальными девиациями или перверсиями. Такие преступления совершают преимущественно больные шизофренией, часто не понимающие, что творят, подчиняясь галлюцинаторным указаниям либо в силу бредовых расстройств. Этих преступников чаще других задерживают и привлекают к уголовной ответственности из-за игнорирования опасности, оставления следов на месте преступления, неумения быстро и надежно скрыться в силу своей психической неполноценности.

В других случаях на бредовой почве формируется паралогичная система, оправдывающая и даже требующая совершения актов насилия. В подобных случаях преступления тщательно планируются и совершаются серийно. Главной целью является не получение полового удовлетворения, а реализация определенного символического смысла.

4.7. Эксгибиционизм

Эксгибиционизмом (самообнажением) называется сексуальное отклонение, основанное на демонстрировании своих половых органов лицам противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения вне контекста приготовления к половому акту.

В уголовном законодательстве Украины эксгибиционизм не выделяется в самостоятельное преступление и подлежит наказанию в случае расценивания этих действий как развратных или хулиганских.

После изнасилования он является вторым по частоте сексуальным преступлением.

Чаще всего эксгибиционизм встречается у истероидных и шизоидных психопатов или акцентуированных личностей, а также в инволюционный период. В зависимости от нарушений в различных компонентах сексуального поведения различают несколько его вариантов (Б. Гульман 1994): эксгибиционизм, обусловленный психическим заболеванием; эксгибиционизм вследствие нарушения психосексуального развития при нормальном общем психическом развитии; навязчивый вариант эксгибиционизма, компенсаторный (инволюционный), обусловленный снижением сексуальной функции. По течению эксгибиционизм подразделяют на прогрессирующий, стабильный, ремиттирующий и регрессирующий.

Большинство авторов рассматривают эксгибиционизм как исключительно мужскую девиацию. С подобным утверждением нельзя полностью согласиться. Эксгибиционизм проявляется и у женщин, но приобретает другие формы. Дело в том, что половое извращение отмечается тогда, когда несоответствие с нормой направлено против системы норм. А поскольку проявления женского эксгибиционизма в большинстве случаев социально приемлемы и как нарушение нормы не рассматриваются, то и был сделан ложный вывод об отсутствии такового. Более того, женский эксгибиционизм даже поощряется, в частности, в форме стриптиза, во время которого некоторые исполнительницы нередко достигают сексуальной разрядки вплоть до переживания оргазма. К проявлениям женского эксгибиционизма можно отнести обнажение не половых органов, а других частей тела, например груди, с помощью определенных особенностей одежды. До недавнего времени, пока индустрия развлечений еще не достигла сильного развития в нашей стране, категория женщин для исследования характерологических особенностей ограничивалась фотомodelями эротической фотографии. Среди 30 фотомodelей в возрасте от 18 до 30 лет выявлены следующие общие черты — легкомысленность, безответственность, недобросовестность, низкий моральный контроль поведения, властность, самоуверенность, склонность к лидерству, сенситивность, нетерпеливость, требовательность, подозрительность, раздражительность, недоверчивость, радикализм, гибкость, авантюризм, высокая степень независимости поведения. 68 % воспитывались в неполных, конфликтных семьях, 72 % испытывали сексуальные дисгармонии, обусловленные нарушением

психической составляющей копулятивного цикла (И. Бабушкин, Ю. Демин, М. Лукьянова 1992).

Проявления эксгибиционизма у мужчин пытаются объяснить с различных научных позиций. С точки зрения психоанализа — это магическое действие против кастрации и против представления о том, что есть люди без полового члена, т. е. женщины.

Из-за физических или личностных дефектов, психической инертности сексуальная разрядка невозможна в рамках обычных межчеловеческих контактов. Поэтому, согласно Шнаблю (Schnabl 1974), изолированная демонстрация мужской силы, символом которой является половой член, служит выходом для сексуальной напряженности.

Была выдвинута гипотеза (Musch 1976), согласно которой в основе эксгибиционизма лежит атавистическая предрасположенность к определенным формам поведения. В этой связи ученый проводил параллель между культом фаллоса, обнаженностью гениталий вождя и эксгибиционизмом. Мужские гениталии, а особенно эрегированный половой член (фаллос), всегда символизировали власть, силу, могущество. Эрекция у высших животных неконтролируема и является знаком агрессии, соответственно, по многим верованиям, фаллос должен внушать окружающим страх и почтение. И чем больше половой член, тем могущественнее его владелец. В наскальных изображениях каменного века мужчины более высокого ранга имеют более длинный половой член.

Почти у всех народов культ фаллоса был широко распространен. В Древней Греции предметами поклонения служили квадратные колонны с мужской головой и эрегированным половым членом, в Древнем Риме маленькие дети как средство защиты от зла носили на шее фаллические амулеты.

Во всех описанных примерах отмечается выставление напоказ мужских половых органов вне сексуального контекста. Особенно характерно усиление сигналов, исходящих от половых органов: при фаллическом культе и генитальной обнаженности усиление осуществляется путем ярких раскрасок или сверхъестественных размеров, а при эксгибиционизме — путем словесного акцентирования внимания или необычностью ситуации.

Целью эксгибициониста является смешанная реакция страха, любопытства и сексуального возбуждения на его действия. И чем выраженнее проявления женского испуга и заинтересованности, тем большее наслаждение получает эксгибиционист. Лишь 25 % эксгибиционистов

стремились вызвать положительную реакцию у женщин, что свидетельствует о наличии садистического компонента. Если женщина не обращает внимания, реагирует сочувственно или равнодушно, не проявляет стыдливости, то эксгибиционист чувствует себя разочарованным и угнетенным. Испуг возникает у женщин далеко не от вида половых органов, а из-за боязни агрессии или изнасилования. Тем не менее, крайне редко встречаются эксгибиционисты, для которых сам акт эксгибиционизма предваряет акт насилия. Большинство же эксгибиционистов — люди робкие, с подавленной агрессивностью, чувством собственной неполноценности, испытывают трудности при установлении контактов с другими людьми. Им вовсе не свойственно бесстыдство в установлении контакта с женщиной, как может показаться на первый взгляд. Наоборот, они чрезмерно идеализируют образ женщины, что тормозит возможность контакта. В ряде случаев предложения женщин вступить с ними в половую связь вызывали у эксгибиционистов страх или бегство.

Эксгибиционизм как сексуальная перверсия характеризуется всеми признаками аномалий влечения. Продромальные явления характеризуются сексуальным напряжением, повышенной двигательной активностью, раздражительностью, беспокойством, различными страхами. Возникает чувство внутреннего принуждения, невозможности ему противостоять, осознание неизбежности осуществления акта эксгибиционизма. Опасность и страх реализации данного влечения, вероятно, играют роль дополнительных стимулов. Период реализации акта характеризуется психогенным сужением поля сознания, нарушением способности руководить своими действиями и реально воспринимать окружающую действительность даже в угрожающей ситуации. Завершающей стадии свойственна редукция сексуального напряжения, восстановление ясного сознания, появление чувства стыда, страха перед наказанием, решение прекратить практику эксгибиционизма. Однако через некоторое время опять нарастает сексуальная напряженность, начинается продормальный период и все повторяется снова.

В целом большинство женщин спокойно реагируют на акты эксгибиционизма, поэтому многие эксгибиционисты стремятся обратить на себя внимание девушек или детей, что квалифицируется как развратные действия и уголовно преследуется.



Испытуемый Б., 26 лет. Обвиняется в совершении развратных действий. Наследственность психопатологией неотягощена. Родился недоношенным, рос слабым, болезненным. В 4,5 года упал с платформы, получив при этом черепно-мозговую травму. В школу поступил в семь лет, учился посредственно, дублировал второй класс. По характеру был тихим, спокойным, робким, нерешительным, однако любил находиться в центре внимания, часто попадая под влияние окружающих. После восьмого класса поступил в судостроительное училище, где свободное время проводил в компании сверстников, отличавшихся асоциальным поведением. Состоял на учете в детской комнате милиции, разбирался в комиссии по делам несовершеннолетних, привлекался к уголовной ответственности по ст. 81 УК Украины. В возрасте 19 лет привлекался по ст. 121 УК Украины (развратные действия), проходил СПЭ и был признан вменяемым, обнаруживающим признаки эксгибиционизма. Был осужден, отбывал наказание в ИТК. Через некоторое время после освобождения вновь был привлечен по ст. 121 и проходил СПЭ, где был признан вменяемым как обнаруживающий признаки органического поражения ЦНС травматического генеза с психопатизацией личности и эксгибиционизмом. Был осужден на два года, отбывал наказание в ИТК. Освободившись, вернулся домой, устроился работать в строительную организацию. В том же году завлек в подъезд дома малолетнюю Х., где в присутствии последней обнажился и совершил развратные действия.

Соматически без патологии. Глазная щель справа больше, чем слева, реакция зрачков на свет вялая, конвергенция глазных яблок недостаточная, некоторая асимметрия носогубных складок. Сухожильные рефлексы оживлены, вызываются с расширенных зон. Патологических рефлексов нет.

Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован всесторонне. В беседе держится свободно, естественно, отвечает правильно, по существу. Заявляет, что с детства слышит “голоса”, которые заставляют его совершать развратные действия. Говорит об этом стереотипно заученными фразами, путается, противоречит себе. Пытается убедить врача в том, что это болезнь, от которой он сам избавиться не может. Просит направить его на лечение, при этом выражение лица становится страдальческим, плаксивым. Память, интеллект без грубых нарушений. Мышление логичное, последовательное, ближе к конкретному типу. Суждения поверхностны, примитивны, круг интересов сужен. Эмоциональные реакции живые, адекватные. Бреда, галлюцинаций не обнаруживает, критично относится к своему состоянию в сложившейся ситуации.

Довольно часто эксгибиционизм сочетается с вуайеризмом (скоптофилией), который является его противоположностью. При вуайеризме сексуальное возбуждение и наслаждение достигаются путем созерцания чужих гениталий или подглядывания за людьми,

совершающими сексуальные действия. Элементы вуайеризма социально приемлемы в рамках европейской культуры (стриптиз, варьете и т. п.). Поэтому о сексуальном отклонении можно говорить, если скрытое подглядывание становится основным или единственным способом достижения сексуального удовлетворения. Скрытость подглядывания дает ощущение власти над созерцаемым объектом и вызывает эмоциональное напряжение, обусловленное опасностью обнаружения подглядывающего.

■ *Испытуемый С., 33 года.* Обвиняется в совершении развратных действий в отношении малолетних.

Наследственность психопатологией не отягощена. Раннее развитие без особенностей, своевременно пошел в школу, учился хорошо, окончил 10 классов. После школы сразу поступил в институт пищевой промышленности. Отслужил два года в армии. Женат, отношения в семье хорошие, спиртными напитками не злоупотребляет, тяги к ним не испытывает.

Из материалов дела известно, что С. систематически появлялся во дворе одного многоэтажного дома и заглядывал в окна женской консультации, а также обнажался перед девочками, проживающими в этом доме, предлагал им трогать его половой член.

С. сообщил, что у него примерно с семи лет появилась тяга к подсматриванию за женщинами и сохранилась до поступления в институт и знакомства с будущей женой. Потом подобное влечение периодически возобновлялось в связи с нервными потрясениями. В ходе расследования давал признательные показания, события излагал достаточно подробно и логично.

Жена никаких странностей в поведении С. или признаков перверсий не отмечала, характеризует его только с положительной стороны.

Соматически и неврологически без патологии.

Психическое состояние: в ясном сознании, всесторонне ориентирован, ответы логичные, последовательные. Бредовых, галлюцинаторных переживаний не выявлено. Держится естественно, смущается от вопросов по существу дела, однако отрицает содеянное. Сознается, что у него есть какие-то сексуальные перверсии и согласен лечиться у сексопатолога. Эмоциональные проявления адекватны, память и внимание без существенных изменений. Критичен.

Признан вменяемым. Психически здоров, обнаруживает признаки сексуальных перверсий.

К разновидностям эксгибиционизма также относят кандаулезизм, фроттаж и триолизм.

Кандаулезизм — это сочетание эксгибиционизма с мазохизмом, при котором сексуальное удовлетворение достигается путем демон-

страции обнаженной жены или сексуальной партнерши другим мужчинам. Это может осуществляться тайно либо с добровольного или вынужденного согласия женщины, которая представляет огромную ценность, достигающую уровня фетишизации. Здесь неотъемлемую роль играет мазохистический компонент самоистязания. Могут демонстрироваться также фотографии и другие виды изображений обнаженной жены или партнерши.

Фроттаж — достижение сексуального удовлетворения путем незаметного трения или прикосновения половым членом к различным частям тела женщины в условиях большого скопления людей (транспорт, лифты, собрания и т. п.). В некоторых случаях при этом возможно семяизвержение с попаданием спермы на одежду женщины.

Триолизм — сочетание эксгибиционизма с вуайеризмом, при котором сексуальное удовлетворение достигается участием в групповом сексе, для чего нужны как минимум трое (отсюда и название — триолизм).

Судебно-психиатрическая экспертиза эксгибиционизма строится в соответствии с комплексным принципом оценки нозологических форм психической патологии и характера нарушений синдрома измененных влечений. На первом этапе проводится судебно-психиатрическая оценка имеющейся психической аномалии (или определяется ее отсутствие) с позиции медицинских и психологических критериев невменяемости. Если отсутствуют основания для невменяемости, проводится анализ динамических и структурных характеристик непосредственно эксгибиционизма.

Практически исключает вероятность вменяемости наличие шизофренического дефекта с преобладанием негативных расстройств, резким нарушением адекватной оценки собственных действий, выраженными эмоционально-волевыми нарушениями. В клинике эпилепсии эксгибиционизм встречается при височной форме с пароксизмальностью психических расстройств и усугублением психопатологического состояния. По сравнению с другими формами эпилепсии изменения личности наиболее выражены, имеют прогрессирующую динамику, характерны аутохтонные фазные состояния, различные расстройства восприятия и т. п. Гипоталамический синдром оценивается по принципу экспертизы органического поражения головного мозга; полиморфизм психопатологической симптоматики с расстройствами мотивации и грубыми нарушениями эмоционально-волевой сферы снижают возможность отдавать себе отчет в своих действиях

и руководить ими. У лиц с гипоталамическим синдромом необходимо учитывать связь инкриминируемых деяний с возможными гипоталамическими пароксизмами, что соответствует медицинскому критерию временного болезненного расстройства психической деятельности. Немаловажна также легкость возникновения различной глубины расстройств сознания, свойственных данной патологии. Должна учитываться степень участия биологических, социальных и личностных факторов в возникновении эксгибиционистских проявлений — значительная роль биологических факторов снижает возможность противодействия со стороны индивида.

При судебно-психиатрической экспертизе собственно расстройства сферы влечения необходимо определить глубину и тяжесть нарушения. Наличие собственных закономерностей формирования и динамики сексуальных девиаций позволяет подходить к ним как к тяжелым нарушениям психосоциального развития личности и приравнивать к психическому заболеванию.

В динамике эксгибиционизма различают три типа течения: прогрессирующий, стационарный и регрессирующий. Для самого распространенного прогрессирующего типа характерно постепенное и постоянное нарастание и усложнение структуры парафилии. Вначале отмечается видоизменение девиантного акта, когда к простому обнажению присоединяется эрекция, а затем и мастурбация, происходит учащение перверсных действий до нескольких раз в день. Постепенно включаются новые компоненты, усиливается влечение, выявляются аффективные нарушения, борьба мотивов, эмоциональная лабильность, раздражительность, тревога. Способность индивида к сопротивлению зависит от степени зрелости личности, сохранности регуляторных механизмов психической деятельности, которые сильно страдают при органических поражениях ЦНС. На определенном этапе появляются нарушения сознания и выполнение акта эксгибиционизма воспринимается как неодолимая фатальная необходимость, сопровождающаяся чувством облегчения и снятием сексуального напряжения. Нарастание и углубление парафилии, даже при отсутствии психопатологических вариантов эксгибиционизма на данном этапе, служат дополнительными аргументами в пользу неменяемости.

Стационарному типу течения свойственна стабильность синдромальной структуры и тесная связь аномального влечения с личностью. Изменить перверсные проявления можно только одновре-

менно с изменением в целостном состоянии личности. При навязчивой природе влечения клиническая картина осложняется внутриличностным конфликтом, обусловленным чуждостью влечения морально-этическим установкам. Нередко борьба с возникшими устремлениями принимает сверхценный характер, сопровождается усиленным занятием спортом или другими видами деятельности. Стационарно протекают и периодические пароксизмальные акты эксгибиционизма преимущественно у лиц с височным синдромом, сопровождающиеся клиническими феноменами, свойственными основному заболеванию.

Регрессивный тип характеризуется постепенным упрощением структуры перверсного синдрома. Первоначально влечение носит неодолимый характер, проявляется импульсивно, сопровождается разворачиванием психопатологических образований, аффективными нарушениями инициального периода психического заболевания, в рамках которого развивается эксгибиционизм. Последующая динамика обусловлена развитием клинической картины основного заболевания. Постепенно влечение утрачивает характерные составляющие девиантного акта, спаивается с личностью, исчезает внутренний конфликт, возможна рационализация поведения. В реализации актов эксгибиционизма все большее значение приобретает ситуационный фактор — повторение обстановки, привычной для девиантной активности. Это наиболее благоприятное течение эксгибиционизма, предоставляющее все большие возможности для успешного преодоления возникающих побуждений.

4.8. Гомосексуализм и преступления

Гомосексуализм — половое влечение к лицам своего пола — в настоящее время в Украине, как и в большинстве стран мира, не является преступлением. Более того, во многих странах гомосексуализм считается одним из проявлений человеческой сексуальности, а не заболеванием. В отечественной литературе он относится к нарушениям психосексуальных ориентаций по полу объекта. Гомосексуализм присущ как мужчинам, так и женщинам и имеет много синонимов: у мужчин — уранизм, у женщин — лесбийская любовь, лесбиянство, сапфизм, трибадия, у обоих полов — инверсия.

В детском возрасте гомосексуальные игры встречаются довольно часто, достигая максимума к пятнадцати годам (Г. Васильченко 1983).

Наибольшая гомосексуальная активность свойственна этапу формирования психосексуальных ориентаций, когда еще сохраняется разделение коллективов по половому признаку. В дальнейшем у большинства устанавливается и фиксируется гетеросексуальная ориентация, исключение составляют, по данным разных авторов, 1–4 % мужчин и женщин, не имеющих принципиальных личностно-психических отличий от большинства, кроме самой ориентации.

Явление гомосексуализма качественно неоднородно и подразделяется на несколько форм.

Гомосексуализм, сформированный на фоне трансформации половой роли и преждевременного психосексуального развития, является самой ядерной формой, не поддающейся терапевтической коррекции. Гомосексуалы, подпадающие под эту категорию, играют в отношении своего партнера роль противоположного пола. Мужчины выполняют пассивную женскую роль при половом акте, охотно берут на себя заботу о доме и другие функции, считающиеся женскими. Часто они переодеваются в женскую одежду, ведут себя утрированно гиперфеминно. Их партнеры — преимущественно лица с выраженной или даже гипермаскулинностью. Женщины при этой форме гомосексуализма обладают выраженным маскулинным поведением и в отношениях с партнершей играют мужскую роль.

В случаях формирования гомосексуализма без трансформации половой роли на фоне преждевременного психосексуального развития наблюдается гиперролевое поведение. Сексуальное влечение возникает в 8–9 лет и у лиц мужского пола направлено на мальчиков, а у девочек — на женщин. Как правило, такие влечения тщательно скрываются.

Варианты гомосексуализма на фоне задержки психосексуального развития проявляются мягче и менее выраженно. Данная форма гомосексуализма не затрагивает ядра личности и поддается терапевтической коррекции. Проявившиеся влечения долгое время могут компенсироваться занятиями спортом, увлечениями, работой. При трансформации полоролевого поведения характерен ситуационный фактор — попадание инфантильного подростка в неблагоприятную социальную микросреду, неправильное воспитание пола ребенка. Наряду с гетеросексуальной половой жизнью нередко случаи гомосексуальных контактов, однако со временем одно из влечений начинает преобладать, а другое — редуцируется.

Гомосексуализм на фоне задержки психосексуального развития без трансформации половой роли формируется в тесной связи с влиянием микросоциальной среды, психопатологической отягощенностью, нарушением общения с противоположным полом. Во многих случаях это вынужденный гомосексуализм, поскольку вызван отсутствием объектов противоположного пола (пенитенциарные учреждения и т. п.).

Кроме неблагоприятного окружения формированию гомосексуального влечения способствует внушение родителями или другими лицами неприязненного отношения к противоположному полу. Особенно это сказывается на девушках, которых матери с целью предупреждения раннего соращения убеждают, что “все мужчины подлецы и негодяи”. Подобное негативное отношение к мужчинам мешает общению со сверстниками и становлению гетеросексуального влечения.

Гомосексуальное поведение не всегда свидетельствует о гомосексуальной ориентации. Оно может быть обусловлено половой сегрегацией в тюрьме или армии либо иметь несексуальные мотивы — демонстрация превосходства, проституция и т. п.

Гомосексуальные контакты, осуществляемые с совершеннолетними и дееспособными лицами такой же психосексуальной ориентации в условиях взаимного согласия и эмоциональной привязанности, не могут рассматриваться как преступление.

Уголовную наказуемость гомосексуальная деятельность приобретает в случаях мужеложства, совершенного с применением физического насилия, угрозы либо с использованием беззащитного состояния потерпевшего (ст. 122), а также в случаях развращения несовершеннолетних (ст. 121) и половых сношений с лицом, не достигшим половой зрелости (ст. 120). Последние два случая подробнее освещены в разделе “Половые преступления против детей”. Вопрос гомосексуально направленных сексуальных убийств подробнее рассмотрен в разделе “Сексуальные убийства”.

Вопреки распространенному мнению гомосексуалисты склонны к насилию вообще и к сексуальному в частности в значительно меньшей мере, чем гетеросексуалы. По данным исследований, около 90 % гомосексуалистов с детства избегали драк и половине из них свойственна мягкость и женственность. Насильственное мужеложство встречается преимущественно в местах лишения свободы и осуществляется

бисексуалами и психопатизированными гетеросексуальными личностями, для которых насилие выполняет заместительную функцию и носит преимущественно иерархический характер. Гомосексуалисты же чаще становятся именно жертвами насилия.

Было бы ошибочно сводить гомосексуальные контакты исключительно к актам мужеложства. По данным американских исследователей (А. Bell, М. Weinberg 1978), только четверть белых гомосексуалистов и половина черных предпочитают анальные половые акты, остальные предпочитают другие формы контактов (орально-генитальные, взаимная мастурбация и т. д.). Если же учесть, что половина любителей анального секса предпочитают играть пассивную роль, то станет очевидной низкая угроза изнасилования гомосексуалистами. Состояние сексуальной абстиненции при приобретении гомосексуальным поведением признаков аддиктивности фактически сходно с алкогольной абстиненцией — гомосексуал стремится уже не к получению удовольствия, а к облегчению состояния физической зависимости.

Для гомосексуалистов характерна частая смена партнеров (промискуитет), чрезвычайно распространены однократные случайные сексуальные связи. И лишь немногие гомосексуалисты создают устойчивые “семейные” пары. Промискуитету способствует невозможность органично интегрировать сексуальность в общую социальную жизнь, а также неадекватные ожидания от партнерства и идеальные представления, которые не могут осуществиться. Часто при случайных повторных встречах с бывшими партнерами появляется чувство неприязни и раздражения, особенно когда в ходе полового контакта под нажимом партнера приходится отступать от программы привычных действий (Г. Введенский 1994). Поиск и реализация высоконапряженного влечения нередко происходят со случайным партнером в трансовом состоянии с нарушением избирательности восприятия. Впоследствии гомосексуалист не может вспомнить внешнего вида партнера и своего поведения. Эта проблема особо актуальна ввиду всплеска эпидемии ВИЧ/СПИДа и болезней, передаваемых половым путем.

Большинству гомосексуалистов свойственно осознанное или подсознательное неприятие своей половой ориентации и, как следствие, у них развивается личностная дезинтеграция. В связи с этим в их среде высокая частота пограничных психических расстройств — неврозы, суицидальные тенденции, алкоголизация. Нетерпимое отноше-

ние к ним на официальном и бытовом уровне увеличивает число межличностных и интрапсихических нарушений, а фрустрация потребности в любви и сексе провоцирует гомосексуалистов к суррогатным формам удовлетворения сексуального влечения и совершению сексуальных правонарушений.

Типичный случай мужского гомосексуализма описал Н. Олейников (1991).

■ Студент Г., 18 лет, рос трудолюбивым и послушным ребенком, учился на “отлично”, был вежливым и дисциплинированным любимцем педагогов, подсказывал на уроках одноклассникам, за что пользовался у них авторитетом. Ему нравилось быть на виду, но мальчишеские игры его раздражали и в школьном кружке он играл женские роли. В 13-летнем возрасте под предлогом кружковой работы собрал сверстников и младших ребят, читал им книгу по сексу, а также склонил к коллективному раздеванию и взаимному онанизму. Из-за этого был переведен в другую школу, но сексуальные притязания старших ребят и разглашение случившегося вынудили родителей сменить место жительства. После периода социальной адаптации, во время которого быстро уставал, демонстративно отказывался от еды, но ел тайком, снова начал хорошо учиться, стал образцовым учеником. Девочками не интересовался, а в 15 лет подружился с самым красивым и мужественным мальчиком в классе, помогал ему в учебе, подчеркивал возвышенный характер их дружбы. Особенно Г. нравилось чувствовать разгоряченное тело друга, поэтому вместе с ним начал заниматься нелюбимой физкультурой. Сдал за друга большинство экзаменов в институт физкультуры, сам поступил в университет в другом городе. Писал письма, полные упреков в измене, особенно когда узнал о девушке друга и их интимных отношениях. Во время встреч страстно целовал, уверял, что их дружба не имеет границ, старался лечь с ним в одну постель. Друг предположил, что Г. голубой и должен лечиться, о чем и написал ему в письме. Г. сутки плакал, затем вскрыл себе вены и написал письмо кровью, в связи с чем был госпитализирован в психиатрическую больницу. Телосложение с женскими чертами, мастурбирует с гомозротичным фантазированием. В ходе психотерапевтических сеансов признал гомосексуальный любовный характер переживаний и невозможность их осуществления с другом. Диагностирован гомосексуализм и истерическая психопатия. Вскоре после выписки снова отправился к другу, выследил его на свидании с девушкой, устроил в общежитии скандал со слезами и обвинениями. Только после вмешательства матери вернулся к учебе.

Часто сексуальное влечение к лицам своего пола может быть проявлением расстройства половой аутоидентификации (транссексу-

ализма). При этом гомосексуальным влечение выглядит только для окружающих, но не для самого транссексуала, ибо его половое самосознание не совпадает с генетическим полом и по существу влечение характеризуется как гетеросексуальное.

Расстройства половой идентификации личности являются одной из важных проблем не только психиатрии, но и сексологии, психологии, юриспруденции, представляя, таким образом, междисциплинарную проблему, для решения которой требуется участие многих смежных специалистов. Отношение психиатров и сексологов к этим расстройствам было различным на разных этапах развития науки и общества — от твердого убеждения в их патологичности до полного исключения из классификации болезней.

Правильное определение своей половой идентификации не вызывает сомнений в случаях, когда биологические, социальные и психологические компоненты пола совпадают. Если же они расходятся, то возникает расстройство половой идентификации личности.

Расстройства половой идентификации в основном проявляются в недовольстве своим полом, стремлении изменить его на противоположный, ношении одежды противоположного пола и половом влечении к лицам своего биологического пола. При этом такие люди не считают себя гомосексуалистами и стремятся утвердиться в обществе как лица противоположного пола.

Для обозначения расстройств половой идентификации применялись различные термины: “сексуальная паранойя”, “паранойя половой трансформации”, “бред полового метаморфоза”. Классическим примером таких расстройств является транссексуализм. Термин этот впервые ввел в практику Н. Benjāmin в 1953 г. Несмотря на довольно широкое распространение этого термина, он, тем не менее, не является универсальным. Поскольку выявление лиц с нарушением половой идентификации происходит, как правило, при обращении с целью смены пола, то, учитывая отсутствие четких объективных критериев диагностики и дифференциальной диагностики транссексуализма, гомосексуализма и транссестизма, всех лиц, стремящихся к оперативной смене пола, выделяют в отдельную группу, обозначая это состояние как синдром отвергания пола.

Информация о распространенности расстройств половой идентификации среди детей, подростков и взрослых почти отсутствует. Большинство оценок, приведенных различными авторами, основаны на учете лиц, обратившихся к хирургам или сексологам по поводу

изменения пола. Естественно, это далеко не полная статистика, так как остаются невыявленными те, кто адаптировался в жизни без изменения пола. И таких намного больше.

Необходимо учитывать и тот факт, что большинство авторов, приводя статистику случаев смены пола, не дифференцируют транссексуализм, транстестизм и другие состояния, вследствие чего все они попадают в единую группу — транссексуализм. Согласно американской психиатрической классификации DSM-III-R, установленная распространенность транссексуализма составляет 1:30000 для мужчин и 1:100000 — для женщин.

Частота распространения расстройств идентификации пола в Украине практически не изучена, так как число пациентов, обращающихся за помощью в лечебные учреждения, далеко не полностью отражает их истинное количество. Препятствует обращению недостаток информации, негативное общественное мнение, материальные и другие проблемы.

Точка зрения на расстройства половой идентификации претерпевает постоянные изменения, которые в настоящее время отражены в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Так, транссексуализм вообще изъят из раздела психических болезней (половые извращения и нарушения) и в настоящее время является расстройством зрелой личности и поведения у взрослых.

В качестве иллюстрации нарушения полового самосознания приведем случай развратных действий, описанный Н. Бруханским (1927). В то время изучение проблемы транссексуализма пребывало в зачаточном состоянии и описанное нарушение квалифицировалось как гомосексуализм.

■ ■ ■ Мама 15-летней Н. обратилась с заявлением, что ее дочь была изнасилована Сергеем В., который скрывается под видом женщины, по документам — Феодосии П. Как доказательство были предоставлены письма к Н., к которой П. обращается как к жене, называя себя ее мужем, указывает на имевшееся половое сношение и подписывается именем Сергей.

Н. была знакома с П. как с подружкой-девушкой, но П. всегда вела себя по отношению к ней как влюбленный мужчина, называла себя Сергеем Семеновичем, постоянно подчеркивала свои мужские качества. Однажды П. осталась у Н. ночевать, они спали в одной кровати, и во сне Н. почувствовала тяжесть и боль в половых органах, но решила, что это сон. Последующее медосвидетельствование подтвердило, что девственность не пострадала. Отношения между Н. и П. стали еще ближе.

П. настаивала, что она мужчина и требовала, чтобы Н. вышла за нее замуж и они уехали. Под влиянием уговоров Н. согласилась на половое сношение, думая, что от девушки ничего не будет. Во время контакта Н. ощутила боль и чувствовала что-то типа мужского члена, но так и не поняла, как П. “смогла соответствовать за мужчину”. Но факт налицо — Н. лишилась девственности, и, по заключению медэксперта, такое повреждение девственной плевы могло произойти при однократном половом акте либо при воздействии каким-то твердым предметом.

Из показаний П. видно, что она влюблена в Н., как только мужчина может быть влюблен в женщину. Мужские наклонности отмечает с самого детства, носила мужские костюмы и коротко стриженные волосы, выполняла мужскую работу, склонна любить только женщин. Внешний вид напоминает безусого юношу евнухоидного типа, голос низкий, солидный, мужчин называет коллегами. Н. поверила, что у П. нет полового члена, только увидев своими глазами при гинекологическом освидетельствовании, но при этом недоумевала.

Установлено отягощенную наследственность П. по психопатологии — отец и тетя по отцу душевнобольные, дядя и брат — хронические алкоголики. По характеру замкнутая, скрытная, решительная, настойчивая, раздражительная, вспыльчивая. Умственные способности ограничены, кругозор небольшой.

Вышеописанное по своему содержанию типично для психики лиц с нарушением половой аутоидентификации.

4.9. Сексуальные убийства

На протяжении веков отношение к убийству было неоднозначным. Поощрялось убийство врагов на поле брани, как необходимость воспринимались человеческие жертвоприношения. Из глубокой древности дошел к нам обычай ритуальных убийств и человеческих жертвоприношений. Жертвоприношение по своей первичной природе сродни молитве и зиждется на восприятии божества как человека. Молитвой люди просили божество о милости, а приношением даров (жертвы) стремились задобрить его. В последующем мотивы жертвоприношения и их обрядовая форма менялись.

Древние народы часто приносили в жертву детей. Когда у инков заболел мужчина, он приносил в жертву своего сына, умоляя бога принять его вместо себя. Финикийцы, чтобы умиловить богов, приносили в жертву своих самых любимых детей, а также детей из благородных семей, полагая, что угодность жертвы определяется тя-

жестью потери. У древних греков подход был несколько иной, они приносили в жертву пленников или преступников.

Ритуальные убийства, связанные с войной, составляют отдельную страницу истории человеческих жертвоприношений. Майя в угоду богам, даровавшим им победу, подвергали пленных врагов ритуальным пыткам, которые заканчивались смертью. Ацтеки своих пленников вначале откармливали в деревянных клетках, а затем приносили в жертву. Испанцы во время завоевания Мексики обнаружили храм бога войны ацтеков с более чем ста тысячами человеческих черепов.

Большому количеству богов соответствовало и разнообразие культовых праздников с различными жертвоприношениями. Так, на празднике в честь богини земли, плодородия, сексуальных грехов и покаяния в жертву приносили девушку, из кожи которой изготавливали куртку для жреца, олицетворявшего богиню. С этой же целью убивал девушек и серийный сексуальный убийца в известном психологическом детективе Т. Харриса “Молчание ягнят”.

В жертву великому богу солнца за год до ритуального праздника выбирали самого красивого пленника, окружали роскошью и почестями, исполняли все прихоти (но при этом бдительно охраняли). За 20 дней до праздника ему выбирали четырех жен-служанок, которых тоже почитали как богинь. Когда же наступал день весеннего жертвоприношения, пленника клали на каменный жертвенник и верховный жрец разрубал ему грудь и извлекал еще трепещущее сердце, чтобы поднести его богу солнца (Лаврин А. П. 1001 смерть. — М., 1991. — С. 416).

Жертвоприношение у древних народов было связано и с мирными делами — получением хорошего урожая, постройкой дома или крепости, при засухе и т. п. Бытовали обычаи окропления фундамента дома кровью человеческой жертвы, заложения в основание стены крепости живого человека, чтобы сделать укрепление неприступным.

Распространенными были убийство и захоронение вместе с умершим вождем жены, слуг или рабов покойного. Особенно многочисленными были человеческие жертвы при захоронениях китайских правителей и среди африканских народов.

У галлов существовал обычай сжигать вместе с умершим всех его жен при малейшем подозрении о неестественности его смерти. Это объяснялось частыми отравлениями мужей и, таким образом, носило

профилактический характер — другим в назидание. Кстати, в Древнем Риме, Египте, Китае масштабы отравлений женами своих мужей достигали размеров эпидемий. Наряду с этим жены нарушали супружескую верность и предавались разврату.

Традиции, связанные с ритуальными убийствами, до сих пор сохраняются в некоторых странах Африки. В 1979 г. в Гане для ритуального жертвоприношения по случаю похорон вождя одного из племен был похищен четырехлетний мальчик. Вмешательство полиции предотвратило преступление. В Либерии в 1989 г. в ритуальном жертвоприношении принимал участие сам министр внутренних дел, за что в дальнейшем был осужден. В том же 1989 г. в Зимбабве убили двух девушек, из тел которых вынули языки, половые органы и части внутренних органов для продажи в качестве приносящих счастье амулетов.

Что же представляют собой убийства на сексуальной почве?

Серийных сексуальных убийц можно разделить на три группы:

1. *Лица, страдающие психическими и иными недугами, поведение и поступки которых обусловлены характером и течением заболевания.* Это в основном невменяемые либо страдающие различными психическими заболеваниями, не исключающими вменяемости (шизофрения, дебильность, психопатия). Для этой группы характерна кажущаяся бессмысленность действий. Стремясь получить половое удовлетворение противозаконным способом, такие преступники наносят жертве грубые анатомические повреждения, например, прижизненное или посмертное отсечение головы, конечностей, перегрызание горла и др. Их действия на месте происшествия лишены всякой логики: долгое нахождение на месте убийства, не вызванное необходимостью, надевание на труп одежды, бесцельное его перемещение. Как правило, они не принимают мер к сокрытию следов преступления и трупа.

Близки к ним лица с патологическими отклонениями на сексуальной почве, так называемые половые психопаты. Отличает их то, что совершенные ими убийства связаны с сексopatологией (садизм, гомосексуализм, некрофилия, педофилия, фетишизм). Они убивают с особой жестокостью. Об этом свидетельствует иррациональность нанесенных жертвам повреждений (особенно эрогенных областей и половых органов), чрезмерных как для целей убийства, так и для осуществления половой агрессии (А. Бухановский 1992). Преступники нередко вырезают половые органы, отчленяют соски, они проявля-

ют повышенный интерес к виду, вкусу и запаху крови (С. Allen 1962, А. Бухановский 1992). Половые психопаты склонны к повторению одних и тех же действий. Способы совершения преступлений стереотипны, при очередном убийстве повторяется большее число элементов предыдущих преступлений, что позволяет проследить патосексуальный криминальный “почерк”.

2. Лица, не имеющие половых аномалий и отклонений в психике, в основе преступного поведения которых решающую роль сыграли социальные факторы.

Для этих преступников характерны решительность, дерзость и изворотливость. В ситуациях, сопряженных с большим риском, они ухитряются совершить преступление и скрыться незамеченными с места происшествия. Нападают внезапно и стремительно, молниеносно, лишая своих жертв сознания и действуя наверняка.

Физическое насилие осуществляется достаточно просто, без применения каких-либо необычных орудий. Наиболее распространенными являются убийства путем удушения руками или предметами одежды жертвы, а также нанесения ударов ножом. Такие преступники чаще всего нападают на жертву в вечернее и ночное время в укромном месте, из засады. В большинстве случаев с потерпевшими совершаются половые акты. Изнасилования сопровождаются ограблением (деньги, часы, предметы одежды, украшения).

3. Атипичные преступники с формально благополучными характеристиками. Они убивают, с тем чтобы сокрыть изнасилование, и заранее к этому готовятся. Все действия носят продуманный характер, прослеживается подготовленность в плане выбора места и времени совершения преступления, сводится к минимуму возможность разоблачения. Как правило, такие субъекты в безопасной для себя обстановке устанавливают длительный контакт с жертвой, а затем неожиданно нападают на нее, используя “благоприятное” стечение обстоятельств. Для завлечения жертвы в безлюдное место используются убедительные предлоги. При этом обман отличается тонкостью и изобретательностью. Чтобы привести потерпевшего в беспомощное состояние, такие преступники связывают ему руки и ноги, даже если они физически превосходят жертву.

Нередко преступления ужесточаются по мере повторения — от развратных действий к изнасилованию, от простого изнасилования к убийству с изнасилованием.

Для всего постсоветского пространства нарицательным стало имя сексуального маньяка А. Чикатило. Уголовное дело “Лесополоса” вошло трагическим рекордом в историю патосексуальной криминологии. В силу того, что о преступнике и его преступлениях в свое время было написано и рассказано очень много и по материалам следствия в США снят художественный фильм, мы не будем подробно описывать данную серию, а остановимся на роли психиатрии в раскрытии этого преступления. Это дело впервые продемонстрировало потенциальные возможности криминалистической психиатрии в розыске патосексуальных преступников.

Являясь сексуально несостоятельным, преступник получал сексуальное удовлетворение от убийств мальчиков и женщин с нанесением множественных ножевых ранений, ампутацией половых органов, молочных желез. Мастурбируя над трупом, он заталкивал семя во влагалище или задний проход жертвы, в ряде случаев поедал ампутированные части тела. За 12 лет преступной деятельности число жертв достигло 53 человек.

Отсутствие опыта расследования серийных преступлений и должного научно-технического обеспечения, неразработанность тактики оперативной работы затрудняли поиски и приводили следователей в состояние безысходности.

В этой ситуации неоценимую помощь расследованию оказал психиатр А. Бухановский, к которому обратились за помощью работники следственных органов. Были сформулированы задачи, решение которых могло дать направление поискам, разработан и апробирован метод создания проспективного портрета патосексуального преступника. Обоснование суждения, что каждый эпизод убийства по своим мотивам, динамике и содержанию является извращенным аналогом полового акта, совершаемого мужчиной, помогло отбросить ложные версии (использование жертв в качестве доноров для трансплантации, сектантская деятельность с жертвоприношениями и др.).

Был сделан вывод, что знакомство могло происходить, скорее всего, в местах, связанных с перевозкой пассажиров, а истинно возжеленной группой для убийцы являются девушки-подростки среднего роста с короткой прической и натуральными русыми волосами. Это имело важное значение для следствия, в частности, для подготовки “подсадок”, определения места и времени их использования. Следовательно, ориентировка на внешние признаки предполагает совершение преступления в светлое время суток. Было выдвинуто предпо-

ложение, что разговор с будущей жертвой носил преимущественно бытовой характер на нейтральную тему без установления эмоциональных связей и с сохранением анонимности.

Появление среди жертв детей независимо от пола объяснялось с позиции викарной педофилии, когда пол ребенка не имеет значения, так как характер сексуального стимула приобретает само детское тело с чертами незрелости, что не является признаком гомосексуализма. Предполагали также, что убийца страдает некросадизмом и что вероятность самостоятельного прекращения реализации патосексуального поведения невелика.

Манера нанесения повреждений — вначале поверхностные, множественные в область эрогенных зон (своего рода садистские “ласки”), а затем множественные глубокие практически из единого входного отверстия (аналог ускоренного ритма полового акта), а также тяжкие повреждения глаз были отнесены к истинным признакам патосексуального почерка убийцы.

После поимки Чикатило эти предположения подтвердились, а на основании его тщательного обследования А. Бухановский ввел понятие “феномена Чикатило” — варианта криминальной личности, этапное патологическое развитие которой приводит к появлению и закреплению потребности в совершении повторных (многоэпизодных) садистских преступлений против личности и половой неприкосновенности граждан. Анализ этого феномена позволяет выделить в нем три взаимосвязанных блока: биологический, психологический и клинический.

Биологический имеет двоякое значение: создает неспецифическую биологическую predisposition для возникновения анализируемого расстройства и формирует патологическую систему — патогенетический механизм развития обсессивно-компульсивной сексуальной агрессии. Психологический блок также неоднозначен. На доклиническом этапе он включает патологическую predisposition к “феномену Чикатило”, психогенез его возникновения и феноменологию становления криминальной многоэпизодной сексуальной агрессии.

Психогенез сексуального садистского поведения связан как с механизмами фрустрации и пониженной самооценкой, так и с тем, что сексуальное поведение способно изменять самооценку, выступать формой самоутверждения и компенсации. Ему же на доклиническом и на клиническом этапах личность “обязана” созданием системы психологической защиты. Основным признаком клинического этапа

“феномена Чикатило” выступает обсессивно-компульсивный сексуальный садизм, который проявляется синдромами психической и физической зависимости от патосексуального поведения, синдромом измененной реактивности, психопатизацией и снижением личности.

Синдром психической зависимости включает обсессивное влечение к сексуальному садизму, состояние психического комфорта в патосексуальной ситуации, состояние психического дискомфорта вне патосексуальной ситуации. К синдрому физической зависимости относятся компульсивное влечение к сексуальному садизму, состояние психофизического комфорта в патосексуальной ситуации, состояние психофизического дискомфорта вне патосексуальной ситуации, патосексуальная абстиненция.

Для синдрома измененной реактивности характерны рост патосексуальной толерантности, измененные формы исполнения сексуального садизма. Рост толерантности диктует усиление грубости и кажущейся бессмысленной жестокости. Снижение личности проявляется оскудением личности и сексуальности, что приводит к снижению социального статуса, микросоциальным конфликтам и дезадаптации.

Сексуальный садизм имеет стадийное развитие. В продроме появляется трудносдерживаемое и неудержимое влечение к внутренним формам сексуального садизма (представления, фантазии), приобретающим психотропный, в том числе эротизирующий эффект. Первая стадия дебютирует падением первичного психотропного эффекта внутренних форм сексуального садизма и ростом патосексуальной толерантности, которая проявляется прежде всего в поведении. Вначале они могут выступать в виде социально допустимых поступков или проступков. На первой стадии преобладают признаки психической зависимости. Возможны спонтанные ремиссии и сублимационные формы компенсации. К концу первой стадии нарастает гомеостатизирующий эффект сексуального садизма, заостряются преморбидные особенности личности. Вторая стадия начинается с выхода на плато толерантности. Нарастают признаки физической зависимости, сопровождаемые снижением или потерей количественного и ситуационного контроля. Ремиссии временные, ситуационно обусловленные. Появляются признаки оскудения личности и сексуальности. Последняя все более приобретает аутоэротический характер, партнер становится анонимным.

Психологические особенности рассматриваются в трех аспектах: predisposиционном, психодинамическом и криминально-поведенческом. Предиспозиция характеризуется дисгармоническим складом личности, включающим черты шизоидности, сенситивность и общую психическую ригидность в различном соотношении. Общий стиль поведения характеризуется внешней гипо- или асексуальностью, сочетающейся с напряженностью и высокой значимостью внутренних сексуальных переживаний. Воспитание в семье противоречивое и включает эмоциональное отвержение, нередко жестокое обращение, шаблонно-стереотипные гиперсоциальные установки.

Дисгармония ведет к возникновению интра- и интерперсональных конфликтов, сущность и психодинамика которых связаны с фрустрацией уровня притязаний и пониженной самооценкой в первую очередь в собственной маскулинности. Выход из ситуации фрустрации происходит либо путем сублимации, либо иллюзорно-компенсаторным, включая сексуальное насилие. Раз возникнув, эта агрессия быстро приобретает характер стереотипного способа разрешения ситуации фрустрации.

Исследование 28 серий позволили выделить следующие криминалистические черты серийных убийств (В. Гайков, А. Бухановский, Ю. Байбаков 1998).

1. Многоэпизодность преступлений — серийные преступления многоэпизодны по определению, т. е. это неоднократные, тождественные и однородные криминальные деяния.

2. Множественность преступлений — отдельные эпизоды серий включают сразу несколько видов преступлений: преступные деяния против половой неприкосновенности, умышленное убийство, телесные повреждения или угроза их причинения, нередко — в сочетании с преступлениями против собственности (грабежи, разбои, кражи).

3. Высокий уровень рецидивности. Две трети серийных убийц ранее судимы, многие — неоднократно. Чаще всего предыдущие судимости были за изнасилование, преступления против собственности, умышленные убийства с причинением тяжких телесных повреждений.

4. Фактическая безремиссионность серийного криминального насилия. После освобождения из мест лишения свободы очередное преступление, относящееся к предыдущей серии, совершалось в среднем через 7,4 месяца.

5. Крайняя опасность и тяжесть рецидива серийных преступлений. Рецидивы преступлений характеризуются, как правило, все большей тяжестью и жестокостью.

6. Ранний возраст начала серии (в среднем 23,8 года). Как правило, криминальная биография начинается сразу с серии, реже — с иного состава преступления в более раннем возрасте.

7. Утяжеление насилия от судимости к судимости. Исследователи отмечают следующую динамику судимостей: имущественные преступления — сексуально мотивированные преступления — умышленные убийства с истязанием жертв.

К психосоциальным особенностям личности серийных убийц можно отнести преимущественно низкий уровень образования, праздный образ жизни (не работали, не учились), семейную дезадаптацию (преимущественно холостяки и разведенные).

Способ лишения жизни во всех сериях стереотипен, отличается шаблонностью. В большинстве серий криминальным эпизодам предшествует состояние алкогольного опьянения, примерно треть убийц совершают преступления в трезвом виде. Криминальные эпизоды характеризуются неоправданной жестокостью, мучительными и множественными повреждениями, надругательством, в частности, над трупом. Практически в каждой серии убийств отмечаются специфические индивидуальные черты, позволяющие выделить патосексуальный садистский почерк.

К сексуальным убийствам принято причислять таковые, которые сочетаются с изнасилованием (при наличии расстройств полового влечения) и связаны с сексуальными переживаниями и мотивами. Мы считаем, что более правильно относить к сексуальным все убийства, связанные с отношениями между полами либо внутри пола при наличии гомосексуальной ориентации. При этом подразумеваются интимные, а не производственные (или другие) отношения. Подобное расширенное трактование позволяет отнести к этой группе убийства жены (мужа), любовницы (любовника), распространенность и общественная опасность которых не подлежат сомнению.

Теме сексуальных преступлений посвящены множество романов и повестей, драм и комедий, детективов и мелодрам.

Убийство жены осуществляется, если она равнодушна к супругу, при характерологических особенностях, от ощущения своей ненужности в семье, в приступе ревности, при попытке развода со стороны

жены в условиях ее большой значимости для биологической, социальной и сексуальной адаптации мужа. Обида и раздражение, возникающие, как правило, в указанных ситуациях, особенно усиливаются в состоянии алкогольного опьянения, когда и совершается большинство таких убийств. В ряде случаев после убийства жены мужчина кончает жизнь самоубийством.

Широко распространены случаи убийства жен с целью получения страховки, иногда носящие даже серийный характер. Примером может послужить история Джорджа Смита, по мотивам которой Агата Кристи написала рассказ “Коттедж Филомены”.

➡ Джордж Джозеф Смит родился в 1872 г. и с раннего детства был не в ладах с законом, промышлял воровством, мошенничеством, брачными аферами. Венцом его преступной карьеры стала серия убийств. Существо дела заключалось в том, что Смит женился, страховал жизнь своей жены, а затем топил ее в ванне, имитируя несчастный случай.

Первой жертвой стала 32-летняя Бесси, на которой Смит женился под чужим именем и которую застраховал на 2700 фунтов. Затем снял для семьи небольшой домик и вскоре приобрел ванну. На следующий день Смит пожаловался местному врачу, что его жена страдает эпилептическими припадками, хотя она жаловалась лишь на головную боль. Поэтому, когда в июле 1912 г. Смит вызвал доктора и сообщил, что Бесси утонула, купаясь в ванне, тот поверил ему. Со слов врача в свидетельстве о смерти была констатирована смерть из-за эпилептического припадка при погрузке в воду.

Второй женой была 25-летняя Элис, чью жизнь он застраховал на 500 фунтов стерлингов. Здесь все было разыграно по предыдущему сценарию — недомогание и визит к врачу, а на следующий день — 12 декабря 1913 г. жена утонула, принимая ванну. Врач пришел к выводу, что горячая вода вызвала сердечный приступ, потерю сознания, в результате чего миссис Смит утонула. Муж во время трагедии якобы выходил за покупками.

На своей третьей жене Смит женился под именем Джорджа Ллойда. Накануне смерти у 38-летней Маргарет тоже болела голова и она с мужем посетила доктора. В день смерти муж якобы ушел на прогулку и, вернувшись, вместе с хозяйкой квартиры обнаружил свою жену утонувшей в ванной комнате. Это было в декабре 1914 г. Врач решил, что грипп и горячая вода привели к обмороку, из-за которого она захлебнулась. Смит получил 700 фунтов страховки и деньги, снятые женой со счета незадолго до смерти.

Основной особенностью этих случаев было отсутствие следов насилия на теле погибших. Инспектор Нил, заподозривший неладное,

сопоставил газетные сообщения и задержал Смита за дачу ложных сведений о своей личности (последний отрицал свою причастность к предыдущим двум женщинам). Однако проведенные эксперименты с опытными пловчихами показали невозможность утопить в ванне, не оставив следов насилия на теле. Разгадка пришла почти случайно — во время одного из экспериментов инспектор резко дернул пловчиху за ноги, и она ушла под воду, потеряла сознание и захлебнулась. Инспектор с помощниками еле смогли ее откачать.

Информация об этих чудовищных преступлениях на некоторое время даже затмила сводки с фронтов Первой мировой войны. 30 июня 1915 г. при большом наплыве публики, состоящей преимущественно из одиноких женщин, Джордж Смит был приговорен к смертной казни через повешение.

Однако поскольку подобные убийства совершаются по мотивам распределения и получения материальных благ, то их вряд ли можно отнести к разряду сексуальных, скорее наблюдается аналогия с уничтожением малоценного, но хорошо застрахованного имущества.

Рассмотрим некоторые типичные внутрисемейные ситуации, таящие в себе угрозу последующего насилия. Очень распространены доминирование жены и подчиненность, подавленность мужа. Такое положение вещей тягостно воспринимается мужем, он чувствует невозможность реализации своего мужского начала не столько в сексуальном, сколько в общепсихологическом аспекте, что ведет к формированию стойкой отрицательной эмоциональной напряженности. В силу своей замкнутости, неуверенности, тревожности он не способен к самостоятельному контакту с внешним миром (в его восприятии — чуждым и враждебным). Поэтому разрыв семейных отношений для него неприемлем, а подчиненность компенсируется пьянством и жестокостью в стремлении восстановить свой мужской статус.

Кстати, большинство случаев мужского пьянства связано именно с психологической неудовлетворенностью семейными отношениями. Постоянная алкоголизация еще сильнее сужает возможности социальной адаптации и психологически привязывает к жене. Указанную ситуацию женщина воспринимает двояко: с одной стороны, постоянные оскорбления, избиения, издевательства пьяного мужа делают жизнь невыносимой, с другой — она получает подсознательное удовлетворение от чувства собственного превосходства, на фоне “ничемного” мужа-пьяницы она может подчеркнуть перед сотрудниками, подругами, знакомыми свою исключительную положительность,

создать себе ореол мученицы. Иными словами, здесь наблюдается обоюдная социально-психологическая зависимость. В зависимости от условий воспитания, глубинных особенностей личности возможно как вариант выхода из создавшейся ситуации убийство одного супруга другим.

В ряде случаев муж не может компенсировать свою подавленность (например, из-за отрицательного отношения к алкоголю и т. п.) и снять постоянно возрастающее отрицательное эмоциональное напряжение. Тогда тихий, невзрачный, нерешительный муж неожиданно для всех “разряжается” через убийство. Это один из вариантов подтверждения известной поговорки “В тихом омуте черти водятся”. Не менее точно и крылатое выражение о последней капле, переполнившей чашу терпения, так как непосредственным толчком к убийству выступает очередное, вполне обычное для данной семьи унижение мужского и человеческого достоинства. В этом контексте вспомнилась маленькая, на первый взгляд маловероятная заметка, напечатанная в одной из украинских газет несколько лет назад (воспроизводим по памяти). В ней сообщалось, что в Киеве создан клуб мужей, убивших своих жен и честно отсидевших свой срок. Председатель, отсидевший 13 лет, поделился своей историей. С женой — женщиной не только властной, но и сильнее его физически — он прожил 8 лет, подвергаясь постоянным оскорблениям, унижениям и избиениям, которые молчаливо и терпеливо сносил. И вот однажды, когда из-за какого-то неловкого действия она начала бить его головой о батарею, он выбросил ее из окна высотного дома (дело было летом и окно было открыто).

Особое значение в бытовом насилии придается состояниям, определяемым как “ревность”. Исходным пунктом для возникновения ревности является свойственное людям нарушение супружеской верности. Хотя, почему только людям? Супружеская неверность — частое явление среди птиц, причем чаще со стороны самки. К примеру, голубки нередко покидают своих самцов, если те ранены или больны.

Вот случай, описанный в XIX в. Vogt (цит. по Ч. Ломброзо). Парочка аистов гнездилась в одном месте несколько лет подряд. Однажды заметили, что пока самец находился на охоте, к самке прилетал более молодой аист и пытался за ней ухаживать. Сначала самка прогнала его, но затем отнеслась к нему благосклонней и, наконец,

позволила ему ею обладать. После этого любовники полетели на место, где самец охотился за лягушками, и заклевали его. Другой случай: самка африканского дикобраза, очень привязанная к нему, убила его, укусив в голову, когда он отказался от ее любовных ласк. Как видно, супружеские измены, ревность и сексуальные убийства не являются прерогативой исключительно человеческой.

Под категорию убийств на почве ревности не вполне обоснованно относят убийства, весьма далекие от ревности. Любовная ревность — это сомнение в верности или страх утраты любимого человека. При этом стоит отметить, что страх утраты следует расценивать как ревность только в случае боязни ревнивца (ревнивицы), что кто-то другой (другая) займет его (ее) место в интимной сфере партнера. Понятно, что страх утраты из-за несчастного случая, болезни или других объективных обстоятельств ничего общего с ревностью не имеет. Любовная ревность может быть как нормальной, так и патологической, с бредом и без такового. Она возникает как в связи с действительной изменой, так и при отсутствии последней, в этом случае она порождается воображением ревнивца. Большинство из них начинают следить за партнером, прятаться, подслушивать.

Порой ревность приобретает причудливые для постороннего взгляда формы — ревность к умершему, к литературному либо киногерою, к политическим деятелям, к кому-то возможному в будущем (так сказать ревность на всякий случай). При воображаемой ревности к неопределенному лицу создается своего рода проспективный портрет вероятного соперника, являющего угрозу для ревнивца (ревнивицы). В случаях длительного переживания чувства ревности со временем возможны характерологические изменения.

Нормальная ревность в обязательном порядке подразумевает наличие любви и обусловлена исключительно субъективной эмоциональной значимостью реальной или возможной измены супруги (супруга). Переживания в апогее ревности отмечаются яркой эмоциональной насыщенностью и неимоверно сложным переплетением боли, ярости, отчаяния, гнева, жажды мести, стыда, ненависти, зависти, тревоги. Наблюдается усиление чувства любви, резкое возрастание значимости партнера в сочетании с обвинениями в бесстыдстве, аморальности и распущенности. Длительное переживание ревности психически здоровым человеком именуется руководящей, или доминирующей,

идеями (нормальная сверхценная идея). Для всех вариантов ревности свойственны характерные проявления — слежка за женой (мужем), провокационные проверки, осмотр тела и белья, отдельные ошибки суждения и т. д., которые не имеют большого диагностического значения.

Патологическая ревность подразумевает наличие у ревнивца психопатологических образований с темой ревности в виде сверхценных или навязчивых идей, паранойяльного бреда и параноидного синдрома, который, как правило, не исчерпывается патологической ревностью (В. Котов 1977). Патологические идеи ревности нозологически неспецифичны и могут встречаться при различных психических заболеваниях: шизофрении, алкоголизме и алкогольных психозах, сосудистых и травматических поражениях ЦНС, психопатиях, инволюционных психозах и др. Наличие психического заболевания не отрицает возможности идей ревности неболезненного характера. Не играют существенной роли в возникновении патологической ревности наследственность, сексуальная импотенция, эндокринные нарушения. Имеют значение исходные эмоционально-волевые нарушения, часто достигающие уровня психопатии, особенности характера преимущественно стенического происхождения и повышенная ревнивость. В преморбиде характерно также сочетание сексуальной активности с неуверенностью в собственной сексуальной полноценности, неудачный опыт семейной жизни. Патологическая ревность, по утверждению многих исследователей, реже встречается у лиц с преморбидными тревожно-мнительными и шизоидными чертами. Можно предположить, что в действительности последние просто не проявляют высокой криминальной активности и, соответственно, не так часто попадают в поле зрения судебных психиатров.

Сверхценные идеи ревности при различных заболеваниях могут проявляться в двух вариантах — статическом и динамическом. В первом случае повышенная ревнивость является постоянной особенностью больного и проходит через всю семейную жизнь. Любые действия жены анализируются с точки зрения возможной измены — регламентируется ее поведение, запрещается заботиться о своей внешности и т. д. Ключевой смысл сверхценного образования — жена способна на измену, а этого нельзя допустить. Динамический вариант развивается преимущественно на базе статического в ответ на определенный психогенный повод. Схематично содержание сверхценных переживаний представляется следующей формулой: жена, вероятно,

мне изменяет — это надо проверить и пресечь. Невзирая на всецелую убежденность в неверности жены, больные осознают недостаточность “улик” и всю энергию направляют на подтверждение или опровержение своих подозрений. При этом они нередко проявляют агрессию по отношению к жене.

Навязчивые идеи ревности встречаются преимущественно у больных с преморбидными тревожно-мнительными чертами. Они осознают болезненность своего состояния и, попадая к врачу, жалуются на свое состояние, а не на жену. Тем не менее в состоянии приступа обсессивной ревности появляются овладевающие представления, ажитация, двигательное беспокойство, больные теряют критичность к своему состоянию, которое достигает уровня острого бреда. В силу преходящего характера и кратковременности столь выраженных расстройств навязчивые идеи ревности редко приводят к преступным действиям.

Наибольшую опасность представляют больные с паранойяльными идеями ревности, для которых характерны основные признаки бреда — несоответствие действительности, недоступность коррекции, возникновение на болезненной основе. Сущность патологического суждения заключается в том, что несомненно жена ему (больному) не верна. Больной создает бредовую систему, которая обосновывает и оправдывает уже готовые утверждения (о неверности жены). С помощью элементов бреда, воображения и интерпретации он подводит “базу” в виде конкретных “фактов” прелюбодеяния с наличием свидетелей, доказательств, с указанием конкретных фамилий и дат. При отсутствии явных признаков психоза подобные “факты” даже специалист может принять за истину. Вначале бред носит монотематический характер, а со временем фабула обогащается, бредовые идеи выходят за пределы собственно ревности. По мере генерализации бреда ревности присоединяются тематически связанные с ревностью идеи преследования — жена и ее любовники пытаются его убить. В мотивации опасных действий начинают преобладать не месть или возмездие, не защита супружеской чести, а защита собственной жизни.

При сочетании паранойяльных идей ревности с интеллектуальным снижением или шизофреническим дефектом слежка и проверки жены имеют особенно грубый и циничный характер с элементами гиперсексуальности и садизма, совершенные преступления отлича-

ются особой жестокостью. Бредовая система у таких больных отличается непоследовательностью, противоречиями, а с нарастанием слабоумия бред редуцируется.

В случаях совершения общественно опасных действий больными с патологическими идеями ревности агрессия бывает направлена исключительно на объект ревности и крайне редко — на мнимых любовников жены. Основными мотивами преступных деликтов является возмездие — аффективное и преднамеренное, а также реакции обороны.

Общественно опасное поведение у женщин с бредом ревности отличается от такового у мужчин поздним возрастом совершения преступлений, большей длительностью ревности и частотой параноидного этапа заболевания с включением в содержание бреда идей отравления детей, усугубляющих социальную опасность больных (А. Козлова 1984). В преморбидном периоде у женщин реже встречаются стеничные черты, а чаще — шизоидность, мнительность, тревожность или гармоничная личность, в то же время среди совершающих общественно опасные действия стеничные черты преобладают. Стоит отметить также декомпенсирующую роль климактерического периода в развитии бредовых идей ревности, меньшую конкретность и систематизацию бредовых построений, их депрессивную окраску, большую длительность монотематического параноического бреда. Женщины редко прибегают к изощренным методам слежки, их бредовые переживания более открыты, они часто апеллируют к родственникам, общественности и т. п. Их ревность не сопровождается грубым нарушением сексуального поведения, а больше проявляется в изменении бытовых отношений.

В то же время необходимо отграничить от ревности схожие случаи, где ведущую роль играет не любовь, а чувство собственной эротической, социальной, личностной незначительности. В этих случаях отвергание женщиной наносит глубокую психотравму партнеру, снижая его самооценку до уровня ничтожества, уничтожая его не только как мужчину, но и как личность вообще. Убийство при этом — крайняя защитная мера во избежание полного краха.

В убийстве любовницы чаще преобладают следующие причины: нежелательная беременность (Т. Драйзер “Американская трагедия”), угроза разглашения связи, особенно сочетающаяся с шантажом со стороны любовницы, невозможность легализации связи, экономическая зависимость от любовницы или невозможность содержать ее,

заражение болезнью, передающейся половым путем, характерологические особенности партнеров.

Убийство любовницы, как правило, приносит чувство облегчения, которое затем сменяется страхом перед возможным наказанием. Приведем пример.

31 мая 1994 г. примерно в 6 часов утра в Голосеевском парке г. Киева на площадке теннисных кортов был обнаружен труп Ю. с признаками насильственной смерти. В ходе следствия установлено, что убийство Ю. совершено 16-летним П., возможно, с целью скрыть иное преступление — изнасилование.

Из материалов дела известно, что брат испытуемого страдает хроническим алкоголизмом. Раннее развитие самого П. проходило без особенностей, в школу пошел в восемь лет, учился посредственно. Отличался неуравновешенным поведением, часто дрался, уходил из дома, состоял на учете в ИДН. По окончании пяти классов бросил учебу, время проводил праздно, рано начал употреблять спиртные напитки, якобы пробовал наркотики. Отличался вспыльчивостью, раздражительностью, склонностью к агрессивным поступкам, в конфликтных ситуациях наносил себе повреждения. В 1994 г. перенес травму головы, последствий которой для психики не описывает.

Рассказывает, что в день преступления выпил 250 мл водки, 200 мл шампанского и банку пива. Ранее он около трех месяцев встречался с потерпевшей, жил с ней половой жизнью, и она заразила его гонореей. Был огорчен, взволнован, плохо засыпал ночью, постоянно думал о том, что Ю. жила половой жизнью с другими мужчинами. В тот день П. решил с ней поговорить, встретился и совершил с ней половой акт, после чего попросил денег на лечение гонореи. Однако потерпевшая начала ругаться, в ответ испытуемый стал ее бить, душить. Через некоторое время П. сходил за ножом, чтобы испугать потерпевшую, вновь просил у нее денег, но Ю. продолжала его оскорблять нецензурной бранью. В тот момент “в глазах все посветлело, как днем, я не знал, что делаю, и нанес удары ножом в живот и левую часть грудной клетки”. После этого испытал чувство облегчения и “освобождения”. Затем пошел к другу и у него переночевал, а через какое-то время был задержан работниками милиции.

В беседе демонстративен, раздражителен, импульсивен, однако правильно понимает цель экспертизы, наказуемость инкриминируемых ему деяний. Интеллект сохранен, мышление последовательно, логично, в обычном темпе. Острой психопатологической симптоматики не обнаруживает.

Психологическое исследование: отмечается скудный запас общеобразовательных знаний, узкий кругозор, бедный словарный запас, отсутствие познавательных интересов. Темп психической деятельности доста-

точный, равномерный. Нарушения умственной деятельности не наблюдалось. Произвольное внимание достаточно по объему и концентрации, устойчиво. Суждения логичны, целенаправленны, с ориентацией на существенные признаки предметов и явлений. В личностной сфере — стеничность, повышенная возбудимость, вспыльчивость, склонность к внешнеобвиняющим формам реагирования.

Указанное свидетельствует о том, что П. обнаруживает признаки патохарактерологического развития личности и его поведение в ситуации правонарушения соответствовало привычному стилю личностного и эмоционального реагирования в конфликтных ситуациях, что усугубилось состоянием простого алкогольного опьянения. Признан вменяемым.

Ю. Антонян и А. Ткаченко (1996) вполне обоснованно утверждают, что убийства вообще и сексуальные в частности берут свое начало в страхе смерти. Определенный уровень этого страха отмечается практически у всех людей за исключением верующих в загробную жизнь. Однако в силу определенных обстоятельств, психической конституции, особенностей воспитания (например, эмоциональное отвержение ребенка), жестокой микросоциальной среды страх смерти выходит за рамки нормы, ощущение гибели охватывает все существо и побуждает к нанесению упреждающего удара. Существенное значение имеют особенности личности преступника — повышенная чувствительность в межличностных отношениях, застреваемость на отрицательных эмоциональных переживаниях, злопамятность, тревожность, неуверенность в себе. В силу этих черт преступники подозрительно и отчужденно относятся к окружающему социуму, постоянно ожидая неприятностей и ударов судьбы. В такой ситуации любое реальное или мнимое посягательство на их самооценку воспринимается резко болезненно и вызывает защитную реакцию. Человек, не адаптированный в своем половом качестве, чувствует себя уязвимым и чуждым миру. Постоянная угроза из враждебной окружающей среды вынуждает защищаться, нанося превентивные удары по источнику основной опасности. Чаще всего главная опасность исходит от женщин — ведь именно они могут указать на сексуальную и даже эротическую несостоятельность мужчины.

Хиршфельд (Hirschfeld) различает следующие типы сексуальных убийств:

1. Убийство, совершаемое с целью достижения оргазма (убийство из похотливых побуждений).
2. Убийство, совершаемое в процессе переживания оргазма.

3. Убийство, совершаемое с целью (или в процессе) подавления сопротивления избранной для удовлетворения сексуальных потребностей жертвы.

4. Убийство, совершаемое с целью сокрытия сексуального преступления (например, изнасилования).

5. Убийство, совершаемое с целью (или в процессе) лишения жертвы возможности призывов о помощи или прекращения этих призывов.

6. Убийство, похожее на убийство, совершенное с целью достижения оргазма.

Особое внимание привлекают убийства с целью достижения оргазма и совершаемые в процессе переживания оргазма. Именно они носят преимущественно серийный характер.

Состояние, предшествующее реализации преступных действий, может быть определено как состояние полового возбуждения, но характер последующих действий свидетельствует о различных его эффектах:

- возбуждение, побуждающее лицо к его усилению вплоть до достижения состояния, в котором оно снимается.
- возбуждение, вызывающее состояние субъективного дискомфорта, иногда осознаваемое даже как болезненное и побуждающее к возможно наиболее быстрой его снятию.

В первом случае преступник вступает в контакт с женщиной, используя какое-то время для усиления своего состояния. Во втором — нападает внезапно, наносит удар либо душит и, приводя таким образом жертву в бессознательное состояние, совершает сексуальные действия, характер и продолжительность которых зависят от момента наступления удовлетворения: чем дольше оно не наступает, тем продолжительнее манипуляции с телом, изощреннее и множественнее причиняемые ему повреждения.

“Легенда” при вступлении в контакт во многом зависит от личности жертвы. Некоторые из потерпевших от рук преступников-садистов остаются живыми, следовательно, преступник не всегда имеет прямой умысел на причинение смерти. Можно согласиться с мнением о том, что состояние, к которому стремился преступник, наступило ранее гибели потерпевшей, так что после этого манипуляции с телом теряют для него всякий смысл. Более того, известны случаи, когда, например, преступник, занимавшийся повешением мальчиков, сам вынимал жертву из петли и пытался реанимиро-

вать, если достигал удовлетворения быстро. Некоторые преступники отмечали получение от жертвы в момент умирания “энергии, необходимой им и имеющей особое значение”. Причем эта энергия не может быть получена из других источников (Е. Самовичев 1992).

Приведем реальные примеры, иллюстрирующие тот или иной тип сексуального убийства. Убийство, совершаемое с целью (или в процессе) подавления сопротивления избранной для удовлетворения сексуальных потребностей жертвы, может быть представлено следующим случаем.

30 декабря 1993 г. около 22.45 24-летний М. пришел в состоянии алкогольного опьянения к родственникам своей супруги для решения хозяйственных вопросов по перевозке вещей. После совместного распития спиртных напитков муж будущей пострадавшей и его отец ушли спать в спальню, а М. в комнате, где они распивали спиртные напитки, пытался совершить насильственный половой акт с женой хозяина Ириной, которая оказывала сопротивление и кричала. Применяя физическую силу, чтобы преодолеть сопротивление жертвы, М. прикрыл ее рот рукой, чтобы не было слышно крика, снял с нее одежду, бюстгальтер, порвал на ней трусы и закрыл ей лицо подушкой, вследствие чего наступила смерть потерпевшей от удушения.

С целью сокрытия этого преступления — покушение на изнасилование и убийство — М. выпил еще спиртного, взял со стола кухонный нож, зашел в спальню и умышленно нанес множество ножевых ранений шеи, груди, живота, различных частей тела, а тупым предметом причинил повреждение головы вначале одному, а затем и другому мужчине. От полученных повреждений оба скончались.

На допросах в ходе предварительного следствия испытуемый отрицал инкриминируемое ему деяние, однако впоследствии написал явку с повинной, где давал подробные признание показания.

При обследовании установлено, что внутренние органы и ЦНС без видимой патологии.

Психическое состояние: жалоб не предъявляет, всесторонне ориентирован. Мышление последовательное, логичное, на вопросы отвечает правильно, по существу. Уровень знаний соответствует полученному образованию и жизненному опыту, память и внимание не нарушены. Категорически отрицает предъявленное ему обвинение. Настроение ровное, реальных планов на будущее не строит, в беседе спокоен, выдержан, соблюдает дистанцию.

При психологическом исследовании держится уверенно, четко, живо, много улыбается, шутит. Жалоб на состояние памяти, внимания, умственной работоспособности не предъявляет. Категорически

отрицает свою причастность к правонарушению. Написание явки с повинной объясняет расплывчато, многоречиво, уверяет, что сделал это по “совету” следователя. Темп психических процессов равномерный, достаточный. Произвольное внимание достаточное по объему, устойчивости и концентрации. Истощаемости психических процессов, утомляемости к концу работы не усматривается, память сохранна. Уровень мыслительных операций, анализа, синтеза, обобщения, опосредования, логического переноса соответствует возрастному, образовательному опыту. Суждения последовательны, целенаправленны. К индивидуально-личностным особенностям испытуемого относятся стеничность, активность жизненных проявлений, легкость установления межличностных отношений, эмоциональная уравновешенность, хороший контроль над внешним проявлением эмоций в конфликтных ситуациях. В отношении инкриминируемых деяний признан вменяемым.

Довольно часто встречаются убийства с целью сокрытия изнасилования, особенно если вероятность разоблачения близка к стопроцентной. В частности, это актуально при изнасиловании несовершеннолетней знакомой или родственницы. В этих случаях после изнасилования появляется не только страх уголовной ответственности, но и страх осуждения и отторжения насильника микросоциальной средой, общей для преступника и потерпевшей. Возникает стыд за содеянное, желание, чтобы никто и никогда об этом не узнал. Достичь этого можно, только совершив еще более страшное преступление.

15 июня 1994 г. М., находясь на даче, принадлежащей его отцу, в состоянии алкогольного опьянения около 21.00 с целью совершить изнасилование своей малолетней племянницы Т. (7 лет), которая находилась под его присмотром, предложил ей пройти на детскую площадку покататься на качелях. После этого путем обмана повел Т. в урочище Горбачихи, расположенное неподалеку от указанной дачи. Пройдя примерно 300–400 метров в глубь леса, М. с применением физического насилия и угроз вступил с малолетней Т. в половую связь, после чего с целью сокрытия совершенного преступления стал душить ее. Убедившись, что Т. скончалась, он, инсценируя самоубийство, повесил ее на дереве. Труп девочки был обнаружен 16 сентября 1994 г. В своей явке с повинной и допросе 16.09.94, а также в ходе дальнейшего расследования давал признательные показания. Сообщил, что во время обеда выпил 100–150 граммов водки. 26.09.94 категорически отрицал свою причастность к инкриминируемому ему деянию. При допросе в качестве подозреваемого и при воспроизведении обстановки и обстоятельств событий находился в подавленном состоянии и фактически повторил данные показания явки с повинной.

Брат испытуемого характеризует М. как человека доброго, сдержанного, который иногда любит выпить, но когда выпьет спиртного, агрессивности не проявляет, старается лечь спать.

Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела, а также архивного акта стационарной СПЭ установлено следующее. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Рос и развивался в многодетной семье, не отставая от сверстников. По характеру спокойный, замкнутый, добрый. В 5,5, 11 и 12 лет перенес травмы головы с потерей сознания. Образование среднее специальное, в армии отслужил полный срок. Женился в 1970 г., развелся через четыре года из-за того, что жена не хотела иметь детей. В 1977 г. женился вторично на женщине с двухлетней дочерью. Жена злоупотребляла спиртным, оставила работу, на длительное время уходила из дому, открыто изменяла испытуемому. В это время снизилось настроение, ухудшился сон, беспокоили неприятные мысли, “чтобы забыться”, начал ежедневно принимать спиртные напитки. В сентябре 1983 г. был приговорен по ст. 94, 121 УК Украины к одиннадцати годам лишения свободы в ИТК усиленного режима. Также проходил по ст. 118 ч. 2, но был оправдан за отсутствием доказательств. Освободился в 1990 г. и отбыл в Киев, где поселился с отцом на даче; занимается временными подработками. Категорически отрицает зависимость от алкоголя.

Психическое состояние: ориентирован в месте, времени и собственной личности, контакт продуктивный. Настроение ровное, мышление последовательное, логичное, на вопросы отвечает по существу. В отношении инкриминируемого деяния себя виновным не признает, утверждает, что не насиловал, не убивал свою племянницу. Продуктивная психотическая симптоматика не выявляется, зависимости от алкоголя не испытывает, жалоб не предъявляет. Интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту, память не нарушена.

Патопсихологическое исследование: держится внешне спокойно, настроение ситуационно снижено, однако в беседе достаточно активный, охотно отвечает на вопросы. Темп сенсомоторных реакций равномерный, достаточный, активность, устойчивость произвольного внимания в пределах нормы. Истощаемость психических процессов, утомляемость к концу работы не наблюдаются, память сохранна. Уровень мыслительных операций анализа, синтеза, обобщения, опосредования, логического переноса соответствует возрастному, образовательному опыту. Суждения последовательны, целенаправленны. К индивидуально-личностным особенностям испытуемого относятся замкнутость, отгороженность, интровертированность, эмоциональная уравновешенность, отсутствие жизнерадостности, пессимизм, склонность к фиксации теневых сторон жизни. В отношении содеянного признан вменяемым.

Однако следует отметить, что сексологическая экспертиза и выявление возможной педофилии не были проведены.

Приведем еще один типичный случай убийства с целью сокрытия изнасилования.

5 июня 1994 г. в селе Малые Сочики Сквирского р-на в своем доме был найден труп гражданки Ж. со следами изнасилования и насильственной смерти. В данном преступлении обвинен З. В своей повинной обвиняемый писал, что действительно ходил к Ж. и между ними произошла ссора, он разозлился и схватив на столе нож и ударил ее несколько раз. С целью как-то запутать расследование раздел потерпевшую, имитируя ее изнасилование. Позже на допросе признал изнасилование и убийство, подтвердил, что преступление совершил в нетрезвом состоянии и раскаивается в содеянном.

Отец испытуемого злоупотребляет спиртными напитками. З. старший из двух детей, о раннем развитии сведений нет, учился плохо, перенес несколько черепно-мозговых травм. В шестом классе диагностирована олигофрения в степени легкой дебилности с эмоционально-волевой неустойчивостью, неврозоподобный энурез. Окончил восемь классов, курсы трактористов. На работе характеризуется как замкнутый, склонен к обману, привлекался к ответственности за кражу деталей, авторитетом у окружающих не пользуется. В нерабочее время любит употреблять спиртное.

Психическое состояние: в ясном сознании, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Крайне волнуется, краснеет, на вопросы отвечает тихо, односложно. Грубых расстройств памяти не обнаруживает. По существу обвинения говорит крайне скупое, на глазах слезы, заявляет, что сам не знает, как все произошло. Считает, что обвинение не полностью правильное, поскольку “акт у меня не получился...” Понимает свою интеллектуальную несостоятельность, говорит о плохой учебе в школе, понимает свое положение, перспективы. З. обнаруживает признаки недоразвития интеллекта в степени умеренно выраженной дебилности. Признан вменяемым.

Близко к убийству, совершенному с целью преодоления сопротивления жертвы, выбранной для удовлетворения половой страсти, стоит убийство с целью лишения жертвы возможности призывов о помощи.

В состоянии сильного алкогольного опьянения 22-летний Г. изнасиловал гражданку С. В процессе совершения насилия испытуемый сдавливал руками горло С., что повлекло смерть последней от механической асфиксии.

Наследственность преступника психопатологией не отягощена. Рост и развитие правильно, в детстве перенес ряд инфекционных заболеваний. В школе учился удовлетворительно, после 10 классов окончил

ПТУ по специальности электросварщика. После службы в армии вернулся домой и работал по специальности.

Правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Во время беседы держится свободно, естественно, на вопросы отвечает правильно, по существу. О правонарушении говорит неохотно, с некоторым раздражением: "Был выпивший, захотелось изнасиловать. Поэтому схватил руками за горло, немножко придушил, чтобы не кричала, а потом отнес ее на стройку". При этом подробно рассказывает о последовательности своих действий.

Суждения поверхностные, примитивные, круг интересов сужен, фиксирован на бытовых потребностях. Эмоциональные реакции несколько тусклы, однообразны, продуктивной психосимптоматики не обнаруживает. Признан вменяемым.

Еще один случай из этой же группы.

■ 21-летний М. в нетрезвом состоянии во время прогулки с сестрой своей жены, несовершеннолетней Ш. (15 лет), с целью парализовать сопротивление последней специально найденной для этого веревкой удушил потерпевшую, затем ее изнасиловал.

Наследственность М. психическими заболеваниями неотягощена. Воспитывался у бабушки, учился посредственно, после восьмого класса окончил СПТУ по специальности газосварщик и одновременно 11 классов вечерней школы. После службы в армии работал в г. Каневе, а затем на шахте в Донецкой области. В представленных характеристиках с места жительства отмечается склонность М. к употреблению спиртных напитков. С детства рос малообщительным, замкнутым, несколько скованным человеком. Работник несерьезный, безответственный, халатный.

В психиатрических больницах не лечился, травм головы не было.

Психическое состояние: в ясном сознании, всесторонне правильно ориентирован. Достаточно подробно рассказывает о случившемся, не ссылаясь на забывание. Говорит об убийстве и изнасиловании неохотно, односложно. Продуктивной психотической симптоматики не выявлено. Признан вменяемым.

В советское время информация о серийных убийствах не подлежала разглашению, поэтому с появлением гласности и широкого освещения подобных фактов в средствах массовой информации у населения создалось впечатление новизны данного явления в нашей стране.

Однако судебно-психиатрические архивы хранят акты судебно-психиатрических экспертиз сексуальных убийц, в том числе серийных. Из них интерес представляет случай некоего Соломенко, 39 лет, совершившего в шестидесятые годы минувшего века более

шестидесяти актов развращения и изнасилования девочек 6–10 лет в различных районах Киева, которые в ряде случаев сопровождались убийством жертвы или нанесением телесных повреждений разной степени тяжести.

■ Во всех случаях для знакомства Соломенко, учитывая возраст девочки, подбирал вариант обмана, при помощи которого увлекал свою жертву, убедительно изображал, что ищет в доме кого-то, просил ему помочь в этом. Так, он подымался с девочкой все выше по этажам, а затем увлекал девочку на чердак.

К примеру, самой старшей из них, 10-летней Тамаре рассказывал, что он якобы ленинградец, приехал в Киев учиться и ему нужно купить тетради для сестры — ученицы второго класса; спрашивал Т., с кем она дружит, где учиться и пр.

С Ниной., которая шла с портфелем со школы, Соломенко начал разговор с того, не знает ли она, где находится школа № 130, просил проводить его к школе, где он якобы должен отыскать какую-то девочку и вручил ей письмо.

Катю, девяти лет, он остановил вопросом: “Какой это дом?” и попросил отыскать ему 15 квартиру, так как он якобы забыл дома очки.

Шестилетних Олю и Лену он заинтересовал тем, что пообещал на чердаке показать “маленьких голубей”.

Кроме того, во всех случаях Соломенко угощал девочек конфетами. Всегда предпринимал меры предосторожности, чтобы не быть задержанным, никогда не заводил девочек в парадные, где они живут, и не появлялся часто в одних и тех же районах. После совершения преступления уговаривал или запугивал жертву, оставлял ее на чердаке и выходил из дома один. При этом предлагал девочкам считать до 100 либо убеждал, что выходить вдвоем из чердака нельзя, так как их кто-то побьет. Он разяснял, что маме, подругам и учительнице они не должны рассказывать, что с ними произошло на чердаке, так как будут наказаны.

Свою одежду Соломенко на чердаке снимал, чтобы не испачкаться, а одежду девочек чистил, чтобы, как он пояснил, родители не заметили, что ребенок испачкан, и не начали расспросы.

Уже будучи осужденным за развращение малолетних, Соломенко признался в совершении еще ряда преступлений, кроме фигурировавших ранее, а именно: в совершении шести изнасилований малолетних девочек, из которых пять закончились смертью, а одно тяжелыми, опасными для жизни телесными повреждениями.

Первой жертвой убийства стала 10-летняя З., которая шла из дому в универмаг за канцелярскими товарами. По дороге ее и встретил Соломенко, занятый как раз поисками девочки для удовлетворения своей половой страсти. Назвав ей вымышленную фамилию знакомых, якобы

проживающих в одном из находящихся поблизости домов, Соломенко попросил З. помочь найти его знакомых и пошел с ней к указанным домам. Во время “поисков” он сказал З., что, очевидно, дали неправильный адрес, а в благодарность за помощь в поисках он хочет купить ей конфет, для чего предложил съездить с ним в магазин. Там он угостил девочку конфетами и, убедившись, что вошел в доверие, предложил поехать немного погулять в Голосеевский парк, после чего обещал отвести ее домой. Таким обманным путем Соломенко увлек З. в лес, где возле траншеи решил изнасиловать девочку и попытался снять с нее брюки, но она подняла крик. Преодолевая сопротивление, он сдавил шею З. руками и тесемками ее шапочки-капора, вложил ей в рот свой носовой платок, после чего снял с нее брюки, трико и изнасиловал.

В результате указанных действий З. умерла. Убедившись, что девочка удушена, он привел ее одежду в порядок, вынул изо рта свой носовой платок, перенес труп в находящуюся поблизости траншею, засыпал его листьями, землей и скрылся с места преступления.

7 июня 1963 г. в дневное время Соломенко в поисках девочки поехал к жилым домам в районе завода “Большевик”. Там, возле дома № 106 он подошел к 9-летней Тане и в целях установления контакта с ней попросил помочь ему найти знакомых, проживающих в одном из подъездов дома № 106, назвав при этом вымышленную фамилию. Во время “поисков” Соломенко предположил, что его знакомые, вероятно, живут в другом подъезде, и зашел в гастроном, чтобы угостить девочку конфетами. Увидев, что Таня относится к нему с доверием, он предложил ей покататься с ним на трамвае и автобусе, пообещав по пути следования показать ей красивые места, а после этого отвести ее домой. Уговорив девочку, он увез ее на 36–37 км трассы Киев — Обухов. Оттуда завел в 5-й квартал Плютовского лесничества, где решил изнасиловать ее. С этой целью на поляне, преодолевая сопротивление, сдавил шею девочки руками и вложил ей в рот свой носовой платок, после чего сорвал с нее купальник и изнасиловал ее. Убедившись после полового акта, что девочка удушена, Соломенко вынул у нее изо рта свой носовой платок, спрятал труп в ложбину поблизости и прикрыл его листьями и ветками. Сам скрылся с места преступления.

14 октября 1964 г. во второй половине дня Соломенко поехал в Святошино, планируя найти девочку для удовлетворения своей половой страсти. Отправившись в поселок, он подошел к игравшей О. и попросил помочь найти вымышленного знакомого, якобы живущего в одном из домов поблизости. Не найдя “знакомого”, он усомнился в правильности адреса и угостил девочку конфетами, заранее купленными для этой цели. Познакомившись ближе, предложил О. немного с ним погулять, и она согласилась. Соломенко вывел девочку в поле, подвел по рву к одному из кустов, сдавил ей шею руками и платком, который был у нее на голове,

заложил ей в рот свой носовой платок. После этого снял с нее брюки, трико и изнасиловал. Окончив половой акт и убедившись, что девочка удушена, он там же, во рву, прикрыл труп травой, сорняками, листьями, землей и скрылся.

Днем 25 октября 1964 г. Соломенко поехал на ВДНХ УССР в поисках подходящей девочки. Примерно в 14 часов он подошел к дочери работницы выставки 10-летней Л., сказал, что впервые на ВДНХ и попросил пройти с ним по территории и показать имеющиеся там павильоны. Во время прогулки он угощал Л. конфетами и, войдя в доверие, обманным путем вывел ее с Выставки и увел в 19-й квартал Голосеевского леса. Л. подняла крик и оказала сопротивление, преодолевая которое, Соломенко нанес ей удары по лицу, сдвигая шею руками и ее шарфом, вложил в рот носовой платок, стянул с нее брюки, трико и изнасиловал. Убедившись после полового акта, что Л. удушена, он привел в порядок ее одежду, вынул изо рта свой носовой платок, перенес труп в ложбину под деревом и забросал хворостом, после чего скрылся с места преступления.

23 мая 1965 г. примерно в 13 часов Соломенко приехал в Киевский зоопарк, где увидел стоящую в стороне 6-летнюю Г. Узнав, что она потеряла старших, с которыми пришла в зоопарк, пообещал их найти. Под этим предлогом водил ее по зоопарку, угощая конфетами. Войдя в доверие, предложил ей покататься на троллейбусе и автобусе, показать красивые места. Таким образом увез ее на 27 км трассы Киев — Обухов, а затем завел в лес. Там на одной из полян по уже отработанному сценарию совершил удушение и изнасилование. Труп присыпал ветками и листьями и скрылся с места преступления.

Во второй половине дня 4 июня 1965 г. Соломенко поехал на жилмассив Отрадный. Там возле детской площадки подошел к 8-летним девочкам У. и М., сказал, что работает в зоопарке, куда и предложил с ним поехать. Вскоре М. ушла домой, а У. после уговоров согласилась пойти с ним. Соломенко увлек ее в посадку, повалил на землю, сдвигая ей шею руками и, когда она потеряла сознание, стянул с нее трусы и изнасиловал. После изнасилования он привел в порядок ее одежду и, оставив в бессознательном состоянии, скрылся.

Через некоторое время У. пришла в сознание и вернулась домой. Судмедосвидетельствованием У. установлено, что нанесенные повреждения относятся к тяжким телесным, опасным для жизни.

Как видно из вышеописанного, все изнасилования и убийства девочек 8–10 лет Соломенко совершил по одинаковой схеме, используя в качестве места преступления территорию парков, лесничества, лесопосадок, иногда вывоза обманутую жертву на десятки километров за пределы города. Всегда убирав вещественные доказательства, трупы приводил в порядок, прятал во рву или ложбине, засыпал дерном, листьями и ветками.

Соломенко родился в семье военнослужащего и среди родственников психически больных не знает. В детстве перенес дифтерию и малярию, а во время игры со сверстниками — травму головы. С последним обстоятельством связывает свою плохую учебу в школе и дублирование классов. Учился в техникуме, но с первого курса ушел работать рабочим в аэропорт, так как было трудно учиться из-за повторной травмы головы (избит хулиганами). С этого же времени (с 17 лет) стал обращаться к врачам по поводу головных болей, головокружений, рассеянности и забывчивости.

В дальнейшем поменял много мест работы, но не приобрел профессии, определенно ничему не научился. Работал в столярном цехе, кочегаром, электромонтером, учился на шлифовщика. На работе часто ссорился с сослуживцами и начальством, так как был раздражителен, не любил несправедливости и всюду упорно высказывал свое мнение. В связи с тем, что трудно справлялся с работой, очень уставал, обращался к врачам. Лечился амбулаторно и стационарно у невропатолога, в водолечебнице, ПНД (амбулаторно). От рекомендованного лечения в психиатрической больнице отказался.

Лица, знавшие Соломенко еще в детстве, отмечали у него ранний сексуальный интерес. С 13-летнего возраста начал заниматься онанизмом и периодически практиковал его в течение дальнейшей жизни. В 19 лет впервые стал жить половой жизнью, встречался с женщинами, сожительствовал с ними, имел беспорядочные непродолжительные связи. Половые акты носили естественный характер, приносили удовлетворение ему и его партнерше. Однако в дальнейшем его половые стремления постепенно стали изменяться. В основе этого, с одной стороны, лежало ухудшение его физического состояния после перенесенной травмы головы. Это отражалось и на его половых возможностях. Встречаясь с женщинами, отмечал у себя снижение потенции, чувствовал, что не удовлетворяет своих партнерш, которые прямо заявляли ему об этом. Связи со взрослыми партнершами стали его разочаровывать, оставляя чувство недовольства. К этому периоду относится сближение испытуемого с одним его прежним знакомым, который был значительно старше, образованней и пользовался у Соломенко большим авторитетом. Он занимался развратными действиями с малолетними девочками и своими рассказами возбудил у испытуемого любопытство и интерес к малолетним девочкам как к возможным объектам полового удовлетворения. Подражая своему знакомому, по его рассказам, испытуемый также стал искать возможности прикасаться рукой к половым органам девочек. Прodelывал это на пляже, якобы помогая девочкам научиться плавать, и ощущал при этом сексуальное удовлетворение. С тех пор стал частым посетителем пляжа и настойчиво добивался возможности испытать сексуальное удовольствие подобным способом.

Вначале эти влечения не вытесняли естественных, испытуемый продолжал искать встреч со взрослыми женщинами, заводил с ними знакомства, сожительствовал, но с каждым разом все больше разочаровывался и все больше думал о малолетних. Постепенно он сблизился с другим приятелем — Фионовым, который испытывал те же влечения, много говорил Соломенко о своеобразии и приятности этих влечений и с новой силой пробудил и укрепил в нем сексуальный интерес к девочкам.

В трамвае, в магазине, в толпе на улице Соломенко старался прижаться к маленькой девочке и при этом испытывал сексуальное возбуждение и удовлетворение. Это влечение стало принимать все большую силу и нередко, заметив проходящую девочку, мог бросить все свои дела и долго ее преследовать. Выбрав удобный момент он прижимался к ней и получал половое удовлетворение, наступало семяизвержение. Половое возбуждение возникало всякий раз, когда замечал где-нибудь косички, детский бант или видел обнаженные детские ножки, выглядывающие из-под короткого платяца.

Кратковременность получаемого полового удовлетворения противоречила силе полового возбуждения, и испытуемый начал искать новые способы полового удовлетворения. Идею подсказал Фионов, вместе с которым, а затем преимущественно самостоятельно Соломенко на протяжении четырех лет под благовидным предлогом заманивал девочек в парадное или на чердак. Там он обнажал ребенка, совершал развратные действия,водя своим членом между бедрами девочки. По его собственному выражению — “имитировал” половой акт, заканчивавшийся оргазмом. При этом получал более длительное половое удовлетворение. Однако совершать все приходилось быстро, наспех, постоянно опасаясь разоблачений, что вызывало неудовлетворение. И поскольку в это время считал, что половой акт с малолетней девочкой невозможен в связи с физиологическим несоответствием, то и не пытался совершать изнасилования. Однажды, беседуя с одним приятелем — студентом медицинского института, узнал якобы от него, что половой акт с некоторыми малолетними девочками возможен и, кроме того, имеет ряд своих “преимуществ”. Это, как утверждает испытуемый, и побудило его совершать полностью половой акт в половых путях малолетних девочек. В дальнейшем на протяжении четырех лет совершил в общей сложности тринадцать изнасилований, часть из которых (пять) закончились смертью девочек.

Рассказывает, что когда он чувствовал потребность удовлетворить свое половое влечение, то искал девочку, намереваясь только совершить с ней развратные действия, имитацию полового акта и не более. Часто этим ограничивался, но на каком-то этапе возникала мысль совершить с ней половой акт. Стремление возникало якобы столь сильно, что он не мог его преодолеть и настойчиво стремился к осуществлению. Часто оно

возникало, когда он видел обнаженное тело девочки. В этот момент, согласно его заявлениям, он был полностью во власти этого влечения и насиловал, не отдавая отчета своим действиям, приходя в себя лишь после совершения полового акта.

Всегда боялся “попасться”, поэтому, чтобы девочки не кричали при изнасиловании, вкладывал им в рот платок, иногда связывал или привязывал их к чему-нибудь на чердаке. Утверждает, что влечение было очень сильным, противостоять ему не мог, рассказать кому-либо или обратиться за советом боялся, так как знал, что за это прежде всего арестуют. Никогда не имел намерения убивать девочек — как для того, чтобы совершить половой акт с мертвыми, так и с целью предосторожности. Случаи удушения девочек испытуемый объясняет случайностью, происходившей во время преодоления им их сопротивления, напоминает, что в этот же период у него были случаи изнасилования девочек и без смертельного исхода.

Свидетели характеризуют его замкнутым, неуживчивым, эгоистичным. Сам Соломенко, как и его семья, не пользовался любовью окружающих, держался особняком, проявлял мелочность, расчетливую скаредность, злопамятность. С соседями конфликтовал, подозревал некоторых из них в том, что ему что-то подсыпают в пищу. Они же, в свою очередь, в этом же подозревали его.

Семью не создавал, ссылаясь на всякого рода бытовые причины.

Из материалов дела известно, что он большое внимание уделял своему здоровью, внешнему виду, одежде, очень следил за собой, за своим лицом и телом. Читал медицинскую литературу, лечился сам, имея медикаменты и шприц. Был брезглив, тщательно, часто и по много раз мыл руки. При обыске в квартире С. изъято большое количество медицинской литературы, в частности “Выбор обезболивания”, “Нервные и психические болезни”, “Рассказы о человеческом теле”, “Юноша превращается в мужчину”, “Девушка превращается в женщину”, “Гинекология детского возраста”, “Половые расстройства у мужчин”, “Возрастная биология”. С. объяснил, что его интересовали вопросы половых аномалий и расстройств у мужчин, а также все, что касалось развития и строения половых органов у девочек: “Я хотел о девочках знать все”.

Психическое состояние: в ясном сознании, ориентирован всесторонне. Полностью отдает себе отчет в сложившейся ситуации. В контакт вступает свободно, охотно сообщает о себе сведения, по существу отвечает на вопросы. Движения скупы, скованны, передвигается мелкими шагами сгорбившись, но в обычном темпе. Беседует с опущенной головой, не смотрит на собеседника. Производит впечатление человека, стремящегося занимать как можно меньше места и обращаться на себя как можно меньше внимания. Настроение ситуационно несколько снижено, проscalъзывает внутреннее напряжение, тревожность, хорошо скрываемое

раздражение. В беседе собран, отвечает многословно, чрезмерно обстоятельно, речь перегружена второстепенными деталями, недоволен, когда его перебивают. Обнаруживает ограниченный круг интересов, запросов, некоторую примитивность суждений. Речь в быстром темпе, торопливая, негромкая, проглатывает отдельные окончания, следит за выражениями, избегает натуралистических описаний, ссылается на чувство неловкости говорить на интимные темы при женщине.

При расспросах по существу дела дает подробные последовательные объяснения, заявляет о своем раскаянии, высказывает сожаление, что его не задержали раньше, когда он “еще ничего страшного не наделал”. Не отрицает своей вины, не пытается найти себе оправдания, выгородить себя. Настойчиво подчеркивает, что все свои преступления совершил под влиянием “учителей”, которые были более опытными и образованными, поэтому он не мог противостоять их развращающему влиянию. Утверждает, что тяжело переживал после каждого преступления, особенно, если оно заканчивалось смертью девочки, давал себе самые страшные клятвы не повторять преступлений. В течение нескольких дней влечения не было, но затем оно снова появлялось и он “не в состоянии овладеть своими желаниями бросал все и стремился в поисках девочек”. Считает это “болезненными проявлениями”. От повинной удерживал страх возможного наказания. Фиксирован на сложившейся ситуации, своих переживаниях, эмоционально адекватен.

Из личностных особенностей можно отметить тревожно-мнительный характер с рядом невротических проявлений, эгоистичность, конфликтность, сварливость, раздражительность, склонность к половым извращениям, примитивность личности.

В отношении содеянного признан вменяемым.

В описанном случае обращает на себя внимание четкое этапное развитие обсессивно-компульсивного варианта педофилии. Резидуально-органическая патология как следствие повторных черепно-мозговых травм сыграла двойную роль в формировании криминальной личности. Во-первых, она ухудшила его физическое состояние и половые возможности, а во-вторых, способствовала дисгармонии личности на фоне церебрастенических и неврозоподобных расстройств. Отсутствие полноценной гетеросексуальной адаптации как обязательно-го условия парафильной активности в сочетании с индуцированным интересом к малолетним девочкам привело к первым “невинным” (практически социально приемлемым) формам перверсной деятельности. Сначала он лишь подражал авторитетному знакомому, продолжая естественную половую активность, а затем, на фоне нарастающего фиаско со взрослыми женщинами, полностью подчинился пе-

дофильному влечению. Усиливалась психическая и физическая зависимость, которые и обусловили серийный характер деликтов, росла патосексуальная толерантность с изменением форм сексуального удовлетворения в сторону все большей грубости, извращенности.

В отличие от сексуальных преступлений, в которых личность преступника и его психическое состояние легко определяются судебными психиатрами, известны случаи настойчивой симуляции психического заболевания, что требует порой неоднократного проведения судебно-психиатрической экспертизы. Одним из таких случаев является дело 21-летнего Л., изнасиловавшего и убившего в пос. Корнин свою соседку — 62-летнюю Л. П.

➡ В ходе следствия была проведена судебно-психиатрическая экспертиза в Житомирской психиатрической больнице, во время которой испытуемый заявил, что “она заколдовала его мать, вследствие чего та злоупотребляет спиртными напитками”. Рассказывал, что соседка — колдунья и может превращаться в животных.

О совершенном преступлении сообщил следующее. Вечером 11 марта вместе с братом был в клубе на дискотеке. Вернулся около 24 часов, и девушка брата сказала, что видела на улице черную кошку. Когда все уснули, он взял монтировку, вышел на улицу и пошел во двор к соседке. Бросил камень в окно и услышал оклик на веранде. Он отозвался, а когда бабка открыла дверь, ударил ее, “какая-то сила тянула ударить”. Она успела закрыть дверь и упала в доме. Л. залез в дом через окно, зашел на веранду. Бабка стояла, он начал бить ее металлическим прутом, ударил 4–5 раз, она открыла дверь и побежала на огород. Побежал за ней, на огороде она упала, “потянуло к ней”. Взял ее за руку и шею и стал тащить во двор. Когда потянул за шею, что-то хрустнуло. Во дворе изнасиловал, зачем это сделал объяснить затрудняется. После этого прикрыл ее дровами, а сам еще долго ходил по улице, по огородам. Затем вернулся домой и лег спать, но уснуть до утра не смог.

Отец в молодые годы лечился в психиатрической больнице, мать последние два года злоупотребляет спиртными напитками. Старший из трех детей. Раннее развитие без особенностей, был спокойным, послушным. Окончил восемь классов, СПТУ, получил специальность тракториста. Во время службы в армии перенес черепно-мозговую травму с кратковременной потерей сознания, дружеских отношений с сослуживцами не поддерживал. С места службы характеризуется знающим специалистом, пользовался авторитетом, в быту скромный, в общественной жизни участия не принимал.

На учете у психиатра, невропатолога не состоял, злоупотребление спиртными напитками отрицает.

Сомато-неврологическое состояние без особенностей.

Озадаченные настойчивым развитием темы колдовства, житомирские психиатры практически склонились к невменяемости испытуемого. Для разрешения сомнений Л. был направлен в судебно-психиатрическое отделение психбольницы Киева.

При повторном освидетельствовании — в ясном сознании, всесторонне ориентирован. Обеспокоен сложившейся ситуацией, взволнован, выраженные вегетативные реакции — сердцебиение учащено, густо краснеет. Фон настроения ситуационно снижен. При беседе вначале насторожен, недоверчив, доступен продуктивному контакту. Последовательно сообщает сведения, внимательно выслушивает задаваемые вопросы. Смущаясь, неохотно сообщает, что ранее давал неправдивые сведения о колдовстве, так как пытался симулировать психическое заболевание. Уверяет, что взял на себя вину “под давлением работников милиции”. Однако в период настоящего психиатрического исследования решил изменить форму поведения и будет пытаться доказать свою невиновность в данном преступлении, так как считает, что у следствия нет достаточных доказательств его вины. Во время беседы ищет сочувствия у собеседника, понимания его позиции, поддержки.

Мышление логичное, последовательное, в обычном темпе. Интеллект соответствует возрасту, образованию, жизненному опыту. Суждения несколько незрелы, поверхностны, морально-этические установки не сформированы. Правильно понимал свое положение, имел установку в будущем активно защищаться. Со смущением говорит о симуляции в прошлом.

Исходя из вышеизложенного Л. психическими заболеваниями не страдает. Обвиняемый не смог объяснить причины своего поведения. Хотя специальная сексологическая экспертиза проведена не была, но все свидетельствует о наличии скрытых аномалий полового влечения в комплексе геронтофилии и сексуального садизма. Именно это, проснувшееся при алкогольном опьянении неосознаваемое садистское влечение побудило Л. к избиению, а геронтофилия — к избиению именно старухи, во время которого он неожиданно для себя ощутил сильное половое возбуждение, которое реализовалось в виде изнасилования уже мертвого тела.

Представим вашему вниманию преступника, описанного А. Ткаченко, Т. Шемякиной, Г. Введенским и М. Симоненковой в сборнике “Серийные убийцы: избранные экспертизы”.



Головкин родился в замкнутой, избирательной в общении семье с наследственной психической отягощенностью — его двоюродная сестра по линии отца страдает шизофренией. Ребенок от первой беременности, родился с врожденным дефектом грудной клетки в виде “воронко-

образной” груди в состоянии асфиксии. Детские коллективы посещал неохотно, тяжело переживал разлуку с матерью, давал истериформные реакции с плачем, непроизвольной рвотой и мочеиспусканием. По характеру был спокойным, тихим, предпочитал играть наедине, на улицу к детям шел неохотно и домой никого не приглашал. Душевной теплоты, ласкового отношения к детям в семье не наблюдалось, воспитание проводилось методично, физическими доводами, часто прямолинейно и грубо.

С пяти лет появилась привычка мастурбировать, однако законченных актов с эрекцией и семяизвержением мать не отмечала.

На фоне определенной эмоциональной депривации в сочетании с церебральной дисфункцией началось формирование патохарактерологических особенностей личности в виде аутичности, замкнутости, эмоциональной бедности с повышенной чувствительностью.

В восемь лет Головкин пошел в школу, учился хорошо, но без энтузиазма, оставался замкнутым, стеснительным, повышенно ранимым, впечатлительным. Дружить старался с такими же ущербными девочками, неуклюжими ребятами, двоечниками. Отношения с отцом в школьные годы совершенно испортились из-за грубого и жесткого отношения к нему. Тяжело переживал свое занятие онанизмом, считал это грехом, так как родители ругали, зашивали карманы. С 12 лет появились первые эякуляции, сопровождавшиеся оргазмом. В разговорах мальчишек на сексуальные темы участия не принимал. В школе всегда был на вторых ролях, хотя в мечтах постоянно представлял себя лидером. Появилось непроизвольное конкретное и образное фантазирование, носившее компенсаторный характер.

В подростковом возрасте он вытянулся и стал сутулиться, появилась обильная угревая сыпь, что сделало его еще ранимее, казалось, что окружающие сторонятся его, ощущая исходящий запах спермы. Тогда же усилилось фантазирование, которое быстро приобрело садистский характер. Фантазии возникали самопроизвольно перед актом мастурбации, представлял мальчиков-одноклассников, с которыми совершает половой акт, как мучает их, а также как они голыми жарятся на сковороде, извиваются, сгорают на кострах. Мечтал об эксгумации и собственноручном расчленении трупа, фантазировал на эту тему.

Однажды поймал кошку, повесил ее и отчленил голову. При этом наступила разрядка, ушло напряжение, возникло душевное облегчение. Самый приятный момент ощутил в процессе истязания кошки.

В этот период у него появилось сильное увлечение лошадьми, посещал конноспортивную секцию, читал литературу, изучал анатомию и биологию. Общение с лошадьми доставляло ему удовольствие, казалось, они понимают его и хорошо к нему относятся. По мере занятия конным спортом тяга к мастурбации, фантазированию притупилась.

После школы Головкин поступил в академию на отделение коневодства, учился охотно, пользовался авторитетом. Тем не менее, оставался спокойным, застенчивым, отчужденным, даже в шутку не приставал к девушкам. Преображался только при общении с животными, становился ласковым, внимательным.

На последних курсах академии он был избит подростками, ему выбили зубы, повредили нос и, самое главное, изменили его эмоциональное состояние. Его постоянно мучило чувство обиды, хотелось отомстить, найти обидчиков, но безуспешно. На этом фоне с новой силой вспыхнули садистские фантазии, всегда сопровождающиеся актами мастурбации и внутренней психологической разрядкой. Представлял, как насилует и убивает своих обидчиков.

Вскоре одного фантазирования стало недостаточно и ясно сформировалось желание найти и убить мальчика. В первое время желание подавлял волей, так как не было четкого плана и боялся наказания. По окончании академии желание становилось все навязчивее, хотелось физически ощутить состояние агонии, видеть мучения объектов. Вначале поиски были длительными, изнуряющими и безуспешными, но острое чувство ожидания успеха давало успокоение. Сформировал для себя идеальный образ жертвы: мальчик-подросток, худенький, среднего роста, темноволосый, черты характера — противоположные его собственным, жажда приключений, любопытство, отсутствие боязливости, осторожности, должного надзора со стороны взрослых, склонность к делинквентным формам поведения. Головкин ввел своеобразные тесты отбора, предлагая ребятам совершить кражу. Тот, кто соглашался, сразу становился потенциальной жертвой.

Инвентарь, с которым Головкин шел на “дело”, включал в себя бинокль, ножи, веревки для удушения, кепки и платки для ограничения поля зрения жертв, ремни для связывания. В свободное время и по выходным он выезжал на электричке за город, ходил пешком по безлюдной лесистой местности в поисках объекта.

Работая после академии на конном заводе, он, по словам сотрудников, с большой любовью относился к животным и детям. Особый интерес проявлял к процессу осеменения, ректального обследования лошадей, а также к ощупыванию половых органов кобылы при проверке на жеребость. При этом вид у него был удовлетворенный, глаза блестели либо становились мутными, он будто находился под действием наркотиков. Женщины-сотрудницы его уважали и совершенно спокойно оставляли с ним своих детей, будучи уверенными, что они в надежных руках. Когда начались разговоры о найденном расчлененном трупчике мальчика со снятой кожей, Головкин ужасался и возмущался вместе со всеми.

Первые попытки убийства завершились неудачно из-за плохой подготовки, а также из-за неправильного выбора жертвы — мальчик ока-

зался крепким и преступник с ним не справился. Еще один подросток “ожил” после повешения, и Головкин, уже получивший удовлетворение, решил его не убивать — было страшно делать это в первый раз.

Вначале при убийствах практиковал удушение, в момент которого испытывал удовлетворение, ощущая при этом эрекцию, достигая семяизвержения путем мастурбации и воспоминаний через пару часов после случившегося. Однако этих ощущений становилось мало, и он стал разрезать тела, вынимать органокомплекс, вырезать половые органы. Особое удовольствие испытывал от агонии жертвы, тех, кто казался ему симпатичнее, мучил значительно дольше. С удовольствием наблюдал поведение жертвы, оповещенной о своей участи, и жертвы-зрителя, ждущей своей очереди.

Первое убийство он совершил весной 1986 г., тогда же впервые совершил развратные действия. Подойдя к курящему подростку якобы попросить спички, Головкин схватил его за грудь и приказал идти вглубь леса, где потребовал взять его половой член в рот и пососать. После этого с обнаженным членом лег на подростка, накинул на шею веревку и затянул. Затем перерезал мальчику горло, сделал надрезы на мошонке, бедре, в паховой области.

После первого убийства его вскоре (через 3 месяца) потянуло совершить новое. С этой целью выехал за город и бродил рядом с пионерским лагерем. Когда подросток выбежал с территории в лес покурить, преступник схватил его сзади за одежду и повел вглубь леса, где связал ему руки, раздел и совершил оральный половой акт, после чего повесил и зафиксировал труп на дереве. Сначала он вырезал у жертвы половой член, затем нанес множественные удары в спину, грудь, промежность, разрезал грудь и живот до лобка. Эти действия вызвали эмоциональный подъем, хотелось резать еще и еще, особое удовлетворение испытал от вырезания половых органов. Вынув труп из петли, отрезал голову, которую выбросил по дороге домой, а половые органы дома пересыпал в банке солью и хранил несколько дней. Созерцая органы, получал внутреннее удовлетворение, мысленно представлял половой акт с подростком, вспоминал сцену убийства.

В 1987–1988 гг. нападений и убийств не совершал, так как боялся быть задержанным, знал, что ищут человека, убивающего мальчиков. Возобновил преступную деятельность осенью 1989 г. после покупки автомобиля, когда потребность в совершении убийств вспыхнула с новой силой. Наличие машины раскрыло новые возможности, он подъезжал к платформе и выискивал подходящую жертву, пытающуюся остановить проходившие машины. Так, Головкин подъехал к мальчику лет десяти и предложил подвезти, пояснив, что для прокачки тормозов необходимо будет заехать в гараж. По дороге он предложил мальчику совершить кражу в одной из дач и залезть в багажник, чтоб его не увидел дачный сторож. Тот согласился и забрался в багажник.

Головкин загнал машину в гараж, закрыл ворота и потребовал, чтобы мальчик разделся догола и взял его половой член в рот. После завершения полового акта и наступления семяизвержения он накинул жертве петлю на шею и повесил на скобе, вбитой в стену гаража. Ноги мальчика касались земли, и убийце пришлось дернуть его за ноги для полного удушения. Засунув тело в мешок, он отвез его в лесничество, где в лесной глуши выкопал яму для захоронения. Здесь же, вытащив труп из мешка, он ощутил сильное половое возбуждение и с целью его удовлетворения расчленил тело. Сначала отрезал голову, руки в плечевых суставах, ноги в тазобедренных, вскрыл брюшную и грудную полости, вынул внутренние органы. Во время этих манипуляций, особенно при выемке внутренних органов, наступило удовлетворение.

К следующему убийству Головкин подготовился еще основательнее — он вырыл в гараже погреб, забетонировал пол, обложил стены бетонными плитами, в которые вбил кольца и скобы, сделал лестницу и провел свет. После этого летом 1990 г. отправился на поиски очередной жертвы. Ею стал 15-летний подросток, которого Головкин также подобрал голосующим возле железнодорожной станции. Предложил подвести в обмен на помощь в ремонте машины в гараже. Там, угрожая ножом, он заставил мальчика спуститься в подвал, раздеться и совершить орально-генитальный половой акт, затем совершил акт мужеложства. После этого связал ребенку руки и повесил его, накинув петлю на шею, а другой конец перебросил через лестницу и потянул вниз.

После убийства преступник подвесил труп за ноги и с целью удовлетворения своей “страсти” отрезал голову, выпустив кровь в ванну, расчленил тело, отрезал половые органы, вскрыл грудную и брюшную полости, вынул органокомплекс. Обжарил и съел часть бедра жертвы, но вкус человечины ему не понравился, и больше каннибализмом он не занимался.

Осенью 1990 г. снова поехал на станцию в поисках жертв и по дороге заметил двух ребят, останавливавших машину. Головкин согласился их подвести и предложил совершить кражу, пообещав за это вознаграждение. Подростки согласились и перебрались в багажник, чтобы остаться незамеченными. Из гаража он завел их в подвал, где заставил раздеться и поочередно на глазах друг у друга совершил с каждым орально-генитальный акт и акт мужеложства. Затем связал им руки и повесил младшего, со старшим совершил еще один орально-генитальный акт и тоже повесил. На следующий день отвез трупы в лесничество, расчленил, выпотрошил их по прежней схеме и закопал.

Следующее убийство летом 1991 г. осуществлялось по накатанному плану — подобрал подростка на дороге, предложил кражу, а после согласия спрятал в багажнике. Совершив оральный акт и акт мужеложства, повесил ребенка, а затем еще живого подвесил за ноги, перерезал

горло и выпустил кровь в детскую ванну. Желая поэкспериментировать и посмотреть, что из этого получится, снял кожу единым лоскутом и пересыпал специально принесенной для этого солью. Поскольку мальчик вызывал в нем большую “симпатию”, то Головкин испытал огромное удовольствие, расчленив труп, снимая скальп и совершая множество других манипуляций.

Очередная жертва в основном сама определила свою судьбу. Весной 1992 г., занимаясь безуспешными поисками подходящего мальчика, Головкин подвозил подростка П. без намерения его убивать. В пути подросток неожиданно вытащил нож и напал на него, чтобы завладеть автомобилем, но это ему не удалось. Тогда Головкин решил заманить его в гараж и убить, для чего предложил ему совершить кражу. В подвале он заставил П. раздеться, связал руки проволокой за спиной, заставил пососать член и совершил акт мужеложства. Далее Головкин решил применить новые способы истязания и убийства, воплотив свои фантазии в реальность. Воображаемое всегда подхлестывало его искать новые методы. С этой целью он подвесил подростка за руки как на дыбу, а другой веревкой обвязал его половые органы и тянул на себя, раскачивая тело. Ему нравилось созерцать этот процесс. Затем для усиления остроты ощущений обжигал мальчику паяльной лампой лицо и волосы на лобке. В качестве средства удушения убийца решил использовать полиэтиленовую перчатку для осеменения лошадей, он надел ее П. на голову, сжал края и наслаждался зрелищем. Пытку прекратил, не дожидаясь гибели ребенка, снял перчатку с головы и, желая увидеть реакцию, сообщил ему о предстоящей гибели. Невзирая на просьбы и мольбу, Головкин повесил его, затем подвесил за ноги, отрезал голову, расчленил и выпотрошил, снял скальп, выколол глаза, отрезал уши, нос — все это очень возмуждало.

Осенью 1992 г. он за одну ночь, буквально “на одном дыхании” совершил убийства Е., С. и Ш. Накануне Головкин подвозил их и своего знакомого по работе, поэтому, когда на следующий день он приехал на привокзальную площадь в поисках жертвы, они без опасений сели к нему в машину как к старому знакомому. По пути Головкин предложил им совершить кражу сигарет, и все трое согласились — двое спрятались в багажнике, один лег на пол в салоне. В подвале он заставил всех раздеться, связал их и с каждым совершил акт мужеложства, заставлял брать в рот свой половой член, а также половые органы друг друга. Эмоциональный подъем у Головкина наступал от их унижения и подчинения своей воле, таким образом он самоутверждался. Желая насладиться реакцией, сообщил ребятам, что он сейчас их убьет и с ними у него будет уже 11 трупов. Определил очередность убийства и объявил об этом детям. В процессе убийства пользовался усовершенствованной системой пыток с применением дыбы и дополнительных колец. Первым он повесил

С., вторым Ш., которого подвесил за ноги и начал расчленять, получая удовольствие от наличия обреченного зрителя, которому показывал и рассказывал об органах, изымаемых из Ш. Е. он оставил напоследок, чтобы дольше видеть его мучения, так как тот ему понравился. Закончив расчленение Ш., Головкин повесил Е. за руки на крюк и выжег у него на груди нецензурное слово из трех букв, обозначающее мужской половой член. Когда мальчик кричал, он закрывал ему рукой рот. Сняв Е. с крюка Головкин совершил с ним оральный половой акт, после чего повесил.

На следующий день убийца вывез трупы в лес, где расчленил С. и Е., у которого также снял скальп и выколол глаза.

Соматическое состояние: астенического, евнухоидного телосложения с отложением жира на животе и бедрах, высокого роста. На коже плеч, спины, груди множественные угри, дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, шумов нет, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме. Клинические анализы мочи и крови в пределах нормы. Диффузное увеличение щитовидной железы, эутиреоз. Отмечены явления вегетососудистой дистонии. При хромосомном анализе обнаружен нормальный мужской кариотип. Ово-лосение и наружные половые органы сформированы по мужскому типу, длина полового члена 10,5 см.

Неврологическое состояние: при неврологическом исследовании определяется рассеянная микросимптоматика, имеют место умеренно выраженные органические изменения головного мозга сочетанного генеза (последствия родовой и закрытой черепно-мозговой травмы).

При экспериментально-психологическом исследовании адаптируется без выраженных затруднений, деятельность носит целенаправленный характер, интеллектуальных затруднений не отмечается. Подчеркивает свою выраженную ранимость, обидчивость, фиксацию на негативных элементах с желанием отомстить обидчику. С подросткового возраста испытывал чувство повышенной безразличности к сексуальным отношениям и к гомосексуальным в частности. Объем непосредственного запоминания несколько снижен, ассоциативные образы формальны, эмоционально не окрашены, с отсутствием людей. Личность характеризуется эгоцентризмом, ранимостью, ригидностью, сенситивностью, отчужденностью, нарушением межличностных отношений. Склонность к созданию сверхценных, труднокорректируемых концепций в сочетании с низким контролем над эмоциями, импульсивностью влечения. Основным защитным механизмом от беспокойства, тревожности, настороженности, озабоченности выступает инверсия цели сексуального влечения, подавленное "Я", тенденция к обезличиванию собственной личности. Стремление к овладению, к подчинению себе окружающих выступает как защитно-компенсаторный стиль личностной ранимости, обидчивости, эгоцентричности. В поведении отражается противоречивая само-

оценка, неуверенность в себе, конфликтность, снижение чувства сопереживания, понимания другого. При анализе мотивации получены две формулировки, свидетельствующие об отчуждении личности от собственных действий, а также о получении облегчения, т. е. о гомеостатическом компоненте мотивации.

Психическое состояние: контакту доступен, мимика однообразная, несоответствие между тонкой избирательной чувствительностью с аффективной тупостью и холодностью. Движения угловаты, неуклюжи, с трудом подбирает удобную позу, часто меняет положение ног и рук. Избегает взгляда собеседника, неадекватно улыбается. На вопросы отвечает по существу, но формально, речь конкретная, безэмоциональная. В общении с людьми отмечает взаимное непонимание, чувствовал себя дискомфортно, поэтому создал собственный мир, куда никого не пускал. О своем увлечении животными рассказывает сухими, стандартными фразами, говорит, что лошади всегда его понимали.

При разговоре на сексуальные темы приободряется, становится оживленнее, высказывает своеобразные суждения, но не понимает сущности полового влечения, значения слов “эротика” и “гомосексуализм”. Неприятно удивлен, что его действия расценены как гомосексуальные, настаивает, что анальный половой акт был только проявлением власти над жертвами. Подчеркивает, что его привлекала только сцена агонии.

Уже сама отработка деталей преступления сопровождалась чувством возбуждения и возвышенности, отсутствием жалости к жертвам. Всегда с целью самооправдания выбирал подростков, склонных к преступлениям. Когда объект был в его власти, становилось легче дышать, предвкушал радость. Особо интересной была агония при удушении, предсмертные конвульсии, хрипы, остановившиеся глаза, вывалившийся язык, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Расчленение тел давало иные, но тоже радостные переживания, особенно при виде внутренностей. После каждого убийства состояние психологического покоя длилось все меньше и меньше, после первых убийств — около недели, а после последних — один день, усиливалась тяга к экспериментированию и новым ощущениям. Соответственно, промежуток между убийствами сокращался, поиски жертвы стали постоянными. После совершенного преступления нарастало чувство неудовлетворенности, казалось, что не все сделал так, как хотел, чего-то недоделал. Идеальный акт насилия был только в воображении. После первых убийств Головкин отрицает переживания, сомнения, борьбу мотивов — все было само собой разумеющееся.

Мышление формальное, конкретное, последовательное, суждения рациональны и схематичны. Эмоциональные проявления незрелы, парадоксальны и малодифференцированы, волевые проявления отражают его эгоцентричную направленность с концентрацией на внутренних переживаниях с малой значимостью внешних стимулов. Бредовых расстройств,

обманов восприятия, иной психотической симптоматики не обнаруживает.

На основании материалов дела и результатов исследования комиссия пришла к заключению, что Головкин хроническим психическим заболеванием не страдает, обнаруживает признаки шизоидной психопатии на органически неполноценной почве с проявлением прогрессирующего гомосексуально ориентированного сексуального садизма (некросадизма).

В отношении инкриминируемых деяний рекомендуется считать вменяемым.

Практически в то же время, в той же Московской области действовал еще один серийный убийца — Сергей Ряховский. Убитого им подростка даже пытались “навесить” Головкину, арестованному на год раньше (в 1992 г.). Однако у последнего оказалось алиби на день убийства. Предположить, что в одной местности одновременно могут действовать два серийных убийцы следственные органы не могли.

 Упомянутый 16-летний мальчик был убит в январе 1989 г. во время лыжной прогулки в лесном массиве “Лосиный остров”. Ряховский задушил его, затем нанес ему удар ножом в горло. После смерти убийца совершил с жертвой акт мужеложства, а затем проткнул его лыжной палкой через задний проход.

Ряховский убивал и женщин, и мужчин от подросткового до семидесятилетнего возраста, при этом совершая половые акты с уже мертвыми жертвами. Всего им было убито 19 человек, а еще многие жертвы подверглись нападению, но волею обстоятельств остались живы.

Основными методами убийства были нанесение множественных колотых ран заточенной для этих целей отверткой, перочинным ножом и удушение руками (убийца был высокого роста, плотного телосложения и обладал немалой физической силой).

Убитые мужчины были преимущественно гомосексуалистами либо преступник считал их таковыми. “Охотился” Ряховский на них в Измайловском парке — излюбленном месте знакомств московских гомосексуалистов. Он знал, что с его внешностью и телосложением “голубые” сами слетятся к нему как мухи на мед. К примеру, в одну из таких прогулок он познакомился с неким Б., 60 лет, которому предложил уединиться в лесном массиве для совершения полового акта. Последний согласился, и вскоре его голый труп со следами удушения и разрывами слизистой прямой кишки был обнаружен неподалеку. Затем почти на том же месте был убит другой мужчина, которого, возможно, убийца заподозрил в гомосексуализме. Вначале он долго избивал его, прерывал дыхание путем сдавления шеи руками, затем имевшимся ножом ампутировал еще

живой жертве половые органы. Смерть наступила от удушения кляпом из носового платка.

Не обделил своим вниманием убийца и женщин. В феврале 1992 г. его жертвой стала 48-летняя Т., катавшаяся на лыжах вблизи своей дачи. Встреча с двухметровым верзилой стала для нее роковой. Потребовав снять лыжи, он схватил ее за горло и потащил в лес, где совершил удушение и изнасилование.

Не всегда Ряховский ограничивался убийством и половым актом с мертвой женщиной. В марте 1993 г. он задушил и изнасиловал 55-летнюю Ш., но внутренности трупа были буквально разворочены. Оказалось, преступник принес с собой взрывпакет, воткнул его в тело жертвы и поджег, также он сжег ей волосы на голове. А, к примеру, 70-летней К. он нанес заточенной отверткой 14 колотых ран, три из которых оказались смертельными.

Согласно заключению комиссии судебно-психиатрических экспертов Ряховский не страдает хроническими психическими заболеваниями, обнаруживает признаки органического поражения центральной нервной системы с проявлениями некрофильного сексуального влечения.

4.10. Сексуальные преступления психически больных

Нарушения сексуального поведения, заканчивающиеся убийством, имеют свои особенности при различных психических заболеваниях. При шизофрении с бредовыми расстройствами нарушения сексуального поведения преимущественно зависят от структуры и фабулы бреда. Чаще всего сексуальное поведение нарушается при любовном бреде, бреде ревности, бреде моральной порчи, при ипохондрических бредовых расстройствах. Наряду с этим к убийству при шизофрении могут привести и небредовые расстройства, что проиллюстрируем примером, описанным А. Нохуровым (1988).

■ 20-летняя Б., больная шизофренией с 12 лет, влюбилась в созданный ее воображением собирательный образ мальчика, судьбу которого она не отличала от своей. Со сверстницами не дружила, о своем герое из-за ревности никому не рассказывала. Вместе с половым развитием ее фантазии претерпевали свою динамику, переходя от платонических к эротическим и затем к сексуальным. Б. все больше отрывалась от реальности и решила стать женой своего героя, долго готовилась и торжественно обставила свою “первую брачную ночь”. Мастурбируя, представляла, что выполняет роль жены, и получала большое моральное удовлетворение. Заметив кровь на белье, отец обвинил ее в распутстве и

прогнал из дома. В течение ряда лет Б. жила у родственников, в общежитиях, работала уборщицей, подсобной рабочей, часто меняла место работы, так как плохо справлялась. Своими трудностями и переживаниями делилась только с плодом своего воображения, часто представляла встречу с ним, при этом мастурбировала, получая сексуальное удовольствие. Она верила, что встретится с ним и станет счастливой принцессой.

Однажды встретила на опушке леса подростка и, отождествив его со своим героем, пыталась его приласкать. Мальчик испугался, а Б. начала просить его совершить половой акт, предлагала деньги и в конце концов уговорила, положила его на себя, объясняя, что делать. Тем не менее у того ничего не вышло, да и любимый образ не приходил. Неожиданно у Б. возникла ярость к мальчику, который все испортил, разрушил ее мечты и, больше ни о чем не думая, она принялась его душить.

При освидетельствовании Б. ни с кем не общалась, отказывалась от бесед с врачами, иногда мастурбировала. В своих действиях не раскаивается, об убийстве говорит холодно, формально сожалеет, утверждает, что не помнит, что делала. К своей судьбе безучастна, считает себя здоровой. Счастливой чувствовала себя только в общении с воображаемым героем, знает, что в обычной жизни его нет, но он всегда присутствует и дает ей советы.

Установленные идеаторные расстройства, нарушение ассоциативных процессов, эмоциональная измененность, обманы восприятия, отсутствие критики к образу жизни, сложившейся ситуации и своему состоянию, нелепое аутистическое фантазирование не оставляют сомнения в диагнозе. Признана невменяемой.

Довольно редко при шизофрении встречается сексуальный бред моральной порчи. В то же время он носит выраженный криминогенный характер. Больные, страдающие от сексуальных расстройств или перверсий, усиленно скрывают их от окружающих, оберегая морально-этические ценности самых сокровенных сторон жизни. В попытке решить эти проблемы они, как правило, обращаются за помощью к врачам-сексопатологам и придают их словам особое, неадекватное значение. Это часто становится пусковым фактором развития паранойяльной идеи моральной порчи и может привести к трагедии. Механизм развития гомоцидной установки наглядно представляется случаем 26-летнего Ш., описанным А. Нохуровым (1988).

 Ш. рос слабым, болезненным, нерешительным, ранимым, склонным к мечтательности ребенком, формировался как дисгармоническая личность с психастеническими чертами. Отец-алкоголик жестоко избивал его при малейших провинностях, а мать — истероидная личность — после этого всегда старалась заласкать сына. Часто он был объектом насме-

шек, поэтому сторонился сверстников, девочек стеснялся. В половом развитии отсутствовал этап платонической любви и эротического влечения к женщинам. От службы в армии освобожден с диагнозом психопатия. Во время военной экспертизы, общаясь со сверстниками, понял, что крайне необразован в половых делах, а также пожаловался врачам на непреодолимое влечение к мастурбации с 14 лет. Ему посоветовали обратиться к сексопатологу.

Из-за тяжелых конфликтов дома мать решила его женить, и он поддерживал эту идею ради смены места жительства. Опасаясь, что будущая жена может узнать о его онанизме, решил прежде вылечить у сексопатолога.

По мнению больного, сексопатолог-женщина несерьезно отнеслась к его жалобам, уверяя, что все пройдет с началом половой жизни. Узнав о частоте его мастурбаций, назвала его “половым атлетом, пропадающим для молодых женщин” и добавила: “Ваши бы заботы другим мужчинам”. Ш. ушел с приема недоумевая, какое отношение имеет его онанизм к заботам других мужчин и почему он — атлет. Он отказался от женитьбы, так как понял, что как-то “завязан” с другими мужчинами и женщинами. Постоянно обдумывал слова врача, навязчиво пытаясь уяснить их смысл, узнал из словаря, что “атлет” значит борец и не понимал против кого он должен бороться. Размышления длились около года. Он прекратил мастурбировать, ибо при каждой попытке возникало внутреннее напряжение с мыслью, что он должен организовать борьбу. Появилось ощущение, что все окружающие и особенно молодые женщины смотрят на него как-то брезгливо. Неожиданно его осенила догадка об истинном смысле слов сексопатолога — женщина-врач решила высмеять его перед всеми людьми и предупредила, чтобы он был борцом. Стал замечать, что встречающие люди смотрят ему на руки, знакомые уклоняются от рукопожатия, никто не хочет сидеть с ним за одним столом, и все потому, что знают о его онанизме.

После того, как понял, что все насмешки организованы врачом, успокоился, почувствовал облегчение, сделал муляж женских половых органов и мастурбировал, подкладывая его под себя. Поскольку руки в мастурбации участия не принимали, перестал замечать насмешки окружающих. Вскоре мастурбации перестали приносить удовлетворение, оргазм был невыраженным и наступал только через 10–15 минут. Поэтому, чтобы “не потерять половую силу”, Ш. решил жениться. Это решение было вызвано не эротическими переживаниями, а формально-рационалистическими предпосылками. Мать подыскала ему невесту старше его на четыре года и в день свадьбы сказала ей, что теперь ее сын “в надежных руках” и, что он “не зря ей предложил руку”. Этот разговор о руках очень не понравился Ш., он понял, что сексопатолог рассказала о его интимном пороке матери и жене. Настроение сразу упало из-за опасений, что жена

будет над ним насмехаться, и возникла злоба к врачу, которая испортила его как мужчину и дискредитирует перед всеми. Он отказался спать с женой, ушел домой и долго онанировал в туалете, так и не достигнув оргазма. После этого момента все мысли были сконцентрированы на том, чтобы убить врача, отомстив за все свои мучения. С этой целью купил мелкокалиберную винтовку, сделал из нее обрез и тренировался в стрельбе. К счастью для женщины-сексопатолога он был задержан до приведения своего намерения в исполнение, но этот случай ярко иллюстрирует крайнюю социальную опасность больных с бредом моральной порчи.

При обследовании Ш. неохотно вступал в контакт, не отрицал своих намерений, утверждал, что врач не только распространяла о нем порочные слухи, но и вызвала у него половую слабость. Абсолютно убежден, что о его мастурбации знали все молодые мужчины и женщины, а также мать и жена. Эмоционально слабо дифференцирован, мышление ригидное, некорректируемые патологические построения, нарушения смыслообразования. Признан невменяемым.

Нередко шизофренический процесс может сопровождаться сексуальными перверсиями. Полиморфность и выраженность извращенного влечения зависит от типа течения основного заболевания. Наиболее легкие проявления синдрома сексуальных перверсий в виде вуайеризма, эксгибиционизма, фетишизма, гомосексуализма, педофилии и т. п. встречаются при вялотекущей, психопатоподобной шизофрении или шизотипических расстройствах. Извращения носят изолированный, мономорфный характер, т. е. не сочетаются одновременно у одного больного. При этом больные сохраняют критичность к своим аномальным влечениям, осторожно реализуют сексуальную активность. Наиболее частые сексуальные преступления у этого контингента больных — развратные действия в общественных местах, а также изнасилования и попытки изнасилования преимущественно малолетних детей и подростков. Изменения личности слабо выражены, негативная симптоматика характеризуется снижением эмоциональной адекватности, понижением психической продуктивности.

При прогрессивных формах шизофрении сексуальные извращения полиморфны и более грубые по своей сущности; кроме перечисленных, встречаются также садомазохизм, скотоложство и др. Мало того что у больных сочетаются различные формы перверсий, в динамике синдрома появляются новые сочетания с тенденцией к утяжелению аномалии. Все это сочетается с типичными шизофреническими

изменениями личности в виде эмоциональной холодности, в том числе и к близким родственникам. Явления аутизма обуславливают появление нарциссизма, патологической мастурбации. Отмечается снижение критики к своим патологическим проявлениям, грубо нарушается социальная адаптация. Кроме развратных действий и изнасилований часто встречаются случаи инцеста.

Все упомянутые формы парафилий встречаются и при злокачественно-прогредиентной шизофрении, которая начинается преимущественно в детском возрасте и быстро приводит к формированию дефекта психики. Полиморфная структура синдрома сексуальных извращений обедняется, но значительно нарастает тяжесть перверсий. Они приобретают стереотипный, импульсивный характер, большим свойственна грубая агрессивность, садизм и надругательство над объектами сексуальных притязаний вплоть до убийства. Нередки явления некрофилии. Критика к сексуальным извращениям у этих больных отсутствует полностью.

Непосредственной эндогенной причиной возникновения сексуальных перверсий может выступать свойственная шизофрении неадекватность аффектов, а также амбивалентность и амбитендентность. К примеру, трагические события могут вызывать у больных смех, а смешные — грусть, сильнейшее половое влечение может сочетаться с отвращением к женщине (у мужчин), онанизм — с отвращением к половым органам, к половому акту и затем к женщине в целом. При этом случайная извращенная сексуальная разрядка фиксируется по механизму условного рефлекса и формируется устойчивая парафилия. Извращенное половое влечение может быть обусловлено также кататонической расторможенной гиперсексуальностью, галлюцинаторными указаниями или бредовыми установками особенно в период обострения шизофренического процесса.

Наряду с этим шизофренический процесс может иметь лишь косвенное отношение к возникновению сексуальных парафилий либо он вовсе не связан с ними.

В высокой степени криминальные последствия также имеют ипохондрические бредовые расстройства сексуального плана у больных шизофренией. В дебюте расстройства часто проявляются навязчивыми представлениями о заболеваниях или расстройствах половой сферы, о пагубных последствиях онанизма, о своей сексуальной неполноценности. С развитием заболевания или в тяжелом дебюте появляются некорригируемая убежденность в тяжелом заболевании,

жалобы на неприятные ощущения в половых органах и недомогание. Настроение ухудшается и ипохондрический синдром трансформируется в депрессивно-ипохондрический. Могут присоединяться выраженные сенестопатии, явления сенестопатического автоматизма с бредом воздействия, порчи и т. п. Ипохондрические идеи могут переходить в паранойяльные. К преступлению может привести также дисморфоманическое расстройство, при котором у больного отмечается стойкое, некорректируемое убеждение в уродливости своего тела или его частей, что лишает его благосклонного отношения представителей противоположного пола. Больные жалуются на уродливое строение и/или зловонный запах из половых органов, их маленькие размеры, на неправильные сексуальные отправления, внешнюю непривлекательность и т. п. И как будто вследствие этого их все сторонят и игнорируют в сексуальном плане.

Жертвами больных с ипохондрическим бредом становятся преимущественно врачи, которые, по мнению больных, не хотят оказать им медицинскую помощь в связи с заболеваниями половых органов. Чаще всего такие больные обращаются к сексопатологу и требуют лечения, которое им “крайне необходимо”. Убеждения, что их половые органы без патологии и внешность вполне привлекательная, расцениваются как злостное нежелание помочь и порождают агрессивные тенденции. Особо опасны больные, убежденные в том, что врачи специально причинили им вред в виде повреждения половых органов, нарушения сексуальных функций или лишения их сексуальной привлекательности у представителей противоположного пола. И если своевременно не провести лечение психического заболевания, последствия могут быть трагическими. Иногда виновником порчи больные считают кого-то из родственников, близких или знакомых.

Сходные проявления наблюдаются и в некоторых случаях инволюционных психозов.

▶ Например, у больной Г. (А. Нохуров, 1988) все началось с бреда преследования с мотивами ущерба — в 53 года она стала замечать, что из ее квартиры пропадают вещи, в чем обвинила мужа. Через год показалось, что из влагалища постоянно подтекает зловонная жидкость. С этой жалобой неоднократно обращалась к гинекологу и другим врачам, удивлялась, что никто не чувствует мучающих ее запахов. Врачи уверяли ее в отсутствии патологии, но не догадались порекомендовать обратиться к психиатру. Она стала применять дезодоранты, промывания и “проветривания” влагалища, стеснялась зловоний, исходящих от нее, и отказа-

лась от встреч с любовником. Половые сношения с мужем не прекращала по его настоянию, и ей начало казаться, что он чувствует смрадный дух, но не подает виду. Терзаясь мыслью, почему муж делает вид, что она здорова, Г. заподозрила, что он во время полового акта заражает ее болезнью, и обвинила его в этом. Муж был вынужден принести справку из кожно-венерологического диспансера о том, что он здоров. А в это время больной начало казаться, что и соседи уже сторонятся ее из-за ужасных запахов. Поэтому перед выходом на улицу закладывала во влагалище тампон с одеколоном, сшила себе из прорезиненной ткани трусы, не пропускающие запахов, но ничего не помогало. После половых актов обнюхивала член мужа и окончательно пришла к выводу, что муж заражает ее гниющей болезнью, жаждет ее смерти с корыстной целью, а продолжает половую жизнь, чтобы приближать ее конец новыми порциями заразы. В милиции ее заявление не приняли из-за отсутствия доказательств. Чувствуя безысходность своего положения, после очередного полового акта, когда муж заснул, она пыталась отрезать его половой член, чтобы отнести в милицию.

Психиатрическое обследование выявило систематизированный бред, диагностирован инволюционный психоз с параноидным синдромом. Признана невменяемой.

При инволюционном психозе часто также развивается детально разработанный, систематизированный бред ревности, обусловленный увяданием организма и угасанием половой активности, особенно если муж (жена) значительно моложе.

При маниакально-депрессивном психозе преступное поведение чаще проявляется в маниакальном или гипоманиакальном состоянии. Наряду с активностью, жизнерадостностью, чудесным настроением появляется гиперсексуальность и сексуальная ненасыщаемость даже при многократных половых актах. Сочетание перечисленного с грубым неприятием критики к ситуации и своему состоянию влечет за собой уголовно наказуемые действия. Мужчины в подобном состоянии чаще совершают изнасилования либо действия, расцениваемые как развратные или хулиганские, маниакальная гиперсексуальность женщин проявляется множественными беспорядочными половыми связями и нередко заканчивается обвинениями в заражении венерическими болезнями. Описан случай, когда женщина заразила за две недели 19 мужчин гонореей. При этом никакие последствия или обвинения не воспринимаются серьезно и не вызывают ни малейшей обеспокоенности.

Несколько иные проявления гиперсексуальности встречаются вследствие преждевременного полового развития при ранней органической

церебральной патологии. Гиперсексуальность в этом случае сочетается с другой органической симптоматикой в виде ригидности и тугоподвижности психических процессов, а также с психопатоподобными расстройствами в виде злобности, жестокости, взрывчатости. Интенсивное и недифференцированное половое влечение пробуждается без эротически-романтической окраски и сопровождается ранним началом половой жизни и чисто потребительским подходом к половому партнеру. Высока вероятность формирования сексуальных перверсий по типу фиксации неадекватных условий первых оргастичных ощущений. При этом образуется стереотип сексуального поведения вплоть до ритуальности. Фиксации приобретенных патологических навыков способствует психическая тугоподвижность, затрудняющая усвоение новых, адекватных способов половой жизни. На практике все указанное проявляется извращенной половой активностью, часто взрывчатой реакцией на отказ от половой близости, жестокими изнасилованиями, проявлениями сексуального садизма вплоть до убийства. Особое значение в формировании садистских влечений имеет изнасилование в качестве первого полового акта, а совершению сексуального убийства способствует состояние алкогольного опьянения.

Несколько иной оттенок имеет нарушение полового поведения при эндокринных расстройствах. В судебном аспекте основной интерес представляет преждевременное половое созревание и гиперсексуальность. У таких детей отмечается характерное изменение пропорций тела, тембра голоса, оволосение лобка. У мальчиков заметно увеличивается половой член, у девочек ускоренно развиваются молочные железы и появляются маточные кровотечения.

Мальчишеская гиперсексуальность часто проявляется изнасилованиями. Уголовная ответственность за изнасилование наступает после 14 лет, до этого возраста за сексуальные преступления дети к уголовной ответственности не привлекаются. В то же время гиперсексуальность может быть причиной противоправных действий несексуального содержания.

Преждевременное половое созревание у девочек обуславливает их повышенную половую активность, они часто говорят неправду о своем возрасте и становятся инициаторами половых связей со взрослыми мужчинами. При этом последние и не подозревают об истинном возрасте соправительницы, так как внешне она выглядит как совершеннолетняя женщина. В юридическом же плане мужчина становится преступником. Довольно распространена также практика оговоров,

когда гиперсексуальные девочки обвиняют знакомых, родственников, друзей в изнасиловании или развратных действиях. Девственная плева при освидетельствовании может быть повреждена (результат мастурбации или добровольного полового сношения), что придает правдивость словам “пострадавшей”. Искусность вымысла в результате сексуальной осведомленности и непосредственность в суде благодаря истерическим чертам часто приводят к трагическим последствиям для обвиняемых.

Гипоталамическая гиперсексуальность у женщин часто не распознается и расценивается как распущенность. В юном возрасте, когда моральные и социальные нормы еще не сложились, изоляция с целью воспитания в однополем коллективе приводит к гомосексуальной переориентации. При развитии синдрома в более зрелом возрасте он сопровождается пароксизмальным течением и воспринимается большинством пациенток как психотравма. В момент криза половые органы таких больных переполняются кровью, увеличиваются в объеме. Чувствительность повышена, женщины способны испытывать много ярких оргазмов при любой форме стимуляции и даже без таковой. Сексуальная разрядка длится недолго или не наступает вовсе и возбуждение с каждым оргазмом нарастает. Приступы гиперсексуальности особо психотравмирующе влияют на психастеников и тревожно-мнительных женщин. Их мучают навязчивые угрызения совести, они уверены в своем моральном падении и развратности, чувствуют вину перед партнером. Появляется тревога, страх, снижается настроение, нарушаются межличностные взаимоотношения в семье, что нередко приводит к распаду брака.

Случай убийства на почве гомосексуальной ревности у женщины, больной эпилепсией, описал еще в 20-е годы Н. Бруханский (1927).

 Вечером недалеко от железнодорожного полотна был найден труп 31-летней Ольги с многочисленными ранами на шее, лице, руках, груди и в области живота, всего 41 рана. По подозрению в совершении этого преступления задержана 21-летняя Валентина.

Валентина выросла в семье отца-сапожника — наполовину парализованного алкоголика, возбудимого, злобного и агрессивного в опьянении человека и матери — раздражительной, вспыльчивой женщины. Двое дядей по матери и брат — алкоголики с тяжелым характером. Росла в угрюмой семейной атмосфере, с семилетнего возраста страдала эпилептическими припадками, частыми расстройствами настроения раздражительно-злобно-тоскливого характера. С детства увлекалась девушками,

всегда ходила в мужском костюме и шапке, не знает ни одного женского рукоделия и предпочитает мужскую работу.

Начиная с 14-летнего возраста, поддерживала интимные отношения с Ольгой, часто переезжая за ней из города в город. Ольга хотела относиться к Валентине как к другу, но, будучи спокойной и кроткой девушкой, уступала ее энергичным и грубым домогательствам. Однако со временем, пресытившись эгоистичной и злобной любовью Валентины, постоянными приступами ревности, Ольга решила избавиться от нее под предлогом замужества. Она сообщила Валентине, что некий А. предложил ей руку и сердце и она согласилась. В ответ Валентина начала плакать, у нее случился припадок, затем она сказала, что “все равно я тебе с ним жить не дам”. Ольга еще больше заинтересовалась мужчинами, и у Валентины возникло подозрение, что она над ней издевается. Поэтому она прихватила с собой нож и решила, что убьет Ольгу, если та окончательно ее не успокоит, а действительно собирается замуж.

На допросе Валентина созналась в содеянном, сообщив также, что Ольга была ее единственным половым партнером и она не хотела ее убивать, а только помучить в отместку за издевательство с замужеством. О самом преступлении рассказывает невозмутимо спокойно, часто с улыбкой и смешком. Манеры угловаты, в поведении и жестах много юношеского. Умственный кругозор сужен, интеллект ослаблен. Мышление вязкое, тугоподвижное, ответы очень обстоятельны.

Судебно-психиатрической экспертизой была констатирована эпилепсия с типичными судорожными припадками, психическими эквивалентами, упадком умственной деятельности и извращением полового чувства (гомосексуализм).

При умственном недоразвитии сексуальное развитие может протекать в нормальном ритме, с задержкой или с рано развивающейся сексуальностью. Раннее пробуждение полового интереса в сочетании с общеинтеллектуальным недоразвитием приводит к усилению интереса к половым раздражителям. В этот период многое зависит от адекватного корригирования половых интересов и наклонностей. В противном случае из-за недифференцированности полового влечения сексуальные наклонности устанавливаются на такой эротический раздражитель и в той форме, в какой впервые было достигнуто сексуальное удовлетворение. Дебилы с самого начала перверсных действий не тяготеют к ним, даже если сами стали жертвами взрослых с извращениями. Полученное удовлетворение фиксируется и неоднократно воспроизводится в эротических фантазиях. Таким образом у дебильных личностей часто формируются половые перверсии.

Широкое распространение получили насильственные действия выраженных дебилов в сексуальной сфере. С одной стороны, изнасилования могут быть обусловлены выраженным половым влечением на фоне несформированных социальных и морально-этических качеств личности. С другой — изнасилование является одним из возможных способов партнерской половой активности, поскольку добровольно редкая женщина (за исключением проститутки) согласится вступить в половую связь с лицом, страдающим выраженным умственным недоразвитием.

4.11. Проституция

Проституцию часто называют древнейшей профессией, но это не совсем верно относительно слова “профессия”. На заре развития цивилизованных народов и до недавнего времени у менее развитых племен проституция была нормальным явлением, своего рода традицией или обычаем. В глубокой древности, когда брак не существовал, все жены были общими и дети принадлежали всему племени, ревность иногда проявлялась, если женщина отдавалась мужчине другого племени. Некоторые народности строго придерживались общности жен, чтобы среди них не было недовольства или взаимной зависти. У некоторых племен Центральной Америки считалось тяжким преступлением, если женщина отказывалась отдаться кому-либо из мужчин. У многих народов достижение девушкой совершеннолетия праздновалось публично, и каждый желающий отныне мог ею обладать; в ряде случаев девушке выделяли хижину и любой мог провести там ночь. Причем возраст начала половой жизни у девушек некоторых племен достигал 10 лет.

Возникновение брака зачастую не только не препятствовало проституции, но и способствовало ей. Мужчины некоторых племен во время оргий часто обменивались своими женами. В Австралии место отсутствующего мужа на супружеском ложе по обычаю замещал другой мужчина из того же племени; у эскимосов во время отсутствия мужа жена свободно могла отдаться другому мужчине. В Тибете чем больше любовников было у девушки, тем торжественнее праздновалась ее свадьба, а у североамериканских индейцев девушка как до, так и после замужества могла отдаваться кому захочет. Даже самые знатные женщины племен Панамского перешейка считали недостойным отказать в своих любовных ласках тому, кто попросил их об этом.

Распространенным явлением до недавнего времени являлась гостеприимная проституция — обычай предлагать гостю свою жену или дочь (в том числе замужнюю). В частности, на Цейлоне, Канарских островах, Таити отказ от предлагаемой женщины считался большой обидой для хозяина. Обычным делом считалось продать свою дочь гостю или иностранцу для любовных утех.

Даже после упращения брака у некоторых народов смешанное половое сожитие наблюдалось в брачных обрядах — либо браку женщины предшествовало беспорядочное обладание ею кем угодно в течение определенного времени, либо в первую брачную ночь невеста отдавалась всем подряд или феодалу, царю и т. п. В Юго-Восточной Азии девушки лишались невинности жрецами, получавшими за это плату.

У некоторых народов проститутки пользовались огромным уважением, занимали видное положение при дворе, становились правительницами городов и целых провинций.

Переходным этапом к нормальному браку можно считать обычай, когда до брака девушке разрешалось развратничать, но после замужества она должна была вести самый примерный образ жизни.

В историческом аспекте можно выделить несколько периодов существования проституции. На заре развития существовала полная половая свобода, а брак не только не препятствовал, но и стимулировал проституцию — муж торговал женой, давал взаймы, угощал гостя и т. п. Затем проституция изменилась, приобрела религиозную форму — религиозное растление девушек, проституция в храме (постоянная или в период празднеств). Отмечается периодическое ослабление проституции в виде целомудрия замужних женщин при полном разврате девушек. В дальнейшем она исчезает как народная традиция и становится занятием определенного класса. В этот период появляется эстетическая проституция, ставшая хранителем искусства пения и танцев в Японии и Индии, мощным двигателем духовного и политического развития в Греции и Италии.

В Японии институт гейш существовал со средних веков и в редуцированном виде сохраняется до сих пор, постепенно отмирая. Название “гейша” происходит от иероглифов “гей” — искусство и “ся” — человек и буквально переводится как “человек искусства”. Гейши готовились в особых школах и, помимо красивой внешности, обладали рядом качеств и навыков — умением красиво одеваться, поддерживать умную беседу, играть на национальных инструментах,

петь, танцевать, быть душой общества. Уважающий себя японец обычно имел жену и гейшу: жену — для ведения домашнего хозяйства, рождения и воспитания детей, гейшу — для физического и интеллектуального отдыха. В доме гейши проходили деловые встречи, развлечения, научные и философские беседы.

Появление класса профессиональных проституток связано с исчезновением полной половой свободы, вследствие чего мужчина уже не мог беспрепятственно удовлетворять свои половые потребности с первой попавшейся женщиной. Спрос на сексуальные услуги определил предложение, и подобная ситуация сохраняется до сих пор. Многие исследователи интересовал вопрос, почему одна женщина избирает профессию проститутки, а другая — нет. Известный итальянский ученый и криминалист XIX века Ч. Ломброзо тщательно изучал проституцию и пришел к выводу о наличии врожденных и случайных проституток. Основным свойством врожденных проституток он считал нравственное помешательство и полное отсутствие стыдливости, объясняющее ту легкость, с которой женщины соглашались взяться за профессию, приносящую им всеобщее презрение. Сильная чувственность еще не делает женщину проституткой, она может завести себе любовника, отдаться в минуты чрезмерного возбуждения первому встречному, но не станет проституткой. В подавляющем большинстве случаев для проститутки сношение с мужчиной — совершенно безразличный в психическом и физическом отношении акт, и она торгует собой только потому, что эта профессия хорошо оплачивается. Половая нечувствительность является при этом преимуществом, приспособлением, помогающим сохранить чисто профессиональное отношение к делу.

Возникающие у проституток уже в детском возрасте дурные наклонности проявляются чуть ли не единственно возможным образом. Ведь чтобы совершить убийство или воровство, недостаточно нравственной извращенности, нужна психическая и физическая сила, в то время как иметь сношение способна и малолетняя девочка. Следовательно, врожденная склонность к проституции — патологическое явление не полового, а нравственного характера. По мнению Ч. Ломброзо, девушки могут быть проституированными в нравственном отношении, сохраняя при этом абсолютную девственность. Как пример он приводит тот факт, что любовницы французских королей уже в детстве мечтали стать любовницами и благодаря этому достичь влияния и высокого положения при дворе.

Не все врожденные проститутки занимаются проституцией профессионально, что обусловлено их материальным благосостоянием. Это позволяет выделить эквиваленты проституции у высших слоев населения. Так, жена богатого и высокопоставленного лица может иметь связь с друзьями мужа и даже с незнакомыми мужчинами, специально снимая для этого квартиру. В силу материальной обеспеченности она не требует подарков, а, наоборот, сама может проявлять щедрость. А разве не заслуживают названия проституток женщины, которые заводят любовников, чтобы те оплачивали все их прихоти и капризы, или отдаются начальнику своего мужа, чтобы обеспечить последнему карьеру? Некоторых женщин, вероятно, возбуждает наличие нескольких любовников одновременно, отношение к себе, как к потаскухе, о чем они сознаются самим любовникам; многие готовы предаться самому грубому разврату при первом удобном случае.

Все эти женщины при менее счастливых обстоятельствах вполне могли бы стать обычными проститутками.

Если рассматривать исключительно профессиональную проституцию, то это явление качественно неоднородно и характерно преимущественно для городов, особенно больших. Во всех странах среди проституток можно выделить высший слой, обслуживающий элитарных богатых клиентов, более низкий уровень, “снимающих” случайных клиентов в барах, на улице, в заурядных гостиницах, и социальное дно проституции — спившиеся вокзальные и дорожные проститутки, обслуживающие по очень доступным ценам низшие слои общества.

В настоящее время мировое сообщество активно борется с проституцией среди несовершеннолетних, а также с принуждением к проституции. Тем не менее, во многих странах мира проституция является вполне легальным бизнесом и рассматривается как полезная для общества. Она служит как бы предохранительным клапаном для сброса сексуальной напряженности мужчин, а следовательно, предупреждает ряд сексуальных преступлений. К примеру, мужчине с психическим или физическим дефектом либо просто внешне непривлекательному трудно рассчитывать на благосклонность женщины в получении полового удовлетворения. Остается либо насиловать, либо пользоваться услугами проститутки. Полагаем, что как для отдельных лиц, так и для общества в целом второй вариант более предпочтителен. Не стоит забывать также о том, что в дебюте половой жизни неуверенные в себе юноши с тревожно-мнительными чертами

личности испытывают значительные затруднения в сексуальной адаптации. Затянувшаяся сексуальная неадаптированность является кардинальным фактором возникновения девиантного и преступного сексуального поведения. Между тем своевременное участие опытной профессионалки прервало бы эту патологическую цепь в самом начале.

Проституция упрощает процесс сближения, избавляет от необходимости длительных ухаживаний с непредсказуемым результатом. Поэтому для человека, не желающего или не умеющего вести любовную игру для покорения женского сердца, проститутка, которая не может ответить “нет”, — идеальный выход из положения. Такая связь избавляет мужчину от социальной и эмоциональной ответственности, освобождает от обязательств, привязанности, страха нежелательной беременности женщины. С проституткой также легче осуществить свои тайные сексуальные фантазии или даже извращения, предложить странные и необычные формы полового удовлетворения, о которых стыдно говорить с женой или любимой девушкой. Более того, даже узнав о ваших предпочтениях и желаниях, жена может и отказать в их реализации, в то время как проститутка сделает то, что просит клиент. Профессионалка, с ее непредсказуемым разнообразием бывает иногда притягательней “порядочной” женщины, которая в силу асексуального воспитания и ханжеского отношения к сексу не вызывает у мужчин интереса.

Политика запрета проституции, практикуемая (во всяком случае законодательно) и в Украине, бессильна и неэффективна, что подтверждается самой жизнью. Тем более, как уже упоминалось, обращение к проститутке помогает обрести уверенность в своих возможностях психогенным импотентам, поддержать потенцию пожилым мужчинам при вынужденном половом воздержании, преодолеть стеснение и неуверенность при сексуальной инициации (первом половом сношении), сохранить семью при фригидности жены и т. п. К тому же легализация проституции способствует снижению количества сексуальных преступлений, особенно изнасилований. В частности, в Дании после легализации проституции число зарегистрированных изнасилований снизилось на 70 %. И наоборот, после законодательного запрещения проституции в Австралии количество изнасилований возросло на 149 % (Б. Ворник 1995).

Как известно, половые потребности стоят в одном ряду с потребностями в пище и питье. Но вряд ли кому-нибудь придет в голову

запрещать пищевую промышленность или продовольственные магазины. Примером продуманного и гуманного отношения к проблеме удовлетворения половых потребностей может служить решение мэрии одного датского городка ежемесячно выплачивать целевое денежное пособие инвалидам с трудностями передвижения для вызова проститутки на дом. Удивительно, что в Украине проституция, или, скажем так, сфера сексуальных услуг, все еще не легализована. Сохранение проституции в теневом секторе общественной жизни способствует ее сращиванию с преступным миром, затрудняет контроль и проведение профилактических мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа и болезней, передающихся половым путем.

Каковы же пути реального и естественного сокращения занятия проституцией? Это прежде всего либерализация сексуальных отношений, упрощающая удовлетворение половых потребностей в повседневной жизни (что снизит спрос), а также повышение морального и экономического состояния общества с вытеснением потребительских мотивов более высокими ценностными ориентациями и снижением распространенности занятия проституцией как средства выживания.

4.12. Возможности психиатрии в расследовании серийных преступлений

Раздел психиатрии, использующий методы психиатрии и психологии с целью содействовать правоохранительным органам в розыске преступников, проведении следственных и антивиктимных мероприятий, называют криминальной психиатрией (КП). Психолого-психиатрическая работа в подобных случаях всегда заочная, психиатр не располагает сведениями о психическом и соматическом здоровье преступника, не может использовать традиционные диагностические техники. Роль психиатра как специалиста-консультанта заключается в анализе фактов из материалов уголовного и розыскного дела.

При расследовании серийных преступлений использование методов психиатрии и психологии позволяет провести виктимологический анализ серии, виктимологическую оценку без вести пропавших на предмет вероятности их отнесения к исследуемой серии преступлений, разработать индивидуальные антивиктимные мероприятия. Одной из наиболее ответственных и важных задач является создание психологического (проспективного) портрета преступника. Точ-

ность проспективного портрета зависит от качества, объективности и объема информации, собранной в уголовном деле. При создании проспективного портрета осуществляется заочная реконструкция психологических, психиатрических и сексологических характеристик преступника, что способствует созданию базисной версии для проведения следственных мероприятий. Использование методов психиатрии и психологии позволяет решить необходимые в оперативно-разыскной работе задачи, в частности определить (В. Бураков 1994):

- мотив преступного поведения в целом и отдельных поступков;
- патосексуальный почерк совершаемых преступлений и его развитие;
- вероятность совершения повторных аналогичных преступлений (серийное развитие событий);
- особенности поведения преступника до, во время и после совершения преступления;
- время нахождения преступника на месте происшествия и его психическое состояние;
- способность оценить содеянное и принять меры к сокрытию следов и намеренному изменению криминального почерка;
- психологический профиль, включающий психологические, сексологические и внешнеконституциональные признаки;
- психолого-психиатрические и сексологические признаки, опорные для разработки тактики оперативно-разыскных мероприятий;
- особенности биографии, что может способствовать оперативно-разыскной деятельности;
- стиль жизни, профессиональную направленность, хобби и пр.

По мере накопления материала проспективный портрет уточняется и совершенствуется.

Предпринимались и продолжают предприниматься попытки создать систему типовых версий о лицах, совершающих убийства без очевидцев, однако все они страдают от недостаточной разработки психологических моментов.

Огромный материал о лицах, склонных к серийным убийствам на сексуальной почве, накоплен в криминальной психологии, сексологии и психиатрии. С целью актуализации этого материала целесообразно привлекать в состав следственной бригады специалистов из этих областей для полноправного участия в обсуждении хода следствия.

Несомненно, для этого нужно совершенствовать законодательную регламентацию деятельности специалиста.

На стадии предъявления обвинения помощь и консультация специалиста в области психиатрии в отношении тактики допроса, линии поведения следователя, использования следственных приемов, грамотного выбора оперативным сотрудником методов разработки с использованием психологических особенностей подозреваемого — залог объективности и полноты доказательств. Такой подход резко уменьшает вероятность следственной ошибки (В. Бураков, В. Васильев 1994). Ориентируясь на психологические характеристики, психиатр может активировать процесс сотрудничества обвиняемого и свидетелей с органами дознания.

Так, в Ростове-на-Дону активно участвует в расследовании и профилактике сексуальных преступлений медицинский центр под руководством А. Бухановского. Кроме перечисленного, он активно использует телеобращения к лицам, страдающим аномалиями полового влечения, с предложениями оказать им сексологическую помощь и предотвратить возможную преступную деятельность. Используя созданные обзорные психологические портреты, предпринимались попытки вызвать на контакт конкретных сексуальных преступников либо склонить их к явке с повинной. Центр работает в тесной связи с правоохранительными органами и достиг значительных практических успехов.

4.13. Судебная сексологическая экспертиза

Сексология — наука сравнительно молодая. Ее возраст определяется примерно одним столетием. Судебная сексология и связанная с ней судебно-сексологическая экспертиза начали интенсивно развиваться в последние несколько десятилетий.

Различают сексологическую экспертизу обвиняемых в несексуальных преступлениях; обвиняемых в сексуальных преступлениях; потерпевших; при самоубийствах и в гражданском процессе.

К сожалению, в Украине судебная сексология и сексологическая экспертиза не нашли должного применения. Из проанализированных нами нескольких сотен судебно-психиатрических экспертиз лиц, обвиняемых в сексуальных преступлениях, ни одна не содержала сексологического исследования. В редких случаях при однозначно выраженной клинической картине сухо отмечено наличие той или дру-

гой аномалии полового влечения. Иными словами, существующая психолого-психиатрическая экспертиза интересуется только психическими заболеваниями и вменяемостью испытуемого. Без внимания остаются побудительные мотивы преступления, связанные, как правило, с сексологической неадаптированностью, аномалией полового влечения, трансформацией полоролевого поведения. Все чаще в сексуальных преступлениях следственные органы правомерно усматривают результат болезненной сексуальности и задают соответствующие, сугубо специфические вопросы, не связанные с вменяемостью. Вместе с тем необходимо решить проблему вменяемости, что требует судебно-психиатрической экспертизы. В подобных случаях наиболее адекватно решить поставленные задачи может помочь совместное изучение объекта в рамках комплексной сексолого-психиатрической экспертизы.

Разрабатываемый в настоящее время на уровне проекта новый Уголовно-процессуальный кодекс Украины предусматривает введение понятия частичной невменяемости. В силу этого лица, совершившие преступление на почве парафилии, могут быть признаны ограниченно вменяемыми. Следовательно, экспертная сексологическая оценка может иметь юридическое значение и повлечь определенные правовые последствия.

Роль экспертной оценки как средства доказывания прямо связана с уверенностью назначающего экспертизу в компетентности эксперта.

На основании приказа Минздрава СССР № 110 от 15.03.90 получить специальность сексопатолога кроме психиатров могут и урологи, акушеры-гинекологи, эндокринологи, невропатологи, дерматовенерологи, хирурги. Однако приобретение ими специальности сексопатолога еще недостаточно для привлечения их в качестве экспертов, ибо здесь требуются специфические познания и навыки, прежде всего базирующиеся на психиатрической науке. Это связано с тем, что в большинстве юридически значимых ситуаций оценке в первую очередь подлежат состояния, входящие в классификацию психических расстройств (А. Ткаченко, Г. Введенский, Н. Дворянчиков 1998).

Участие сексопатолога необходимо и в установлении истинного пола либо в установлении способности мужчины к половой жизни. До сих пор определением истинности пола в Украине занимается судебная медицина, опираясь исключительно на биологические признаки, полностью игнорируя многоуровневую структуру пола и

половое самосознание, которое является основным критерием половой принадлежности личности. Что же касается способности мужчины к половой жизни, то аномалии данной сферы, препятствующие этой способности, полностью выявляются только при сексологическом исследовании.

Методы исследования, используемые в судебной сексологической экспертизе, можно разделить на несколько групп: сексологические, психофизиологические, психологические и нейропсихологические.

Во многих странах широко используется справочно-консультационная деятельность сексопатолога, состоящая в информировании судебных и следственных органов о возможностях тех или иных явлений исходя из современного развития сексологической науки. Эта деятельность является непроцессуальной, не регламентируется Уголовно-процессуальным кодексом, представляется в письменной форме и приобщается к делу. Сексопатолог может оказывать следствию и консультационную помощь, которая также не регламентируется законодательством и не требует письменного изложения выводов. Консультация помогает правильно подготовить предстоящую экспертизу, определить круг вопросов, требующих специальных познаний, позволяет правильно их сформулировать и предоставляет информацию о специалистах, обладающих необходимыми познаниями. Консультант также определяет объем материалов, необходимый для решения поставленных вопросов.

Близко к справочно-консультационной и консультационной деятельности лежит формирование “проспективного портрета” серийного сексуального преступника, о чем вкратце упоминается в главе “Сексуальные убийства”. Цель подобного исследования — заочно определить психологические, сексологические и психические характеристики правонарушителя и выделить опорные признаки для проведения оперативно-розыскных работ.

А. Ткаченко, Г. Введенский, Н. Дворянчиков (1998), исследовавшие проблему судебно-сексологической экспертизы, пришли к выводу, что проведение комплексного экспертного исследования с участием сексопатолога целесообразно в ряде юридических ситуаций при наличии:

- сексуального характера правонарушений;
- стереотипности и повторности правонарушений даже без явной сексуальной подоплеки;
- деяний, позволяющих заподозрить расстройство влечения другого вида (неоднократные кражи, поджоги и т. п.);

- предположения связи преступного поведения с сексуальными нарушениями и сексуальными расстройствами в анамнезе.

Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза должна решать следующие задачи:

1. Установить индивидуальные особенности направленности полового влечения, способы его реализации и другие отличительные черты сексуальности, выяснить их влияние на поведение личности при совершении преступления, определить степень опасности правонарушителя и необходимые меры медицинского характера в случае признания его ограниченно вменяемым.

2. Выявить у несовершеннолетних обвиняемых нарушения психо-сексуального и полового развития и их влияние на поведение при совершении правонарушения, а также способность осознавать характер и общественную опасность совершаемых действий и управлять ими.

3. Установить степень способности к полноценной сексуальной активности обвиняемых и других участников юридического процесса.

4. Установить у участников судебного процесса признаки инверсии сексуальности и, при наличии таковых, определить степень их влияния в рассматриваемых обстоятельствах.

5. При подозрении на самоубийство по неосторожности установить, соответствуют ли обстоятельства, приведшие к смерти лица, клинической картине поведения, связанного с девиантным способом реализации полового влечения.

6. При экспертной оценке потерпевших от сексуальных преступлений следует установить наличие или отсутствие беспомощного состояния потерпевшего лица, его способность давать показания и определить степень тяжести повреждений, являющихся особыми составами преступлений.

7. Установить взаимосвязь между ролью жертвы в прошлом и дальнейшим аномальным поведением.

4.14. Профилактика сексуальных преступлений

Профилактика социально опасного сексуального поведения должна начинаться с устранения его причин. Предупреждение алкоголизма у родителей еще до зачатия ребенка, охрана здоровья беременных, профилактика органического поражения головного мозга

в процессе родов и с первых дней жизни создает предпосылки для правильного формирования половой сферы. Особое значение в профилактике аномального сексуального поведения следует уделять предупреждению нарушений психосексуального развития. В этом отношении важна ранняя диагностика и своевременное лечение психических расстройств, выявление и медико-педагогическая коррекция искажения психосексуального развития на самых ранних этапах. Тем не менее, половое воспитание не должно быть направлено на развитие асексуальности, нельзя подавлять фемининное поведение девочек и маскулинное поведение мальчиков, чтобы не вызывать компенсаторное гипермаскулинное поведение. Коллективные игры и воспитание должны проводиться с учетом пола ребенка. Необходимо научить детей общению со сверстниками, в том числе межполовому, формировать высокие морально-нравственные качества, предупреждать соращение детей и подростков.

В профилактике сексуальной преступности важная роль принадлежит семье, так как здесь формируются нравственные свойства и происходит становление личности. Неблагоприятный микросоциум формирует потенциально неправильное социальное поведение при сексуальной патологии, при психопатичном складе личности, при развитии психического заболевания с половой дезадаптацией. Собственная семья больного может как поддержать его при половых расстройствах, так и стать психотравмирующим фактором, нарушить его социальную адаптацию и повлечь общественно опасные действия.

Отдельной профилактической задачей является выявление и привлечение к лечению лиц потенциально опасных, с высоким риском совершения сексуальных преступлений. К таковым прежде всего следует отнести страдающих расстройствами полового влечения в виде садизма, педофилии, некрофилии, некросадизма, эксгибиционизма и т. п. Эти патосексуальные особенности могут быть выявлены как на доклиническом, так и на клиническом уровне. Причем клинический уровень может как предшествовать стадии докриминальной, так и применяться на криминальной стадии, когда человек уже реализовал свое аномальное сексуальное влечение преступным путем.

Поскольку парафилии, как правило, способствуют серийному характеру преступной деятельности, то профилактика в этом случае является, по сути, профилактикой серийных преступлений. Профилактические мероприятия подразделяются на первичную и вторичную профилактику. Некоторые исследователи (О. Бухановская 1998) вполне обоснованно выделяют также третичную профилактику.

Первичная профилактика направлена на лиц, страдающих парафилией на доклиническом этапе либо на предкриминальной стадии клинического этапа. Ее целью является предупреждение криминального поведения.

Цель вторичной профилактики — предупредить повторные преступные деяния лицами, уже совершившими сексуальные правонарушения, и, таким образом, предупредить возникновение серии. Особенно важно не обойти вниманием лиц, освободившихся из мест лишения свободы, где они отбывали наказание за сексуальные преступления. Риск рецидива возрастает, если преступление было направлено против детей или пожилых, если преступник в тюрьме подвергался половому насилию и унижению человеческого достоинства. Как правило, сексуальные рецидивы при серийном развитии совершаются через 2–10 месяцев со дня выхода на свободу (О. Бухановская 1998).

Первичная и вторичная профилактики предусматривают психокоррекцию и психотерапию, правовую, трудовую и семейную реабилитации.

Основной задачей третичной профилактики является предупреждение утяжеления преступлений при уже начавшейся серии, а также обрыв последней. Эта профилактическая программа рассчитана на тяжелые случаи и направлена на лиц, судимых за многоэпизодные преступления против половой неприкосновенности, лиц с признаками “феномена Чикатило”, а также на несудимых лиц, совершающих латентные серийные преступления и обратившихся за помощью.

По-видимому, лучшей формой третичной профилактики является серьезное медикаментозное лечение, дополненное реабилитационными мероприятиями первичной и вторичной профилактики.

Конечно, функционирование системы профилактики возможно только при условии, что такая система создана, но в Украине она пока не существует. А эффективное функционирование системы возможно только при активном участии средств массовой информации, информирующих потенциальных пациентов, сотрудников пенитенциарной системы, готовящих заключенных к освобождению, а также правоохранительных органов по месту жительства.

4.15. Рекомендации потенциальным жертвам

Приведем некоторые рекомендации для женщин и других потенциальных жертв сексуальных преступлений.

Первое и самое главное — избегайте безлюдных мест в темное время суток, помните, что у женщины может быть только две причины оказаться в такой ситуации: либо ее вынудили экстремальные обстоятельства (возвращается с работы, идет за помощью, если случилось несчастье и т. д.), либо она ищет проблему на свою голову.

Идя по улице, держитесь подальше от стен зданий (в подворотне или за углом вас может подстерегать опасность), держитесь ближе к краю тротуара.

Желательно идти по улице навстречу движению, что поможет избежать внезапного нападения из автомобиля. Если в позднее время навстречу вам идет группа подростков либо подвыпившая компания, не постесняйтесь перейти на другую сторону улицы, настороженно относитесь к случайным попутчикам, малознакомым или нетрезвым мужчинам после наступления темноты.

Избегайте частных машин (особенно вечером и ночью). Если вы все же решили воспользоваться частным автомобилем, проверьте, нет ли кого на заднем сидении, если же вы сами за рулем, старайтесь не останавливаться в безлюдных местах, особенно после наступления темноты, и не брать пассажиров (в крайнем случае предложите сесть на переднее сидение и не спускайте с него глаз).

Не заходите в лифт с незнакомцами, как бы вы ни торопились. Если вы подверглись нападению вблизи жилища, целесообразнее кричать: “Пожар!” (а не “на помощь!”), что повысит шансы найти отклик у жильцов. Не постесняйтесь звонить в дверь, стучать в нее ногами, при необходимости — разбить окно.

В некоторых случаях больший эффект принесет психологическое воздействие на насильника (особенно если бежать некуда, безлюдная местность, далеко от жилища, помощи ждать неоткуда). При этом следует оставаться спокойной и собранной, можно сказать, что именно здесь вы ждете своего приятеля либо невзначай пожаловаться на венерическое заболевание, либо ждете приятеля, от которого недавно подцепили гонорею, сифилис, СПИД и т. п. Иногда для определенной категории насильников, предпочитающих набрасываться внезапно из засады, достаточно, чтобы женщина заговорила со злоумышленником, спросила о чем-либо, рассказала что-то о себе, пре-

вратилась в его сознании из обезличенной представительницы женского пола в конкретного человека, личность.

Еще одна модель поведения заключается в силовом воздействии, направленном на обезвреживание насильника либо с целью выиграть время для бегства. Можно нанести резкий, но прицельный и, главное, эффективный удар. Однако физически воздействовать на нападающего надо либо с полной эффективностью, либо не применять силу вообще, в противном случае вы его только разозлите и утяжелите вашу участь. Избегайте ударов в пах, если у вас нет отточенной техники этого удара и профессионального самообладания (импровизация редко бывает эффективной), применяйте газовый баллончик, электрошок; вонзите ручку или карандаш, ткните горячей сигаретой в лицо либо в глаз нападающего. Зонтик используйте как штык, а не размахивайте им (его легко выхватить), используйте шпильки, высокие каблук и т. п.

Не впускайте в дом незнакомых людей, пользуйтесь врезным глазком (если не видно кто — не открывайте); получить телеграмму или рассмотреть удостоверение можно, пользуясь дверной цепочкой. Поддерживайте освещение на лестничной площадке. Не держите вблизи входной двери предметы, которые могут быть использованы как орудие нападения.

Краткий словарь терминов

Амбивалентность — двойственность переживаний, один и тот же объект одновременно вызывает противоположные чувства.

Анальный — имеющий отношение к заднему проходу.

Андрогены — мужские половые гормоны; вырабатываются преимущественно яичками. Определяют мужской тип полового развития и мужской внешний вид. Им приписывается одна из ведущих ролей в формировании агрессивности. В организме женщин вырабатывается в незначительном количестве. Основной представитель — тестостерон.

Асексуальность — отсутствие полового влечения.

Аутоэротизм — направленность полового влечения на самого себя.

Бисексуальность — половое влечение к лицам обоего пола с возможным преобладанием гомо- или гетеросексуальной направленности.

Вагинальный — влагалищный.

Генитальный — относящийся к половым органам.

Гетеросексуальность — направленность полового влечения на лиц противоположного пола.

Гомосексуальность — направленность полового влечения на лиц своего пола.

Девияция — отклонение от нормы.

Депрессия — состояние психики, характеризующееся тоскливым и угнетенным настроением, снижением психической активности.

Доминанта — главенствующая идея, основной признак.

Идентификация — психологический процесс формирования идентичности, самоотождествления (аутоидентификация).

Инфантилизм — патологическое состояние, задержка физического и/или психического развития с сохранением черт детского или подросткового возраста.

Инфантилизм психосексуальный — задержка психосексуального развития.

Кастрация — удаление или полное прекращение функции половых желез (у мужчин — яичек). Достигается хирургическим, химическим и другими путями.

Коитус — половой акт.

Криминалистика — наука о приемах и средствах раскрытия преступлений.

Криминология — наука о причинах преступности и способах борьбы с ней.

Либи́до — половое влечение.

Личности патологическое развитие — аномалия личности в результате длительного воздействия неблагоприятных социальных факторов или затяжных психотравмирующих ситуаций.

Мануальный — производимый руками.

Маскули́нность — комплекс соматических, физиологических и психических признаков, определяющих принадлежность к мужскому полу.

Мастурбация — сексуальное самовозбуждение и самоудовлетворение, достигаемое манипулированием с половыми органами и эрогенными зонами.

Мастурбация патологическая — болезненное состояние, когда мастурбация носит навязчивый характер, является сверхценной или предпочтительной формой сексуального удовлетворения.

Мастурбация психическая — сексуальное самоудовлетворение, достигаемое только путем эротического фантазирования без временной стимуляции половых органов или эрогенных зон.

Минет — оральный контакт с половым членом.

Онанизм — то же, что и мастурбация.

Орально-генитальный контакт — контакт рта и половых органов.

Оральный — имеющий отношение ко рту.

Оргазм — высшая степень сладострастных ощущений, возникающих в момент завершения полового акта или при других формах сексуального удовлетворения.

Парафи́лия — расстройство сексуального влечения, которому свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, длящиеся более полугода и включающие необычные предметы или поступки. При этом индивидум либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает значительный дистресс из-за них.

Патологический — болезненный; болезненное отклонение от нормы.

Перверсии сексуальные — см. *Парафилии*.

Половое самосознание — осознание своей принадлежности к определенному полу, способность регулировать свое сексуальное поведение согласно принятым в обществе морально-этическим нормам.

Потенция — половая способность.

Промискуитет – беспорядочные половые сношения с разными партнерами.

Психопатии — патологические состояния, обусловленные врожденной неполноценностью нервной системы, проявляющиеся дисгармоничным складом личности.

Психосексуальная ориентация — направленность сексуального влечения, определяющая выбор субъектом сексуального объекта и особенности собственной сексуальной роли.

Стресс — состояние человека, характеризующееся неспецифическими защитными реакциями в ответ на экстремальные патогенные раздражители.

Фемининность — комплекс физиологических, соматических, психологических и психических признаков, определяющих принадлежность к женскому полу.

Фрустрация — психическое состояние подавленности, напряженности и тревоги, возникающее из-за невозможности удовлетворения той или иной потребности или достижения определенной цели.

Эрекция — напряжение полового члена.

Эрогенные зоны — участки тела, раздражение которых вызывает половое возбуждение.

Эякуляция — семяизвержение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонян Ю. М., Ткаченко А. А., Шостакович Б. В. Криминальная сексология. — М.: Спарк, 1999.
2. Васильченко Г. С. Общая сексопатология. — М.: Медицина, 1977.
3. Васильченко Г. С. Частная сексопатология: В 2 т. — М.: Медицина, 1983.
4. Имелинский К. Сексология и сексопатология. — М.: Медицина, 1986.
5. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. — М.: Республика, 1996.
6. Кристаль В. В., Григорян С. Р. Сексология: В 4 ч. — Харьков: Академия сексологических исследований, 1999.
7. Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В. Судебная сексологическая экспертиза. — Т. I. — М.: ГНЦ СиСП им. Сербского, 1998.
8. Ткаченко А. А. Сексуальные извращения-парафилии. — М.: Триада-Х, 1999.
9. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — СПб.: Питер Паблишинг, 1998.
10. Старович Збигнев. Судебная сексология. — М.: Юрид. лит., 1991.
11. Чуприков А. П., Цупрык Б. М. Сексуальные преступления. — К., 2000.
12. Шостакович Б. В., Ушакова И. М., Потапов С. А. Половые преступления против детей и подростков. — Ростов н/Д: ЛРНЦ “Феникс”, 1994.
13. Юнда И. Ф., Юнда Л. И. Сексологические основы семейной жизни. — К.: Здоров’я, 1993.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Раздел 1. Психофизиология сексуальности	5
1.1. Сексуальность человека, модели сексуальности	5
1.2. Анатомия половых органов	6
1.3. Физиологические основы сексуальности	10
1.4. Психосексуальное развитие человека	13
1.5. Сексуальные реакции и копулятивный цикл	16
Раздел 2. Границы сексуальной нормы и патологии	22
2.1. Аспекты сексуальной нормы	22
2.2. Относительность сексуальной нормы, динамика возрастных изменений	27
2.3. Половая конституция	30
2.4. Сексуальные дисфункции	36
Раздел 3. Сохранение репродуктивного здоровья	47
3.1. Репродуктивное здоровье женщины. Контрацепция	47
3.2. Болезни, передающиеся половым путем, и их профилактика	56
Раздел 4. Сексуальные преступления	70
4.1. Сексуальная преступность	70
4.2. Факторы, влияющие на сексуальную преступность	72
4.3. Природа и сущность аномалий влечений	83
4.4. Патогенетические модели парафилий	104
4.5. Половые преступления против детей	120
4.6. Изнасилование	147
4.7. Эксгибиционизм	161
4.8. Гомосексуализм и преступления	169
4.9. Сексуальные убийства	176
4.10. Сексуальные преступления психически больных	217
4.11. Проституция	227
4.12. Возможности психиатрии в расследовании сексуальных убийств	232
4.13. Судебная сексологическая экспертиза	234
4.14. Профилактика сексуальных преступлений	237
4.15. Рекомендации потенциальным жертвам	240
Краткий словарь терминов	242
Список использованной и рекомендуемой литературы	245

У навчальному посібнику розглянено фізіологічні основи сексуальності, особливості психосексуального розвитку людини, питання норми і патології в сексології, а також профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом.

У розділі кримінальної сексології висвітлено проблеми аномалій статевої поведінки і сексуальних злочинів. Аналізуються біологічні, соціокультурні, психологічні механізми розвитку аномальної сексуальності, причини і мотиви, що спонукають до вчинення кримінальних діянь, визначено шляхи профілактики сексуальних злочинів.

Для студентів усіх спеціальностей, психологів, психіатрів, сексологів, правознавців, юристів-криміналістів і працівників правоохоронних органів.

Навчальне видання

Чуприков Анатолій Павлович

Цуприк Богдан Мирославович

ЗАГАЛЬНА І КРИМІНАЛЬНА СЕКСОЛОГІЯ

Навчальний посібник

(Рос. мовою)

Відповідальний редактор *М. В. Дроздецька*

Редактор *Г. В. Воїнова*

Коректор *Т. М. Васильєва*

Комп'ютерна верстка *Л. О. Кулагіна*

Оформлення обкладинки *Д. В. Коврига*

Рєєстраційне свідоцтво ДК № 8 від 23.02.2000

Підп. до друку 09.12.02. Формат 60×84₁₆. Папір офсетний. Друк офсетний.

Ум. друк. арк. 9,8. Обл.-вид. арк. 14,6. Тираж 10000 пр. Зам. № 29

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)

03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

Проектно-видавниче колективне підприємство “Укртиппроєкт”

04057 Київ-57, вул. Ежена Потье, 12